

مقایسه حافظه کاذب مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه بر اساس نوع درمان روان‌شناختی

فرشید خسروپور^{۱*}، غلامرضا ابراهیمی‌نژاد^۲، حسن بنی‌اسدی^۳، منوچهر فاریابی^۴

خلاصه

مقدمه: حافظه کاذب در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شیوع بیشتری دارد. این حافظه می‌تواند تحت تأثیر گروه قرار گرفته و علائم بیماری را تشدید کند. روش‌های درمانی پردازش مجدد و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازگویی روان‌شناختی برای درمان این بیماری به کار می‌روند که مؤثر بودن آنها مورد بحث است.

روش: دو گروه از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (هر گروه ۷۳ نفر) که با روش‌های حساسیت‌زدایی و بازگویی روان‌شناختی تحت درمان قرار گرفته بودند و یک گروه مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه که تحت درمانی قرار نگرفته بودند به عنوان گروه گواه به‌طور تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از آزمون حافظه کاذب رودیگر و مک درموت ارزیابی و مقایسه شدند.

یافته‌ها: گروه حساسیت‌زدایی نسبت به گروه‌های گواه و بازگویی و گروه گواه نسبت به گروه بازگویی میزان حافظه کاذب پایین‌تری داشتند ($P < 0/01$). به‌علاوه مجذور آتا نشان داد که ۲۱ درصد واریانس تغییرات حافظه کاذب بر اساس نوع درمان قابل تبیین است.

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین بودن حافظه کاذب در افرادی که با حساسیت‌زدایی تحت درمان قرار گرفته بودند، نسبت به گروه درمان بازگویی و گواه و تأثیرات منفی حافظه کاذب در تشدید علائم PTSD، روش حساسیت‌زدایی نسبت به بازگویی و عدم درمان برتری دارد.

واژه‌های کلیدی: حافظه کاذب، استرس پس از ضربه، درمان

۱- مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند ۲- استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند

* نویسنده مسؤؤل، آدرس: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند • آدرس پست الکترونیک: farshid2002@yahoo.com

مقدمه

حافظه کاذب (False Memory) عبارت از یادآوری وقایعی که هرگز تجربه نشده یا تحریف آن تجربه است (۱). افراد گاهی وقایعی را به یاد می آورند که اصلاً رخ نداده است و حتی جزئیات آن را به دقت ذکر می کنند (۲). حافظه تحت تأثیر نفوذ اجتماعی قرار می گیرد و جزئیات حافظه بازگو شده دیگران به عنوان اطلاعات حافظه فردی جایگزین می شود که به آنها گوش داده است (۳). حافظه می تواند تحت تأثیر اطلاعات محیطی بی ربط و حتی سخنان دیگران قرار بگیرد (۴) در حالی که ارتباط چندانی با حافظه واقعی ندارد (۵). این نوع حافظه کاذب در بزرگسالان بیشتر دیده می شود. بعضی از درمانگران عقیده دارند که خاطرات ترسناک و ناراحت کننده سرکوب و در قسمت نیمه آگاه ذهن جای می گیرند، اما بعداً بازیابی می شوند. این گونه اطلاعات ممکن است تغییر کرده و حتی اطلاعات جدیدی جایگزین یا اضافه شوند. حافظه کاذب در خاطرات ترسناک و ناراحت کننده زیاد مشاهده می شود (۶).

اختلال استرس پس از ضربه (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD) تقریباً در ۸ درصد جمعیت عمومی، گزارش شده است، که در گروه های پرخطر (دارای تجربه سوانحی مثل جنگ، زلزله، سیل و...) تا ۷۵ درصد افزایش می یابد (۷). این اختلال می تواند به صورت مزمن درآید و تا سی سال پس از ضربه دیده شود (۸). کسانی که سوابقی از حوادث و سوانح دارند، دارای حافظه کاذب بیشتری هستند. حافظه کاذب در مبتلایان به این اختلال شایع تر از افراد عادی است و تا ۹۵ درصد گزارش شده است (۹). مکانیزمی که باعث می شود افراد تجاربی را که هرگز اتفاق نیفتاده به یاد بیاورند، هنوز به خوبی شناخته نشده (۱۰) اما به نظر می رسد حافظه به نوعی در اثر حوادث تغییر و اطلاعات قبلی را به شکل جدیدی تولید می کند (۱۱). PTSD می تواند حافظه کاذبی ایجاد کند که مدت های

