

بررسی عملکرد بیماران سرطانی مبتلا به PTSD در تکالیف حافظه شرح حال

Autobiographical memory performance in cancer survivors with PTSD

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۴/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۶

Abdi A. MSc[✉], Moradi A. PhD
Akramian F. MSc, Fathi-Ashtiani A. PhD

احمد عبدی[✉]، علیرضا مرادی^۱
فهیمة اکرمیان^۱، علی فتحی آشتیانی^۲

Abstract

Introduction: This study aimed to determine the relationship between the ability to retrieve episodic and semantic autobiographical information from previous lifetime periods and post-traumatic stress disorder.

Methods: To this end, a group of women with cancer who suffered from PTSD and a control group were matched for age and IQ. Participants completed the Autobiographical Memory Test (AMT) and Autobiographical Memory Interview (AMI), followed by the Impact of Event Scale-Revised (IES-R), the translated versions of the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R).

Results: The cancer survivors were able to generate fewer specific episodic and semantic details about the past compared to the control group. The amount of these defects had a direct relationship with PTSD specific symptoms. The more symptomatic survivors showed greater memory impairment.

Conclusion: The data from this study were discussed in terms of compromised access to specific autobiographical material in distressed trauma survivors reflecting a process of affect regulation.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), Semantic Autobiographical Memory, Episodic Autobiographical Memory, Cancer, Cognition, Emotion

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه حاضر، تعیین رابطه بین توانایی دستیابی به مواد شرح حال اختصاصی از حافظه و نشانه‌های استرس پس از سانحه می‌باشد.

روش: بدین منظور گروهی از بیماران زن سرطانی مبتلا به PTSD و یک گروه کنترل سالم پس از هم‌تاسازی در متغیرهای سن و هوش به تکمیل آزمون حافظه شرح حال (AMT) و مصاحبه حافظه شرح حال (AMI) پرداختند. ابزارهای پژوهش شامل، مقیاس تجدیدنظر شده تاثیر رویداد (IES-R)، سیاهه افسردگی بک (BDI)، سیاهه اضطراب بک (BAI)، و مقیاس هوش تجدیدنظر شده و کسلر بزرگسالان (WAIS-R) بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیماران سرطانی مبتلا به PTSD در مقایسه با گروه کنترل قادر به بازیابی کمتر مواد شرح حال معنایی و رویدادی اختصاصی از حافظه می‌باشند و میزان این نواقص با نشانه‌های خاص PTSD رابطه مستقیمی دارد. همچنین، افرادی که دارای نشانه‌شناسی شدیدتری بودند، نواقص حافظه وسیع‌تری نشان دادند و خاطرات اختصاصی کمتری را از حافظه بازیابی نمودند.

نتیجه‌گیری: داده‌های این مطالعه برحسب دستیابی توافقی به مواد شرح حال اختصاصی در افراد مبتلا که منعکس‌کننده یک فرآیند تنظیم اثر می‌باشد، بحث شده‌اند.

کلید واژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، حافظه شرح حال معنایی، حافظه شرح حال رویدادی، سرطان، شناخت، هیجان

مقدمه

قبل از ویرایش چهارم DSM [۱] بیماری‌های تهدیدکننده زندگی در زمره عوامل استرس‌آوری که موجب اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) می‌شوند، قلمداد نمی‌شد. در مقابل، DSM-IV بیان می‌کند که ممکن است افراد، به عنوان پی‌آمد تجربه بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، به PTSD مبتلا شوند. این امر موجب شده است که در سال‌های اخیر تمرکز بیشتری بر روی بروز PTSD پس از تجربه بیماری سرطان - به عنوان یک رویداد تروماتیک - معطوف گردد.

طبق تعریف، عامل استرس‌زا عامل سببی اساسی در پیدایش اختلال استرس پس از سانحه است. پژوهش‌های اخیر در مورد این اختلال، تاکید زیادی بر پاسخ ذهنی فرد نسبت به ضربه دارد تا شدت عامل استرس‌زا. بر همین اساس، علاوه بر رویدادهای مختلف طبیعی مانند زلزله، آتشفشان و سیل و رویدادهای غیرطبیعی نظیر، جنگ و تصادفات که موجب بروز PTSD می‌شوند، بیماری‌های مهلکی نظیر ایدز و سرطان نیز به فهرست رویدادهای آسیب‌زا اضافه شدند [۱]. میزان شیوع اضطراب و اختلالات هیجانی در بیماران سرطانی، بین ۱ تا ۵۸ درصد گزارش شده است [۲]؛ به نقل از [۳]. این تغییرپذیری وسیع در میزان شیوع، به عواملی چون محل سرطان، وضعیت سرطان و تشخیص، عوارض پزشکی مربوطه (مثل درد، کارکردهای بدنی محدود شده و وضعیت بستری) و حمایت اجتماعی دریافتی بستگی دارد [۳].

مطالعات زیادی به بررسی بروز PTSD در سرطان سینه پرداخته‌اند (برای مرور مراجعه شود به [3]). اغلب این مطالعات از روش‌های مقطعی، بین ۲ تا ۱۲ ماه پس از اولین درمان، برای نشان دادن PTSD استفاده کرده‌اند. چون در مطالعه حاضر از مقیاس تجدیدنظرشده تاثیر رویداد (IES-R) Impact of Event Scale-Revise برای تشخیص PTSD استفاده شده است، تنها به ذکر مطالعاتی پرداخته می‌شود که این مقیاس را به کار برده‌اند.

