

یافته های نو در روان شناسی

سال هشتم، شماره ۲۶، بهار ۱۳۹۲

صفحات مقاله: ۹۴-۷۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱۲/۹ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۳

مقایسه عملکرد حافظه شرح حال معنایی، رویدادی و حافظه اختصاصی در بیماران دارای VIH مثبت با افراد سالم

نسیم ارزانی^{*}
اصغر جعفری^{**}

چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه عملکرد حافظه شرح حال معنایی و رویدادی و حافظه اختصاصی (سرگذشتی) مثبت و منفی انجام شد. در این پژوهش ۳۰ نفر به روش نمونه برداری در دسترس از میان زنان و مردان سنین ۱۸-۶۰ سال مبتلا به HIV مثبت و همچنین ۳۰ نفر از بین افراد سالم در مرکز تحقیقات ایدز در شهر تهران انتخاب شدند. با توجه به روش تحقیق علی-مقایسه ای، با استفاده از مصاحبه حافظه شرح حال و آزمون حافظه شرح حال اطلاعات و داده های مورد نیاز جمع آوری گردید و بوسیله آزمون ANOVA تحلیل شدند. یافته های پژوهش نشان داد که بین عملکرد حافظه شرح حال معنایی، حافظه شرح حال رویدادی و اختصاصی مثبت و منفی در افراد مبتلا به HIV مثبت و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین یافته ها نشان دادند که بین عملکرد حافظه معنایی و رویدادی در دوران کودکی، بزرگسالی و اخیر تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج این پژوهش شواهدی را پیشنهاد می کند که عملکرد حافظه شرح حال معنایی، رویدادی و اختصاصی در افراد مبتلا به HIV نسبت به افراد عادی پائین تر است. همچنین می توان نتیجه گرفت نواقصی مانند کاهش اختصاصی بودن حافظه شرح حال نشانه اصلی PTSD است و ماهیت PTSD در حافظه اختصاصی (سرگذشتی) مثبت و منفی تاثیر دارد. به عبارتی دیگر، پس از ایجاد این اختلال به واسطه هر رویدادی که به صورت بالقوه توان ایجاد آن را داشته باشد نواقص مذکور را به وجود خواهد آورد. در حقیقت پاسخ ذهنی فرد نسبت به عامل استرس زا و بار هیجانی مرتبط با آن، عملکرد شناختی افراد را متاثر می سازد.

واژه های کلیدی: حافظه معنایی، رویدادی، اختصاصی، عملکرد حافظه، HIV مثبت

* کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، گروه روان شناسی، تهران، ایران (نویسنده

مسئول: nasim_arzani@yahoo.com)

** دکترای روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

امروزه اختلالات ناشی از عوامل استرس زا بسیار خطرناک تر و جدی تر از سایر اختلالات می باشند. افزون بر این، این دسته از اختلالات می توانند منشاء بیمارهای دیگر شوند و یا این که علائم بیماری های دیگر را تشدید نمایند (اودیس، اوگانرین و اوگانلی، ۲۰۰۷). چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی^۲، اختلال استرس پس از سانحه^۳ را یک رشته علائم پی در پی که در اثر تجربه، مشاهده یا مواجهه با رویداد یا رویدادهایی که خطر واقعی مرگ، تهدید به مرگ یا آسیب دیدگی وخیم، یا تهدید نسبت به تمامیت جسمانی خود یا دیگران را در بر دارد، تعریف می کند (کرایجید، میکلوویتز و کرایجید^۴، ۲۰۰۸). نشانه های اختلال استرس پس از سانحه، معمولاً مدت کوتاهی پس از رویداد ضربه آسیب ظاهر می شوند. با این حال بعضی مواقع، یک دوره نهفتگی وجود دارد. بدین معنا که روزها و گاهی ماه ها پس از رویداد، فرد با فقدان نشانه های مرضی مواجه می باشد. معمولاً نشانه ها در خلال شش ماه پس از رویداد به خودی خود از بین می روند، اما ممکن است سال ها نیز باقی بمانند. به عنوان مثال، پژوهشگران در یک مطالعه به این نتیجه دست یافته اند که از ۲۷۰۰۰۰۰ سرباز آمریکائی شرکت کننده در جنگ ویتنام حدود ۵۰۰ تا ۷۰۰ هزار نفر یعنی بین ۲۰ تا ۲۵ درصد آنها پس از گذشت سال ها از پایان جنگ هنوز از اختلال استرس پس از سانحه رنج می برند (ویس و مارمار^۵، ۱۹۹۷).

طبق تعریف (DSM-IV، ۱۹۹۴، ترجمه بیابانگرد، ۱۳۸۰) عامل استرس زا^۱ عامل سببی اساسی در پیدایش اختلال استرس پس از سانحه است. پژوهش های اخیر در مورد این اختلال؛ تاکید زیادی بر پاسخ ذهنی فرد نسبت به ضربه دارد تا شدت عامل استرس زا. بر همین اساس علاوه بر رویدادهای مختلف طبیعی مانند زلزله، آتشفشان، سیل و عوامل غیر طبیعی نظیر جنگ و تصادفات که موجب بروز PTSD می شوند؛ بیماریهای مهلکی نظیر ایدز و سرطان نیز به فهرست رویدادهای آسیب زا اضافه شده اند.