طولانی، حتی سال ها بعد از درمان دوام داشته باشد. این حافظه تحت تأثیر حجم زیاد اطلاعات قرار گرفته و حتی به صورت غیرواقعی می تواند با سرنخ های داخلی و خارجی آشکار شود و علائم را تشدید کند. به دلیل کمبود اطلاعات و دانش، تحقیقات بیشتری در مورد حافظه افراد مبتلا به این اختلال باید صورت گیرد (۱۲).

یکی از روش های درمانی، بازگویی روان شناختی (Psychological Debriefing: PD) است که به طور گسترده ای برای پیشگیری و درمان PTSD به کار می رود (۱۳). این درمان شامل بازگفتن وقایع مرتبط با حادثه است که افراد در گروه های سانحه دیده، خاطرات، افکار، احساسات و هیجانات مرتبط با سانحه را در جمع بیان می کنند (۱۴). گرچه قبلاً تصور می شد که عدم صحبت در مورد حوادث به درمان کمک می کند ولی تحقیقات جدیدتر نشان داده که بازگویی، در شرایط مناسب کمک مؤثری در پیشگیری و درمان است (۱۵). در مورد بازگویی گزارشات متناقضی وجود دارد (۱۶) و در حالی که برخی پژوهشگرها آن را روش مؤثری می دانند، سایرین آن را بی اثر و حتی دارای نتایج منفی تلقی می کنند (۱۷، ۱۸).

از روش های جدید ولی مورد بحث در درمان، پردازش مجدد و حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR) است. درمان شامل بیان وقایع رخ داده توسط بیمار است، در حالی که وی به یک محرک در حال حرکت به چپ و راست نگاه می کند و هدف این است که اتفاقات، دوباره پردازش شده و درمان صورت گیرد (۱۹). حدود ۱۳ پژوهش معتبر این روش را برای درمان بیماری و عوارض مرتبط با آن مؤثر گزارش کرده اند (۲۰). بسیاری از روان شناسان عقیده دارند که تحقیقات بیشتری برای مؤثر بودن آن باید صورت گیرد (۲۱) و هرچند که روشی انفرادی و وقت گیر به نظر می رسد ولی چون تأثیرات گروه در آن وجود ندارد، مؤثرتر از سایر درمان ها است، ولی اثبات

آزمودن رودیگر و مک درموت شامل ۲۴ فهرست ۱۲ کلمه‌ای است که توسط آزمونگر خوانده می‌شوند و بعد از آزمودنی‌ها درخواست می‌گردد کلمات را یادآوری و تکرار کنند. بر اساس تعداد پاسخ‌های خطا، نادرست و تحریف شده حافظه کاذب ارزیابی می‌شود. آزمون به فرهنگ خاصی بستگی ندارد و به دلیل ساختار معنایی آن در همه مناطق و فرهنگ‌ها قابل اجراست و به خوبی می‌تواند حافظه کاذب را ارزیابی کند (۲۴). روایی و اعتبار این آزمون در جمعیت عمومی و دانشجویان و کودکان شهر کرمان مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵،۲۶).

نتایج

برای بررسی مقایسه میانگین‌های ۳ گروه حساسیت‌زدایی، بازگویی و گواه از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. نتایج در جدول ۱ نشان داده شده است. با توجه به بزرگ‌تر بودن F مشاهده شده از F بحرانی، تفاوت بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه معنادار است، به عبارت دیگر بین نمرات میانگین حافظه گروه‌های مورد بررسی تفاوت وجود دارد.