۲۱ مطالعه بروز نشانه‌های اجتنابی و آزار دهنده PTSD پس از سرطان را با استفاده از IES نشان داده‌اند [برای مثال؛ ۴، ۵، ۶، به نقل از [۳]. اغلب این مطالعات از طرح مقطعی، حداقل ۹ ماه پس از تشخیص یا ۶ ماه پس از تکمیل درمان، استفاده کرده‌اند. بروز نسبتاً بالای نشانه‌های اجتناب و آزاردهنده در ارتباط با تجربه سرطان در این مطالعات مشاهده می‌شود. برای مثال هامپتون و فروم‌باخ [۷] دریافتند که ۱۰ درصد بیماران مرد و ۲۰ درصد بیماران زن، ۱۲ ماه پس از تشخیص، نمرات بالایی در IES کل به دست آوردند. به‌طور مشابه، مطالعه کاسا و همکاران [۸] نشان داد که ۲۱ درصد نمونه آنها، قبل از شروع پرتو درمانی تسکینی، دارای نمرات بالایی در خرده مقیاس‌های اجتناب و خرده مقیاس نشانه‌های آزاردهنده می‌باشند. جمسلند و همکاران [۹] نیز

به نتایج مشابهی دست یافتند. به‌طور کلی، نتایج مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته، نشان می‌دهد که سرطان به عنوان یک بیماری تهدیدکننده زندگی، دارای توان بالایی در برانگیختن یا ابتلای افراد به PTSD می‌باشد.

در سال ۱۹۹۵، کوپکن و بروین یکی از اولین مطالعاتی را که در آن به بررسی نقش تجربیات تروماتیک در سبب شناسی حافظه کلی پرداخته را انجام دادند. آنان، زنان افسرده دارای سابقه سوء استفاده جنسی در کودکی را با زنان افسرده بدون سابقه سوء استفاده مقایسه کردند و دریافتند که گروه آزمایش به‌طور معناداری دارای خاطرات کلی بیشتری نسبت به گروه کنترل هستند. این داده‌ها نشان داد که سطح حافظه کلی علاوه بر تشخیص افسردگی ممکن است با تجربه تروما مرتبط باشد. پس از این، مطالعات دیگری رابطه بین اختصاصی بودن حافظه شرح حال و گزارشات مربوط به تروما یا واکنش‌های تروما را مورد بررسی قرار دادند. مطالعات هم شامل گزارش‌های مربوط به سوء استفاده جنسی و هم سوء استفاده فیزیکی می‌شود که بسیار مهم ولی تصریح آنها مشکل می‌باشد.

همچنین تصادف، جنگ، سرطان و آتش‌سوزی نیز مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد شامل نمونه‌های غیربالینی [۱۰] و بالینی می‌باشند. نمونه‌های بالینی شامل بیماران سرپایی افسرده بزرگسال [۱۱]، بیماران مبتلا به اختلال خوردن [۱۱]، بیماران مبتلا به اختلال استرس حاد پس از تصادف با وسایل نقلیه [۱۳]، پس از تشخیص سرطان [۳] و مبتلایان به PTSD [برای مثال سربازان ویتنام؛ ۱۴] می‌باشد. داده‌ها نشان می‌دهد که سابقه تجربیات تروماتیک رابطه نزدیکی با بروز نواقص حافظه کلی دارد. این امر علی‌رغم این واقعیت است که از افراد خواسته نشد که خاطرات مربوط به تروما را بازبایی کنند. به هر حال، همان‌گونه که مطالعات مربوط به سربازان جنگ [۱۴]، مجروحان تصادف با وسایل نقلیه [۱۳] و بیماران سرطانی [۳] نشان می‌دهد، تنها وجود تاریخچه تروما کافی نیست. این مطالعات شامل گروه‌های کنترل که با تروما مواجه شده اما مبتلا به PTSD یا اختلال هیجانی طولانی مدت نبودند، بوده و در این گروه‌ها نقص حافظه کلی به دست نیامد. این نکته نشان می‌دهد که ارتباط بین تروما و اختصاصی بودن حافظه به واسطه ابعاد کیفی تروما تعدیل می‌گردد مانند طول و شدت تروما؛ [۱۱] و راهی که مردم با تروما مقابله می‌کنند؛ برای مثال با اجتناب فعال [۱۵].

همچنین ممکن است واکنش‌های انسان‌ها به تروما وابسته به سن باشد. ویلابرانو و همکاران [۱۶] دریافتند که مجروحان آتش‌سوزی بزرگسال، در اختصاصی بودن حافظه نسبت به گروه کنترل تفاوتی ندارند. به هر حال اگر آتش‌سوزی در کودکی رخ داده باشد بر اختصاصی بودن حافظه اثر دارد.

حال در بیماران سرطانی، دو سال پس از درمان و در مقایسه با گروه کنترل نرمال مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات زیادی وقوع معنادار PTSD را در بزرگسالان مبتلا به سرطان نشان داده‌اند [برای مرور مراجعه شود به ۲۵]. حتی در مورد بیماران سرطانی که معیارهای PTSD را برآورده نمی‌سازند، مطالعات با استفاده از IES، بروز بالای نشانه‌های اجتناب و یادآوری‌های مزاحم را نشان داده‌اند [برای مثال؛ ۲۶، ۷]. علاوه بر این، بیماران سرطانی مبتلا به PTSD در آزمون حافظه شرح حال (AMT)، حافظه شرح حال اختصاصی پایین‌تری نشان می‌دهند [۳]. نتایج مطالعه مرادی و همکاران [۲۴]، نشان داد که حتی با وجود از بین بردن اثر سن و جنس، بیماران سرطانی مبتلا به PTSD دارای خاطرات شخصی معنایی کمتری از گذشته‌اند.