نتایج پژوهش اسمیت، ایگرت، وینکل و جاکوبسون^۶ (۲۰۰۲) نشان می دهد افراد مبتلا به HIV در معرض خطر ابتلا به PTSD قرار دارند. چون که با یک رویداد آسیب رسان مواجه شده اند و نشانه هایی شبیه نشانه های افرادی که با رویدادهای آسیب رسان طبیعی چون زلزله، تصادف و ... مواجه شده اند بروز می دهند. همچنین آن عده از مبتلایان به HIV که دچار PTSD هم شده اند، غالباً تجربه درد شدیدتر و ناتوان کننده تری دارند و پریشانی^۸ بیشتری در انجام فعالیت های روزانه و حالت های خلقی نشان می دهند (اودیس و همکاران، ۲۰۰۷). طیف وسیعی از بیماریهای روان شناختی ممکن است بر بیماران آلوده به HIV تأثیر بگذارد. استرس، شوک و بروز بحران ناشی از ابتلای فرد به HIV، با گذشت زمان، اضطراب و افسردگی را به همراه خواهد داشت که موجب ناامیدی، خستگی و تحلیل قوا، ناتوانی در لذت

1. Odiase, Ogunrin & Ogunniyi
2. DSM-IV
3. PTSD
4. Craighead, Miklowitz, & Craighead
5. Weiss & Marmar
6. stressor
7. Smith, Egert, Winkel & Jacobson
8. distress

بردن از زندگی، تمرکز نداشتن و ضعف حافظه می شود (هابلی^۱، ۲۰۰۲). این افراد معمولاً دچار اختلالاتی می گردند که استرس و پریشانی افکار عامل بسیار قوی ایجاد کننده آن می باشد (استون و برنل^۲، ۲۰۱۲). تشخیص بیماری ایدز ممکن است ناگهانی و غیر قابل انتظار باشد. بنابراین، بیماری و درمان آن می تواند تهدید هایی برای زندگی شخص ایجاد کند و واکنش های هیجانی شدیدی چون اضطراب و ناامیدی را برانگیزد (سویر، آیرز و فیلد^۳، ۲۰۱۰؛ پانگ^۴، ۲۰۱۱).

همچنین ابعاد شناختی بیماری HIV، موضوعی است که بیش از پیش به آن پرداخته شده است. رشد فرآینده دیدگاه های شناختی در خصوص تبیین فرآیندهای شناختی افراد مبتلا به این اختلال ها از یک طرف و توسعه روش های درمانی جدید به ویژه شناخت درمانی و دستیابی به روش های ارزیابی و تشخیصی جدید- که از مشکلات شیوه های رایج برخوردار نیستند، از سوی دیگر، موجب گردیده است تا محققان هر چه بیشتر این مطالعات را انجام دهند. یک بخش اختصاصی در روان شناسی شناختی، مربوط به حافظه^۵ و فرآیندهای آن است حافظه به عنوان شالوده شناخت، با عوامل هیجانی پیوندی ناگسستنی دارد. بر این اساس، در اختلال استرس پس از آسیب، که به عنوان یک اختلال هیجانی در TR IV-DSM قرار دارد، مشکلات مربوط به حافظه به ویژه حافظه شرح حال^۶ یک نقش محوری در ایجاد، تداوم و درمان اختلال دارد (دالگلیش^۷، ۲۰۰۴؛ کانوی^۸، ۲۰۰۵).

یکی از مشکلات مرتبط با PTSD تغییرات در کارکرد حافظه می باشد. افراد مبتلا، گرایش به یادآوری بیشتر مواد مربوط به آسیب و همچنین دشواری در بازیابی خاطرات شرح حال از وقایع خاص دارند (بوکلی، بلانچارد و نیل^۹، ۲۰۰۰). آنچه بیشتر مختص PTSD است، یک الگوی متناقض یادآوری مربوط به مواد آسیب زا می باشد، مشابه آنچه که در مطالعات مربوط به هیجان و حافظه در نمونه های غیربالینی بدست آمده است. در برخی مطالعات سطوح بالای هیجان با یادآوری های واضح تر و طولانی مدت رابطه دارد. در حالی که در مطالعات دیگر با خاطرات مبهم، فاقد جزئیات و اشتباه مرتبط می باشد (کرایگچدو همکاران، ۲۰۰۸). در DSM-IV (۱۹۹۴)، PTSD به عنوان اختلالی که هم با خاطرات مکرر مزاحم، استیصال برانگیز و هم با فراموشی در مورد جزئیات حادثه مشخص می شود، توصیف شده است. همسان با این تعریف، مشاهدات و مطالعات بالینی حاکی از آن است که سردرگمی و فراموشی همانند وضوح و یادآوری طولانی مدت از ویژگی های خاطرات مربوط به آسیب هستند. مطالعات منظم تر در مورد خاطرات بیمارانی که وقایع آسیب زا شخصی را تجربه کرده اند، نشان می دهد که یادآوری در طول چند هفته اول، گرایش به بهبود دارد، اما محتوای ممکن است تغییر یابد. همچنین این خاطرات آشفته، بدون سازمان

1. Hubley
2. Stown & Bronel
3. Sawyer, Ayers & Field
- 4 Pang
5. memory
6. autobiographical memory
7. Dalgleish
8. Conwey
9. Buckley, Blanchard & Neill

