





دانشگاه خوارزمی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

موضوع

آموزش اختصاصی کردن خاطرات در کاهش آسیب های شناختی جانبازان مبتلا به

اختلال استرس پس از سانحه جنگ تحمیلی

استاد راهنما

دکتر علیرضا مرادی

استاد مشاور

دکتر محمد حاتمی

دانشجو

شیوا مشیرپناهی

اسفند ۱۳۹۱

تقدیم بہ:

جانبازان عزیز و خانواده ہای کرامی آنان کہ در راہ دفاع از این مرز و بوم جان فشانی ہای فراوان کردند

و

تقدیم بہ پدر و مادرم

ترمان شہرک معرفت و تنہیسان مہربانی

شکر و قدردانی

بر خود فرض می‌دانم از استاد عزیز و ارجمندم جناب آقای دکتر علیرضا مرادی که، نمودهای ارزنده اش، همیشه فانوس راهم بود، کمال شکر و قدردانی را داشته باشم.

پنجین، از استاد مشاور عزیزم، جناب آقای دکتر محمدحاتی، که زحمت مشاوره این رساله را بر عهده داشتند و روشنگر راه تحصیل بودند به پاس، نمودهای ارزشمندشان کمال شکر و قدردانی را دارم.

و نیز بدین وسیله از مدیریت محترم بیمارستان روانپریشی صدر و بخش پژوهش بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران، به پاس، همکاری صمیمانه، و تمامی دوستانی که در انجام این پژوهش مرایاری دادند خصوصاً آقای جعفر میرزایی، نهایت سپاس‌گذاری را دارم.

الف

چکیده

فصل اول: موضوع پژوهش

۱	.....	مقدمه
۱	.....	بیان مسئله
۶	.....	اهمیت و ضرورت پژوهش
۶	.....	اهداف پژوهش
۶	.....	هدف کلی
۷	.....	اهداف فرعی
۷	.....	فرضیه های پژوهش
۷	.....	سوال پژوهش
۷	.....	متغیرهای پژوهش
۷	.....	تعریف مفاهیم

فصل دوم: گستره نظری و پیشینه پژوهش

کلیات

۱۱	.....	تاریخچه
۱۲	.....	ملاک های تشخیصی PTSD
۱۴	.....	عوامل موثر در شروع، سیر، شدت و ماهیت PTSD
۱۵	.....	شناخت و هیجان در PTSD

۱۶	..... نظریه های شناختی PTSD
۱۶	..... نظریه طرحواره محور
۱۷	..... فرمول بندی هوروویتز از سندرم های پاسخ به استرس
۲۱	..... نظریه های شبکه تداعی
۲۱	..... نظریه پردازش هیجانی شبکه ترس فوا و همکاران
۲۲	..... نظریه بازنمایی دوگانه
۲۳	..... مدل بازنمایی چندگانه
۲۵	..... حافظه و PTSD
۲۶	..... حافظه شرح حال
۲۸	..... روش شناسی استفاده از کلمات سرخ
۲۹	..... پدیده حافظه بیش کلی گرا
۳۰	..... مدل کانوی و پلی دل پیرس: توضیحی برای حافظه بیش کلی گرا
۳۲	..... مدل ریکو: نظریه تعمیم پاسخ شرطی و اثر آن بر بیش کلی گرایی حافظه شرح حال
۳۴	..... بیش کلی گرایی حافظه و تروما
۳۶	..... مکانیزم هایی که در اختلال PTSD تحت تاثیر حافظه بیش کلی گرا هستند
۳۶	..... اجتناب عملکردی
۳۹	..... تروما و کاهش ظرفیت اجرایی
۳۹	..... خاطرات ناخواسته و تروما
۴۰	..... تروما و افسردگی
۴۰	..... پیامد عملکردهای روانشناختی (CaR-Fa-X)

۴۲	..... حل مساله
۴۳	..... درمان های روانشناختی PTSD
۴۴	..... درمان تروما- محور
۴۴	..... آموزش روانی
۴۵	..... درمان مواجهه تصویری
۴۵	..... مواجهه در محیط واقعی
۴۶	..... مواجهه با VR
۴۶	..... شناخت درمانی
۴۷	..... مدیریت استرس
۴۷	..... حساسیت زدایی با حرکات چشم
۴۸	..... درمان رایانه محور
۴۹	..... آموزش اختصاصی کردن خاطرات
۴۹	..... خلاصه فصل دوم

فصل سوم: روش پژوهش

۵۲	..... طرح پژوهش
۵۲	..... جامعه آماری، روش نمونه گیری و حجم نمونه
۵۲	..... ملاک های ورود آزمودنی ها
۵۲	..... ملاک های خروج آزمودنی ها
۵۲	..... ابزارهای پژوهش
۵۸	..... روش اجرا