این نتایج یافته‌های مسترز و همکاران [۲۲] را تایید و نشان می‌دهد که، حافظه شرح حال اختصاصی کاهش یافته مختص حوزه رویدادی نبوده و در ابعاد معنایی یادآوری نیز نمایان است. علاوه بر این، نتایج مطالعه اخیر برای اولین بار نشان داد که بین حافظه شرح حال معنایی و شدت PTSD همبستگی وجود دارد و میزان نقص در حافظه شرح حال معنایی با سطوح افکار مزاحم رابطه مثبت دارد. بیماران سرطانی قادر به تولید جزئیات معنایی کمتری درباره گذشته شخصی، در مقایسه با گروه کنترل بودند. بیمارانی که دارای اوضاع وخیم‌تری بودند، نواقص حافظه وسیع‌تری را نشان دادند.

استفاده همزمان از آزمون حافظه شرح حال (AMT) و مصاحبه حافظه شرح حال (AMI)، امکان مقایسه بین حافظه شرح حال معنایی و رویدادی را فراهم می‌آورد و می‌توان با اطمینان بیشتری نتایج حاصل از این دو آزمون را که هر یک به ارزیابی جنبه‌های متفاوت حافظه شرح حال می‌پردازند و در ارتباط با نشانه‌های خاص PTSD، مورد بررسی قرار داد.

بنابراین، مطالعه حاضر به بررسی رابطه بین جنبه‌های معنایی و رویدادی حافظه شرح حال و نشانه‌های خاص PTSD می‌پردازد. به عبارت دیگر، هر دو جنبه حافظه شرح حال در یک گروه از افراد مبتلا مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این بررسی، جمعیت مورد مطالعه، ماهیت تروما و ابزارهای تشخیصی به کار گرفته شده همسانند (در مطالعه قبلی همه این موارد متفاوت بوده‌اند). در نتیجه با اطمینان بیشتری می‌توان درباره فرایندهای زیربنایی این الگوهای به ظاهر متفاوت یافته‌ها به گمانه‌زنی پرداخت.

این مطالعه شامل دو بخش می‌باشد. در بخش اول، وضعیت حافظه شرح حال رویدادی و در بخش دوم حافظه شرح حال معنایی در گروهی از بیماران زن سرطانی مبتلا به PTSD در مقایسه با یک گروه کنترل سالم مورد بررسی قرار می‌گیرند.

ماهیت تروما نیز مهم است. زیرا تحقیقات نشان داده‌اند که معمولاً با گذشت زمان رویدادهای منفی، توان برانگیختن عاطفه منفی را از دست می‌دهند (محوشدگی سوگیری عاطفه، fading affect bias). این اثر در افراد مبتلا به ملالت (dysphoria) در مقایسه با گروه کنترل سالم دیده نمی‌شود [۱۷]. بنابراین علاوه بر تجربه رویدادهای منفی، افراد افسرده و PTSD در یادآوری رویداد، سطوح بالایی عاطفه منفی را تجربه می‌کنند.

مفهوم سازی‌های نظری درباره ارتباط بین خود و حافظه، رابطه نزدیکی بین حافظه شرح حال و «خود مفهومی» conceptual self مطرح می‌کند [۱۸ و ۱۹]. خود مفهومی شامل اطلاعات معنایی درباره خود می‌باشد. بر طبق چنین مدل‌هایی، هدف بلافصل خودکاری (working self) اجتناب از دستیابی به اطلاعات خاص شخصی مربوط به حادثه رنج‌آور گذشته می‌باشد و خود را به صورت یک شکل کلی‌تر اختلال نشان می‌دهد [۲۰]. بنابراین، هنگام بررسی کیفیت دستیابی به اطلاعات خود-مدار مربوط به گذشته، انتظار بروز هرگونه حافظه اختصاصی کاهش یافته بدیهی است.

در یک مطالعه اولیه در این زمینه، ملچرت و پارکر [۲۱] از ۴۲۹ بزرگسال، سوال‌های فراشرح حال درباره کودکی‌شان پرسیدند. برای مثال؛ «آیا در کودکی مورد سوءاستفاده واقع شده‌اند» و همچنین درباره کیفیت خاطراتشان از کودکی. پژوهشگران به رابطه معناداری بین مواجهه با تروما و خاطرات مبهم‌تر دست نیافتند. به هر حال، اگرچه این مطالعه بینشی درباره ادراکات افراد دارای سابقه تروما از خاطرات کودکی‌شان به ما می‌دهد، ولی به‌طور مستقیم صحت و اختصاصی بودن این خاطرات را ارزیابی نمی‌کند.

مطالعه بعدی در این زمینه در یک نمونه کوچک از بزرگسالان دارای سابقه تروما و گروه کنترل که سابقه مواجهه با تروما را نداشتند صورت گرفت. در این مطالعه از آزمون حافظه قراردادی (bespoke memory test) [۲۲] استفاده شد. نتایج آشکار ساخت که علی‌رغم ارائه عملکرد قابل مقایسه در ابزار یادآوری داستانی، گروه دارای سابقه تروما حافظه ضعیف‌تری از گروه کنترل به نمایش گذاشتند.

این یافته‌ها یک حمایت مقدماتی از این دیدگاه که حافظه شرح حال اختصاصی کاهش یافته به فراتر از حوزه رویدادی گسترش یافته و واقعیات معنایی را نیز در بر می‌گیرد، فراهم می‌کند و به این ترتیب گزارش‌های داستان گونه از شکاف‌های آمیزی مربوط به کودکی را در افراد دارای سابقه تروما اعتبار می‌بخشد [برای مثال؛ ۲۳].

