

حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و خانواده این بیماران

Autobiographical Memory and Executive Function in HIV Positive Patients and Families

Ali Reza Moradi
Hadi Parhoon
Mohammad Ali Miraghaei
Nasim Arzani
Sajad Hatamkhani

علیرضا مرادی*
هادی پرهون**
علی محمد میرآقایی***
نسیم ارزانی****
سجاد حاتم‌خانی*****

Abstract

The aim of this study was to examine Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms, autobiographical remembering and executive control in individuals with HIV and in those of Carers with HIV. For different groups of subjects including (1) people with HIV ($n = 30$), healthy controls 1 ($n = 27$), Carers of those with HIV ($n=26$), and healthy controls 2 ($n= 26$) participated in the study. All subjects completed the Impact of Event Scale-Revised, Beck's Depression Inventory-II, Autobiographical Memory Interview, Autobiographical Memory Test, Wisconsin Card Sorting Test and Tower of London. The results indicated higher PTSD, depression and anxiety symptoms among the HIV group. The findings also showed that those with HIV had lower levels of executive functioning, deficits in autobiographical remembering (semantic and episodic) and retrieved less specific autobiographical memories. Regarding to carer of HIV people, the results indicated higher depression and anxiety among the Carers group, but they did not differ in terms of executive functioning or semantic recollection with healthy controls. The findings are discussed in terms of the role of the self and processes involved in non-specific retrieval of autobiographical material in relation to HIV.

Keywords: Autobiographical memory, Executive functions, HIV, Trauma, PTSD

چکیده

هدف مطالعه حاضر سنجش نشانگان PTSD، حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به HIV و اعضای خانواده این بیماران بود. برای این منظور، ابزارهای پژوهشی شامل سیاهه افسردگی بک، مقیاس سنجش شدت نشانگان PTSD، مصاحبه حافظه شرح حال، آزمون حافظه شرح حال، آزمون کارتهای ویسکانسین و آزمون برج لندن بر روی افراد مبتلا به ویروس HIV ($n=30$)، افراد سالم همتا شده با این گروه ($n=27$)، اعضای خانواده بیماران HIV مثبت ($n=26$) و گروه کنترل همتا شده با این اعضا ($n=26$) اجرا شد. نتایج حاکی از وجود افسردگی، و نشانگان PTSD بیشتر در میان افراد مبتلا به HIV و اعضای خانواده این بیماران بود. گروه مبتلا به HIV در کارکردهای اجرایی عملکرد ضعیفتری داشتند و بازیابی آنها در حافظه شرح حال (رویدادی و معنایی) در مقایسه با گروه کنترل ضعیفتر بود و در بازیابی حافظه اختصاصی تقابلی را نشان دادند. همچنین نتایج نشان داد که اعضای خانواده بیماران مبتلا به HIV در بازیابی حافظه شرح حال رویدادی و حافظه اختصاصی عملکرد ضعیفتری داشتند. یافته‌های مذکور در رابطه با نقش خود و پردازش اطلاعات در رابطه با کارکردهای اجرایی و اثر پذیری آنها از عوامل هیجانی نظیر نشانه‌های PTSD قابل بحث می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: حافظه شرح حال، کارکردهای اجرایی، HIV، اختلال استرس پس از سانحه

email: moradi90@yahoo.com

* عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی

** دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی

*** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

**** کارشناس ارشد روانشناسی

Received: 04 Dec 2013

Accepted: 14 Oct 2012

92/07/12: پذیرش

91/10/10: دریافت

مقدمه

چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و طبقه‌بندی اختلالات روانی (DSM-IV)¹ برای اولین بار ابتلای افراد به بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی را به عنوان یک عامل تروماتیک در نظر گرفت. حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پاسخ استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)² در نتیجه بیماری‌های تهدیدکننده زندگی شکل می‌گیرد. در حالی که چندین مطالعه، PTSD را در افراد مبتلا به نشانگان بالینی سرطان نشان داده‌اند (برای مثال کوردووا و آندری کووسکی، 2003؛ کانگز، هنری و برایانت، 2002). مطالعات اندکی به تجربه PTSD در میان افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی بدن (HIV)³ پرداخته‌اند (انجمن روان-پزشکی آمریکا، 2007). از طرفی یکی از حوزه‌های روانشناسی شناختی که در سال‌های اخیر در ارتباط با PTSD مورد توجه پژوهش‌گران قرار گرفته، حافظه شرح حال⁴ است (جابسون، 2009). حافظه شرح حال شکلی از حافظه است که در آن رویدادهای زندگی شخصی شامل دو بخش رویدادی⁵ (تجارب شخصی در موقعیت‌ها و حوادث خاص) و خاطرات معنایی⁶ (اطلاعات شخصی در مورد خود) توصیف می‌شود (کانوی، 2005؛ جابسون و اوکارونی، 2009). در ارتباط با حافظه رویدادی ارتباط بین تجربه تروما، PTSD و کاهش حافظه شرح حال رویدادی اختصاصی (AMS)⁷ در ادبیات پژوهش به خوبی نشان داده شده است (برای مثال هاور، وسل؛ گراتس، مرچلیاخ و دالگلیش، 2008؛ مک نالی، لسکو، مک‌لین و پیتمن، 1995؛ اسپونفلد، اهلرز، بلینگ‌هاس و ریف، 2007). این افراد تمایل دارند که خاطرات را به صورت کلی یا گسترده به یاد بیاورند. "من همیشه از مهمانی‌های خوب لذت می‌برم"، به جای این که بگویند: "من ساعات خوبی را در مهمانی علی گذراندم". همچنین چنین نتایجی در ارتباط با سایر بیماری‌های مزمن مثل سرطان (برای مثال کانگز، هنری و برایانت، 2005) و مشکلات مزمن در ارتباط با سلامتی مثل زنگ زدن گوش (آندرسون، ایگر هولت، جانسون و مارکولز، 2003) نشان داده شده است. کاهش نشانه‌های PTSD در طول درمان به بازبانی بیشتر خاطرات اختصاصی منجر شده است (ساترلند و برایانت، 2007). همچنین در ارتباط با حافظه شرح حال معنایی مطالعات از نقص در این نوع حافظه در کنار تجربه PTSD در افراد حکایت دارند (برای مثال میسترز، مرچلیاخ، موریس و وسل، 2007؛ مرادی، عبدی، فتحی آشتیانی، دالگلیش و جابسون، 2012 و مرادی و همکاران، 2008؛ مرادی و همکاران، 1389). با در نظر گرفتن این نتایج مطالعات به AMS و بازبانی معنایی در افراد HIV نپرداخته‌اند. در نهایت یادآوری خاطرات از حافظه شرح حال مستلزم استفاده از توان‌مندی‌های اجرایی است (ویلیامز، بارن‌هوفر، هرمانز، ریس، واتکینز و دالگلیش، 2007). مطالعات تجربی از نقش کارکردهای اجرایی در AMS حمایت کرده‌اند (برای مثال دالگلیش و همکاران، 2007؛ بانس، روبرت و کارلوس، 2008). از طرف دیگر، عفونت HIV با نقایص عصب‌روانشناختی در توجه⁸،