۶۱ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

۶۱ نحوه رعایت اصول اخلاقی

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل اطلاعات

۶۳ اطلاعات جمعیت شناختی

۶۴ آمار توصیفی

۶۹ فرضیه اول

۶۹ فرضیه دوم

۷۰ فرضیه سوم

۷۱ فرضیه چهارم

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۷۴ بررسی فرضیه های پژوهش

۷۴ فرضیه اول

۷۵ فرضیه دوم

۷۷ فرضیه سوم

۷۸ فرضیه چهارم

۷۹ سوال پژوهش

۷۹ بحث کلی

۸۱ محدودیت های پژوهش

۸۲ پیشنهادهای پژوهشی

منابع

- ۸۳ منابع فارسی
- ۸۴ منابع انگلیسی
- پیوست ها
- ۸۹ پرسشنامه افسردگی بک
- ۹۴ تکلیف حافظه شرح حال (AMT)
- ۹۷ مقیاس تاثیر رویداد
- ۹۹ پرسشنامه حل مساله اجتماعی

- جدول ۴-۱: شاخص های توصیفی برای متغیرهای دموگرافیک تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل ۵۵
- جدول ۴-۲: مشخصات توصیفی متغیر جمعیت شناختی سن در دو گروه آزمایش و کنترل ۵۶
- جدول ۴-۳: مشخصات توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش در سه سطح اندازه گیری گروه آزمایش و کنترل ۵۷
- جدول ۴-۴: نتایج آزمون ام باکس به منظور همگنی ماتریس کوواریانس ها ۵۹
- جدول ۴-۵: نتایج آزمون لوین به منظور همگنی واریانس ها ۶۰
- جدول ۴-۶: خلاصه نتایج آزمون های مختلف چند متغیری ۶۰
- جدول ۴-۷: نتایج تفاوت های بین گروهی برای بیش کلی گرایی خاطرات ۶۱
- جدول ۴-۸: نتایج تفاوت های بین گروهی برای اجتناب کارکردی ۶۱
- جدول ۴-۹: نتایج تفاوت های بین گروهی برای خاطرات ناخواسته ۶۲
- جدول ۴-۱۰: نتایج تفاوت های بین گروهی برای حل مسئله ۶۳
- جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون t برای مقایسه پس آزمون و پیگیری برای گروه آزمایش ۶۴

فهرست نمودار ها و اشکال

۳۷	.....	شکل ۲-۱: مدل CaR-FA-X
۵۸	.....	شکل ۴-۱ میانگین متغیرهای اصلی در گروه آزمایش
۵۸	.....	شکل ۴-۲ میانگین متغیرهای اصلی در گروه کنترل

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه یکی از شایع ترین اختلالات روانی در میان جانبازان جنگ تحمیلی می باشد، روش های درمانی و آموزشی متنوعی جهت کاهش آسیب های ناشی از این اختلال وجود دارد. یکی از فاکتورهای آسیب پذیری شناختی برای بیماران اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، کاهش اختصاصی کردن خاطرات است. مطالعه حاضر یک برنامه گروه-محور جدید است که هدف آن افزایش بازیابی خاطرات به شیوه اختصاصی می باشد.

روش: در یک طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون توأم با گروه کنترل، و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۲۴ نفر جانباز مرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، که براساس ملاک های DSM-IV-TR توسط روانپزشک ارزیابی شدند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند؛ گروه آزمایش برنامه آموزش اختصاصی کردن خاطرات را دریافت کردند، و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار داشتند. گروه آزمایش طی چهار جلسه در چهار هفته متوالی بصورت گروه های ۳ نفری آموزش داده شدند و نمرات پرسشنامه های (BDI-II)، (AMT)، (IES-R)، (SPSI-R) قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری دو ماهه از هر دو گروه جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از آزمون های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی توکی و آزمون T وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که برنامه آموزشی، تغییرات معناداری در کاهش برخی آسیب های شناختی در بیماران اختلال استرس پس از سانحه ایجاد کرد. یافته ها موید اثربخشی آموزش اختصاصی کردن خاطرات در کاهش آسیب های شناختی در حوزه اجتناب عملکردی و افکار مزاحم در بیماران اختلال استرس پس از سانحه بودند و پایداری آموزش در مرحله پیگیری نیز تأیید شد. اما حل مساله آسیب دیده این بیماران پس از مداخله تغییر معناداری نداشت.

نتیجه گیری: آموزش اختصاصی کردن خاطرات در کاهش آسیب های شناختی مانند اجتناب عملکردی و خاطرات ناخواسته، در بیماران اختلال استرس پس از سانحه موثر می باشد و می توان آن را به عنوان یک روش انتخابی جهت کاهش برخی آسیب های شناختی در این بیماران به کار برد.

