

Comparing the performance of the people suffering from washing compulsion, checking compulsion and generalized anxiety disorders in the realm of autobiographical memory

Golaij S. *MSc*¹, Moradi AL. *PhD*[✉], Parhoon H. *MSc*¹

[✉] *Clinical Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran*

¹ *Clinical Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran*

Received: 2013.9.1

Accepted: 2014.9.16

Abstract

Introduction: The present research aims to compare the cognitive performance of the people suffering from washing compulsion, checking compulsion and generalized anxiety disorders in the realm of autobiographical memory.

Methods: The selected samples in this causal-comparative study include 14 people suffering from checking compulsion, 14 suffering from washing compulsion, 17 suffering from generalized stress and 15 normal people who were all homogenized in the variables of age and level of education, and had the same social and economic conditions. The tools in this research included the Yale-brown obsessive-compulsive scale, Beck's depression and anxiety inventories, the structured autobiographical memory interview and the autobiographical memory test. Finally, the research findings were analyzed through ANOVA, MANOVA analysis statistical methods.

Results: The results indicate that the average overall score of the healthy group is higher than that of the washing compulsion group in the autobiographical memory interview and higher than that of the checking compulsion group in the subscale of the childhood semantic memory. Also in the autobiographical memory test, the average production of the specialized autobiographical memory in the healthy group is higher than that of the washing compulsion group especially when the stimulus words are positive.

Conclusion: It seems that the people suffering from washing and checking compulsions have weaker performances in the autobiographical memory in compared to the normal people and those suffering from general anxiety disorders.

Keywords: Washing Compulsion Disorder, Checking Compulsion, Generalized Anxiety, Autobiographical Memory

مقایسه عملکرد افراد مبتلاء به وسواس شستشو و وسواس واریسی با افراد مبتلاء به اختلال اضطراب فراگیر در حافظه شرح حال

سمیه گلیج^۱، علیرضا مرادی[✉]، هادی پرهون^۱

[✉]گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
^۱گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۱۰

چکیده

اهداف: هدف پژوهش حاضر مقایسه عملکرد شناختی افراد مبتلاء به اختلال وسواس شستشو، وسواس واریسی و اختلال اضطراب فراگیر در حوزه حافظه شرح حال است.

روش: در یک مطالعه علی-مقایسه‌ای با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۴ نفر بیمار مبتلاء به اختلال وسواس واریسی، ۱۴ نفر بیمار مبتلاء به اختلال وسواس شستشو و ۱۷ نفر بیمار مبتلاء به اختلال اضطراب فراگیر و نیز ۱۵ نفر افراد سالم و عادی که در متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات همگن شده و از شرایط اجتماعی و اقتصادی مشابه برخوردار بودند، انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک (SCID-I)، مقیاس وسواسی اجباری بیل برآون، سیاهه اضطراب و افسردگی بک، مصاحبه ساختار یافته حافظه شرح حال و نیز آزمون حافظه شرح حال بود. داده‌های بدست آمده با روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری یک راهه و آزمون تعقیبی بنفرونی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین گروه سالم در نمره کل مصاحبه حافظه شرح حال از گروه وسواس شستشو و در زیرمقیاس حافظه معنایی دوره کودکی از گروه وسواس واریسی به شکل معناداری بالاتر است و همچنین در آزمون حافظه شرح حال، میانگین تولید حافظه شرح حال اختصاصی بویژه هنگامی که لغات محرک مثبت می‌باشد در گروه سالم بالاتر از گروه وسواس شستشو است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که افراد مبتلاء به اختلال وسواس واریسی و وسواس شستشو عملکرد ضعیف‌تری در حافظه شرح حال نسبت به مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار دارند.

کلید واژه‌ها: وسواس شستشو، وسواس واریسی، اضطراب فراگیر، حافظه شرح حال

مقدمه

اختلالات اضطرابی، از جمله اختلال وسواسی - اجباری (Obsessive compulsive disorder (OCD)) از شایع ترین اختلالات روانپزشکی محور یک می باشند، که عبارت است از وسواس های فکری یا عملی برگشت کننده شدید و وقت گیر که منجر به پریشانی آشکار در فرد می شود [۱]. از آنجا که در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی (Diagnosis statistical manual 4th edition) اضطراب بعنوان هسته اصلی نشانه های وسواس فکری - عملی مطرح شده، بنابراین این اختلال در گروه اختلالات اضطرابی طبقه بندی شده است. این در حالی است که اختلال وسواسی - اجباری اشتراکات کمی با سایر اختلالات این گروه دارد که در سال های اخیر به عنوان یک اختلال عصب روان شناختی با زیر بنای مشکلات عضوی مطرح شده است [۲]. اختلال وسواس فکری - عملی یک اختلال ناهمگون و نامتجانس با زیر مجموعه های (subtype) مختلف است، دو نوع از رایج ترین زیر مجموعه های اختلال وسواس فکری - عملی زیر مجموعه شستشو و واریسی های اجباری می باشند [۳]، که در بیش از ۵۰ درصد از مبتلایان به این اختلال اتفاق می افتد [۴، ۵].