¹- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

²- Posttraumatic stress disorder

³- human immunodeficiency virus

⁴- Autobiographical memory

⁵- episodic

⁶- semantic

⁷- autobiographical episodic memory specificity

⁸- attention

حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و خانواده این بیماران

حافظه کاری¹ و کارکردهای اجرایی² که به طور عمده در کارکرد طبیعی نواحی مخطط - پیشانی³ اختلال ایجاد می‌کند، همراه است (برای مثال ملروس، تینز، کاستلو، کورتنی و استرن، 2008؛ رایت، بارکلی و هنکلین، 2009). با توجه به این مسائل درحالی که پژوهش‌های زیادی به سایر توان‌مندی‌های عصب روانشناختی پرداخته‌اند، مطالعات اندکی معطوف به حافظه شرح حال و ارتباط آن با کارکردهای اجرایی در بیماران HIV مثبت بوده است.

به طور کلی، افراد مبتلا به HIV، نشانگان PTSD و افسردگی را در پاسخ به تجربه این بیماری از خود نشان می‌دهند و تشخیص HIV در افراد در مراحل مختلف بیماری با نقایص بسیاری در کارکردهای اجرایی و شناختی همراه است. در کنار افسردگی، PTSD و کارکردهای اجرایی، کاهش حافظه شرح حال اختصاصی (AMS) و بازیابی اطلاعات معنایی در حافظه شرح حال مشاهده شده است. از طرف دیگر، با توجه به آسیب و نقایص پیش‌رونده این بیماری مطالعات نیازمند تفکیک نوع مطالعه از لحاظ دوره بیماری هستند که این موضوع در مطالعات اندکی مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان مثال، در یک مطالعه فراتحلیل که توسط ریگر، ولش، رزانی، مارتین و بون (2002) در مورد عملکرد عصب‌روانشناختی بیماران HIV مثبت انجام شد، آنها دریافتند که نقایص شناختی در مراحل مختلف بیماری به تدریج شکل فزاینده در طول بیماری داشته، به طوری که در مراحل آخر بیماری چشمگیرتر بود. افراد حامل HIV در چند حوزه شناختی به خصوص در عملکرد حرکتی، کارکردهای اجرایی، سرعت پردازش اطلاعات و زبان دچار اختلال بودند. افرادی که به مرحله AIDS رسیده بودند و دارو مصرف می‌کردند، نقایص آشکارتری را نشان دادند. این نتایج در فراتحلیل کیسکیو، ماروف و بریو (2006) نیز نشان داده شد. در این مطالعه افراد HIV نقایص شناختی ملایم‌تر نشان داده، در حالی که بیمارانی که وارد مرحله نهایی بیماری شده بودند، نقایص متوسط تا شدیدتری در حوزه‌های مختلف عصب‌روانشناختی داشتند.

در مورد اعضای خانواده افرادی که به بیماری مزمن مبتلا شده‌اند، مراقبت و نگرانی در مورد آنها یک تکلیف استرس‌زا و دشوار است که با مشکلات روانشناختی و جسمانی منفی همراه است که ممکن است برای فرد مراقب پی‌آمدهای اجتماعی نیز داشته باشد (پاکنهام، ددس و تری، 1995). مراقبت‌کنندگان افراد مبتلا به HIV مسئولیت سنگینی را تحمل می‌کنند (فولکمن، چسنی، کوک، بوسلاری و کول لت، 1994) که اغلب در میان این افراد به صورت مشکلات آشکارتری مثل اضطراب و افسردگی جلوه می‌کند (اباسیوبونگ، بسی، اگونسمی و اودبن، 2011). علاوه بر سنجش این مشکلات، پژوهش‌های اندکی معطوف به بهزیستی این افراد شده است (اباسیوبونگ و همکاران، 2011). مطالعاتی، سنجش سطوح افسردگی (برای مثال لو و همکاران، 2003) و نشانگان PTSD (برای مثال کارل، 2003) در این افراد را مورد بررسی قرار داده‌اند. اگر چه گزارش‌ها، توصیفی از تجربه تروما و مشکلات روانشناختی در این افراد، پس از تشخیص بیماری HIV در یک عضو خانواده خبر داده‌اند و تلاش‌هایی هم برای بهبود وضعیت زندگی این افراد در بسیاری از خانواده‌ها صورت گرفته است، با این وجود مطالعات تجربی بیشتری برای شناخت وضعیت این افراد مورد نیاز است (اباسیوبونگ و همکاران، 2011؛ پاکنهام و همکاران، 1995).

¹- working memory

²- executive functioning

³- frontal-striatal

بنابراین، هدف مطالعه حاضر سنجش بازیابی حافظه شرح حال (رویدادی و معنایی) و کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به HIV در اوایل بیماری (عدم استفاده از دارو) است. در نهایت فرض بر این است که افراد مبتلا به HIV عملکرد ضعیف‌تری در کارکردهای اجرایی داشته باشند و نمرات آنها در مقیاس PTSD و افسردگی بالاتر از گروه کنترل باشد و انتظار می‌رود گروه HIV نقایص بیشتری در AMS و بازیابی ضعیف‌تری در حافظه شرح حال معنایی و رویدادی در مقایسه با گروه کنترل داشته باشند. همچنین بر اساس مطالعات تجربی و نظریه‌های ارائه شده (ویلیامز و همکاران، 2007)، فرض بر این است که همبستگی معنادار منفی بین شدت نشانگان PTSD، افسردگی و حافظه شرح حال وجود داشته باشد و همبستگی مثبت بین حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی برای تمامی افراد مورد مطالعه به دست آید.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از منظر هدف از نوع تحقیقات بنیادی، و از لحاظ روش از نوع علی مقایسه‌ای می باشد. گروه‌های ملاک (افراد مبتلا به HIV و اعضای خانواده بیماران): جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به HIV مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (مرکز تحقیقات ایدز) شهر تهران که در مراحل اولیه بیماری (عدم استفاده از دارو) قرار داشتند و نیز اعضای خانواده این افراد در فاصله زمانی مرداد 1389 تا خرداد سال 1390 بودند. 30 نفر بیمار مبتلا به HIV و 27 نفر از اعضای خانواده این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس در مطالعه شرکت کردند. این دو گروه با دو گروه سالم در متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات همتا شدند. ملاک‌های ورود برای افراد مبتلا به HIV شامل: 1- افرادی که توسط پزشک متخصص مرکز تحقیقات ایدز و انجام آزمایشات لازم، تشخیص بیماری HIV گرفتند، 2- نداشتن اختلال محور I (تجربه تشخیص بیماری روان‌پزشکی یا بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی)، 3- سن بین 18 تا 60 سال، 4- عدم ابتلا به اختلالات نورولوژیک، و 5- فقدان تشخیص عقب‌ماندگی یا مشکلات هوشی. ملاک‌های ورود برای اعضای خانواده شبیه ملاک‌های بیماران به استثنا تشخیص HIV مثبت بود. گروه‌های سالم به عنوان گروه‌های مقایسه: گروه‌های سالم پژوهش از طریق اطلاع‌رسانی عمومی به صورت در دسترس شامل دو گروه 27 و 26 نفری بود. ملاک‌های ورود برای گروه‌های مقایسه مشابه دو گروه هدف بود. از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه رضایت کتبی دریافت گردید. پس از احراز ملاک‌های ورود و ارائه توضیحات در مورد اهداف پژوهش، اجرا به صورت انفرادی در محیطی آرام برای هر چهار گروه انجام گرفت. لازم به ذکر است به دلیل عدم تجربه رویداد آسیب زا برای گروه‌های کنترل مقیاس تاثیر رویداد برای این دو گروه اجرا نشد.