برای مقایسه گروه‌های مورد بررسی از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد این آزمون نشان داد که بین حافظه کاذب گروه‌های حساسیت‌زدایی، بازگویی و گواه با ۹۹ درصد اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲).

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود گروه‌های بازگویی، گواه و حساسیت‌زدایی به ترتیب بالاترین میانگین حافظه کاذب را دارا هستند. به منظور بررسی تعیین نیرومندی رابطه از مجذور اتا استفاده شد که ۰/۲۱ محاسبه گردید و بنابراین ۲۱ درصد واریانس تغییرات حافظه کاذب بر اساس نوع درمان، قابل تبیین است که مقدار قابل ملاحظه‌ای است.

کامل آن دشوار است (۲۲). هدف این پژوهش مقایسه تأثیر این دو روش درمانی بر حافظه کاذب این گونه بیماران است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع پس‌رویدادی و با استفاده از پس‌آزمون و گروه گواه انجام شد. با توجه به میزان شیوع گزارش شده و در نظر گرفتن $q=0/05$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه ۷۳ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد (۲۳). ابتدا بر اساس پرونده‌های طرح غربالگری و درمان که در مورد ساکنان شهر بم، در طول سال‌های ۸۴-۱۳۸۳ اجرا شده بود، مبتلایان به PTSD شناسایی شدند. سپس افراد تحت درمان بازگویی روانشناختی و حساسیت‌زدایی تفکیک و در دو گروه آزمایشی و کسانی که علی‌رغم، تشخیص بیماری، تحت درمان قرار نگرفته بودند (به دلیل حجم زیاد مبتلایان و عدم امکانات کافی جهت ارائه خدمات درمانی) در گروه گواه جایگزین شدند. تشخیص و درمان توسط روان‌پزشکان، دستیاران روان‌پزشکی و روان‌شناسان آموزش دیده دانشگاه علوم پزشکی، بهزیستی و سازمان ملل انجام شده بود. ابتدا مصاحبه اولیه به منظور کسب اطمینان از انجام درمان و یا عدم آن صورت گرفت. سپس نمونه‌گیری به صورت تصادفی از افراد هر گروه (تا رسیدن به حجم مورد نظر) انجام گردید و بعد از کسب رضایت، افراد گروه‌های مورد نظر توسط آزمون رودیگر و مک درموت (Roediger & McDermott) برای ارزیابی حافظه کاذب، آزمون شدند. نتایج با استفاده از تحلیل واریانس یک‌عاملی و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور تعیین نیرومندی رابطه از مجذور اتا (f) استفاده شد.

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس نمرات حافظه کاذب گروه‌های حساسیت‌زدایی، بازگویی و گواه

P	F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	شاخص‌ها
					منابع پراکندگی
		۲۳۶۰	۴۷۲۰	۲	بین گروهی
۰/۰۱	۵/۰۳۶	۴۶۸/۶	۱۰۱۲۱۹	۲۱۷	درون گروهی
			۱۰۵۹۳۹	۲۱۹	کل

جدول ۲. نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین گروه‌های مورد بررسی

گروه	حساسیت‌زدایی	بازگویی	گواه	میانگین	تعداد آزمودنی‌ها
حساسیت‌زدایی	-	***	**	۲/۲	۷۳
بازگویی	**	-	**	۷/۳	۷۳
گواه	**	**	-	۴/۱	۷۳

*** معنادار در سطح ۱٪

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه حافظه کاذب بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، تحت درمان با روش‌های بازگویی، حساسیت‌زدایی و بیماران درمان نشده (گواه) صورت گرفت. نتایج نشان داد که حافظه کاذب در بیمارانی که با روش بازگویی مورد درمان قرار گرفته بودند به‌طور معناداری بالاتر است. تحقیقات نشان داده که حافظه کاذب در مبتلایان به این بیماری شایع‌تر از جمعیت عمومی است (۱۰،۱۳،۲۷) و می‌تواند مدت‌ها دوام داشته باشد (۸). خاطرات و گفته‌های متفاوت، حافظه کاذبی ایجاد می‌کند و بر حجم اطلاعات ناگوار می‌افزاید که ممکن است درمان بیماری را با دشواری و تأخیر همراه کند و تحت تأثیر صحبت‌های دیگران و گروه قرار گیرد (۴،۲۸). این پژوهش نشان داد که حافظه کاذب در افراد تحت درمان با بازگویی بیشتر است. این امر احتمالاً به این دلیل است که حافظه کاذب تحت تأثیر اطلاعات گروه قرار گرفته (۱۷،۲۹) در حالی که در گروه حساسیت‌زدایی، که درمان انفرادی بوده و حداقل تأثیر گروه در آن وجود دارد، تحریف حافظه کمتر دیده می‌شود. پژوهش حاضر نشان داد