در دو دهه ی گذشته پژوهش های زیادی در مورد نقایص شناختی اختلالات اضطرابی با هدف ارائه یک الگوی جامع و فراگیر نظام شناختی بیماران مبتلاء و نیز تدوین برنامه های بازتوانی شناختی کارآمد، انجام شده است [۶، ۷]. به طوری که یافته های تحقیقات انجام شده در مورد ابعاد شناختی اختلال وسواس فکری - عملی حاکی از نقص و نارسایی این اختلال در برخی عملکردهای شناختی مانند توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، مهارت های دیداری - فضایی و همچنین سرعت پردازش اطلاعات بوده است [۸، ۹]. نواقص یاد شده می تواند نقش تعیین کننده ای در بقای بیماری و سیر نشانه های شناختی آن داشته باشند. برخی محققان پیشنهاد می کنند که ماهیت تکراری افکار و اعمال تشکیل دهنده این اختلال به دلیل نقص یا سوگیری در نظام پردازش اطلاعات است [۱۰]. با توجه به ماهیت نشانه شناختی اختلال وسواس فکری - عملی، آنچه در این میان با اهمیت تلقی می شود عملکرد حافظه این افراد در بخش های مختلف است که به نظر می رسد از نقص بر خوردار باشد. از آنجایی که نقص و سوگیری حافظه و توجه به عنوان یکی از کلیدی ترین جنبه های مهم بیماری زایی این اختلال مطرح است. فروض بر این است که افکار مزاحم و مقاوم این بیماران زمانی به مشکل تبدیل می شوند که این افراد در فرونشانی یا بازداری افکار، وقتی که رویدادی در حافظه مرور می شود، دچار مشکل می شوند [۱۱، ۱۲]، به طور مثال مبتلایان گزارش می دهند که مطمئن نیستند آیا عملی را انجام داده اند یا اینکه صرفاً تصور انجام آن را داشته اند و در نتیجه این عدم اطمینان، مکرراً با تردیدهای ذهنی و یا آئین های تکراری درگیر می شوند [۱۳، ۱۴]. در واقع این بیماران، کاهش اطمینان و اعتماد

به کار کرد و عملکرد حافظه را نیز نشان می دهند [۱۵-۱۷]. حافظه یک مفهوم کلی است و به آن دسته از فرایندهای روانی که فرد را به ذخیره کردن تجارب، ادراکات و یادآوری مجدد آن قادر می سازد اطلاق می گردد [۱۸]. جنبه ای از حافظه که در اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواس فکری عملی دچار نقص می شود حافظه شرح حال (Autobiographical Memory) است. حافظه ی شرح حال جنبه ای از حافظه است که با یادآوری حوادث گذشته که به صورت شخصی تجربه شده اند، مرتبط می باشد. این نوع حافظه برای عملکرد انسان ضروری است و به طور موثر منجر به بروز یک احساس فردی از خود، حفظ جهت در زندگی و پیگیری اهداف در سایه ی حل مسائل گذشته می گردد. این جهت یابی و تعقیب اهداف، بویژه برای اهداف بین فردی بسیار مهم است، تا جایی که حافظه ی شرح حال خود از جهان مشترک اجتماعی ناشی می شود و سپس در جهت حفظ آن عمل می کند [۱۹، ۲۰].

از طرف دیگر پژوهش ها حاکی از آن است که حافظه شرح حال در دیگر اختلالات اضطرابی از جمله اختلال استرس پس از سانحه نیز دچار نقص می شود بطور مثال یافته های سوترلند و بریانت نشان می دهد که معمولاً افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه در بازیافتن خاطرات مربوط به شرح حال که به شکل مثبت ارزیابی شده اند ناکارآمد هستند، هم چنین آن ها تمایل دارند که خاطرات ترومای خود را به شکل کلی بیان کنند [۲۱] همچنین نتایج مطالعه ای، کلارک و بک [۲۲] نشان می دهد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در حافظه شرح حال خود دچار سوگیری می باشند، از طرفی مطالعاتی که به بررسی نقش حافظه شرح حال در فوبی اجتماعی پرداخته اند نشان می دهد که سوگیری های حافظه شرح حال در شکل گیری و تداوم اضطراب اجتماعی دخالت دارد [۲۳]. با توجه به این مهم که اختلال وسواس فکری - عملی هم اکنون یکی از اختلالات شایع روانپزشکی محسوب می شود و از دیر باز از جمله مشکل ترین و مقاوم ترین بیماری های روان نژندی شناخته شده است. در دو دهه اخیر علاقه فزاینده ای برای نشان دادن ویژگی ها و کارکردهای مختلف شناختی بیماران وسواسی بوجود آمده است و با توجه به پیچیدگی اختلال وسواسی - اجباری و وجود ابهامات فراوان در سبب شناسی و بقای این اختلال هدف پژوهش حاضر بررسی عملکرد حافظه شرح حال در دو زیر مجموعه واریسی و شستشو در اختلال وسواس فکری - عملی است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، جزء پژوهش های بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده ها از نوع مطالعه های توصیفی (علی - مقایسه - ای) به شمار می رود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و اختلال اضطراب فراگیر، مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله و مرکز مشاوره دانشگاه خوارزمی در سال ۱۳۹۰ است، که با روش نمونه گیری در دسترس و براساس تشخیص قطعی نوع اختلال توسط روانپزشک و