و حاوی شکاف هایی هستند (راگین، وو، استوری، کوهن، ادلمن و اپستین، ۲۰۰۵). بیشتر تحقیقات اخیر در پی تبیین مشکلات مربوط به ابعاد شناختی بویژه حافظه در اختلال PTSD هستند. برای مثال، تفاوت های فردی در ظرفیت حافظه کاری. افراد سالم با ظرفیت حافظه کاری بالاتر در ممانعت از ورود افکار ناخواسته به ذهن، چه به صورت افکار عادی و یا به صورت افکار وسواسی در شرایط آزمایشگاهی عملکرد بهتری دارند. این یافته می تواند در تبیین این نکته کمک کند که چرا هوش پائین، که با ظرفیت حافظه کاری رابطه قوی دارد، به صورت یک عامل خطر در مورد PTSD عمل می کند (بروین^۲، ۲۰۰۷). در رابطه با مشکلات حافظه، مفهوم حافظه شرح حال در این گروه از بیماران، محور توجه پژوهش های اخیر قرار گرفته است (رایس، هرمنس، ویلیامز و ال^۳، ۲۰۰۶). به عنوان مثال، در برخی پژوهش ها، عملکرد حافظه شرح حال در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب بررسی گردیده است. این مطالعات نشان می دهند که بین شدت PTSD و کاهش در عملکرد حافظه شرح حال اختصاصی^۴، رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد (به نقل از بروین، ۲۰۰۷؛ مرادی، هرلیچی، یاسری، شهراری، ترنر و دالگلیش^۵، ۲۰۰۸). در مطالعات دیگر، بین مواجهه با آسیب و کاهش در عملکرد حافظه شرح حال معنایی^۶ و رویدادی^۷ رابطه منفی مشاهده شده است (مرادی و همکاران، ۲۰۰۸). حافظه شرح حال، به عنوان شکلی از حافظه که در آن رویدادهای زندگی شخصی یادآوری^۸ می شوند توصیف شده است (جابسون و اوکارنی^۹، ۲۰۰۹). حافظه شرح حال معنایی، حافظه مربوط به حقایق و ویژگی های شخصی و دانش طرح واره ای است که در طول دوره های زندگی اتفاق می افتد. حافظه شرح حال رویدادی، بازنمایی اطلاعات مخصوص به یک موقعیت یا رویداد خاص می باشد (هولند و کنسینگر^{۱۰}، ۲۰۱۰). بر اساس نظر نیسر^{۱۱}، افراد، رویدادهای دوره های کوتاه را مانند تجارب پایدار و معمول به خاطر می آورند و این خاطرات در طول زندگی مهم تلقی می شوند. این شکل از حافظه شرح حال، حافظه سرگذشتی (اختصاصی) نام دارد که نظریه پردازان آن را به عنوان توانایی یادآوری دوره های مهم و رویدادهای مربوط به زمان گذشته که با «خود»^{۱۲} فرد در ارتباط هستند تعریف می کنند. در حقیقت توانایی فرد در یادآوری جزئیات معنایی درباره گذشته شخصی خود می باشد (به نقل از جابسون و اوکارنی، ۲۰۰۹). همچنین مطالعات نشان می دهد که بین شدت PTSD و کاهش در عملکرد حافظه شرح حال اختصاصی^{۱۳} رابطه مثبت معنی داری وجود دارد (رایس و

1. Ragin, Wu, Storey, Cohen, Edelman & Epstein
2. Brewin
3. Raes, Hermans, Williams & Eelen
4. specific
5. Moradi, Herlihy, Yasseri, Shahraray, Turner, Dalgleish
6. semantic
7. episodic
8. recall
9. Jabson & Okarni
10. Holand, & Kensinger
11. Neisser
12. self
13. reduced autobiographical memory specificity

الن؛ ۲۰۰۳، به نقل از بروین، ۲۰۰۷). اغلب تحقیقات انجام شده در این زمینه به بررسی جنبه رویدادی حافظه شرح حال پرداخته اند و معدودی از آنها جنبه معنایی را مورد بررسی قرار داده اند. تقریباً در همه مطالعات، افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با گروه کنترل عملکرد پائین تری در حافظه شرح حال داشته اند (داگلیش، ویلیامز، پرکینز، گلدن، بارنارد و یونگ، ۲۰۰۷).

مرادی و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه ای نشان دادند که افراد مبتلا به PTSD در تکمیل آزمون حافظه شرح حال در پاسخ به لغات دارای بار هیجانی، به بازیابی خاطرات شرح حال رویدادی می پردازند. نتایج نشان داد که خاطرات اختصاصی کمتر در آزمون حافظه شرح حال با فراوانی بیشتر در فلاش های مربوط به آسیب و به کارگیری اجتناب فعال کمتر در رویارویی با آشفتگی های مربوط به آسیب در زندگی روزانه رابطه دارد. همچنین در مطالعه دیگری نشان داد که بیماران سرطانی قادر به تولید جزئیات معنایی کمتری درباره گذشته شخصی در مقایسه با گروه کنترل بودند. بیمارانی که اوضاع وخیم تری داشتند، نواقص حافظه وسیع تری را نشان دادند. استفاده همزمان از آزمون حافظه شرح حال و مصاحبه حافظه شرح حال امکان مقایسه بین حافظه شرح حال معنایی و رویدادی را فراهم می آورد و با اطمینان بیشتری می توان نتایج حاصل از این دو آزمون را در ارتباط با نشانه های خاص PTSD؛ مورد بررسی قرار داد. علاوه بر این، با بدست آوردن شناخت بیشتر نسبت به ماهیت این پدیده، راه برای درمان آن هموارتر و روشن تر خواهد شد. رشد فزآینده دیدگاه های شناختی در خصوص تبیین تحولات شناختی افراد مبتلا به این اختلالات از یک طرف و توسعه روش های درمانی جدید به ویژه شناخت درمانی و دست یابی به روش های ارزیابی و تشخیص جدید موجب گردیده است تا محققان بیش از پیش به این مساله توجه نمایند.

بنابراین با توجه به نقش مولفه های شناختی در اختلال PTSD و با عنایت به خلاء تحقیقاتی موجود در مورد افراد مبتلا به HIV به ویژه اختصاصی بودن جنبه معنایی حافظه شرح حال، این سؤال پژوهشی مطرح گردید که آیا بین عملکرد شناختی (حافظه سرگذشتی، حافظه شرح حال رویدادی و حافظه معنایی) در افراد مبتلا به HIV و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

جامعه آماری: در این پژوهش دو جامعه آماری وجود داشت. یکی کلیه افراد زن و مرد سنین ۱۸-۶۰ سال مبتلا به HIV مثبت بود که در سال ۱۳۸۹ به بیمارستان امام خمینی (مرکز تحقیقات ایدز) در شهر تهران مراجعه کردند. و دیگری هم افراد سالمی بودند که با توجه به سن، جنس و سطح تحصیلات مانند گروه اول بودند.

روش نمونه برداری و حجم نمونه: در این پژوهش برای انتخاب نمونه، به علت کمبود بیماران و محدودیت در تعداد نمونه، از روش نمونه برداری دردسترس استفاده گردید. به این صورت که از بین افراد سالم و بیمارانی که داوطلبانه تمایل به انجام مصاحبه و اجرای آزمون داشتند ۳۰ نفر گروه سالم از بین کارمندان بیمارستان و مراجعانی انتخاب شد که HIV مثبت برای آنان تشخیص داده نشده بود و برای گروه دیگر

۳۰ نفر از بین افراد بیماری انتخاب شدند که HIV مثبت برای آنها تشخیص داده شده بود. علاوه بر این، ملاک های زیر هم برای ورود افراد دارای HIV مثبت به پژوهش در نظر گرفته شد:

- افرادی که توسط پزشک متخصص تشخیص اختلال HIV می گرفتند و اختلال محور I دیگری برای آن ها مطرح نشده بود. مخصوصاً اینکه اختلال سوء مصرف مواد و الکل تشخیص اولیه بر این اختلال ها نباشد.