واژگان کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، حافظه شرح حال، آموزش اختصاصی کردن خاطرات.

جنگ، یکی از قدیمی ترین پدیده هایی است که در طول تاریخ مورد توجه تمامی جوامع بشری بوده است. آسیب های روانی ناشی از جنگ یکی از مسائل دامنه دار در جریان جنگ های جدید بوده است. معمولاً مشکلات جسمی جنگ تا حدودی قابل جبران است؛ ولی مسائل روانی نه تنها گریبان گیر فرد؛ بلکه خانواده و اجتماع خواهد بود. که حد اقل نیمی از سه میلیون سربازی که در جنگ شرکت کرده اند دچار مشکلات شدید روانی هستند. یکی از مسائل و مشکلاتی که در طول جنگ و پس از جنگ و حتی سالهای بعد از آن می تواند ادامه یابد مساله بیماری روانی ناشی از جنگ است. چنین بیمارانی مجروحانی هستند که دچار صدمات جسمی، روانی و عاطفی شده اند که سخت نیاز به حمایت دارند. جانبازان اعصاب و روان فرصت های زندگی را از دست داده اند جوانی و سلامت جسمی و روانی خود را بدون هیچ چشم داشتی در راه وطن تقدیم کردند و امروزه شایسته است که به خوبی مورد احترام واقع شوند. بنابراین ارائه خدمات درمانی مطلوب به مجروحین جنگی یکی از مهم ترین وظایف مسؤولان آن کشور است. در این رابطه درمان سلیقه ای نداریم؛ بلکه درمان باید مبتنی بر اصول و یافته های علمی باشد. از دیدگاه روان شناختی، افزایش اختلالات خلقی عمده و اختلالات شخصیت، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات اضطرابی از مهم ترین پیامدهای خشونت و جنگ است که تا سال ها پس از اتمام جنگ ادامه خواهد یافت و بر فرد، رابطه اجتماعی، شرایط اقتصادی و فرهنگی وی تأثیر بسزایی خواهد داشت.

بروز اختلالات روانی ناشی از جنگ به صورت مشخص از نیمه دوم قرن نوزدهم مورد توجه قرار گرفته است. پیامدهای جنگ جهانی دوم و جنگ های کره و ویتنام برای متخصصین روان شناسی و علوم اجتماعی شرایطی را فراهم ساخت تا اثرات فشارهای روانی زیاد ناشی از وقایع جنگ را بر سلامت و بیماری و شخصیت هزاران نفر بررسی نمایند. اختلال فشار روانی پس آسیبی، یکی از مهم ترین اختلالات ناشی از تجربه های فاجعه آمیز است. در خصوص این اختلال، بررسی های نظری بسیاری انجام شده است؛ ولی در درمان قربانیان این نوع از حوادث پیشرفت های اندکی به دست آمده است (لیندزی و پاول، ۱۹۹۴). در طول جنگ عراق علیه ایران این اختلال، یکی از عوارض برجسته روانی بود که در رزمندگان مشاهده گردید. افراد مبتلا به این اختلال، شخصاً شاهد وقایع مرگباری بوده اند که موجب جراحت شدیدشان گردید، یا طعم تلخ وقایعی را چشیده اند که با ترس شدید، درماندگی و وحشت آنان همراه بوده است. سایر علائم افسردگی، اضطراب، و مشکلات شناختی را شامل می شوند. در کشور ما بیش از تعداد ۴۰ هزار جانباز اعصاب و روان وجود دارد که البته این رقم با احتساب افراد خانواده این جانبازان بیش از ۱۰۰ هزار نفر خواهند بود چرا که اعضای خانواده به طور مستقیم با این مشکلات درگیر هستند و نیاز به حمایت دارند. اما شایع ترین اختلال در این گروه از جانبازان، (PTSD) است و تقریباً تمام جانبازان اعصاب و روان دچار این عارضه هستند یعنی دارای اختلال

استرس پس از سانحه میباشند که ناشی از عوارض جنگ تحمیلی است که برای افرادی که مستقیماً یا به طور غیر مستقیم در صحنه جنگ حضور داشته اند به وجود می آید بیماران این گونه رویدادهای آسیب زا را دائماً در کابوس ها، خاطرات یا تجدید خاطراتشان به یاد می آورند و تا حد امکان سعی می کنند تا مانع تکرار آن تجربه را شوند. فشاری که موجب PTSD می شود، به قدری ناتوان کننده است که قادر است تقریباً هر کسی را از پای در آورده. جنگ، اسارت، شکنجه، و شستشوی مغزی، یکی از دلایل اصلی اختلال استرس پس از سانحه است؛ اما این اختلال می تواند در واکنش به هر نوع شرایط آسیب زای دیگر نیز ایجاد می شود.