مصاحبه ارزیابی می‌شود. پس از تکمیل مصاحبه، درمانگر بیمار را روی مقیاس پنج قسمتی ارزیابی می‌کند. شامل: ۱. شدت علائم، ۲. فراوانی علائم، ۳. مدت زمان علائم، ۴. میزان اضطراب بیمار و مداخله علائم در زندگی روزمره، ۵. میزان مقاومت بیمار در برابر انجام این تشریفات. نمره صفر در صورت نبود مشکل، نمره ۱ به مشکل کم، نمره ۲ به مشکل متوسط، نمره ۳ به مشکل زیاد و نمره ۴ به مشکل خیلی زیاد داده می‌شود. بدین ترتیب با جمع نمرات، نمره کل از صفر تا ۴۰ در رابطه با وسواس بیمار بدست می‌آید. در تحقیقی که بر روی جامعه ایرانی انجام شد [۲۹] ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) به ترتیب ۹۳ و ۸۹ درصد و اعتبار دو نیمه سازی برای SS و SC به ترتیب ۹۳ و ۸۹ درصد و اعتبار بازآزمایی ۹۹ درصد به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب بک: پرسشنامه اضطراب بک پرسشنامه ای خود-گزارشی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب با مقیاسی ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده شدت اضطراب فرد است، انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. در پژوهشی که کاویانی و موسوی بر روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ نفر بیمار مبتلا به اضطراب بالینی) انجام دادند روایی ($r = 0.72$)، اعتبار ($r = 0.83$) و ثبات درونی ($\alpha = 0.92$) بدست آمد (۳۰).

پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory- II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است [۳۱]. این ویرایش در مقایسه با نسخه اول بیشتر با معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی همخوانی بیشتری دارد و همانند ویرایش اول ویرایش دوم آن نیز ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی بک مورد پوشش قرار می‌دهد، این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون، همبستگی 0.71 دارد و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن 0.91 می‌باشد، همسانی درونی این پرسشنامه نیز 0.91 گزارش شده است [۳۱]. چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع افسردگی را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه قابل استفاده در جمعیت ۱۳ سال به بالا بوده و نقاط برش به شرح زیر برای آن در نظر گرفته شده است: افسردگی جزئی نمره ۱۳-۰؛ افسردگی خفیف نمره ۱۹-۱۴؛ افسردگی متوسط نمره ۲۸-۲۰؛ و افسردگی شدید ۶۳-۲۹ مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا 0.91 ، ضریب همبستگی میان دو نیمه، 0.89 ، ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته، 0.94

روانشناس بالینی بر طبق معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) چهار گروه شامل ۱۴ نفر بیمار مبتلاء به اختلال وسواس شستشو، ۱۴ نفر بیمار مبتلاء به اختلال وسواس واریسی، ۱۷ نفر بیمار مبتلاء به اختلال اضطراب فراگیر و ۱۵ نفر بهنجار سالم انتخاب شدند. شرکت کنندگان از هر دو جنس و با دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال با حداقل میزان تحصیلات دیپلم بودند. کلیه آزمودنی‌های گروه هدف در صورت داشتن سابقه بیماری روانی به غیر از وسواس یا اضطراب فراگیر و نیز همبودی با سایر اختلالات روانی از نمونه حذف شدند. اجرای آزمون‌ها و تکالیف به صورت انفرادی انجام گردید و ترتیب اجرا به صورت تصادفی بود. به علت زیاد بودن تعداد آزمون‌ها و وقت گیر بودن اجرای برخی از آنان مانند آزمون حافظه شرح حال، و همچنین به منظور جلوگیری از خستگی آزمودنی‌ها و بالا بردن دقت پاسخگویی، اجرای کامل آزمون‌ها در دو جلسه یک ساعته انجام پذیرفت. برای اجرای آزمون‌ها در گروه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس، اگر بیماران در بیمارستان بودند یکی از اتاق‌های درمانگاه بیمارستان بقیه الله واگر در خوابگاه یکی از اتاق‌های خوابگاه در اختیار آزمونگر قرار گرفت. 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. مصاحبه‌ی تشخیصی ساختار یافته برای اختلالات محور یک (SCID-I) و مقیاس ییل-براون (Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale) و اضطراب بک (Beck Depression Inventory- II) به عنوان تست تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس، اولین آزمونی بود که اجرا شد.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک (SCID-I): [۲۴] یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختار یافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده محور یک براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به کار می‌رود [۲۵]. این ابزار بیش از هر مصاحبه تشخیصی معیار شده دیگری در بررسی‌های روانپزشکی به کار رفته است، زیرا روایی و اعتبار آن خوب گزارش شده است [۲۶-۲۸]. توافق تشخیصی نسخه فارسی SCID-I بالای ۶۰ درصد، توافق کلی برای تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و کل تشخیص‌های کل عمر ۵۵ درصد گزارش شده است [۲۴].

مقیاس وسواسی- اجباری ییل-براون: این فهرست بخشی از مقیاس وسواسی- اجباری ییل-براون است که در سال ۱۹۸۶ توسط گودمن و همکاران ساخته شد. در این فهرست دو مقیاس فرعی برای سنجش وسواس وجود دارد. در هر دو مقیاس شدت علائم برحسب فراوانی، مدت، اضطراب حاصله، آسیب‌کنشی و مداخله در زندگی بیمار، مقاومت و درجه کنترل طی ۷ روز قبل از

بوده است [۳۲].