- عدم ابتلا به اختلال عصب شناختی
- عدم تشخیص عقب ماندگی ذهنی، از لحاظ هوشی

روش پژوهش

در این پژوهش از روش علی - مقایسه ای^۱ استفاده گردید. پس از هماهنگی های به عمل آمده با مسئولین مرکز تحقیقات ایدز و در اختیار گرفتن امکانات اجرایی (اتاق آرام، معرفی بیماران به آزمونگر و...) و بررسی پرونده بیماران، در صورتی که افراد معرفی شده به مرحله مصرف دارو نرسیده بودند، آزمودنی در اتاقی آرام و بدون هیچ گونه مزاحمتی، در مقابل آزمایشگر یا مصاحبه کننده بر صندلی می نشستند و به سئوالات پاسخ می دادند. پس از آشنایی با آزمودنی و بیان توضیحات کلی درباره اهداف و چگونگی انجام کار و کسب رضایت از وی برای همکاری، به اجرای آزمون های حافظه شرح حال^۲ (AMT) و مصاحبه حافظه شرح حال^۳ (AMI) در یک جلسه (حدوداً ۷۰ دقیقه) اجرا گردید و داده ها و اطلاعات مورد نیاز مربوط به متغیرهای حافظه سرگذشتی (اختصاصی)، حافظه شرح حال رویدادی و حافظه معنایی جمع آوری گردید.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو ابزار استفاده شد. یکی مصاحبه حافظه شرح حال (AMI) بود که یک ابزار پژوهشی مفید برای بررسی مواردی است که در آن امکان تفکیک فراموشی پیش گستره^۴ و پس گستره^۵ وجود دارد. برای مثال، بیمارانی که در آزمونهای استاندارد تقریباً یکسان عمل می کنند، احتمال دارد در این آزمون عملکرد متفاوتی داشته باشند (بنت، اونگ و پونسفورد^۶، ۲۰۰۵).

این آزمون برای فاصله سنی ۱۸ سال به بالا مناسب است و با هدف از بین بردن محدودیتهای آزمونهای قدیمی تر ابداع و اعتباریابی شده است. این آزمون شامل یک برنامه مصاحبه نیمه سازمان یافته ای است که از دو بخش تشکیل شده است. بخش اول به نام برنامه معنای شخصی^۷، به ارزیابی یادآوری رویدادهای گذشته

1. ex- post facto
2. Autobiographical Memory Test
3. Autobiographical Memory Interview
4. anterograde amnesia
5. retrograde amnesia
6. Bennett, Ong & Ponsford
7. personal semantic schedule

زندگی شخصی آزمودنی ها می پردازد. برنامه معنای شخصی، آزمودنی را ملزم به یادآوری حقایق زندگی گذشته مربوط به دوران کودکی (برای مثال، یادآوری نام مدرسه یا معلمان)، اوایل دوران بزرگسالی (برای نمونه، نام بردن اولین شغل، تاریخ و محل ازدواج) و وقایع دوران اخیرتر (برای مثال، تعطیلات، مسافرت ها یا بستری شدن در بیمارستان) می نماید. بخش دوم به نام رویداد شرح حال، به یادآوری خاطراتی از همان سه دوره زمانی می پردازد. این آزمون ساده و از قابلیت اجرای نسبتاً سریع برخوردار است و برای بیماران جالب و جذاب می باشد.

اعتبار و روایی: در AMI، بنت و همکاران (۲۰۰۵) به صورت مستقل به ارزیابی و نمره گذاری خاطرات یادآوری شده پرداختند. همبستگی میان آزمونهای موازی، بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ در نوسان می باشد. در پژوهش ارزانی (۱۳۸۹) اعتبار و روایی این آزمون ۰/۸۵ و ۰/۷۹ بدست آمده است.

آزمون حافظه شرح حال (AMT): این آزمون برای بررسی حافظه شرح حال رویدادی می باشد که برای اولین بار توسط ویلیامز و همکاران، (۲۰۰۷) در کار با بیماران متمایل به خودکشی استفاده شد. این روش، شامل ارائه نشانه لغتهای دارای بار هیجانی متفاوت می باشد. از شرکت کننده ها خواسته می شود که به هر لغت و رویدادی (خاطرهای) که به واسطه لغت یادآوری می شود، پاسخ دهند.

اعتبار و روایی: در پژوهشی عبدی و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار و روایی ۰/۸۷ و ۰/۸۵ برای این آزمون بدست آوردند.

یافته های پژوهش

بعد از تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری Spss شاخص های توصیفی و استنباطی مرتبط با داده ها بدست آمد که در جداول زیر نشان داده شده اند.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نمره حداقل	نمره حداکثر
سن	میتلا به HIV	۳۰	۳۰/۳۶	۷/۸۱	۱۹	۵۸
	سالم	۲۷	۳۰/۷۰	۹/۴۳	۲۰	۵۵

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها نشان داده شده است. همان طوری که داده های این جدول نشان می دهد تعداد نمونه های هر گروه ۳۰ نفر بودند که در گروه سالم سه تا از پرسشنامه ها به علت مخدوش بودن کنار گذاشته شدند.