با توجه به اینکه جانبازان جنگ مبتلا به PTSD دامنه وسیعی از مشکلات حافظه دارند. این مشکلات اغلب به وقایع تروماتیکی که برایشان اتفاق افتاده است، از نشانگان مهم این بیماران خاطرات رنج آور ناخواسته است. و خاطرات شخصی یک جزء مهم از تجارب انسانی است؛ که نه تنها نقش کلیدی در ساختن احساس خود و هویت بازی می کند بلکه آنها برای آینده نقش هدایتی مهمی دارند. زمانی که تجارب شخصی گذشته ثبت می شوند، این یا آوری ها به افراد کمک می کند تا مشکلات مشابهی را که در زمان حال برای آنها به وجود می آید، حل کنند و یا نقشه ای برای عملکرد خود در مورد آینده بکشند. در ۲۵ سال گذشته تحقیقات نشان داده اند شیوه ای که افراد گذشته ی شخصی خویش را به یاد می آورند، چه به صورت کلی و چه به صورت اختصاصی، برای کارکردهای روانشناختی نتایج مهمی داشته است. نتایج تحقیقات متعدد نشان داده اند که در جانبازان مبتلا به این اختلال بیش کلی گرایي در یادآوری خاطرات وجود دارد.

با توجه به مشکلاتی که ممکن است بیش کلی گرایي خاطرات در جانبازان پس از جنگ در پی داشته باشد، تلفیق یافته ها در مورد تحقیقات تجربی آسیب شناختی، و اجرای درمانی در ارتباط با موضوع اختصاصی کردن خاطرات، از اهمیت خاصی برخوردار است. چند مداخله در مورد اختصاصی کردن خاطرات بر روی اختلال افسردگی اجرا شده است. اما در مورد اختلال استرس پس از سانحه تاکنون تلاشی صورت نگرفته است. با توجه به این موضوع که بیش کلی گرایي حافظه در بیماران PTSD جنگ تحمیلی کاملاً ثابت شده است؛ اجرای یک برنامه مداخله جهت افزایش اختصاصی کردن خاطرات در این گروه از بیماران ضروری به نظر می رسد. از یافته های این پژوهش می توان جهت ارتقای روشهای درمانی مورد استفاده برای بیماران PTSD استفاده کرد.

۱-۱. بیان مساله

اختلال استرس پس از سانحه^۱ یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است و شیوع آن در طول زندگی ۷ تا ۱۲ درصد جمعیت عمومی است (کسلر^۲ و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از الف، لانگلد و گرسونز، ۲۰۰۷). مهمتر آنکه، ۵ تا ۶ درصد مردان و ۱۰ تا ۱۲ درصد زنان در زندگی خود از PTSD رنج می‌برد، همین موضوع باعث شده تا PTSD چهارمین اختلال شایع روانپزشکی محسوب شود (برسلاو^۳، داویس^۴، اندرسکی و پترسون^۵، ۱۹۹۱؛ به نقل از الف و همکاران، ۲۰۰۷). در طول دو دهه گذشته، تحقیقات فراوانی در مورد ابعاد شناختی PTSD انجام گرفته است. گزارش‌های مربوط به میزان و ماهیت مشکلات شناختی در بیماران متفاوت و متنوع است و شامل دامنه وسیعی از نواقص شناختی کلی تا اختلالات اختصاصی حافظه است (برای مثال، برمنر و همکاران، ۱۹۹۵). مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به PTSD از مشکلات مربوط به حافظه (بروین و اسمارت، ۲۰۰۲)؛ توجه (برایانت و هاروی، ۱۹۹۷) و نشانگان تجزیه‌ای (مورگان و همکاران، ۲۰۰۱) و... رنج می‌برند. این مشکلات اغلب به وقایع آسیب‌زایی مربوط می‌شود که برایشان اتفاق افتاده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

در سال‌های اخیر مشکلات مربوط به حافظه، خصوصاً حافظه شرح حال^۶ در مورد اختلال استرس پس از سانحه به یک موضوع مهم در تحقیقات تبدیل شده است (جابسون و اوکارنی، ۲۰۰۹). برخی‌ها براین اعتقادند که اختلال PTSD پاسخی به خاطره مربوط به تروماست نه خود رویداد تروماتیک (روبین^۷، برنستن^۸ و بوهنی^۹، ۲۰۰۸)؛ و اغلب این بیماری، به عنوان اختلال حافظه شرح حال توصیف می‌شود (بروین، ۲۰۰۷). حافظه شرح حال یک زیر سیستم از حافظه رویدادی است که با ظرفیت افراد برای یادآوری اتفاقات و حقایق شخصی از زندگی‌شان ارتباط پیدا می‌کند (کانوی و پلی دل پیرس، ۲۰۰۰). لیود و لیشمن^{۱۰} (۱۹۷۵) از جمله اولین کسانی بودند که حافظه شخصی را در مطالعه‌ای آزمایشی مورد بررسی قرار دادند. آنها با استفاده از فهرستی از لغات سرخ^{۱۱}، از بیماران افسرده بالینی خواستند تا به واسطه این فهرست در مورد خاطرات