ابزار

مقیاس تجدیدنظر شده تاثیر رویداد: مقیاس تجدیدنظر شده تاثیر رویداد¹ (IES-R) یک پرسشنامه خودسنجی 22 ماده‌ای است که فراوانی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه شامل تجربه مجدد، اجتناب، و بیش برانگیختگی (در سه خرده مقیاس جداگانه) در طول یک هفته اخیر می‌سنجد. 7 ماده به مقیاس اصلی IES اضافه

¹-Impact of Event Scale-Revised

حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و خانواده این بیماران

شده است. آزمودنی می‌بایست هر ماده را در یک مقیاس لیکرت شامل 0 (هرگز)؛ 1 (به ندرت)؛ 2 (گاهی)؛ 3 (اغلب) و 4 (به شدت)؛ در طی هفت روز گذشته مشخص می‌کرد. همسانی درونی این آزمون بالا (آلفای کرونباخ، 0/92-0/79) و پایایی آزمون - بازآزمون آن خوب گزارش شده است (وایس و مارمر، 1997). این مقیاس توسط مرادی ترجمه، و در مطالعات مختلف به کار برده شده است که از ثبات درونی با ضریب آلفای 0/75 تا 0/92 و اعتبار مناسب برخوردار است (مرادی و همکاران، 2008).

ویرایش دوم سیاهه افسردگی بک (BDI-II): ویرایش دوم سیاهه افسردگی بک همانند ویرایش نخست از 21 ماده تشکیل شده است. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا 3 می‌گیرد، و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا 63 دارد. BDI-II نقطه برشی به عنوان عدم وجود افسردگی معرفی نمی‌کند. بک، استیر و گاربین (1997) ثبات درونی این ابزار را 0/73 تا 0/92 با میانگین 0/86، و ضریب آلفا برای گروه بیمار 0/86 و غیر بیمار 0/81 گزارش کرده‌اند. در یک بررسی بر روی 125 دانشجوی دانشگاه‌های تهران و علامه طباطبائی که جهت بررسی اعتبار و پایایی BDI-II انجام گرفت، نتایج بیانگر نمره کل با میانگین 0/79، انحراف استاندارد 7/96، آلفای کرونباخ 0/78 و پایایی بازآزمایی به فاصله دو هفته، 0/73 بود (مجتبایی و همکاران؛ به نقل از غرابی، 1382).

مصاحبه حافظه شرح حال (AMI):^۱ AMI آزمونی برای بررسی حافظه شرح حال رویدادی می‌باشد که برای اولین بار توسط ویلیامز و برودبنت (1986) به کار برده شد (به نقل از: عبدی و همکاران، 1388). این آزمون برای فاصله سنی 18 سال به بالا مناسب است که در قالب یک مصاحبه ساختار یافته مشتمل بر دو بخش اجرا می‌شود. بخش اول مربوط به حافظه شرح حال معنایی به ارزیابی یادآوری رویدادهای گذشته زندگی شخصی افراد می‌پردازد. در این بخش آزمودنی ملزم به یادآوری حقایق زندگی گذشته - مربوط به دوران کودکی؛ ابتدای بزرگسالی و وقایع دوران اخیر می‌باشد. بخش دوم به یادآوری حافظه شرح حال رویدادی همان سه دوره زمانی می‌باشد. این آزمون ساده و از قابلیت اجرایی نسبتاً سریع برخوردار است و برای بیماران جالب و جذاب می‌باشد. AMI یک ارزیابی از حافظه شخصی دور (پیش‌گستر) ارائه می‌دهد. عملکرد افراد در این آزمون می‌تواند با آنچه از تکالیف مربوط به حافظه دور رایج که به ارزیابی دانش وقایع عمومی می‌پردازد؛ مقایسه گردد. این آزمون وجود آسیب یا سلامت حافظه دور آزمودنی را مشخص می‌کند که شامل الگوی هر نوع نقص و شیب زمانی آن (ذخیره نسبی حافظه‌های قدیم در مقایسه با حافظه‌های اخیر) می‌باشد.

آزمون حافظه شرح حال (AMT):^۲ آزمون حافظه شرح حال؛ یک تکلیف مربوط به حافظه رویدادی است که در آن آزمودنی در پاسخ به نشانه لغات^۳ دارای بار هیجانی به تولید خاطرات شرح حال رویدادی اختصاصی می‌پردازند. این آزمون توسط ویلیامز و برودبنت (1986) طراحی و تدوین گشته است. این آزمون با استفاده از کارت‌هایی به ابعاد 15×20 که نشانه لغات بر روی آنها نوشته شده، اجرا می‌شود. پنج لغت منفی و پنج لغت مثبت که از لحاظ بار هیجانی و فراوانی (بسامد) در زبان فارسی هم‌تا شده بودند، انتخاب شدند. لغات مثبت شامل گردش، خوشحال، موفقیت، پذیرش، و ایمن و لغات منفی متاسف، ناامیدی، درد و رنج، قربانی، و طرد بود. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه گردید. در این آزمون از شرکت کنندگان خواسته می‌شود

¹ - Autobiographical memory interview

² - Autobiographical memory Test

³-cue word

که به هر لغت، با خاطره‌ای که به واسطه لغت یادآوری می‌شود، پاسخ دهند. به آنها گفته می‌شود که خاطره یادآوری شده می‌تواند مهم یا کم اهمیت و مربوط به دوران گذشته یا اخیر باشد. نکته مهم این است که باید یک رویداد اختصاصی را بیان کنند. حادثه‌ای که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) باشد. با ذکر یک مثال سعی می‌شود که آزمودنی نسبت به انجام تکلیف خود روشن شود و اگر شرکت کننده در دو کوشش تمرینی موفق به ارائه حافظه اختصاصی نشود، آزمون اجرا نمی‌گردد. آزمودنی‌ها برای بازیابی و تولید هر خاطره 30 ثانیه زمان دارد و چنانچه اولین خاطره به صورت اختصاصی تولید نشد، راهنمایی زیر ارائه می‌شد: "آیا می‌توانید یک رویداد اختصاصی را به یاد آورید؟". اولین خاطره بازیابی شده (اختصاصی یا غیر اختصاصی) توسط دو نفر کدگذاری شد. همبستگی درون طبقه‌ای دو نمره‌گذاری برای خاطرات اختصاصی بین 0/83 تا 0/94 در نوسان بود.

آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST)¹: آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین یکی از پرکاربردترین روش‌های سنجش کارکردهای اجرایی (ارزیابی توانایی تغییر مسیر و در جاماندگی) می‌باشد (بدار، جویال، گودبوت و چنتال، 2009). این آزمون متشکل از 128 کارت غیر متشابه و با اشکال متفاوت (مثلث، ستاره، صلیب و دایره) و با رنگ‌های مختلف است. برای اجرای آزمون ابتدا 4 کارت الگو در مقابل آزمودنی قرار داده می‌شود. آزمون گر ابتدا رنگ را به عنوان اصل دسته‌بندی در نظر می‌گیرد. بدون آنکه این اصل را به آزمودنی اطلاع دهد و از وی می‌خواهد بقیه کارت‌ها را یک به یک در زیر چهار کارت الگو قرار دهد. بعد از هر کوشش به آزمودنی گفته می‌شود که جای‌گذاری وی صحیح می‌باشد یا خیر. اگر آزمودنی بتواند به طور متوالی یک دسته بندی صحیح شامل ده کارت را انجام دهد، اصل دسته بندی تغییر می‌یابد و این اصل دسته‌بندی «شکل» خواهد بود، تغییر اصل فقط با تغییر دادن الگوی بازخورد بلی و خیر انجام می‌شود. بدین ترتیب پاسخ صحیح قبلی در اصل جدید پاسخ غلط تلقی می‌شود. اصل بعدی تعداد می‌باشد و بعد سه اصل به ترتیب تکرار می‌شوند. آزمون وقتی متوقف می‌شود که آزمودنی بتواند با موفقیت 6 طبقه را به طور صحیح دسته‌بندی کند. در محاسبه چند نمره از این آزمون به دست می‌آید که دو نمره از این آزمون با اهمیت‌تر است: 1- خطای درجاماندگی: وقتی مشاهده می‌شود که آزمودنی علی‌رغم تغییر اصل، بر اساس اصل قبل به دسته‌بندی خود ادامه می‌دهد، و یا اینکه در سری اول بر اساس یک حدس غلط به دسته بندی مبادرت ورزد و علی‌رغم دریافت پاسخ بازخورد «نه» به پاسخ غلط خود اصرار می‌ورزد. 2- تعداد خطاها: شامل تعداد خطاهایی است که پس از در نظر گرفتن قاعده جدید و دریافت بازخورد از آزمودنی سر می‌زند. این آزمون ابتدا توسط گرانت و برگ (1948؛ به نقل از: لزاک، 1995) ساخته شد. در پژوهش حاضر از 2 شاخص اصلی تعداد کل خطاها و تعداد خطاهای درجاماندگی استفاده شده است. پایایی بین ارزیابی‌های این آزمون در حد عالی و بالای 0/83 گزارش شده است.

آزمون برج لندن²: آزمون برج لندن به وسیله شالیس (1982) با هدف ارزیابی توانایی برنامه‌ریزی بیماران دارای صدمه لوب فرونتال طراحی گردید. از این آزمون برای سنجش توانایی استدلال، برنامه‌ریزی و حل مسئله³ استفاده می‌شود (لزاک، هویسون، لورینگ و هانای، 2004). از آزمودنی خواسته می‌شود تا مجموعه‌ای از مهره-

¹- Wisconsin cart sorting test

²- Tower of london

³- Reasoning, planning, and problem solving

حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و خانواده این بیماران

های رنگی سوار شده بر سه میله عمودی را برای همتا شدن با یک هدف مشخص جابجا کند. در هر کارآزمایی، نحوه آرایش بالا (ردیف بالایی) ثابت مانده که آرایش هدف را نشان می‌دهد، و ردیف پایین شامل حلقه‌هایی است که آزمودنی به منظور جور شدن با آرایش ردیف فوقانی آن‌را بازآرایی می‌کند. جابجایی حلقه‌ها با لمس اولیه حلقه و سپس لمس مقصد مورد نظر میسر می‌شود. موقعیت هدف برای حلقه‌ها متغیر است، اما محل شروع ثابت نگاه داشته می‌شود. تکالیف آزمون حداقل با 2، 3، 4 و 5 حرکت حل می‌شوند، به این معنی که حداقل حرکاتی که آزمودنی می‌تواند مسئله را حل کند، این تعداد می‌باشد (موریس، راش، وودر و فوموری، 1995). شاخص‌های مورد استفاده شامل الف: زمان کل اجرا، ب: زمان کل کپی کردن، و ج: نمره کل کسب شده توسط آزمودنی است (موریس و همکاران، 1993).

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

جدول 1. فراوانی گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای وضعیت تاهل و جنسیت

متغیر	گروه مبتلا به HIV	گروه کنترل 1 (همتا با گروه مبتلا HIV)	گروه اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV	گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV)
	تعداد(30نفر)	تعداد(27نفر)	تعداد(26)	تعداد(26)
وضعیت تاهل				
مجرد	13	12	7	7
متاهل	15	13	17	17
مطلقه	2	2	2	2
جنسیت				
مرد	22	20	4	4
زن	8	7	22	22

جدول 1 فراوانی گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای وضعیت تاهل و جنسیت را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که بین گروه مبتلا به HIV و گروه کنترل 1 (همتا با گروه مبتلا HIV) از نظر جنسیت $P=0/14$, $N=57$, $\chi^2(0/94)$ و وضعیت تاهل $P=0/65$, $N=57$, $\chi^2(0/15)$ و همچنین بین گروه اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV با گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV) در متغیرهای وضعیت تاهل $N=$, $P=0/75$, $\chi^2(52)=0/10$ و تحصیلات $P=0/91$, $N=52$, $\chi^2(0/19)$ تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول 2. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن، تحصیلات، افسردگی و مقیاس تاثیر رویداد در گروه‌های چهارگانه

گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV)		گروه اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV		گروه کنترل 1 (همتا با گروه مبتلا HIV)		گروه مبتلا به HIV		متغیر
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
9/43	38/46	12/66	37/96	9/43	30/70	7/81	30/36	سن
3/98	10/76	4/09	10/92	2/53	10/48	3/03	10/20	تحصیلات
5/32	9/54	9/49	20/38	4/42	7/40	11/97	23/66	افسردگی
-	-	4/32	9/12	-	-	5/23	16/70	مقیاس تاثیر رویداد (اجتناب)
-	-	4/85	7/46	-	-	5/09	13/8	مقیاس تاثیر رویداد (افکار ناخواسته)
-	-	4/55	7/73	-	-	5/35	15/23	مقیاس تاثیر رویداد (بیش برانگیختگی)
-	-	12/27	24/31	-	-	13/34	45/73	مقیاس تاثیر رویداد (مجموع)

جدول 2 میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن، تحصیلات، افسردگی، مقیاس تاثیر رویداد در گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که بین گروه مبتلا به HIV و گروه کنترل 1 (همتا با گروه مبتلا HIV) از نظر سن $t(55) = 0/191, P = 0/849$ و تحصیلات $t(55) = 0/378, P = 0/581$ تفاوت وجود نداشت و این عدم معناداری تفاوت بین گروه اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV و گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV) در متغیر سن $t(55) = 0/16, P = 0/87$ و تحصیلات $t(50) = 0/137, P = 0/873$ معنادار نبود. گرامر، بل و فایلا (2003) پیشنهاد کردند نمره 33 در IES را می‌توان به عنوان نقطه برش برای تشخیص اختلال PTSD در نظر گرفت. با توجه به اینکه میانگین نمرات گروه مبتلا به HIV در این مقیاس 45/73 است، به نظر می‌رسد این تشخیص برای گروه مذکور حاصل شده است. همچنین از نظر افسردگی بین گروه مبتلا به HIV و گروه کنترل 1 (همتا با گروه مبتلا HIV) $t(55) = -6/55, P = 0/001$ و بین گروه اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV با گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV) $t(50) = -5/09, P = 0/001$ تفاوت معنادار وجود داشت. لازم به ذکر است میانگین افسردگی گروه HIV 23/66 است که در دامنه افسردگی متوسط - شدید قرار دارد.

حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و خانواده این بیماران

ارزیابی بالینی

جدول 3. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های چهارگانه در کارکردهای اجرایی و حافظه شرح حال

گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV)		گروه اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV		گروه کنترل 1 (همتا با گروه مبتلا HIV)		گروه مبتلا به HIV		متغیر	
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
18/74	47/88	15/74	52/69	26/66	57/25	20/19	66/83	تعداد خطاها	کارت‌های ویسکانسین (WCST)
16/12	35/42	13/88	39/58	14/39	33/29	15/02	41/46	پاسخ درجاماندگی	
16/99	111/04	14/80	110/11	23/93	100/15	12/75	100	زمان اجرا	
23/64	110/85	21/51	119/23	10/84	60/96	6/41	89/92	زمان طراحی	برج لندن (TOL)
4/ 23	28/15	3/55	26/73	4/ 02	27/13	3/59	28/85	امتیاز کسب شده	
0/78	4/13	1/21	3/19	1/27	2/61	1/91	3/24	کودکی	مصاحبه حافظه شرح حال - حال رویدادی (AMI)
0/73	4/44	0/65	3/96	1/02	3/51	1/16	4/12	بزرگسالی	
0/72	5/08	0/86	4/60	1/09	4/53	0/98	5/12	اخیر	
1/57	14/65	1/46	13/85	2/32	12/38	2/87	14/40	کودکی	مصاحبه حافظه شرح حال - حال معنایی (AMI)
1/10	15/77	1/24	15/13	2/76	14/46	3/43	15/96	بزرگسالی	
0/95	16/87	1/21	16/13	1/73	16/48	2/24	17/81	اخیر	
1/45	4/77	1/27	4/19	1/54	2/63	1/78	4/96		حافظه اختصاصی (AMT)

جدول 3. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های چهارگانه در کارکردهای اجرایی و حافظه شرح حال را نشان می‌دهد.

جدول 4. نتیجه تحلیل واریانس یک عاملی برای مقایسه میانگین کارکردهای اجرایی و حافظه شرح- حال در دو گروه مبتلا به HIV و گروه کنترل 1 (همتا با گروه مبتلا HIV)

متغیر	Df	SS	MS	F	P	η^2
کارت‌های ویسکانسین	1	1302/57	1302/57	2/85	0/097	-
(WCST)	1	0/097	948/62	4/37	0/026	-
برج لندن (TOL)	1	3230/61	3230/61	8/52	0/005	-
زمان طراحی	1	632/98	632/98	7/76	0/007	-
امتیاز کسب شده	1	41/96	41/96	2/86	0/096	-
کودکی	1	9/30	9/30	4/34	0/042	0/81
بزرگسالی	1	5/33	5/33	4/48	0/039	0/92
اخیر	1	5/05	5/05	4/61	0/036	0/95
کودکی	1	58/21	58/21	8/61	0/005	0/13
بزرگسالی	1	31/81	31/81	3/30	0/075	0/057
اخیر	1	25/19	25/19	6/34	0/015	0/103
حافظه اختصاصی (AMT)	1	77/12	77/12	27/91	0/001	-

نتیجه تحلیل واریانس یک راهه در جدول شماره 4 برای دو گروه مبتلا به HIV و گروه کنترل 1 (همتا با گروه مبتلا HIV) نشان می‌دهد که عملکرد ضعیف‌تر گروه مبتلا به HIV در مجموع خطاها $[F(1, 55) = 2/85, P > 0/05]$ ، غیر معنادار و در پاسخ‌های درجاماندگی $[F(1, 55) = 4/37, P < 0/05]$ به طور معنی‌داری پایین‌تر است. همچنین در آزمون برج لندن (TOL) عملکرد افراد مبتلا به HIV در زمان اجرا $[F(1, 55) = 8/52, P < 0/001]$ ، زمان طراحی $[F(1, 55) = 7/76, P < 0/001]$ به طور معنی‌داری پایین‌تر است، ولی عملکرد گروه مبتلا به HIV در امتیاز کسب شده $[F(1, 55) = 2/86, P > 0/05]$ پایین‌تر اما غیر معنادار می‌باشد. در ارتباط با حافظه شرح حال نتیجه تحلیل واریانس چند عاملی نشان داد که اثر گروه برای متغیرهای وابسته حافظه شرح حال رویدادی (کودکی، بزرگسالی و اخیر) $[\eta^2 = 0/14; 0/85; 0/85]$ و ویلیکز لامبدا: $[F(3, 52) = 2/96; P < 0/05]$ معنادار است. در ادامه برای مشخص شدن معناداری تفاوت در این خرده مقیاس‌ها تحلیل واریانس یک عاملی (جدول 4) نشان داد که عملکرد گروه مبتلا به HIV در مقایسه با گروه کنترل در حافظه رویدادی کودکی $[F(1, 55) = 4/34, P < 0/05]$ ، بزرگسالی $[F(1, 55) = 4/48, P < 0/05]$ و رویدادی اخیر $[F(1, 55) = 4/61, P < 0/05]$ به طور معناداری پایین‌تر است. در ارتباط با حافظه شرح حال معنایی تحلیل واریانس چند عاملی نشان داد که اثر گروه برای متغیرهای وابسته حافظه شرح حال معنایی (کودکی، بزرگسالی و اخیر) $[\eta^2 = 0/24; 0/75; 0/75]$ و ویلیکز لامبدا: $[F(3, 52) = 5/81; P < 0/001]$ معنادار است که برای مشخص شدن معناداری تفاوت در این خرده مقیاس‌ها تحلیل واریانس یک عاملی نشان داد که عملکرد گروه مبتلا به HIV در مقایسه با گروه کنترل در حافظه معنایی کودکی $[F(1, 55) = 8/61, P < 0/001]$ و رویدادی اخیر $[F(1, 55) = 6/34, P < 0/05]$ به طور معناداری پایین‌تر است. این تفاوت برای دوره بزرگسالی $[F(1, 55) = 3/30, P > 0/075]$ معنادار نبود.