مطالعه دیگری که به بررسی این مساله پرداخته، توسط مرادی و همکاران [۲۴] صورت گرفته است. در این مطالعه رابطه بین نشانه‌های PTSD و جنبه‌های معنایی حافظه شرح

اختصاص داده می‌شود. برای هر دوره زمانی، دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ متغیر خواهد بود. نتایج اجرای آزمایشی و کامل AMI با شرکت کنندگان مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد افراد در سقف آنچه از یک گروه نورولوژیکی سالم انتظار می‌رود، قرار دارد (اثر تارک ceiling؛ ۲۷).

آزمون حافظه شرح حال (AMT) Autobiographical Memory Test: آزمون حافظه شرح حال با همکاری یک ارزیاب (مفسر) که درباره هدف و ماهیت آزمون آموزش دیده و با استفاده از کارت‌هایی به ابعاد ۱۵×۲۰، که نشانه لغات بر روی آنها نوشته شده بود، اجرا گردید. با استفاده از خزانه لغات عاصی، پنج لغت منفی و پنج لغت مثبت که از لحاظ بار هیجانی و فراوانی (بسامد) در زبان فارسی هم‌تا شده بود، انتخاب شدند. لغات مثبت مورد استفاده شامل: بهار، خنده، عشق، گل و پرواز می‌باشند. فهرست لغات منفی به کار برده شده نیز عبارت بودند از: غده، مرگ، شیمی درمانی، اتاق عمل و آمپول. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه گردید.

به شرکت کنندگان آموزش داده شد که به هر لغت، با رویدادی (خاطره‌ای) که به واسطه لغت یادآوری می‌شود، پاسخ دهند. به آنها گفته می‌شود که رویداد یادآوری شده می‌تواند مهم یا کم اهمیت، مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد، اما باید یک رویداد اختصاصی باشد. چیزی که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) است. مثالی از آنچه اختصاصی می‌گوییم، ارائه و تا شرکت کنندنده در حداقل دو کوشش تمرینی موفق با ارائه حافظه اختصاصی نمی‌شد، آزمون اجرا نمی‌گردید. آزمودنی‌ها برای بازیابی هر خاطره، ۳۰ ثانیه زمان در اختیار داشتند. چنانچه اولین خاطره اختصاصی نبود، راهنمایی استاندارد ارائه می‌شد: «آیا می‌توانید یک رویداد اختصاصی را به یاد آورید؟». اولین خاطره بازیابی شده (اختصاصی یا غیراختصاصی) کدگذاری می‌شد. دو ارزیاب این آزمون را برای همه شرکت کنندگان تکمیل کردند. همبستگی درون طبقه‌ای بین نمره‌گذاری دو ارزیاب برای خاطرات اختصاصی بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ در نوسان بود. خاطرات غیراختصاصی نیز بر حسب انواع خاطرات طبقه‌ای، گسترده یا حذف (در صورت عدم پاسخدهی)، در راستای مطالعات موجود در این زمینه (برای مثال؛ ۱۲)، کدگذاری گردید. لازم به ذکر است که فقط داده‌های مربوط به خاطرات اختصاصی وارد تحلیل و در اینجا ذکر شده‌اند.

برای سنجش افسردگی آزمودنی‌ها، از سیاهه افسردگی بک (BDI) و برای سنجش اضطراب، از پرسشنامه اضطراب بک (BAI) استفاده شده است. همچنین، برای ارزیابی هوش، به منظور هم‌تاسازی گروه‌ها، بخش کلامی آزمون هوش و کسلر بزرگسالان (WAIS-R) اجرا گردید. شیوه اجرا: به علت زیاد بودن تعداد آزمون‌ها و وقت گیر

فرضیه‌های اول هر بخش به بررسی اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی حافظه شرح حال و فرضیه‌های دوم، رابطه بین شدت PTSD و میزان کاهش اختصاصی بودن هر یک از ابعاد حافظه شرح حال را ارزیابی خواهد کرد. در واقع، هدف مطالعه حاضر ارزیابی رابطه بین نشانه‌های خاص PTSD و کاهش اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی حافظه شرح حال می‌باشد.

روش

تعداد ۲۵ بیمار زن مبتلا به سرطان سینه دارای PTSD، در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، با بهره هوشی متوسط (۹۵ تا ۱۱۰). این گروه به عنوان گروه آزمایشی از بین بیماران بستری در بخش سرطان بیمارستان امام خمینی شهر تهران انتخاب شدند. به علاوه تعداد ۲۵ نفر افراد غیرسرطانی و در شرایط جنسی، سنی و هوشی مشابه با گروه آزمایشی، به عنوان گروه کنترل، از بین افراد سالم و از میان کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان امام خمینی انتخاب شدند. برای انتخاب گروه‌ها، به علت کمبود بیماران و محدودیت در نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شده است.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

مقیاس تجدیدنظرشده تاثیر رویداد (IES-R) Impact of Event Scale-Revise: مقیاس تجدیدنظرشده تاثیر رویداد یک پرسشنامه خودسنجی ۲۲ ماده‌ای است که فراوانی نشانه‌های پس از سانحه؛ اجتناب، برانگیختگی بیش از حد و علائم آزار دهنده را (در خرده مقیاس‌های جداگانه) و در طول یک هفته اخیر می‌سنجد. همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ - ۰/۷۹) بود. این آزمون به عنوان ابزار سنجش درماندگی پس از سانحه دارای اعتبار بالا است گرچه باید تاکید شود که ابزار تشخیصی PTSD نمی‌باشد. در این مطالعه، IES-R در ارتباط با تجربه جنگ اجرا و تکمیل گشت.