¹ - post traumatic stress disorder

² -nelson

³ -Breslau

⁴ -Davis

⁵ -Anderski &Peterson

⁶ -Autobiographical memory

⁷ -Rubin

⁸ -Bernsten

⁹ -Bohni

¹⁰ -Lloyd & Lishman

¹¹ - Cue word

خوشایند یا ناخوشایند فکر کنند. کارهای بعدی در این زمینه توسط تیزدل و فورگاتی^۱ (۱۹۷۹) با افراد غیر افسرده که خلق آنان به صورت آزمایشی دستکاری شده بود صورت گرفت (دالگلیش^۲، ۲۰۰۴). مطالعات اولیه اولیه حافظه شرح حال در چهارچوب کلی مدل‌های شبکه‌ای حافظه صورت گرفت. این مدل‌ها بیان می‌کنند که هیجان‌ها به عنوان بخشی از یک شبکه تداعی کلی‌تر در حافظه بازنمایی می‌شوند. در چنین سیستمی یک حالت عاطفی خاص به عنوان یک گره در حافظه، که دارای ویژگی‌های مشابهی باشد، رمزگردانی می‌شود؛ بنابراین چندین ورودی هیجانی و با ارزش‌های متفاوت در شبکه وجود دارند، در نتیجه می‌توانند به وسیله منابع مشابه فعال گردند. تا زمانی که تحقیقات، واکنش و سرعت بازیابی سریع به مواد همسان با خلق در زمان رمزگذاری و بازیابی را بررسی می‌کردند، مدل شبکه‌ای کارآمد می‌نمود. اما به مرور، تبیین یافته‌ها از این طریق، نابسندگی نشان داد. بتدریج چارچوب تاکید بر ابعاد کیفی یادآوری‌ها تغییر یافت. اغلب تحقیقات اخیر به جنبه‌ی کیفیت بازیابی از حافظه، به ویژه اختصاصی بودن یا کلی بودن رویدادهای یادآوری شده، تمرکز نمودند (باور، ۱۹۸۱؛ به نقل از مرادی، ۲۰۰۸).

بازیابی خاطرات شخصی یک فرآیند پیچیده است که در آن ردهای ذهنی از اتفاقات گذشته و دانش معنایی وجود دارد، که در بازنمایی‌های ذهنی شکل گرفته‌اند. این بازنمایی‌های ذهنی می‌توانند از لحاظ کیفیت بسیار با هم متفاوت باشند. برای مثال؛ بازیابی‌ها از لحاظ محتوی، تصویرسازی و شدت هیجان می‌توانند از هم متفاوت باشند. اما یکی از ابعاد اساسی در بازیابی خاطرات شخصی، میزان جزئیات آن است (کانوی، ۲۰۰۵). این موضوع به وسیله‌ی ویلیامز و برودنت (۱۹۸۶)، بر روی بیمارانی که خودکشی کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. هنگامی که از بیماران خواسته شد تا در پاسخ به کلمات سرنخ، خاطراتی بیان کنند. این افراد در بازخوانی خاطرات کمتر اختصاصی عمل می‌کردند. آنها به جای اینکه اتفاق خاصی که برای آنها در یک زمان یا یک مکان بخصوص رخ داده است را به صورت اختصاصی بیان کنند؛ اغلب خاطره را به صورت کلی و خلاصه بیان می‌کردند برای مثال آنها به جای اینکه یک رویداد اختصاصی را برای کلمه "خوشحال" بیان کنند؛ مثلاً "وقتی برادرم را یکشنبه گذشته را دیدم، خوشحال شدم" ممکن است خاطره را به صورت یک دسته از وقایع بیان کنند. مثلاً: "وقتهایی که برادرم را میبینم، خوشحال می‌شوم" (ویلیامز و برودنت، ۱۹۸۶؛ به نقل از سامنر^۳، ۲۰۱۲). براساس تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر، پدیده بیش‌کلی-گرایی حافظه (OGM)^۴ یا بازیابی خاطرات به شکل غیراختصاصی^۵، همبستگی بالایی با افسردگی و اختلالات اختلالات اضطرابی تروما محور مانند اختلال استرس پس از سانحه دارد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). بیش-