لازم به ذکر است که از بین افراد این گروه، کسانی که معیارهای این آزمون را برای تشخیص برآورده نمی‌کردند، از نمونه کنار گذاشته شدند. در ادامه با توجه به فرصت تعیین شده در جلسه اول به اجرای آزمون مصاحبه حافظه شرح حال (Autobiographical Memory Interview) و آزمون حافظه شرح حال (Autobiographical Memory Test) پرداخته شد.

مصاحبه حافظه شرح حال: ابزار پژوهشی مفیدی برای بررسی مواردی است که در آن امکان تفکیک فراموشی پیش گستر (Anterograde amnesia) و پس گستر (Retrograde amnesia) وجود دارد. این آزمون برای فاصله سنی ۱۸ سالگی تا بزرگسالی مناسب است و با هدف از بین بردن محدودیت‌های آزمون‌های قدیمی‌تر ابداع و اعتباریابی شده است [۳۳]. آزمون شامل یک برنامه مصاحبه نیمه سازمان یافته است که از دو بخش تشکیل می‌شود. بخش اول به نام برنامه معنایی شخصی (Personal semantic schedule) به ارزیابی یادآوری رویدادهای گذشته زندگی شخصی آزمودنی‌ها می‌پردازد و آن‌ها را ملزم به یادآوری حقایق زندگی گذشته، مربوط به دوران کودکی، ابتدای بزرگسالی و وقایع مربوط به دوران اخیر می‌نماید. بخش دوم به نام رویداد شرح حال، به یادآوری خاطراتی از همان سه دوران زمانی مذکور. مصاحبه شرح حال یک ارزیابی از حافظه شخصی دور (پیش‌گستر) را ارائه می‌کند. این آزمون چهارچوبی را فراهم می‌کند که می‌تواند به ارزیابی وجود آسیب یا سلامت حافظه دور آزمودنی پرداخت که شامل الگوی هر نوع نقص و شیب زمانی (Temporal gradient) آن (مربوط به ذخیره نسبی حافظه‌های قدیم‌تر در مقایسه با حافظه‌های اخیر) می‌باشد

برای سنجش پایایی مصاحبه حافظه شرح حال، سه ارزیاب یعنی بدلی کوپلمن و ویلسون به صورت مستقل به ارزیابی و نمره‌گذاری خاطرات یادآوری شده پرداختند. همبستگی میان آزمون‌های موازی، بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ در نوسان می‌باشد [۳۳].

همچنین روایی مصاحبه حافظه شرح حال از چهار طریق مورد ارزیابی قرار گرفت: (۱) آزمون به سادگی نشان داد که قادر به تمیز بیماران فراموشکار از افراد سالم می‌باشد. (۲) روش دوم، محاسبه همبستگی درونی میان تکالیف حافظه دوره‌های مختلف در سطح کل بیماران بود. (۳) روش سوم، مقایسه الگوی شیب تند در طول آزمون‌های مختلف حافظه دور بود. (۴) چهارمین روش عبارت بود از کنترل اعتبار حافظه‌های تولید شده. روش نمره‌گذاری مصاحبه حافظه شرح حال: برای هر یک از سوالات جدول معنایی شخصی، حداکثر ۲ نمره برای یادآوری کامل و ۱ نمره برای یادآوری ناقص در نظر گرفته می‌شود. مجموع نمرات سوال‌های هر بخش آزمون، در مواقع یادآوری کامل، ۲۱ می‌باشد.

بخش دوم به نام برنامه حوادث شرح حال، به ارزیابی یادآوری حوادث یا وقایع خاص رخ داده در زندگی گذشته آزمودنی می‌پردازد.

هر بخش از این مصاحبه به ارزیابی حافظه در طول همان سه دوره زمانی می‌پردازد. آزمودنی ملزم است که سه رویداد مربوط به دوران کودکی، سه رویداد مربوط به اوایل دوره بزرگسالی و سه رویداد مربوط به دوران اخیر را یادآوری نماید. هر جا که آزمودنی در یادآوری حافظه با شکست روبرو شود می‌توان از برخی محرک‌ها استفاده کرد. در جدول شرح حال، برای خاطره ضمنی مکان و زمان سه نمره و برای خاطره شخصی خاص که زمان و مکان یادآوری شده است و یا برای حوادث با ویژگی اختصاصی کمتر از زمان و مکان یادآوری شده ۲ نمره در نظر گرفته شده است. سرانجام برای حافظه شخصی مهم ۱ نمره، برای سوالات بدون پاسخ و یا پاسخ‌های مبتنی بر دانش و اطلاعات کلی نمره‌ای در نظر گرفته نمی‌شود.