مصاحبه حافظه شرح حال (AMI): مصاحبه حافظه شرح حال ابزاری برای سنجش حافظه اخیر (پس گستر) آزمودنی‌ها است. در مطالعه حاضر بخش معنایی این آزمون به کار برده شده است. AMI از طریق یک مصاحبه باساختار در مورد واقعیات شرح حال (برای مثال، مکان زندگی فرد در کودکی یا بزرگسالی)، به سنجش حافظه شرح حال معنایی می‌پردازد. بخش معنایی AMI سه دوره زمانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: کودکی (برای مثال، نام مدرسه، معلمان یا دوستان)، اوایل بزرگسالی (برای مثال، نام اولین کارفرما) و واقعیات‌های مربوط به دوره اخیر (برای مثال، تعطیلات). نمرات براساس سطح جزئیات دقیق پاسخ‌ها داده می‌شود. برای مثال، برای نام خانوادگی صحیح ۱ نمره تعلق می‌گیرد، اما اگر فقط به نام کوچک اشاره شود، ۰/۵ نمره

می‌شد، به آزمون‌های حافظه شرح حال اختصاص داشت. آزمودنی ابتدا مصاحبه حافظه شرح حال (بخش معنایی) را تکمیل کرده و پس از اتمام مصاحبه و با فاصله زمانی ۵ دقیقه، آزمون حافظه شرح حال به اجرا درمی‌آمد. اجرای آزمون‌ها در گروه‌های نرمال (کنترل)، در یک جلسه ۱/۵ ساعته برگزار شد.

یافته‌ها

این مطالعه، به بررسی و مقایسه توانایی بازیابی جزئیات رویدادی و معنایی از حافظه، در گروهی از بیماران زن سرطانی مبتلا به PTSD و گروه کنترل غیرسرطانی می‌پردازد.

جدول شماره ۱ وضعیت دو گروه را در متغیرهای سن، هوش، اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، سطح اضطراب و افسردگی گروه‌ها دارای تفاوت معنادار می‌باشد. با این وجود، اثر این دو متغیر بر عملکرد در تکالیف حافظه شرح حال معنادار نبوده، بنابراین از تحلیل کنار گذاشته شدند.

بودن اجرای برخی از آنها، و همچنین به منظور جلوگیری از خستگی آزمودنی‌ها و بالا بردن دقت پاسخگویی، اجرای کامل آزمون‌ها در دو جلسه یک ساعته انجام پذیرفت. آزمودنی در اتاقی آرام و بدون هیچ‌گونه مزاحمتی، در مقابل آزمایشگر یا مصاحبه‌کننده بر صندلی نشسته و پاسخگویی سوال‌ها بود.

در جلسه اول، پس از آشنایی با آزمودنی و بیان توضیحات کلی درباره اهداف و چگونگی انجام کار و کسب رضایت از وی برای همکاری، به اجرای آزمون‌ها پرداخته می‌شد.

در بیماران سرطانی، آزمون IES-R (برای سنجش نشانه‌های PTSD)، اولین آزمونی بود که به اجرا درآمد. لازم به ذکر است که این افراد قبلاً توسط روانپزشک بخش تشخیص PTSD گرفته بودند. آزمون افسردگی و اضطراب بک، آزمون‌های بعدی بودند که آزمودنی‌ها اقدام به تکمیل آنها نمودند. بخش کلامی آزمون هوش و کسلسر بزرگسال (WAIS-R)، آخرین آزمونی بود که در جلسه اول اجرا شد.

جلسه دوم که به فاصله یک روز پس از جلسه اول تشکیل

جدول ۱- آمار توصیفی و مقایسه گروه‌ها بر اساس سن، هوش، افسردگی و اضطراب

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	t	سطح معناداری
سن	سرطانی	۲۵	۴۰	۴/۶۵	۰/۹۳	۱/۷۰۹	۰/۰۹۴
	غیرسرطانی	۲۵	۴۳	۴/۴۴	۰/۸۸		
هوش	سرطانی	۲۵	۱۰۲	۴/۲۶	۰/۸۵	۰/۸۷۵	۰/۳۸۶
	غیرسرطانی	۲۵	۱۰۳	۵/۰۸	۱/۰۱		
افسردگی	سرطانی	۲۵	۲۹	۶/۴۷	۱/۳	۱۱/۷۵۳	*۰/۰۰۰۱
	غیرسرطانی	۲۵	۱۱	۴/۳۳	۰/۸۶		
اضطراب	سرطانی	۲۵	۴۰	۵/۳۵	۱/۰۷	۱۹/۶۵۷	*۰/۰۰۰۱
	غیرسرطانی	۲۵	۱۲	۴/۸۳	۰/۹۶		

*- معناداری در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه)

جدول ۲- وضعیت بیماران سرطانی در IES-R

IES-R و خرده مقیاس‌های آن	تعداد	میانگین	انحراف معیار
IES-total	۲۵	۶۷/۶۸	۶/۸۶
Avoidance	۲۵	۲۳/۳۶	۳/۲
Intrusion	۲۵	۲۱/۴۴	۳/۳۵
Arousal	۲۵	۲۲/۸۸	۲/۹۹

آزمون قرار گرفت و با اطمینان ۰/۹۹ تایید گردید. فرضیه دوم بیان می‌کرد که بین شدت PTSD و توانایی بازیابی جزئیات شرح حال رویدادی و معنایی اختصاصی از حافظه رابطه منفی وجود دارد. در جدول شماره ۴ همبستگی جزئی میان عملکرد گروه آزمایش در AMT و AMI و خرده مقیاس‌های IES را مشاهده می‌کنید. رابطه میان میزان اختصاصی بودن مواد بازیابی شده از حافظه شرح حال (هم جنبه رویدادی و هم جنبه معنایی) و خرده مقیاس‌ها منفی به دست آمد. در هر دو جنبه، بیشترین

در جدول شماره ۲ وضعیت گروه آزمایش در مقیاس تاثیر رویداد و خرده مقیاس‌های این آزمون، مشاهده می‌شود. نمرات به دست آمده نشان می‌دهد که بیماران سرطانی از نظر نشانه‌شناسی ملاک‌های آزمون را تأمین کرده و عملکرد آنان بسیار بالاتر از سطح عملکرد افراد غیرسرطانی می‌باشد [۲۸].