¹ - Fogarty

² -Dalgleish

³ -Sumner

⁴ -Overgeneral memory

⁵ -Unspecific

کلی‌گرایی حافظه، در اغلب افراد با سابقه تروما (دالگلیش، تچانتوریا، سرپل، همز، یند، دسیلوا^۱ و همکاران، ۲۰۰۳) و نجات‌یافتگان از تروما که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد هستند، مشاهده شده است (هاروی، بریانت و دانگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از اسکافلدا^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). برعکس، بیمارانی که مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی هستند، بیش‌کلی‌گرایی حافظه را نشان نمی‌دهند (ونزل، جکسون، برنلد و پنی، ۲۰۰۳). مسلماً بیش‌کلی‌گرایی حافظه فقط نتیجه مواجهه با تروما نیست (اسکافلدا، اهلرز، بلینگاوس، ریف، ۲۰۰۷). بطور کلی، OGM بر مکانیسم‌های پایه‌ای مهمی دلالت دارد که در بیماری‌زایی PTSD نقش دارند. این مکانیسم‌ها می‌توانند در بقای این اختلال سهیم باشند (بریانت، ساثرلند و گوسری^۳، ۲۰۰۷). بیش‌کلی‌گرایی حافظه به چند طریق می‌تواند بر بعضی رفتارها و آسیب‌های شناختی بیمار PTSD نقش داشته باشد. یکی از تاثیرات کاهش خاطرات اختصاصی در این بیماران، اجتناب عملکردی است؛ که مربوط به فقدان نسبی مواجهه تجربی با خاطرات و هیجان‌های منفی است. از آنجا که در فرآیند جستجو در اطلاعات اختصاصی مربوط به تروما، سطحی از بیش‌کلی‌گرایی در خاطرات، به عنوان شکلی از اجتناب هیجانی به وجود می‌آید، عقیده بر این است که این راهبرد، توسط افرادی که با تروما مواجه شده‌اند؛ یادگرفته می‌شود و دلیلش تقویت منفی است که با اجتناب از هیجان‌های ناراحت‌کننده، بدست می‌آورند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که رابطه بین عاطفه منفی و بازیابی "به شکل اختصاصی" می‌تواند اجتناب منفعلانه از خاطرات رویدادی آزاردهنده را گسترش دهد - اجتناب از جزئیات حسی و دریافتی یک رویداد - که اگر فعال شود، ممکن است آشفتگی‌های خلقی بزرگ و فاجعه باری تولید کند. راهبرد "قطع جستجو" به منظور اجتناب از پیامدهای آزاردهنده خاطرات، قبل از دستیابی به بازنمایی‌های اختصاصی، نوعی تقویتی منفی برای افراد است. مواجهه با خاطرات و احساسات استرس‌زا اگرچه در کوتاه مدت ممکن است موجب احساسات ناراحت‌کننده شود؛ اما در دراز مدت با کاهش بهبود روانشناختی رابطه دارد. تاثیر مواجهه‌ای که به صورت طبیعی در اثر مرور خاطرات به وجود می‌آید، در افرادی که OGM دارند اتفاق نمی‌افتد (اسکافلدا و همکاران، ۲۰۰۷).

همچنین کاهش اختصاصی کردن خاطرات، مانع حل مساله اجتماعی و بین فردی موثر می‌شود. برخی پژوهش‌ها، رابطه میان حل مساله موثر پایین و کاهش خاطرات اختصاصی را نشان داده‌اند. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران افسرده‌ای که اختصاصی کردن پایینی در بازیابی خاطرات داشتند، راه‌حل‌های موثر کمتری تولید می‌کردند (پلات و اسپواک^۴، ۱۹۷۵؛ به نقل از رایس، ۲۰۰۹). بادلی^۵ (۱۹۸۸)، در بررسی نمونه‌های بالینی دریافت که، خاطرات اختصاصی مربوط به موقعیت‌های گذشته، به عنوان چارچوب ارجاعی