با توجه به جدول شماره 3 که میانگین و انحراف استاندارد عملکرد گروه‌ها در خرده مقیاس‌های آزمون‌های کارت‌های ویسکانسین و برج لندن را نشان می‌دهد. آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت عملکرد بین دو گروه

حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و خانواده این بیماران

اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV و گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV) در مجموع خطاها $t(50) = -1/00, P = 0/321$ و پاسخهای درجماندگی $t(50) = -1/00, P = 0/324$ غیر معنادار است. همچنین بین دو گروه در زمان اجرا $t(50) = 0/21, P = 0/835$ ، زمان طراحی $t(50) = -1/34, P = 0/187$ و امتیاز کسب شده $t(50) = 1/31, P = 0/195$ آزمون برج لندن تفاوت معنادار حاصل نشد.

جدول 5. نتیجه تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین حافظه شرح حال رویدادی (AMI) در دو گروه اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV و گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV)

متغیر	Df	SS	MS	F	P	η^2
مصابحه حافظه شرح حال	1	9/30	9/30	4/34	0/042	0/81
بزرگسالی	1	5/33	5/33	4/48	0/039	0/92
اخیر	1	5/05	5/05	4/61	0/036	0/95

جدول شماره 5 نتیجه تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین حافظه شرح حال رویدادی (AMI) در دو گروه اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV و گروه کنترل 2 (همتا با اعضای خانواده افراد مبتلا به HIV) را نشان می-دهد که نتیجه تحلیل واریانس چند عاملی نشان داد که اثر گروه برای متغیرهای وابسته حافظه شرح حال رویدادی (کودکی، بزرگسالی و اخیر) $\eta^2 = 0/20$ ؛ $F(1, 50) = 0/80$ ؛ ویلیکز لامبدا؛ $F(3, 48) = 4/00$ ؛ $P < 0/01$ معنادار است. در ادامه برای مشخص شدن معناداری تفاوت در این خرده مقیاسها تحلیل واریانس یک عاملی (جدول 5) نشان داد که عملکرد اعضای خانواده بیماران مبتلا به HIV در مقایسه با گروه کنترل در حافظه رویدادی کودک $F(1, 50) = 11/14$ ، $P < 0/001$ ، بزرگسالی $F(1, 50) = 6/36$ ، $P < 0/002$ و رویدادی اخیر $F(1, 50) = 4/80$ ، $P < 0/003$ به طور معناداری پایین تر است. همچنین نتیجه تحلیل واریانس چند عاملی نشان داد که اثر گروه برای متغیرهای وابسته حافظه شرح حال معنایی (کودکی، بزرگسالی و اخیر) $\eta^2 = 0/13$ ؛ $F(3, 48) = 2/34$ ؛ $P < 0/085$ معنادار نبود.

بحث

در این مطالعه وضعیت بازیابی حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به HIV و اعضای خانواده‌های آنها مورد مطالعه قرار گرفت. افراد مبتلا به HIV در سیاهه افسردگی و شدت نشانگان PTSD در مقایسه با گروه کنترل نمرات بیشتری کسب کردند. همچنین این بیماران در بازیابی حافظه شرح حال (رویدادی و معنایی) و کارکردهای اجرایی عملکرد ضعیف‌تری داشتند. نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته‌های مطالعات قبلی که حاکی از آن است که افراد با افسردگی و نشانگان PTSD بالا، عملکرد ضعیفی در کارکرد های اجرایی و بازیابی وقایع از حافظه شرح حال دارند (دالگلیش و همکاران، 2007، اسپونفیلد و اهلرز، 2006). علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که بین نمرات حاصل از آزمون برج لندن و بازیابی خاطرات از حافظه شرح حال همبستگی معنی دار مثبتی وجود دارد. آزمون برج لندن توانایی برنامه‌ریزی، استدلال و حل مسئله را می‌سنجد که نقش مهمی در فعالیت نظام شناختی دارد. این در حالی است که ارتباط میان کارکردهای اجرایی با حافظه اختصاصی، تفاوت

معنی‌دار به دست نیامد. مرادی و همکاران (2008) نشان دادند که حافظه کاری ارتباط بین شدت نشانگان PTSD و حافظه اختصاصی را تعدیل نکرد، ولی ارتباط بین شدت نشانگان PTSD و توانایی افراد برای بازیابی خاطرات حافظه شرح حال معنایی توسط حافظه کاری تعدیل شد. بنابراین به نظر می‌رسد تاثیر کارکردهای اجرایی بر توانایی بازیابی حافظه شرح حال در مقایسه با حافظه اختصاصی بیشتر باشد. این مسئله می‌تواند بیانگر اجتناب افراد در جهت کاستن از بازیابی وقایع منفی و ناراحت کننده از حافظه شرح حال باشد. هر چند چنین نتایجی به دلیل حجم نمونه پایین با محدودیت همراه است. علاوه بر این، پژوهش‌ها نیازمند مطالعه ارتباط جنبه‌ها و ابعاد دیگر کارکردهای اجرایی با بازیابی حافظه شرح حال هستند. این مطالعه در راستای مطالعه مرادی و همکاران (2012) که برای اولین بار به مطالعه توانایی افراد مبتلاء به HIV (که در مراحل اولیه بیماری قرار دارند) برای بازیابی حافظه شرح حال و حافظه اختصاصی به صورت هم‌زمان پرداخت، می‌باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اعضای خانواده بیماران HIV به طور معناداری در مقایسه با گروه سالم از سطوح بالای افسردگی، اضطراب و نشانگان PTSD برخوردار بودند، هر چند در کارکردهای اجرایی عملکرد طبیعی داشتند. این مطالعه شواهد کافی از وجود نشانه‌های روانشناختی منفی در میان اعضای خانواده افراد مبتلاء به HIV به دست داد. اعضای خانواده افراد مبتلاء و گروه سالم در بازیابی معنایی حافظه شرح حال تفاوت معناداری با هم نداشتند، ولی گروه هدف در بازیابی حافظه رویدادی و حافظه اختصاصی عملکرد ضعیف‌تری داشتند. نتایج این مطالعه در راستای مطالعات قبلی قرار می‌گیرد که بازیابی معنایی حافظه شرح حال بیشتر با کارکردهای اجرایی در ارتباط است و نقایص در بازیابی رویدادی حافظه شرح حال ممکن است حاکی از اجتناب از موادآزادکننده حافظه شرح حال باشد (برای مثال مرادی و همکاران، 2012). در نهایت افسردگی ممکن است از طریق عملکرد ضعیف‌تر در حافظه رویدادی و اختصاصی خود را نشان داده باشد و نتایج این مطالعه به طور کلی از ارتباط بین کارکردهای اجرایی، افسردگی و حافظه شرح حال خبر می‌دهد.