جدول ۲ سطح تحصیلات آزمودنی ها

متغیر	گروه	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس
سطح تحصیلات	میتلا به HIV	۷	۱۱	۱۰	۲
	سالم	۸	۱۰	۸	۱

جدول ۲ سطح تحصیلات آزمودنی ها را نشان می دهد. همان طوری که مندرجات این جدول نشان می دهد سطح تحصیلات آزمودنی ها تقریباً یکسان می باشد. با توجه به این که متغیرهای سن و سطح تحصیلات آزمودنی ها با کارکردهای شناختی آنان رابطه دارند و می توانند آن را تحت تاثیر قرار دهند، قبل از تحلیل های آماری و به منظور تعیین برقراری مفروضه های آزمون F همگونی گروه ها در این دو متغیر مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

**جدول ۳ خلاصه نتایج آزمون F
برای یکسانی واریانس آزمودنی ها در متغیر سن**

سطح معناداری	F	متغیر
۰/۶۴	۸/۵۱	سن

بر اساس یافته های جدول ۳ می توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی داری بین سن آزمودنی های دو گروه وجود ندارد. همچنین برای تعیین تفاوت آزمودنی ها از نظر سطح تحصیلات از آزمون خی دو استفاده شد که نتایج نشان داد تفاوت معنی داری از نظر سطح تحصیلات در بین آزمودنی های دو گروه وجود ندارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که در مورد متغیرهای سن و تحصیلات بین گروه ها تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عبارتی دیگر در مورد این متغیرها مفروضه یکسانی واریانس بین گروه های HIV و عادی برقرار می باشد.

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی ها در مصاحبه حافظه شرح حال (معنایی)

مبتلا به HIV				گروه سالم				متغیر
حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	
	۸	۲/۳۲	۱۲/۳۸		۱۲	۲/۸۷	۱۴/۴۰	معنایی کودکی
۱۴	۷	۲/۷۶	۱۴/۴۶	۱۸	۱۲	۳/۴۳	۱۵/۹۶	معنایی بزرگسالی
۱۵	۱۲	۱/۷۳	۱۶/۴۸	۱۶	۱۳	۲/۲۴	۱۷/۸۱	معنایی اخیر
۱۷		۴/۲۹	۴۳/۳۳	۱۸		۴/۸۰	۴۸/۱۸	مجموع

در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد حافظه شرح حال (معنایی) برای گروه های مبتلا به HIV و عادی در دوره های مختلف زندگی نشان شده است. با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه به مقایسه حافظه شرح حال معنایی دو گروه پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه
برای عملکرد حافظه معنایی در گروه های HIV و سالم

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	sig
معنایی کودکی	بین گروهی درون گروهی	۵۸/۲۱ ۳۷۱/۸۶	۱ ۵۵	۵۸/۲۱ ۶/۷۶	۸/۶۱	۰/۰۰۵
معنایی بزرگسالی	بین گروهی درون گروهی	۳۱/۸۱ ۵۲۹/۹۳	۱ ۵۵	۳۱/۸۱ ۹/۶۳	۳/۳۰	۰/۰۷۵
معنایی اخیر	بین گروهی درون گروهی	۲۵/۱۹ ۲۱۸/۳۱	۱ ۵۵	۲۵/۱۹ ۳/۹۶	۶/۳۴	۰/۰۱۵
مجموع	بین گروهی درون گروهی	۳۳۴/۵۲ ۱۱۳۶/۲۴	۱ ۵۵	۳۳۴/۵۲ ۲۰/۶۵	۱۶/۱۹	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است تفاوت معنی داری بین دو گروه در حافظه معنایی دوران کودکی [$F(1, 55) = 8.61, p < 0.001$]، حافظه معنایی اخیر [$F(1, 55) = 22.36, p < 0.001$] و مجموع بازیابی خاطرات معنایی [$F(1, 55) = 22.36, P < 0.001$] وجود دارد. اما در حافظه معنایی بزرگسالی تفاوت معنی داری بین افراد مبتلا به HIV و عادی وجود ندارد.

جدول ۶ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی ها
در مصاحبه حافظه شرح حال (بخش رویدادی)

متغیر	گروه سالم				مبتلا به HIV			
	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
رویدادی کودکی	۳/۲۴	۱/۹۱	۲/۵	۶	۲/۶۱	۱/۲۷	۱/۵	۳
رویدادی بزرگسالی	۴/۱۲	۱/۱۶	۳/۵	۷/۵	۳/۵۱	۱/۰۲	۲	۵
رویدادی اخیر	۵/۱۲	۰/۹۸	۴	۷	۴/۵۳	۱/۰۹	۲/۵	۶
مجموع	۱۲/۵۰	۳/۰۱			۱۰/۶۶	۲/۳۳		

در جدول ۶ میانگین و انحراف استاندارد حافظه شرح حال (بخش رویدادی) برای گروه های مبتلا به HIV و عادی در دوره های مختلف زندگی نشان شده است. با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه به مقایسه حافظه رویدادی پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۷ خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه
برای عملکرد حافظه رویدادی در گروه های HIV و سالم

sig	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع تغییرات	
					متغیر	متغیر
۰/۱۴۹	۲/۱۴	۵/۵۳ ۲/۵۸	۱ ۵۵	۵/۵۳ ۱۴۲/۰۲	بین گروهی درون گروهی	رویدادی کودکی
۰/۰۳۹	۴/۴۸	۵/۳۳ ۹/۶۳	۱ ۵۵	۵/۳۳ ۶۵/۵۳	بین گروهی درون گروهی	رویدادی بزرگسالی
۰/۰۳۶	۴/۶۱	۵/۰۵ ۱/۰۹	۱ ۵۵	۵/۰۵ ۶۰/۲۶	بین گروهی درون گروهی	رویدادی اخیر
۰/۰۱۳	۶/۶۵	۴۷/۷۶ ۷/۱۷	۱ ۵۵	۴۷/۷۶ ۳۹۴/۶۶	بین گروهی درون گروهی	مجموع

همانطور که مندرجات جدول ۷ نشان می دهد، تفاوت معنی داری بین دو گروه در حافظه رویدادی بزرگسالی $[F(1, 55) = 4/48, p < 0/05]$ ، رویدادی اخیر $[F(1, 55) = 4/61, p < 0/05]$ و مجموع بازیابی خاطرات رویدادی $[F(1, 55) = 6/65, p < 0/001]$ وجود دارد. اما در حافظه رویدادی دوران کودکی تفاوت معنی داری بین افراد مبتلا به HIV و عادی وجود ندارد.