¹ - Tchanturia, Serpell, Hems, Yiend & De Silva

² - Schonfeld

³ -Guthrie

⁴ -Plat & Spivak

⁵ -boddly

راهنمای حل مساله در زمان حال استفاده می‌شوند. بنابراین هنگامی که افراد با یک مساله مواجه می‌شوند، مایل هستند تا به گذشته برگردند و موقعیت‌ها را با هم مقایسه کنند و از دانش خود برای دستیابی به راه حل بهتر استفاده کنند. به دلیل بیش‌کلی‌گرایی حافظه، فرد توانایی دستیابی به این خاطرات اختصاصی ندارد و همین امر منجر به حل مساله ضعیف هم در نمونه‌های بالینی و هم غیر بالینی می‌شود (پلوک و ویلیامز^۱، ۲۰۰۱). یکی دیگر از کارکردهای اختصاصی کردن خاطرات شخصی این است که از بازیابی ناخواسته خاطرات جلوگیری می‌کند. مطالعات گذشته نشان داده‌اند که رابطه معناداری میان بیش‌کلی‌گرایی حافظه و خاطرات ناخواسته در نمونه‌های بالینی افسرده و افرادی با سابقه تروما، وجود دارد (مانند؛ کویکن و بروین، ۱۹۹۵؛ اسکافلند و اهلرز، ۲۰۰۶). اختصاصی کردن ناکافی موجب می‌شود که ردهای حافظه نسبت به فعال شدن توسط نشانه‌های حسی، آسیب پذیر شوند. این حالت موجب افزایش نشانگان PTSD مانند افکار ناخواسته و برانگیختگی می‌شود (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰). از میان فرآیندهای مختلف، شیوه دیگری که حافظه بیش‌کلی-گرا تحت تاثیر آن است، ترکیب بسیاری از تشخیص‌های مختلف است که با هم رخ می‌دهند^۲، همبودی^۳ حالت‌های افسردگی همراه با تشخیص‌هایی مانند PTSD و اختلال استرس حاد بسیار عادی و رایج است (بروین، دالگلیش و جوزف، ۱۹۹۶). علاوه بر این، حتی اگر اختلال افسردگی به عنوان اختلال همبود وجود نداشته باشد، نشانگان معناداری از افسردگی، با تجربه‌ی تروما همراه و مرتبط است (برای مثال، نولن-هوکسما و مورو^۴، ۱۹۹۱). این همپوشی‌ها در نشانه‌شناسی ممکن است به این معنا باشند که ریشه‌ی دیگری برای بیش‌کلی‌گرایی حافظه در نجات یافتگان از تروما، از طریق خلق افسرده به وجود می‌آید. این در حالی است که تحقیقات در حوزه درمان اختلالاتی مثل افسردگی که سطح بالایی از OGM در آنها دیده می‌شود، نشان داده‌اند که فقدان حافظه شرح حال اختصاصی پس از درمان افسردگی از بین نمی‌رود و سطحی از بیش‌کلی-گرایی به طور ثابت حتی پس از کاهش شدت علائم افسردگی باقی خواهد ماند (رایس و همکاران، ۲۰۰۹). بیماران افسرده و افسرده‌هایی که درمان شده‌اند، از لحاظ سطح اختصاصی کردن خاطرات تفاوتی وجود ندارد و سطح بالایی از بیش‌کلی‌گرایی در این دو گروه نسبت به افرادی که هرگز افسرده نبوده‌اند دیده شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که OGM یک پدیده وابسته به حالت‌های خلقی نیست بلکه ممکن است یک صفت یا یک نشانه آسیب‌پذیری برای شروع یا عود افسردگی باشد (پارک، گودیور و تیزدل^۵، ۲۰۰۲).

تحقیقات گذشته در حوزه کاهش خاطرات اختصاصی، اساساً بر روی همبستگی‌ها و مکانیزم‌های این عامل آسیب‌پذیری تمرکز داشته‌اند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد که درمان یا کاهش بازیابی

¹ - Pollock & Williams

² - co-occur

³ - Comorbidity

⁴ - Nolen-Hoeksema & Morrow

⁵ - Park, Goodyer & Teasdale

خاطرات بیش‌کلی‌گرایانه یک هدف درمانی بسیار مهم باشد. با وجود اینکه متون علمی به طور واضحی بر اهمیت بالینی کاهش اختصاصی کردن خاطرات تاکید کرده‌اند؛ اما تاکنون حرکتی اساسی برای مداخلات بالینی در این رابطه صورت نگرفته است. تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که اختصاصی کردن خاطرات در درمان‌هایی که رایج و متداول هستند، بهبود نمی‌یابد (رایس و همکاران، ۲۰۰۹). تاکنون فقط دو مطالعه مداخلات درمانی به صورت مستقیم در مورد افزایش خاطرات اختصاصی افراد بوده است. سرانو، لاتوره، گاتز و مونتاز (۲۰۰۴) یک درمان با نام "بازنگری در زندگی جدید" را در مورد افراد افسرده بزرگسال انجام دادند. تمرکز اصلی بر روی کمک به افراد مسن در بازیابی خاطرات اختصاصی مثبت بود. مطالعه دیگر، که توسط رایس و همکاران (۲۰۰۹) انجام شد؛ از برنامه MEST (آموزش اختصاصی کردن خاطرات) جهت مداخله مستقیم در کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه در بیماران افسرده استفاده شد. نتایج نشان دادند که برنامه MEST در کاهش این عامل شناخته شده آسیب‌پذیری موفق بوده است.