که حساسیت‌زدایی حداقل حافظه کاذب را در مقایسه با گروه گواه ایجاد می‌کند. به دلیل اینکه این نوع حافظه می‌تواند علائم بیماری اختلال استرس پس از ضربه را تشدید کند (۱۳) و از طرفی در مورد مؤثر بودن روش‌های درمانی اختلاف نظر وجود دارد (۱۸،۳۰)، می‌توان نتیجه گرفت که روش حساسیت‌زدایی مؤثرتر از بازگویی و عدم درمان است.

بنابراین به درمانگران توصیه می‌شود که روش حساسیت‌زدایی را در اولویت درمانی مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه قرار دهند. گرچه این روش به دلیل انفرادی بودن وقت‌گیر و پرهزینه است ولی چون حافظه کاذب کمتری ایجاد می‌کند، در بلندمدت اثر درمانی بهتری دارد. این تحقیق در مورد مبتلایان به PTSD در شهر بم انجام شد و پیشنهاد می‌شود در مورد بیماران دیگر در مناطق مختلف و با علل گوناگون و زمان‌های متفاوت انجام شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنده که هزینه این طرح را تأمین نمودند، تشکر می‌شود.

Comparison of False Memory among Patients with Post Traumatic Stress Disorders (PTSD) based on the Received Psychological Treatment

Khosropour F., M.A.^{1*}, Ebrahiminejad Gh., Ph.D.², Baniasadi H., Ph.D.³, Faryabi M., B.A.⁴

1. Instructor, Psychology Department, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran

2. Assistant Professor, Psychiatry Department, Afzalipour School of Medicine and Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran

3. Assistant Professor, Psychology Department, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

4. M.A student of Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran

* Corresponding author, e-mail: farshid2002@yahoo.com

(Received: 6 Jan 2009 Accepted: 23 Sep. 2009)

Abstract

Background & Aims: False memory is more prevalent among PTSD patients. This memory can be affected by group and intensifies the symptoms of the disorder. Psychological Debriefing (PD) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) are widely used for the treatment of PTSD patients. The efficacy of these treatments is controversial.

Method: A total of 219 PTSD patients were randomly selected and divided into three groups based on the received treatment type (EMDR, PD, control group). All groups were evaluated and compared by using Rodiger & McDremott False Memory Scale.

Results: The EMDR group in comparison to the PD and control groups and the control group in comparison to the PD group showed lower rates of false memory ($P < 0.01$). η square showed that 21 percent of the variance of false memory could be explained by the type of received treatment.

Conclusion: Considering lower level of false memory in EMDR group compared with other groups and the negative effects of false memory in identification of PTSD, EMDR is better than PD in the treatment of PTSD patients.

Keywords: False memory syndrome, PTSD, Treatment

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2010; 17(2): 154-160

References

- Nemets B, Witztum E, Kotler M. False memory syndrome: state of the art. *Harefuah* 2002; 141(8): 726-30.
- Leding JK, Lampinen JM. Memory conjunction errors: The effects of presentation duration and study repetition. *Memory* 2009; 17(5): 597-607.
- Meyersburg CA, Bogdan R, Gallo DA, McNally RJ. False memory Propensity in people reporting recovered memories of past lives. *J Abnorm Psychol* 2009; 118(2): 399-404.
- Bremner JD, Shobe KK, Kihlstrom JF. False memories in women with self-reported Childhood Sexual Abuse: an empirical study. *Psychol Sci* 2000; 11(4): 333-7.
- Guyard A, Piolino P. False memories: an interface between normal memory and