جدول ۸ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی ها در متغیر بازیابی آزمون حافظه اختصاصی

مبتلا به HIV				گروه سالم				متغیر
میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره	
۲/۴۰	۰/۹۶	۰/۷۵	۲/۵	۱/۱۱	۱	۵	۲/۴۰	جملات مثبت
۲/۵۵	۱/۰۸	۱	۲	۱/۱۲	۱/۵	۵	۲/۵۵	جملات منفی
۴/۹۶	۱/۵۴			۱/۷۸			۴/۹۶	مجموع

در جدول ۸ میانگین و انحراف استاندارد بازیابی حافظه اختصاصی (جملات مثبت و منفی) برای گروه های مبتلا به HIV و عادی نشان شده است. با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه به مقایسه بازیابی حافظه اختصاصی پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹ خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه
برای بازیابی حافظه اختصاصی در گروه های HIV و سالم

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig
جملات مثبت	بین گروهی درون گروهی	۲۶/۸۳ ۵۹/۴۸	۱ ۵۵	۲۶/۸۳ ۱/۰۸	۲۴/۸۰	۰/۰۰۱
جملات منفی	بین گروهی درون گروهی	۱۰/۴۰ ۶۶/۹۶	۱ ۵۵	۱۰/۴۰ ۱/۲۱	۸/۵۴	۰/۰۰۵
مجموع	بین گروهی درون گروهی	۷۷/۱۲ ۱۵۱/۹۳	۱ ۵۵	۷۷/۱۲ ۲/۷۶	۲۷/۹۱	۰/۰۰۱

همانطور که مندرجات جدول ۹ نشان می دهد تفاوت معنی داری بین دو گروه در حافظه رویدادی خاطرات اختصاصی مثبت $[F(1 و 55) = 24/80, p > 0/001]$ و بازیابی خاطرات اختصاصی منفی $[F(1 و 55) = 8/54, p < 0/001]$ وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین عملکرد شناختی (حافظه سرگذشتی، حافظه شرح حال رویدادی و حافظه معنایی) در افراد مبتلا به HIV و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. یافته های پژوهش مورد بررسی قرار خواهند گرفت و تبیین های مستندی برای آنها مطرح می شود.

تفاوت معنی داری بین گروه مبتلا به HIV و گروه عادی در حافظه معنایی دوران کودکی، حافظه معنایی اخیر و مجموع بازیابی خاطرات معنایی وجود دارد. اما در حافظه معنایی بزرگسالی تفاوت معنی داری بین افراد مبتلا به HIV و افراد عادی وجود ندارد. این نتایج با نتایج پژوهش ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) مطابقت دارد. همچنین با نتایج پژوهش اسمیت و همکاران (۲۰۰۲)، موندی و بام (۲۰۰۴) و ماتاکوتا (۲۰۱۰) همسو می باشد.

در تبیین نتیجه بدست آمده می توان گفت چون عملکرد حافظه معنایی مستلزم توجه دقیق به جزئیات و تمرکز بیشتر بر حقایق و دانش طرح واره ای است و افراد مبتلا به HIV با انواع سطوح افکار مزاحم مواجهه هستند قادر به تولید جزئیات معنایی کمتری در باره گذشته شخصی خودشان هستند، در نتیجه نواقص حافظه در آنان بیشتر می باشد. افزون بر این، عملکرد حافظه شرح حال معنایی مستلزم این است که فرد بتواند با وقایع گذشته فعالانه مواجه شود. از آن جایی که افراد مبتلا به HIV اجتناب فعال در رویارویی با آشفتگی - های مربوط به آسیب در زندگی روزمره اشان دارند نمی توانند محتوای مربوط به حافظه معنایی خودشان را یادآوری کنند. نکته قابل توجه دیگر این است که می توان یافته های فوق را بر حسب فرآیند «تنظیم عاطفه»^۲ تفسیر کرد. این فرآیند بیان می کند که کاهش یافتگی خاطرات از لحاظ اختصاصی بودن، نوعی

1. Mundy & Baum
2. Matacotta
3. affect regulation

راهبرد شناختی است که مانع دستیابی افراد دارای سابقه آسیب به جزئیات حادثه رنج آور مربوط به گذشته می شود (رایس و همکاران، ۲۰۰۶). چون بازداری هیجانی در این افراد از بازیابی و یادآوری خاطرات ناخوشایند گذشته جلوگیری می کند در نتیجه قابل تبیین است که بین عملکرد حافظه شرح حال معنایی در افراد مبتلا به HIV مثبت و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد.

یافته ها نشان داد بین عملکرد حافظه شرح حال رویدادی افراد مبتلا به HIV مثبت و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. بر اساس نتایج بدست آمده در جدول ۷ می توان نتیجه گرفت که بین عملکرد حافظه شرح حال رویدادی افراد مبتلا به HIV مثبت و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. بین دو گروه در حافظه رویدادی بزرگسالی و رویدادی اخیر تفاوت معناداری وجود دارد، اما در حافظه رویدادی دوران کودکی تفاوت معنی داری بین گروه مبتلا به HIV و گروه عادی وجود ندارد. نتایج بدست آمده در این فرضیه با نتایج پژوهش اودیس و همکاران (۲۰۰۷)، و وودز، اودیسلو، موران و کاری (۲۰۰۸) همسو می باشد.

در تبیین نتیجه بدست آمده می توان گفت که چون عملکرد حافظه رویدادی بوسیله مکانیزم های رمزگردانی، نظارت و شکل دادن خاطرات برای آینده می باشد و در افراد مبتلا به HIV به علت کنترل شناختی شدید نواقصی در این فعالیت ها اتفاق می افتد عملکرد حافظه رویدادی افراد دارای HIV نسبت به افراد عادی پایین تر است. همچنین نقایص موضوعی^۲ در حافظه رویدادی، قوی ترین پیش بینی کننده مربوط به کاهش فعالیت های روزمره افراد مبتلا به HIV است که حدوداً در ۵۰ درصد آنها یافت می شود و جزء نقایص رمزگردانی و راهبردهای بازیابی سطح بالاتر طبقه بندی می شود (کاری، وودز و گرانت^۳، ۲۰۰۶).