حجم زیادی از مطالعات نشان داده‌اند که نشانگان PTSD ممکن است با بیماری‌هایی که زندگی افراد را تهدید می‌کند همراه باشد. مطالعات اندکی به روند به وجود آمدن این نقایص، ثبات آن و حتی تغییرات آن در طول دوره درمانی در این افراد پرداخته‌اند و بررسی تغییرات در طول بیماری برای بیماران و اعضای خانواده‌ی آنان کمتر مد نظر قرار گرفته است. وجود تفاوت در کارکردهای اجرایی بین بیماران HIV و افراد خانواده این بیماران ممکن است ناشی از تاثیر ویروس HIV بر روی کارکردهای اجرایی باشد (برای مثال مراجعه شود به کستلون و همکاران، 2006؛ ملروس و همکاران، 2008؛ رایت و همکاران، 2002). پیرو مطالعات قبلی که نشان داده‌اند افرادی که تجربه تروما دارند، نشانگان افسردگی و PTSD بالا می‌باشد، در حالی که در کارکردهای اجرایی و حافظه اختصاصی دچار نقص می‌باشند؛ افراد مبتلاء به HIV و اعضای خانواده آنها خاطرات اختصاصی کمتری را بازیابی کردند و در بازیابی حافظه شرح حال رویدادی دچار مشکل بودند. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که افراد مبتلاء به HIV در بازیابی حافظه معنایی دچار نقص بودند ولی این وضعیت در خانواده آنها مشاهده نشد که ممکن است به دلیل وجود نقص در کارکردهای اجرایی بیماران HIV باشد که بر روی بازیابی معنایی این افراد تاثیر گذاشته است و نقص در بازیابی حافظه رویدادی به دلیل اجتناب از بازیابی خاطرات درناک است. سرانجام

حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و خانواده این بیماران

ممکن است بازیابی خاطرات کلی کمتر از یادآوری خاطرات رویدادی در افراد مبتلا به HIV و خانواده آنها تحت تاثیر تروما قرار گیرد و اجتناب الگوهای پاسخ عادت و انعطاف ناپذیر را شکل می‌دهد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که می‌توان مداخلات درمانی ویژه‌ای را با استفاده از اصلاح و تغییر بازیابی حافظه شرح حال کاهش یافته در این افراد و اعضای خانواده آنها که دچار PTSD و افسردگی هستند، پیشنهاد کرد. در این رابطه شواهدی از وجود مداخله بر روی افراد افسرده وجود دارد (مک براید، کندی و گمار، 2007؛ سرانو، لاتوره، گتز و روتریگز، 2004؛ ریس، ویلیامز و هرمانز، 2009). نتایج چنین مطالعه‌ای پیشنهاد می‌کند که راهبردهای درمانی مشابه می‌تواند برای بهبود وضعیت بازیابی حافظه شرح حال معنایی و رویدادی این افراد و اعضای خانواده آنها مفید واقع شود. محدودیت‌های این پژوهش شامل استفاده از طرح مقطعی است که استنباط علی را با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین اگر چه در این مطالعه تاریخچه آسیب به طور مختصر از طریق مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفت، با این وجود استفاده از پرسش‌نامه سنجش تاریخچه آسیب برای دقیق‌تر شدن معیارهای ورود و خروج متمر ثمر واقع خواهد بود. از طرف دیگر، با توجه به اینکه مصاحبه شرح حال با استفاده از موارد بازیابی شده نمره‌گذاری می‌شود، ممکن است صحت آن مورد سوال باشد. هر چند طراحان این مصاحبه تمایل افراد برای بازیابی اطلاعات صحیح را بسیار بالا دانسته‌اند (کوپلمن و همکاران، 1990). علاوه بر این، در حالی که مطالعات سعی در همگن کردن گروه‌ها در تمامی ویژگی‌های جمعیت شناختی مثل محل زندگی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و ... دارند، در این مطالعه تنها ویژگی‌های اصلی کنترل شد. علی‌رغم این محدودیت‌ها این مطالعه برای اولین بار ظرفیت کاهش یافته حافظه اختصاصی و حافظه شرح حال، ارتباط این فرایندها با کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و اعضای خانواده آنها و مشکلات روانشناختی حاصله در این زمینه را نشان می‌دهد.

منابع

- عبدی، ا.، مرادی، ع.، و اکرمیان، ف. (1388). مقایسه عملکرد افراد مبتلا به PTSD و افراد بهنجار در حافظه شرح حال معنایی. مجله روان شناسی بالینی، دانشگاه سمنان. سال اول. شماره 3، ص 62-53.
- غزایی، ب. (1382). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهرانی. رساله دکتری چاپ نشده. انستیتو روانپزشکی تهران.
- غزایی، ب. (1372). بررسی پاره ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. انستیتو روانپزشکی تهران.
- مرادی، ع.، عبدی، ا.، و اکرمیان، ف. (1389). عملکرد حافظه شرح حال (اختصاصی بودن جنبه‌های معنایی و رویدادی) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD). مجله روان شناسی دانشگاه تبریز.