آزمون حافظه شرح حال: یک تکلیف مربوط به حافظه رویدادی است که در آن آزمودنی‌ها در پاسخ به نشانه‌ی لغت‌های دارای بار هیجانی به تولید خاطرات شرح حال رویدادی اختصاصی می‌پردازند. نسخه فارسی این ابزار توسط مرادی و همکاران [۳۴] ترجمه و هنجار یابی شده است. این آزمون توسط ویلیامز و برودبنت [۳۵] طراحی و تدوین شده است. این روش شامل ارائه نشانه لغت‌های دارای بار هیجانی متفاوت می‌باشد. از شرکت کنندگان خواسته می‌شود که به هر لغت، با رویدادی (خاطره ای) که بواسطه 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 [۳۶]. چیزی که در یک زمان و مکان خاص رخ داده و دارای یک مدت زمان محدود (یک روز یا کمتر) است. در این تکلیف ده لغت ارائه شده شامل: خوشحال، متاسف، ایمن، عصبانی، علاقه، دست و پا چلفتی، موفقیت، صدمه دیده، غافلگیر کردن و تنها می‌باشد. برای ارزیابی هر خاطره، ۳۰ ثانیه زمان در نظر گرفته شد. نمره‌گذاری این مقیاس به این صورت است که اگر رویداد تعریف شده یک واقعه مشخص از لحاظ زمانی و مکانی باشد ۱ نمره تعلق خواهد گرفت، در غیر این صورت اگر رویداد تعریف شده در بردارنده کلی گویی باشد و نتوان رویداد مشخصی را از آن استنباط کرد عدد صفر تعلق خواهد گرفت. در پژوهشی که مرادی و همکاران بر روی جمعیت ایرانی انجام دادند ضریب کاپای توافق بین ارزیاب‌ها ۰/۸۵ بدست آمد [۳۴].

یافته‌ها

جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال اضطراب فراگیر و سالم شهر تهران در سال ۱۳۹۰ بودند که یک نمونه ۶۰ نفری انتخاب شد که از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی هم‌تا شده بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمره کل اضطراب در گروه اضطراب فراگیر $31/2 \pm 6/1$ ، وسواس شستشو $26/2 \pm 14$ ، وسواس واریسی $18/1 \pm 8/1$ و گروه بهنجار $10/9 \pm 6$ بدست آمد و همچنین میانگین و انحراف استاندارد

تفاوت‌های دارند که به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های چهارگانه در مصاحبه حافظه شرح حال و آزمون حافظه شرح حال از تحلیل واریانس یکراه چند متغیری، و برای آگاهی از اینکه بین کدام گروه‌ها از نظر متغیرهای مذکور تفاوت معنادار وجود دارد، از آزمون تعقیبی بون فرونی استفاده شد.

در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری متغیرها در گروه‌ها در مصاحبه حافظه شرح حال حاکی از این است که در زیرمقیاس‌ها معنایی کودکی و نمره کل مصاحبه بین گروه‌ها تفاوت معنا دار وجود دارد. برای مشخص شدن جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بون فرونی استفاده شد.

نمره افسردگی در گروه اضطراب فراگیر $17/9 \pm 7$ ، وسواس شستشو $20/8 \pm 7$ ، وسواس واریسی $18/3 \pm 10/8$ و گروه بهنجار $8/9 \pm 2/9$ بود که برای پاسخ گویی به سوال‌های پژوهش حاضر که عبارتند از (۱) آیا در حافظه شرح حال، دو زیر گروه وسواسی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه اضطراب فراگیر و بهنجار دارند (۲) آیا در حافظه شرح حال، گروه وسواس واریسی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به گروه وسواس شستشو دارند؟

جدول ۱ شاخص‌های آمار توصیفی عملکرد آزمودنی‌های چهار گروه در مصاحبه حافظه شرح حال و آزمون حافظه شرح حال نشان داده است.

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات از نظر ظاهری

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی عملکرد آزمودنی‌های چهار گروه در مصاحبه حافظه شرح حال و آزمون حافظه شرح حال.

گروه	مقیاس	اضطراب فراگیر		وسواس شستشو		وسواس واریسی		بهنجار
		SD	M	SD	M	SD	M	
مصاحبه شرح حال	معنایی کودکی	۱۷/۸	۱۷/۷	۱۷/۶	۲/۸	۱۷/۱	۱۹/۵	۱۷/۲
	معنایی بزرگسالی	۱۷/۵	۳/۳	۱۵/۸	۱/۷	۱۵/۹	۲/۵	۲/۳
	معنایی اخیر	۱۶/۹	۲	۱۶/۶	۲/۲	۱۷/۹	۱/۹	۱۷/۷
	اپیزودیک کودکی	۷/۵	۱/۶	۷/۳	۱/۹	۷/۳	۱/۸	۸/۳
	اپیزودیک بزرگسالی	۶/۹	۱/۶	۷/۸	۱/۱	۷/۵	۱/۷	۷/۳
	اپیزودیک اخیر	۷	۲/۲	۷/۲	۱/۱	۷/۳	۲/۳	۷/۹
حافظه شرح حال	نمره کل	۷۳/۵	۶/۴	۷۲/۳	۶/۷	۷۳/۲	۶/۷	۷۹/۲
	نمره کل	۷/۳	۱/۵	۶/۳	۱/۴	۷/۱	۱/۲	۸/۳
	خاطرات مثبت	۳/۵	۰/۸	۲/۹	۱	۳/۵	۱	۴/۳
	خاطرات منفی	۳/۸	۱/۲	۳/۶	۰/۸۵	۳/۸	۰/۷۰	۴

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت متغیرها در گروه‌های چهارگانه در مصاحبه حافظه شرح حال

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
معنایی کودکی	۴۷/۸	۳	۱۵/۹	۴/۲	۰/۰۱
معنایی بزرگسالی	۵۶	۳	۱۸/۷	۲/۸	۰/۰۷
معنایی اخیر	۱۵/۷	۳	۵/۲	۱/۴	۰/۲۶
اپیزودیک کودکی	۱۱/۳	۳	۳/۸	۱/۴	۰/۲۵
اپیزودیک بزرگسالی	۹/۸	۳	۳/۳	۱/۵	۰/۲۳
اپیزودیک اخیر	۷/۵	۳	۲/۵	۰/۶	۰/۶۱
نمره کل	۴۳۶/۴	۳	۱۴۵/۵	۳/۷	۰/۰۲