وودز و همکاران (۲۰۰۸) هم پژوهشی در مورد حافظه مربوط به آینده^۴ (PROM)، یکی از کارکردهای شناختی در نمونه های مبتلا به HIV انجام دادند. PROM نوعی از حافظه رویدادی، فرآیندهای پیچیده شکل دادن، نظارت کردن^۵، و اجرای مقاصد آینده^۶ در خلال حواسپرتی های مداوم^۷ را شامل می شود. نتایج این پژوهش نشان داد که عملکرد حافظه رویدادی در افراد مبتلا به HIV پایین می باشد.

تبیین های احتمالی دیگری هم در مورد عملکرد ضعیف افراد مبتلا به PTSD در حافظه شرح حال (رویدادی و معنایی) در مقایسه با افراد سالم مطرح می باشد. مطابق با یافته های پژوهش (وودز و همکاران، ۲۰۰۸)، در مبتلایان به HIV/AIDS، یک بخش عمده از آسیب حافظه ناشی از شکست در کارکردهای اجرایی است. بنابراین، ضعف در کنترل اجرایی، باعث می شود که فرآیند جستجو به طور موفقیت آمیز تکمیل نشود، خاطرات کلی و غیراختصاصی که در سطوح بالای سلسله مراتب قرار دارند به عنوان پاسخ

1. Woods, Iudicello, Moran & Carey
2. objective deficits
3. Carey, Woods & Grant
4. prospective memory
5. monitoring
6. executing future intentions
7. ongoing distractions

تکلیف ارائه شوند و در نتیجه به کاهش اختصاصی بودن حافظه منجر شود (فرضیه کنترل اجرایی). به بیان دیگر کاهش اختصاصی بودن حافظه در افراد مبتلا به اختلال های هیجانی، به علت ضعف آنها در تکلیف شناختی که ناشی از کنترل اجرایی مهار شده است، می باشد (دالگلیش و همکاران، و ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). تولید و بازیابی کامل خاطرات مستلزم حضور و فعالیت دو مولفه فیلتر کردن خاطرات بیش کلیتی و فرآیند جستجو و باز تولید خاطرات اختصاصی از سطوح عمیق تر حافظه توسط نظام کنترل اجرایی است. در صورتی که نظام کنترل اجرایی که مسئولیت بسیاری از توانایی های شناختی مانند جستجوی اطلاعات، نظارت و سنجش، حافظه کاری، حفظ خود آگاهی، تنظیم و مدیریت هیجانات، انعطاف ذهنی و... را بر عهده دارد، در انجام وظیفه با مشکل مواجه شود و نتواند درست عمل کند، موجب می شود که در بازیابی اطلاعات اختصاصی خاطرات، ناقص عمل کرده و به جای اطلاعات اختصاصی، بیشتر خاطرات بیش کلیتی را تولید نماید.

بر اساس نتایج جدول ۹ می توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی داری بین دو گروه در حافظه رویدادی خاطرات اختصاصی مثبت و بازیابی خاطرات اختصاصی منفی وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش ویلابراند، نورلوند، کیلدال، جردین، اکسیلیوس و آندرسون (۲۰۰۲)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) و دالگلیش (۲۰۰۴) همسو می باشد.

در تبیین نتیجه بدست آمده می توان گفت که چون گروه بیمار در پاسخ به نشانه لغات دارای بار هیجانی متفاوت، قادر به بازیابی جزئیات رویدادی اختصاصی کمتری از حافظه شرح حال هستند بنابراین گروه مبتلا به HIV عملکرد پایین تری نسبت به افراد سالم دارند. زیرا بازیابی خاطرات اختصاصی مستلزم ترکیب دانش تجربیات پدیدارشناختی^۲ و دانش رویدادهای موضوعی مربوط در یک فرآیند بسیار پویا با هم می باشد و تنها در چنین شرایطی بازیابی و تشکیل خاطرات شرح حال اختصاصی تسهیل می یابد، در افراد مبتلا به HIV که این سازمان دهی نمی تواند به درستی انجام گیرد از عملکرد ضعیفی نسبت به افراد سالم برخوردارند. به عبارت دیگر، گروه بیمار در پاسخ به نشانه لغات دارای بار هیجانی متفاوت، قادر به بازیابی جزئیات رویدادی اختصاصی کمتری از حافظه شرح حال بودند. افزون بر این، تنظیم عاطفه مربوط به خاطرات گذشته و بار هیجانی مرتبط با حافظه شرایط بازداری و اجتناب شدیدی را در یادآوری و بازیابی ایجاد می کند.

بر اساس فرضیه تنظیم عاطفه، تبیین قابل قبولی ارائه شده است که چرا افراد دارای سابقه مواجهه با تروما در مقایسه با افراد عادی که چنین سابقه هایی ندارند، حافظه اختصاصی کاهش یافته تری دارند. بر اساس این فرضیه، مفهوم سازی های کنونی از حافظه، دانش شخصی معنایی خود بیان کننده این نکته می باشد که فرآیند تنظیم عاطفه، علاوه بر ممانعت از دسترسی به اطلاعات اختصاصی رویدادی، باعث جلوگیری از دستیابی به اطلاعات اختصاصی معنایی مربوط به گذشته نیز می گردند.

به طور کلی، افراد مبتلا به PTSD، به واسطه راهبرد شناختی که برای کاهش اثرات تروما به کار می گیرند، در بازیابی از حافظه شرح حال، کمتر اختصاصی و مربوط به گذشته خود عمل کرده و در پاسخ

1. Willebrand, Norlund, Kildal, Gerdin, Ekselius & Andersson

2. phenomenological experiences

به تکلیف، خاطرات کلی را ارائه می کنند.