Reference

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington DC: Author.
- American Psychological Association. (2007). Trauma and HIV/AIDS: A summary of research results. Washington, DC: Office of International Affairs.
- HIV in site. (2009). HIV/AIDS in iran. Downloaded from <http://www.hivinsite.com/in site?> page=cr08-ir-00 on 20th August 2011.
- Abasiubong, F., Basse, E. A., Ogunsemi, O., & Udobang, J. A. (2011). Assessing the psychological well-being of caregivers of people living with HIV/AIDS in Niger Delta region, Nigeria. *AIDS Care*, 23, 494-500.
- Andersson, G., Ingerholt, C., & Jansson, M. (2003). Autobiographical Memory in Patients with Tinnitus. *Psychology Health*, 18, 667-75.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 893-97.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. *San Antonio, TX: Psychological Corporation*.
- Bedard, M. J., Joyal, C. C., Godbout, L., & Chantal, S. (2009). Executive functions and the obsessive-compulsive disorder: on the importance of subclinical symptoms and other concomitant factors. *Arch Clin Neuropsychol*, 24(6), 585-598. doi: 10.1093/arclin/acp052
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, 118-121.
- Cadell, S. (2003). Trauma and growth in Canadian carers. *AIDS Care*, 15(5), 639-648. doi: 09540120310001595122/10.1080
- Conway, M. A. (۲۰۰۵). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
- Cordova, M. J., & Andrykowski, M. A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 8(4), 286-296.

- Cremer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Events Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496.
- Culbertson, W., & Zillmer, E. A. (2001). *TOL- DX Tower of London - Drexel University*. Chicago: Multi-Health Systems.
- Dagleish, T., Williams, J.M.G., Perkins, N., Golden, A.J., Barnard, P.J., Au-Yeung, C., . . . Watkins, E. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136, 23-42.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Folkman, S., Chesney, M. A., Cooke, M., Boccillari, A., & Collette, L. (1994). Caregiver burden in HIV-positive and HIV-negative partners of men with AIDS. *J Consult Clin Psychol*, 62(4), 746-756.
- Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *J Abnorm Psychol*, 105(4), 609-616.
- Grant, D. A., & Berg, A. A. (1948). A behavioural analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card sorting problem. *Journal of Experimental Psychology: General*, 38, 404-411.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Dang, S. Y. (1998). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 500-506.
- Hauer, B. J., Wessel, I., Geraerts, E., Merckelbach, H., & Dalgleish, T. (2008). Autobiographical memory specificity after manipulating retrieval cues in adults reporting childhood sexual abuse. *J Abnorm Psychol*, 117(2), 444-453. doi: 843-0021/10.1037X.117.2.444
- Jobson, L. (2010). Drawing current posttraumatic stress disorder models into the cultural sphere: The development of the 'threat to the conceptual self' model. *Clinical Psychology Review*, 29, 368-381.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*, 22(4), 499-524.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). Predictors of posttraumatic stress disorder following cancer. *Health Psychol*, 24(6), 579-585. doi: -0278/10.1037 6133.24.6.579
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *J Consult Clin Psychol*, 76(2), 231-242. doi: 006-0022/10.1037X.76.2.231
- Kopelman, M. D., Wilson, B. A., & Baddeley, A. D. (1990). *The autobiographical memory interview*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.
- Kopelman, M. D., Wilson, B. A., & Baddeley, A. D. (1989). The autobiographical memory interview: a new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *J Clin Exp Neuropsychol*, 11(5), 724-744. doi: 01688638908400928/10.1080
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Hannay, H. J. (2004). *Neuropsychological assessment, (4th ed.)*. Oxford, UK: Oxford University Press.

- McBride, C., Segal, Z., Kennedy, S., & Gemar, M. (2007). Changes in autobiographical memory specificity following cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for major depression. *Psychopathology*, 40(3), 147-152. doi: 000100003/10.1159
- McNally, R. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., & Pitman, R. K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 33(6), 619-630.
- Meesters, C., Merckelbach, H., Muris, P., & Wessel, I. (2000). Autobiographical memory and trauma in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 29-39
- Melrose, R. J., Tinaz, S., Castelo, J. M., Courtney, M. G., & Stern, C. E. (2008). Compromised fronto-striatal functioning in HIV: an fMRI investigation of semantic event sequencing. *Behav Brain Res*, 188(2), 337- 347. doi: /10.1017/j.bbr.2007.11.021
- Moradi, A., Herlihy, J., Yasseri, G., Turner, S., & Dalgleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Acta Psychologica*, 127, 645-653.
- Moradi, A. R., Abdi, A., Fathi-Ashtiani, A., Dalgleish, T., & Jobson, L. (2012). Overgeneral autobiographical memory recollection in Iranian combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 50(6), 435-441. doi: 10.1016/j.brat.2012.03.009.
- Morris, R. G., Ahmed, S., Syed, G. M., & Toone, B. K. (1993). Neural correlates of planning ability: frontal lobe activation during the Tower of London test. *Neuropsychologia*, 31(12), -1378 1367.
- Morris, R. G., Rushe, T., Woodruffe, P. W., & Murray, R. M. (1995). Problem solving in schizophrenia: a specific deficit in planning ability. *Schizophr Res*, 14(3), .246-235
- Pakenham, K.I., Dadds, M.R., & Terry, D.J. (1995). Psychosocial adjustment along the HIV disease continuum. *Psychology and Health*, 10, 523- 536.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters, G., & Eelen, P. (2006). Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression. *Memory*, 14, 584-594.
- Raes, F., Williams, J. M., & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of MEMORY Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 40(1), 24-38. doi: 10.1016/j.jbtep.2008.03.001.
- Reger, M., Welsh, R., Razani, J., Martin, D. J., & Boone, K. B. (2002). A meta-analysis of the neuropsychological sequelae of HIV infection. *J Int Neuropsychol Soc*, 8(3), 410-424.
- rrano J. P., Latorre J. M., Gatz M., & Rodriguez J. M. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 272-277.
- Schonfeld, S., & Ehlers, A. (2006). Overgeneral memory extends to pictorial retrieval cues and correlates with cognitive features in posttraumatic stress disorder. *Emotion*, 6(4), 611- 621. doi: 3542.6.4.611-1528/10.1037

حافظه شرح حال و کارکردهای اجرایی در افراد HIV مثبت و خانواده این بیماران

- Schonfeld, S., Ehlers, A., Bollinghaus, I., & Rief, W. (2007). Overgeneral memory and suppression of trauma memories in post-traumatic stress disorder. *Memory*, 15(3), 339-352. doi: 09658210701256571/10.1080
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 298(1089), 199-209.
- Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2007). Autobiographical memory in posttraumatic stress disorder before and after treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2915-2923.
- Watkins, E., Teasdale, J.D., & Williams, R. M. (2000). Decentering and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 30, 911-920.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). *The Impact of Event Scale--Revised*. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Williams, J. M., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull*, 133(1), 148-122. doi: 2909.133.1.122-0033/10.1037
- Williams, J. M. G. (1996). *Autobiographical memory in depression*. In D. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Wright MJ, Woo E, Barclay TR, & CH, Hinkin. (2009). *The functional impact of HIV-associated neuropsychological decline*. In R. Paul, N. Sactor, K. Tashima, & V. Valcour (Eds.), *HIV and the Brain: New Challenges in the Modern Era*. New York, NY: Humana Press.
- Yanes, P., Roberts, J., & Carlos, E. (2008). Does overgeneral autobiographical memory result from poor memory for task instructions? . *Memory*, 16, 669-679.