جدول ۳. آزمون تعقیبی بون فرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در مصاحبه حافظه شرح حال

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	معناداری
معنایی کودکی	وسواس شستشو	وسواس واریسی	۰/۱۹	۰/۷۰	۱
	اضطراب فراگیر	بهنجار	۰/۶۹	۰/۷۰	۱
	وسواس شستشو	بهنجار	-۱/۷	۰/۶۹	۰/۱۰
	وسواس واریسی	بهنجار	۰/۵۰	۰/۷۴	۱
	وسواس شستشو	بهنجار	-۱/۹	۰/۷۳	۰/۰۷
	وسواس واریسی	بهنجار	-۲/۴	۰/۷۳	۰/۰۱
نمره کل	وسواس شستشو	وسواس واریسی	۱/۱	۲/۳	۱
	اضطراب فراگیر	بهنجار	۰/۲۶	۲/۳	۱
	وسواس شستشو	بهنجار	-۵/۷	۲/۲	۰/۰۸
	وسواس واریسی	بهنجار	-۰/۸۶	۲/۴	۱
	وسواس شستشو	بهنجار	-۶/۸	۲/۳	۰/۰۳
	وسواس واریسی	بهنجار	-۶	۲/۳	۰/۰۸

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت متغیرها در گروه‌ها در آزمون حافظه شرح حال

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
نمره کل	۳۰/۷	۳	۱۰/۳	۵	۰/۰۰۴
خاطرات مثبت	۱۴/۶	۳	۴/۹	۵/۹	۰/۰۰۱
خاطرات منفی	۱/۳	۳	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۷۱

جدول ۵. آزمون تعقیبی بون فرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در آزمون حافظه شرح حال

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	معناداری
نمره کل	وسواس شستشو	وسواس واریسی	۱	۰/۵۲	۰/۳۴
	اضطراب فراگیر	وسواس واریسی	۰/۱۵	۰/۵۲	۱
	وسواس شستشو	بهنجار	-۱	۰/۵۱	۰/۲۷
	وسواس واریسی	وسواس واریسی	-۰/۸۶	۰/۵۴	۰/۷۱
خاطرات مثبت	وسواس شستشو	بهنجار	-۲	۰/۵۳	۰/۰۰۲
	وسواس واریسی	بهنجار	-۱/۲	۰/۵۳	۰/۱۸
	اضطراب فراگیر	وسواس شستشو	۰/۶۰	۰/۳۳	۰/۴۳
	اضطراب فراگیر	وسواس واریسی	۰/۰۳	۰/۳۳	۱
	وسواس شستشو	بهنجار	-۰/۸۰	۰/۳۲	۰/۰۹
	وسواس شستشو	وسواس واریسی	-۰/۵۷	۰/۳۴	۰/۶۱
	وسواس شستشو	بهنجار	-۱/۴	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	وسواس واریسی	بهنجار	۰/۸۳	۰/۳۴	۰/۱۰

با نتایج پژوهش‌های است، که نشان داد بین گروه وسواس و بهنجار از نظر همه متغیرهای حافظه شرح حال به جز رویدادی کودکی اخیر تفاوت معناداری وجود دارد. [۳۷] اگر چه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که عملکرد افراد بهنجار در حافظه شرح حال در تمام زیر مقیاس‌ها از گروه اختلال اضطراب فراگیر بهتر است اما نتایج تفاوت معناداری در حافظه شرح حال در این دو گروه نشان نداد. این نتایج با نتایج پژوهش مولائی و مرادی [۳۸] در تضاد می‌باشد که بین گروه اضطراب فراگیر و بهنجار از نظر حافظه معنایی کودکی و حافظه معنایی بزرگسالی تفاوت معناداری وجود دارد. از دلایل احتمالی این نتیجه متضاد، می‌توان به این نکته اشاره کرد که در مطالعه مولایی و مرادی گروه وسواس از تمام زیرگروه‌های وسواس در مطالعه شرکت کرده بودند در حالیکه در این مطالعه تنها دو زیر گروه شستشو و واریسی در مطالعه شرکت داده شده‌اند. علاوه بر این ممکن است متغیر سن، تحصیلات و جنسیت آزمودنی‌ها که در دو مطالعه متفاوت هستند نیز در تفاوت یافته‌ها اثر داشته باشد.

همچنین نتایج آزمون شرح حال نشان داد عملکرد افراد وسواس شستشو در نمره کل آزمون شرح حال و زیر مقیاس مثبت بطور معناداری از گروه بهنجار پایین‌تر است. که می‌توان به این نکته اشاره کرد که عامل اجتناب احتمالاً نقش اصلی را در این خصوص ایفا می‌کند، زیرا اجتناب در وسواس شستشو نسبت به گروه بهنجار، اضطراب فراگیر و حتی وسواس واریسی بیشتر است، لذا مانع باز تولید مواد از حافظه شرح حال می‌گردد. همچنین مطالعات زیادی مشکل در بازیابی خاطرات شرح حال را در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد و چون میزان افسردگی در میان افراد وسواس شستشو بیشتر از دو گروه بهنجار و اضطراب فراگیر است

نتایج این آزمون نشان داد که میانگین گروه سالم در نمره کل مصاحبه از گروه وسواس شستشو و در زیرمقیاس معنایی کودکی از گروه وسواس واریسی به شکل معناداری بالاتر است ولی در سایر موارد تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری، تفاوت کلی متغیرها در گروه‌ها در مورد مقایسه آزمون حافظه شرح حال سه گروه را نشان می‌دهد که در زیرمقیاس خاطرات مثبت و نمره کل آزمون حافظه شرح حال، بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود، که برای مشخص شدن جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بون فرونی استفاده شد.

مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که میانگین گروه بهنجار در مقیاس‌های تست حافظه شرح حال به شکل معناداری از گروه وسواس شستشو بالاتر است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی عملکرد حافظه شرح حال در دو زیر مجموعه واریسی و شستشو در اختلال وسواس فکری- عملی و مقایسه آن‌ها با اختلال اضطراب فراگیر و گروه بهنجار انجام گرفت. نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاکی از آن است که که در زیرمقیاس‌های معنایی کودکی و نمره کل مصاحبه، بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه گروه وسواس در هر دو زیر مجموعه واریسی و شستشو با گروه بهنجار نشان می‌دهد که میانگین گروه سالم در نمره کل مصاحبه حافظه شرح حال از گروه وسواس شستشو و در زیرمقیاس معنایی کودکی از گروه وسواس واریسی به شکل معناداری بالاتر است. که این نتایج موافق و همسو

فراگیر و نیز گروه بهنجار بود. با توجه به نار سایی‌های شناختی خاص در اختلال وسواسی—اجباری که می‌تواند ریشه در مشکلات عصب روان‌شناختی این اختلال داشته باشد با شد می‌توان ماهیت این اختلال را دوباره مورد تفسیر و بازنگری قرار داد و به عنوان اختلالی با زیر بنای متفاوت از سایر اختلالات اضطرابی قرارداد. که شناسایی جنبه‌های مختلف شناختی وسواس می‌تواند به تجدید نظر در نظریه‌ها و دیدگاه‌های موجود در فهم این اختلال منتهی شود. پژوهش حاضر می‌تواند ضمن افزایش دانش نظری در مورد اختلال وسواس، حداقل آغزی برای مطالعات بیشتر در زمینه شناختی این اختلال و دیگر اختلالات اضطرابی باشد. از نظر بالینی و عملی شناسایی وجوه افتراق دهنده این اختلال با سایر اختلالات اضطرابی به بینش جدیدی از این اختلال منتهی خواهد شد تا روش‌های درمانی موجود، متناسب با ویژگی‌های آن تعدیل شده یا روش‌های جدید درمانی طراحی شود. یعنی می‌توان با شناسایی نارسایی‌ها، محرک‌ها و عوامل تاثیر گذار بر این بیماری، بازده درمانی را افزایش داد.

تشکر و قدردانی: در پایان بر خود واجب می‌دانیم از تمامی کسانی که ما را در امر این پژوهش یاری نمودند، بویژه مسئولین محترم بیمارستان حضرت بقیه الله (عج) و مرکز مشاوره دانشگاه خوارزمی، کمال تشکر و قدر دانی را داشته باشیم.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental disorder. Washington.DC: American psychiatric Association; 2000.
2. Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 2002;3;360(9330):397-405.
3. Omori M, Murata Y, Yamanishi T, Nakaaki S, Akechi T. The differential memory in obsessive – compulsive disorder patients with checking symptoms vs. those washing symptoms. *J Psychiatr Res*. 2006 (25):287-96.
4. Henderson G, Pollard A. Three types of obsessive compulsive disorder in a community sample. *J Clin Psychol*. 1988;44(5): 747–52.
5. Colis D, Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatr*. 2005;162(2):162(2), 228–38.
6. Ferreri F, Lapp LK, Peretti CS. Current research on cognitive aspects of anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatr*. 2011;24(1):49-54.
7. Moradi. ALHJ, Yasserli G, Shahraray M, Turner S, Dalgish T. Specificity of episodic and semantic aspect of autobiographical memory in relation to symptoms of post traumatic stress disorder. *Acta*

و احتمالاً از وسواس واری هم بیشتر می‌باشد، می‌تواند در بازتولید مواد از حافظه شرح حال موثر باشد. از نکات قابل توجه در مطالعات بر روی افراد وسواسی، همبودی میان افسردگی و وسواس است که افسردگی می‌تواند قبل یا بعد از بروز علائم وسواسی ظاهر شود. بروز افسردگی در بیماران وسواسی تا ۸۵ درصد تخمین زده می‌شود تا جائیکه حتی برخی معتقدند که این میزان بالای همبودی نشان می‌دهد که اختلال وسواس فکری – عملی گونه‌ای اختلال عاطفی است [۳۹]. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به وسواس مشکلی در دسترسی به بخش‌هایی ویژه از حافظه شرح حال خود را ندارند، مگر آنکه بیماری آن‌ها با اختلال افسردگی همبودی داشته باشد [۴۰] مطالعات دیگر نشان می‌دهد که در اختلالات هیجانی یادآوری حوادث حافظه شرح حال به صورت کلی یا به صورت یک دسته‌ای از حوادث انجام می‌شود، در حالی که می‌بایست به صورت یک رویداد خاصی بیاد آورده شود. در پژوهشی دیگر با مطالعه حافظه منطبق با خلق، در بیماران افسرده و خودکشی کننده، ذکر شده که این بیماران از مشکلات جدی در بازیابی اطلاعات رویدادهای مربوط به حافظه شرح حالشان برخوردارند [۳۶]. بنابراین می‌توان گفت که شاید این بیماران حتی توانایی‌های شناختی دست نخورده و سالمی داشته باشند، اما قادر به استفاده از آن‌ها در موقعیت‌های واقعی زندگی نیست [۱۸].