ماهیت تروما نیز در عملکرد حافظه مهم است. یافته های پژوهشی نشان دادند که معمولاً با گذشت زمان، رویدادهای منفی، توان برانگیختن عاطفه منفی را از دست می دهند (محو شدگی سوگیری عاطفه^۱) (والکر، لسکورونسکی، گیونز، ووگل و تامپسون، ۲۰۱۲). بنابراین، علاوه بر تجربه رویدادهای منفی، افراد مبتلا به PTSD و HIV در یادآوری رویداد، سطوح بالای عاطفه منفی را تجربه می کنند. از سوی دیگر تشخیص بیماری ایدز ممکن است ناگهانی و غیر قابل انتظار باشد. بنابراین، بیماری و درمان آن می تواند تهدیدهایی برای زندگی شخص ایجاد کند و واکنش های هیجانی شدیدی چون ترس و ناامیدی را برانگیزد. در نتیجه افراد دارای تشخیص HIV معمولاً توانایی خود را جهت ایجاد تمرکز، توجه و تمرکز مجدد حتی بر رویدادهای خوشایند و مثبت گذشته خودشان از دست می دهند (پانگ، ۲۰۱۱). در این زمان، زندگی با وجود این بیماری، صرفاً یک تجربه ی استرس زای حاد نیست بلکه مجموعه ای از تهدیدها و استرسورهای تازه گشوده شده می باشد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که افراد مبتلا به HIV در این شرایط استرس زای شدید نمی توانند بر خاطرات گذشته مثبت خودشان تمرکز کنند و آنها را به طور اختصاصی یادآوری کنند.

به طور کلی می توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به HIV به علت نواقصی که در مهارت های توجه و تمرکز، تنظیم عاطفه، مکانیزم های رمزگردانی، کارکردهای اجرایی و عدم توانایی در بازیابی جزئیات رویدادها از حافظه شرح حال دارند عملکرد شناختی ضعیفی نسبت به افراد سالم دارند، لذا پیشنهاد می شود در تشخیص و درمان بیماری HIV و اختلالات مرتبط با این بیماری به کارکردهای شناختی توجه شود و در فرآیند درمان نسبت به آموزش و تقویت مهارت هایی که می توانند در بهبود کارکردهای شناختی موثر باشند اقدام شود.

1. fading affect bias

2. Walker, Skowronski, Gibbons, Vogl & Thompson

منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۹۹۴). راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی- رفتاری. ترجمه اسماعیل بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- عبدی، ا. مرادی، ع. ر. و اکرمیان، ف. (۱۳۸۷). بررسی عملکرد افراد مبتلا به PTSD ناشی از جنگ در حافظه شرح حال رویدادی. پژوهش در سلامت روان شناختی، دانشگاه تربیت معلم تهران. دوره ۲، شماره ۳، ص ۳۴ - ۲۵.
- Bennett, P., Ong, B., & Ponsford, J. (2005). Assessment of executive dysfunction following traumatic brain injury: Comparison of the BADS with other clinical neuropsychological measures. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(5), 606-613.
- Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15(3), 227-248.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *clinical Psychology Review*, 20, 1041-1065.
- Carey, C. L., Woods, S. P., & Grant. I. (2006). Prospective memory in HIV-1 Infection. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28(4), 536 - 548.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
- Craighead, W. E. , Miklowitz, D. J. , & Craighead , L.W. (2008). *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations*. USA. Published by John Wiley & Sons. Inc.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive Approaches to Posttraumatic Stress Disorder. The evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228-260.
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G., Perkins, N., Golden, A. J., Barnard, P. J., & Yeung, C. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136, 23-42.
- Holland, A. C., & Kensinger, E. A. (2010). Emotion and autobiographical memory. *Physics of Life Reviews*, 14, 1 - 44.
- Hubley, J. (2002). *The AIDS handbook: A guide to the prevention of AIDS and HIV*, 3th ed, Macmillan Education Publishing.
- Jabson, A. F., & Okarni, S. W. (2009). Autobiographical memory and trauma in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 29-39.
- Matacotta, F. (2010). PTSD In patients with HIV: A review of the current literature. [Brochure]. New York: Research Gate Scientific Network.
- Moradi, A. R. , Herlihy, J. , Yasseri, G., Shahraray, M., Turner, S., Dalgleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of post-traumatic stress disorder. *Acta Psychological*, 127, 645 - 653.
- Mundy, S., & Baum, B. (2004). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse . *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585-591.
- Odiase, F. E., Ogunrin, O. A., & Ogunniyi, A. A. (2007). Memory performance in HIV/ AIDS: A prospective case control study. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 34, 2, 15- 49.
- Pang, L. S. (2011). The role of code -switching in emotional expression and autobiographical memory recall: Implications for bilingual counseling. Unpublished Doctoral Dissertation. Southern Illinois University.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., & Eelen, P. (2006). Reduced autobiographical memory

- specificity and affect regulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (4), 699-704.
- Ragin, A. B., Wu, Y., Storey, P., Cohen, B. A., Edelman, R. R., & Epstein, L. G. (2005). Diffusion tensor imaging of sub cortical brain injury in patients infected with human immunodeficiency virus. *Journal of Neurobiology*, 11, 292-298.
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS : A meta - analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436 - 447.
- Smith, M. Y., Egert, J., Winkel, G., & . Jacobson, J. (2002). The ilmpact of PTSD on pain experience in persons with HIV/ AIDS. *Journal of Pain*, 98, 9 - 17.
- Stown, H. L. & Bronel, K. (2012). Disclosure of HIV Status: Cultural issue of asian patients. *AIDS Patient Care STD s*, 15, 77-82.
- Walker, W. R., Skowronski, J. J., Gibbons, J. A., Vogl, R. J., & Thompson, C. P. (2012). On the emotions that accompany autobiographical memories: Dysphoria disrupts the fading affect bias. *Cognition and Emotion*, 17, 703-723.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.
- Willebrand, M., Norlund, F., Kildal, M., Gerdin, B., Ekselius, L., & Andersson, G. (2002). Cognitive distortions in recovered burn patients: The emotional Strop task and autobiographical memory test. *Burns*, 28, 465-471.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.
- Woods, S. P., Iudicello, J. E., Moran, L .M., & Carey, C. L. (2008) .HIV- associated prospective memory impairment increases risk of dependence in everyday functioning. *Neuropsychology. American Psychological Association*, 22(1), 110- 117.

Archive of SID