فرضیه اول حاکی از آن بود که، بیماران سرطانی مبتلا به PTSD، نسبت به افراد غیرسرطانی عملکرد پائین تری در حافظه شرح حال رویدادی و معنایی دارند. در جدول شماره ۳ با استفاده از آزمون t نمونه‌های مستقل این فرضیه مورد

درماندگی پس از سانحه وسیع تری هستند، در بازیابی مواد شرح حال اختصاصی عملکرد ضعیف تری دارند. بدین صورت، فرضیه دوم نیز تایید می‌گردد.

میزان رابطه به ترتیب زیر به دست آمد: خرده مقیاس اجتناب، خرده مقیاس علائم آزاردهنده و نشانه‌های بیش-انگیختگی (p: ۰/۰۵). بنابراین افرادی که دارای نشانه‌های

جدول ۳- مقایسه میانگین گروه‌ها در مصاحبه حافظه شرح حال و آزمون حافظه شرح حال

سطح معناداری	t	خطای معیار میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه‌ها
** ۰/۰۰۰۱	-۱۲/۳۵۳	۰/۳۱	۱/۵۵	۷/۶	۲۵	آزمون حافظه شرح حال کنترل
		۰/۲۲	۱/۱۱	۲/۹	۲۵	سرطان
** ۰/۰۰۰۱	-۹/۴۱۵	۰/۲۵	۱/۲۴	۲۰	۲۵	مصاحبه حافظه شرح حال کنترل (کودکی)
		۰/۴۶	۲/۳	۱۵	۲۵	سرطان
** ۰/۰۰۰۱	-۷/۰۷۸	۰/۳۵	۱/۸	۱۹/۵	۲۵	مصاحبه حافظه شرح حال کنترل (بزرگسالی)
		۰/۴۱	۲	۱۵/۵	۲۵	سرطان
** ۰/۰۰۰۱	-۶/۱۵۳	۰/۰۹۸	۰/۵	۲۱	۲۵	آزمون حافظه شرح حال کنترل (اخیر)
		۰/۳۲	۱/۶	۱۹	۲۵	سرطان

** - معناداری در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه)

جدول ۴- همبستگی جزئی بین AMS و خرده مقیاس‌های تجدیدنظر شده تأثیر رویداد

Hyper-arousal	Intrusion	Avoidance	حافظه شرح حال (معنایی - رویدادی)
* -۰/۰۴۳	* -۰/۱۵۴	* -۰/۲۰۳	مصاحبه حافظه شرح حال
* -۰/۱۰۱	* -۰/۱۸۶	* -۰/۲۵۷	آزمون حافظه شرح حال

* - معناداری در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه)

همراه است [۱۱] و [۲] افراد دارای سابق مواجهه با تروما و مبتلا به PTSD در مقایسه با گروه کنترل دارای تاریخچه مواجهه و غیرمبتلا به PTSD، AMS کاهش یافته تری نشان می‌دهند [۳].

همچنین براساس این فرضیه، مفهوم سازی‌های کنونی از حافظه، دانش شخصی معنایی و خود [برای مثال؛ ۱۸] همسان با این نکته می‌باشد که فرایندهای تنظیم اثر تکراری علاوه بر ممانعت از دسترسی به اطلاعات اختصاصی رویدادی، باعث جلوگیری از دستیابی به اطلاعات اختصاصی معنایی مربوط به گذشته نیز می‌گردند. بر طبق نظر کانوی [۱۸] نیز، یکی از اهداف حافظه کاری، ممانعت از دستیابی به مواد شرح حال به عنوان شکلی از اجتناب کارکردی می‌باشد.

فرضیه کنترل اجرایی executive control hypothesis، پیش‌بینی کننده عملکرد کلی ضعیف تر در تکالیف شناختی که مستلزم تلاش هستند، می‌باشد. این فرضیه بیان می‌کند که کاهش یافتگی اختصاصی بودن حافظه در نمونه‌های دارای اختلال هیجانی، به عنوان نمونه‌ای از عملکرد ضعیف در تکالیف شناختی، ناشی از کنترل اجرایی تقلیل یافته می‌باشد [۲۰، ۲۹]. در تشریح این فرضیه چنین مطرح شده است؛ تولید موفقیت آمیز خاطره نیازمند دو مولفه است:

۱) کنترل اجرایی خواستار جستجوی خاطره اختصاصی از میان پایگاه داده‌های حافظه شرح حال می‌باشد. در طول این جستجو، خاطراتی به ذهن می‌آیند که به‌طور متناسبی اختصاصی نیستند (بیش - کلی‌اند) و بنابراین باید کنار

بحث

در این مطالعه، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل قادر به دستیابی به جزئیات معنایی و رویدادی اختصاصی کمتری از حافظه بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کاهش اختصاصی بودن خاطرات، مختص حوزه رویدادی حافظه شرح حال نبوده و در بعد معنایی آن نیز نمایان است. این نتایج با یافته‌های مطالعه داگلیش و همکاران [۲۹]، مرادی و همکاران [۲۴]، ویلیامز و همکاران [۲۰] کویکنز و بروین [۱۵]، کاتگاس و همکاران [۳]، بروین [۳۰]، در بخش رویدادی و با نتایج مطالعات ملچرت و پارکر [۲۱]، مسترز و همکاران [۲۲] و مرادی و همکاران [۲۴] در حوزه رویدادی، همسو می‌باشد. چندین تبیین محتمل را می‌توان در مورد نتایج حاضر ارائه کرد.