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر در مجموع موید عملکرد ضعیف‌تر بیماران وسواس واری و شستشو در حافظه نسبت به بیماران اضطراب

- Psychol Learn Memory Psychopathol. 2008 (127):645- 53.
8. Gressberg S, Mckay D. Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A review and treatment implications. *Clin Psychol Rev*. 2003 (23):95-117.
9. Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA, Oflaz S EE, Baran B, Kalem SA, et al. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatr*. 2012;53(2).
10. Tallis F. Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A review and consideration of clinical implications. *British J Clin Psychol*. 1999;36(1): 3–20.
11. Purdon CL. Suppression and psychopathology. *Behav Res Ther*. 1999;37:1029–54.
12. Muller J, Roberts E. Memory and attention in obsessive-compulsive disorder. A review. 2003;19:1-28.
13. Tallis F. The neuropsychology of obsessive–compulsive disorder: a review and consideration of clinical implications. *British J Clin Psychol*. 1997;36:3-20.
14. Wells A. Emotional Disorders and Meta cognition: Innovative Cognitive Therapy. England;

- 2000.
15. Cuttler C, Graf P. checking-in on the memoydefcit and meta-memory deifcit theories of compulsive checking. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:393-409.
 16. Harris L, Cranney J. Event-based prospective memory and obsessive-compulsive disorder intrusive obsessional thoughts. *Australian J Psychol.* 2012;64(4):235-42.
 17. Racsmány M, Demeter G, Csigó K, Harsányi A. An experimental study of prospective memory in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Exper Neuropsychol.* 2010;33(1):85-91.
 18. Williams J, Mark G, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull.* 2007;133(1):122-48.
 19. Nelson KD, Fivush R. emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychol Rev.* 2004;111: 486-511.
 20. Wilhelm S, McNally RJ, Baer L, Florin I. Autobiographical memory in obsessive-compulsive disorder. *British J Clin Psychol.* 1997;36:21-31.
 21. Sutherland K, Bryant AR. Autobiographical memory and the self- memory system in posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22:555-60.
 22. Clark AD, Beck TA. *Cognitive Therapy of anxiety disorders. Science and Practice.* New York: Guilford Press; 2010.
 23. Morgan J. Autobiographical memory biases in social anxiety. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:288- 97.
 24. Sharifi V, Asaadi M, Mohammadi. MR, Amini H, K, H., S,Y., et al. Reliability and functionality ofthe Persian version of the structured diagnosticinterview for DSM-IV. *New J Cogn Sci.* 2009;4:1-2. [Persian]
 25. American psychiatric Association.(APA). *Diagnostic and statistical Manual of Mental disorder: DSM-TV* 4 Edition. Washington.DC: American psychiatric Association; 1994.
 26. Zanarini MC, Frankenburg FR. Attentionand maintenance of reliability of axis I and II disorder;A longitudinal study. *J Comprehensive Psychiatr.* 2001 (42): 416-25.
 27. Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Dolan R. The collaborative longitudinal personalitydisorder study: Reliability of axis I and II diagnoses. *J Pers Disord.* 2000;14:291-9.
 28. Sajatovic M, Ramirez LF. *Rating scales inmental health.* Hudson, Ohio: Lexi-Comp, Inc.; 2001.
 29. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, ambiz Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian J Psychiatr Clin Psychol.* 2012;17(4):297-303. [Persian]
 30. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Med J.* 2008;65(2):136-40. [Persain]
 31. Beak AT, steer RA, Brown G k. Beck Depression Inventory for measuring depression . *Arch Gen Psychol.* 1996;4:561-71.
 32. Fata L, Birashk B, Atif Waheed MK, Dobson K. By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information. *Thought Behav Clin Psychol.* 2005;2:20-5. perssion.
 33. Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. *The autobiographical memory interview.* Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company; 1990.
 34. Moradi A, Herlihy J, Yasseri G, Turner S, Dalglish T. Specificity ofepisodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Acta Psychologica.* 2008;127: 645-53.
 35. williams JmG, broadent k. autobiographical memory in attempted suicide patients. *J Abnorm Psychol.* 1986;95:144-9.
 36. Williams JMG, Barnhofer T, Hermans D, Raes F, Watkins ED, Dalglish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull* 2007;133:122-48.
 37. Rugg MD, Wilding EL. Retrieval processing and episodic memory. *Trends Cogn Sci.* 2000;4:108-15.
 38. Molaei M, Moradi AR, Gharraee B. Autobiographical memory performance and neuropsychological evidence among OCD and GAD. *Persian J Cogn Sci.* 2008;3:1-12.
 39. Ricciardi N, McNally RJ. Depressed mood is related to obsession, but not to compulsion, in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 1995;9:249-56.
 40. Haarmann HJ, Davelaar EJ, Usher M. Individual differences in semantic short-term memory capacity and reading comprehension. *J Memory Language.* 2003;48:320-45.