با توجه به این که نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که کاهش خاطرات اختصاصی در افراد، با میزان آسیب‌شناسی روانی همبستگی بالایی دارد (پیولینو^۱، کاسته^۲، مارتینلی^۳، میس^۴، کوینیت^۵ و همکاران، همکاران، ۲۰۱۰)؛ همچنین کاهش اختصاصی کردن خاطرات در افراد PTSD کاملاً ثابت شده است (هاروی، بریانت و دانگ، ۱۹۹۸، به نقل از ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷)، اما تاکنون مداخلات درمانی خاصی بر روی بیماران PTSD جهت افزایش اختصاصی کردن خاطرات در آنها صورت نگرفته است. بنابراین اجرای یک برنامه مداخله درمانی جهت افزایش اختصاصی کردن خاطرات در این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به مطالب گفته شده پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این مساله است که آموزش اختصاصی کردن خاطرات (MEST) که یک برنامه مداخله‌ای گروه محور جدید است، چه اندازه در بالا بردن میزان اختصاصی کردن خاطرات جانبازان مبتلا به PTSD تاثیر دارد؟ و دوم اینکه آیا افزایش اختصاصی کردن خاطرات، با بهبود برخی متغیرهای کلیدی آسیب‌شناختی مانند اجتناب عملکردی، خاطرات ناخواسته و حل مساله اجتماعی آسیب دیده در این بیماران همراه خواهد بود؟

¹ - Piolino

² Coste

³-Martinelly

⁴ -Mace

⁵ -Quinitt

۱-۲. اهمیت و ضرورت پژوهش

خاطرات شخصی یک جزء مهم از تجارب انسانی است؛ که نه تنها نقش کلیدی در ساختن احساس خود و هویت بازی می‌کند بلکه آنها برای آینده نقش هدایتی مهمی دارند. زمانی که تجارب شخصی گذشته ثبت می‌شوند، این خاطرات، یادآوری‌هایی را از درس‌هایی که از گذشته آموخته‌اند، فراهم می‌کنند. این یادآوری‌ها به افراد کمک می‌کند تا مشکلات مشابهی را که در زمان حال برای آنها به وجود می‌آید، حل کنند و یا نقشه‌ای برای عملکرد خود در مورد آینده بکشند. در ۲۵ سال گذشته تحقیقات نشان داده‌اند شیوه‌ای که افراد گذشته‌ی شخصی خویش را به یاد می‌آورند، چه به صورت کلی و چه به صورت اختصاصی، برای کارکردهای روانشناختی نتایج مهمی داشته است (سامنر، ۲۰۱۲).

کاهش خاطرات اختصاصی شخصی در اختلالات مرتبط با تروما بسیار مشاهده شده است. (هرمانز^۱، ون دن بروک^۲، بلیس^۳، رایس، پیترز^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از یافته‌های استواری که محققان به آن دست یافته‌اند حاکی از این است که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، نسبت به کسانی که این اختلال را ندارند، خاطرات شخصی اختصاصی کمتری را بازیابی می‌کنند. این افراد اغلب یک سری خاطرات بیش‌کلی-گرایانه بازیابی می‌کنند (مورو و زوئلنر^۵، ۲۰۰۷). اهمیت وجود تروما به این دلیل است که حتی در غیاب PTSD یا هر اختلال روانپزشکی دیگر، تجارب تروماتیک، با فقدان خاطرات شخصی اختصاصی همبستگی دارد (هرمانز و همکاران، ۲۰۰۴). تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که کاهش خاطرات اختصاصی شخصی در افراد، به صورت ویژه‌ای با آسیب‌شناسی روانی همبستگی داشته است (پیولینو^۶، کاسته^۷، مارتینلی^۸، میس^۹، میس^۹، کوینیت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). بیش‌کلی‌گرایی حافظه بعنوان یک فاکتور آسیب‌پذیری برای اختلال استرس پس از سانحه مطرح شده است. همان‌طور که کاهش خاطرات اختصاصی می‌تواند در بدتر کردن افسردگی تاثیر داشته باشد، علاوه بر آن با مشکل در حل مساله اجتماعی و زیاد شدن احساس درماندگی و افزایش خاطرات ناخواسته، همبستگی دارد (سامنر، ۲۰۱۲). اجتناب کارکردی مربوط به فقدان نسبی مواجهه با خاطرات تروما که در اثر کاهش اختصاصی کردن خاطرات به وجود می‌آید، در دراز مدت موجب کاهش بهبود روانشناختی می‌شود (اسکانفلد و همکاران، ۲۰۰۷).

¹ -Hermans
² -Bruk
³ -Bleas
⁴ -Pitters
⁵ -Moro & Zoelner
⁶ -Piolino
⁷ Coste
⁸ -Martinelly
⁹ -Mace
¹⁰ -Quinnitt