فرضیه تعدیل اثر [۲۰] بیان می‌کند که کاهش اختصاصی بودن حافظه بیانگر یک راهبرد شناختی برای ممانعت از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال رنج‌آور مانند تروما می‌باشد. این فرضیه، تبیین قابل قبولی در این مورد فراهم می‌کند که، چرا افراد دارای سابقه مواجهه با تروما در مقایسه با افراد عادی که چنین سابقه‌ای ندارند، حافظه اختصاصی کاهش یافته تری نشان می‌دهند، و چرا در بین جمعیت دارای تاریخچه مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه تروما با درماندگی فعلی بیشتری برایشان همراه است، نواقص بیشتری در اختصاصی بودن دارند. بنابراین، این فرضیه بیان می‌کند که ۱) سطوح بالاتر استرس پس از سانحه در پاسخ به یک تروما با AMS کاهش یافته تری

تر یا تفاوت سن آزمودنی‌های شرکت‌کننده در بررسی حاضر نسبت داد، زیرا نمونه‌های مورد بررسی از لحاظ بهره‌وری و سن هم‌تا شده‌اند.

در گروه آزمایشی، به موازات دارابودن سطوح بالای نشانه‌شناسی PTSD، سطح افسردگی نیز بالا است. مطالعات زیادی غیراختصاصی بودن خاطرات شرح حال را در افراد مبتلا به اختلالات افسردگی یا دارای نشانه‌های مربوط به این اختلال نشان داده‌اند [برای مثال؛ ۲۰]. بنابراین، در حال حاضر مشخص نیست سهم هر کدام از این اختلالات در نواقص به‌دست آمده مربوط به حافظه شرح حال به چه میزان است. گرچه در تحلیل داده‌های مربوط به پژوهش حاضر، اثر افسردگی و اضطراب بر عملکرد آزمودنی‌ها در آزمون‌های حافظه شرح حال، معنادار به‌دست نیامد. آنچه مسلم است این است که شرح حال افراد افسرده نیز در بسیاری از موارد دربرگیرنده خاطرات رنج‌آور و استرس‌آور می‌باشد. بنابراین، سرکوبی و اجتناب از این خاطرات می‌تواند امری بدیهی باشد.

تحقیقات نشان داده‌اند که PTSD موجب کاهش حجم هیپوکامپ و آمیگدال می‌گردد [۳۱]. همچنین افراد با آسیب در لوب گیجگاهی دارای نواقصی در حافظه شرح حال می‌باشند. آسیب در لوب گیجگاهی می‌تواند باعث کاهش شدید سطوح عملکرد مکانیزهای تحکیم حافظه مربوط به رویدادهای شرح حال گردد [۳۱].

برای بررسی و تفسیر دقیق‌تر نتایج حاصل از مطالعاتی که در زمینه فرایندهای شناختی در این افراد صورت می‌گیرد، باید جنبه‌های عصب شناختی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین و کارکنان محترم بیمارستان امام خمینی (ره)، بیماران سرطانی و کلیه کسانی که امکان انجام این تحقیق را فراهم نمودند کمال تشکر را داریم.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington D.C; 1994.
- 2- Carroll BT, Kathol, RG, Noyes R, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression Scale. Gen Hosp Psychiat. 1993;15(2):69-74.
- 3- Kangas M, Henry JL, Bryant RA. A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. J Couns Clin Psychol. 2005;73(2):293-9.
- 4- Andrykowski MA, Cordova MJ. Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen model. J Trauma Stress. 1998;11(2):189-203.
- 5- Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC, Sloan

گذاشته شوند. در طول این تحلیل، کنترل اجرایی ضعیف باعث افزایش این احتمال می‌گردد که خاطرات نامتناسب کنار گذاشته نشده و به‌طور اشتباه به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند.

۲) به‌منظور پیمودن سلسله مراتب فرضی حافظه شرح حال، از خاطرات کلی که در سطح قرار دارند به سمت خاطرات اختصاصی عمقی، منابع اجرایی متعددی مورد نیاز می‌باشد. باز در اینجا، ممکن است کنترل اجرایی نسبتاً ضعیف‌تر باعث شود فرآیند جستجو به‌طور موفقیت‌آمیز تکمیل نگشته، خاطرات کلی و غیراختصاصی که در سطوح بالایی سلسله مراتب قرار دارند، به‌عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند و در نتیجه به کاهش اختصاصی بودن حافظه منجر می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، عملکرد ضعیف‌تر در آزمون‌های حافظه شرح حال نمی‌تواند به خاطر تلاش یا انگیزش متفاوت در بین گروه‌ها باشد. زیرا چنین تفاوت‌هایی در نیمرخ عملکرد WAIS نیز مشارکت دارند و این در حالی است که گروه‌ها قبلاً در WAIS عملکرد برابری داشته‌اند. بنابراین، نقص در یادآوری شخصی معنایی و رویدادی که در اینجا ذکر گردید، نقش تبیینی این فرضیه را کم رنگ می‌کند.

همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین اختصاصی بودن خاطرات در AMT (رویدادی) و AMI (معنایی) و نشانه‌های درماندگی پس از سانحه (خرده مقیاس‌های سه‌گانه E-R؛ اجتناب، برانگیختگی بیش از حد و علائم آزار دهنده) رابطه منفی وجود دارد. به‌عبارت دیگر، در بین جمعیت دارای تاریخچه مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه تروما با درماندگی فعلی بیشتری برایشان همراه است، نواقص گسترده‌تری در اختصاصی بودن دارند.

در تبیین این نتایج، همان‌گونه که در بخش قبلی ذکر گردید، فرضیه تعدیل اثر بیان‌کننده این نکته بود که افراد مبتلا به PTSD بواسطه راهبرد شناختی که برای کاهش اثرات تروما به کار می‌گیرند، در بازیابی از حافظه شرح حال کمتر اختصاصی عمل کرده و در پاسخ به تکلیف خاطرات کلی ارائه می‌دهند. همچنین، در میان افراد دارای سابقه مواجهه با تروما، آنهایی که تجربه تروما، درماندگی کنونی بیشتری برایشان به همراه دارد، دارای نواقص بیشتری در حافظه شرح حال اختصاصی می‌باشند.

در مطالعه حاضر شاهد بودیم که افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد عادی، قادر به بازیابی اختصاصی مواد شرح حال از حافظه نمی‌باشند. این یادآوری‌های کلی نه تنها در بعد رویدادی، بلکه در بعد معنایی حافظه شرح حال نیز نمایان است. از آنجایی که وضعیت حافظه شرح حال با متغیرهایی چون سن و هوش رابطه دارد، لازم به ذکر است که این نتایج را نمی‌توان به عواملی چون بهره‌وری پایین

- Thompson CP. On the emotions that accompany autobiographical memories: Dysphoria disrupts the fading affect bias. *Cogn Emotion*. 2003;17(5):703-23.
- 18- Conway MA. Memory and the Self. *J Mem Lang*. 2005;53(4):594-628.
- 19- Conway MA, Meares K, Standart, S. Images and goals. *Mem*. 2004;12(2):525-31.
- 20- Williams JMG., Barnhofer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E, Dalgleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull*. 2007;133(1):122-48.
- 21- Melchert TP, Parker RL. Different forms of childhood abuse and memory. *Child Abuse Negl*. 1997;21(2):125-35.
- 22- Meesters C, Merckelbach H, Muris P, Wessel I. Autobiographical memory and trauma in adolescents. *J Behav Ther Exp Pstchiat*. 2000;31(1):29-39.
- 23- Courtois CA. *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton; 1988.
- 24- Moradi AR, Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dalgleish T. Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychol*. 2007;127(1):645-53.
- 25- Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer – A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(4):499-524.
- 26- Belicker EB, Hickling EJ, Taylor AE, Loos WR, Foreneris CA, Ader HJ. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Educ Couns*. 2000;40(3):209-17.
- 27- Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. *The Autobiographical memory interview*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company; 1990.
- 28- Weiss D, Marmar C. The impact of event scale revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford; 1997.
- 29- Dalgleish T, Williams J.MG, Perkins N, Golden AJ, Barnard PJ, Yeung C, et al. Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *J Exp Psychol*. 2007;136(1):23-42.
- 30- Brewin CR. autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Mem*. 2007;15(3):227-48.
- 31- Matsuoka Y. A Volumetric study of amygdala in cancer Survivor with intrusive recollection. [Electronic version]. *J Biol Psychiat*. 2003;54(7):736-43.
- DA, Kenady DE. Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: A 1-year follow-up. *Psycho-Oncologie*. 2000;9(1):69-78.
- 6- Cordova MJ, Andrykowski MA, Redd WH, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *J Couns Clin Psychol*. 1995;63(6):981-6.
- 7- Hampton MR, Frombach I. Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Ealth Care Women In*. 2000;21(1):67-76.
- 8- Kaasa S, Malt U, Hagen S, Wist E, Moum T, Kvikstad A. Psychological distress in Cancer patients with advanced disease. *Radiother Oncol*. 1993, 27(3):193-7.
- 9- Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF. Posttraumatic distress symptoms in operable breast Cancer III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Res Tr*. 1998;47(2):141-51.
- 10- Henderson D, Hargreaves I, Gregory S, Williams JMG. Autobiographical memory and emotion in a non-clinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse. *Brit J Clin Psychol*. 2002;41(2):129-42.
- 11- Hermans D, Van den Broeck K, Belis G, Raes F, Pieters G, Eelen P. Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behav Res Ther*. 2004;42(7):775-89.
- 12- Dalgleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, Yiend J, De Silva P, et al. Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion*. 2003;3(2):211-22.
- 13- Harvey AG, Bryant RA, Dang ST. Autobiographical memory in acute stress disorder. *J Couns Clin Psychol*. 1998;66(3):500-06.
- 14- McNally R J, Lasko NB, Macklin ML, Pitman RK. Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 1995;33(6):619-30.
- 15- Kuyken W, Brewin CR. Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *J Abnormal Psychol*. 1995;104(4):585-91.
- 16- Willebrand M, Norlund F, Kildal M, Gerdin B, Ekselius L, Andersson G. Cognitive distortions in recovered burn patients: The emotional Stroop task and autobiographical Memory Test. *Burns*. 2002;28(5):465-71.
- 17- Walker WR, Skowronski JJ, Gibbons JA, Vogl RJ,