- pathology. *Psycho Neuropsychiatr Vieil* 2006; 4(2): 119-27.
6. Nash RA, Wade KA, Brewer RJ. Why do doctored images distort memory? *Conscious Cogn* 2009; 18(3): 773-80.
 7. Sadock BJ, Alkot V. Synopsis of psychiatry. Translated by Rafie HV, Sobhanian KH 2006; pp 164-79 [Persian].
 8. Biere J. Psychological assessment of adult posttraumatic states. 5thed., Washington, DC. APA Inc, 2007; pp117-24.
 9. Sumpter RE, McMillan TM. Errors in self-report of post- traumatic stress disorder after sever traumatic brain injury. *Brain Inj* 2006; 20(1): 93-9.
 10. Tversky B, Marsh EJ. Biased retellings of events yield biased memories. *Cog Psychol* 2000; 40(1):1-38.
 11. Park L, Kihlstrom JF. Social influence on false memory. *APA Monitor* 2007; 42(4): 29-37.
 12. Basden BH, Reysen MB, Basden DR Transmitting false memories in social groups. *Am J Psychopl* 2002; 115(2): 211-31.
 13. Deahl M. Psychological debriefing: controversy and challenge. *Aust NZ J Psychiatr* 2000; 34(6): 929-39.
 14. Kaplan Z, Lancu I, Bodner EA. A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatr Serv* 2001; 52(6): 824-7.
 15. Matthews L.R. Effect of staff debriefing on PTSD after assaults by community housing residents. *Psychiatr Serv* 1998; 49(5): 207-12.
 16. Robinson RC, Mitchell JT. Evaluation of Psychological debriefings. *J Trauma Stress* 1993; 6(3): 367-82.
 17. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of PTSD. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18(2): CD003383.
 18. Baeyens C. Secondary prevention of PTSD: Challenging psychological debriefing. *Encephale* 2003; 29(6): 535-44.
 19. Shapiro F. EMDR: Basic Principles, Protocols and procedures. New York, The Guilford Press, 1995; pp19-22.
 20. Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction. Past and future research. *J Clin Psychol* 2002; 58(1): 1-22
 21. Hertlin K.M., Ricci R.J. A systematic research synthesis of EMDR studies. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5(3): 300-11
 22. Wilson S.A., Becker L.A., Tinker R.H. Fifteen-month follow-up of EMDR treatment for PTSD and psychological trauma. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(6): 47-56.
 23. Nikian Y. Sample size Determination in health studies. Kerman, Kerman Medical Science Publication, 1990; pp84 [Persian].
 24. Roediger HL, Meade ML, Bergman ET. Social contagion of memory. *Psycho Bull Rev* 2001; 8(2): 365-71.
 25. Abdollahi A. Effects of arousal and suggestion on memory. PhD thesis in psychology. Allameh Tabatabai University, Iran 2001; pp32-40 [Persian].
 26. Jazini SH. Comparison of false memory among children with and without ADHD. M.A. thesis in psychology. Islamic Azad

- University. Birjand Branch, Iran 2007; pp32-40 [Persian].
27. Brainerd CJ, Reyna VF. Recollection rejection: how children edit their false memories. *Dev Psychol* 2002; 38(1): 156-72.
28. Jelinek L, Hottenrott B, Randjbar S, Peters MJ, Moritz S. Visual false memories in post traumatic stress disorder (PTSD). *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40(2): 378-83.
29. Busutill W, Turnbull GJ, Neal LA, Rollins J, West A.G, Blanch N, et al. Incorporating psychological debriefing techniques within a brief group psychotherapy programme for the treatment of PTSD. *Br J Psychiatr* 1995; 167(2):495-502.
30. Hoeksema SN. Abnormal psychology. 4th ed., McGraw-Hill publication Inc, 2001; pp 221-24.