

مقایسه‌ی حافظه‌ی کاذب و اطمینان به حافظه در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری / عملی و زنان بهنجار

فاطمه ملکشاهی بیرانوند^۱، جعفر حسنی^۲، جواد صالحی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: فرضیه‌ی نقص حافظه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس / فکری عملی برای تبیین پایداری رفتارهای تکراری این بیماران مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال اغلب مطالعات انجام شده در این زمینه نتایج متناقضی به دست آورده‌اند. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی حافظه‌ی کاذب و میزان اعتماد به حافظه در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری / عملی و زنان بهنجار بود.

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش نمونه‌برداری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود در قالب یک طرح علی / مقایسه‌ای ۲۶ نفر از زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری / عملی شهر زنجان انتخاب شدند و پس از هم‌سازی با ۲۶ نفر از زنان بهنجار بر اساس متغیرهای سن و سطح تحصیلات، توسط تکلیف حافظه‌ی کاذب و اعتماد به حافظه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج آزمون T مستقل نشان داد که زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری / عملی در مقایسه با زنان بهنجار حافظه‌ی کاذب بیشتری در ارتباط با کلمات مرتبط با تهدید نشان می‌دهند و از میزان اطمینان به حافظه‌ی کمتری برخوردار هستند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از وجود حافظه‌ی کاذب مبتنی بر تهدید در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری / عملی است و به نظر می‌رسد رفتارهای تکراری این افراد نتیجه‌ی عدم اطمینان به حافظه‌ی خود می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس فکری / عملی، حافظه‌ی کاذب، اطمینان به حافظه

ارجاع: ملکشاهی بیرانوند فاطمه، حسنی جعفر، صالحی جواد. مقایسه‌ی حافظه‌ی کاذب و اطمینان به حافظه در زنان مبتلا به اختلال وسواس

فکری / عملی و زنان بهنجار. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۶): ۶۲۸-۶۲۰

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۰۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۹/۱۱

Email: fateme.malekshahi@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

مقدمه

یکی از اختلال‌های شایع و در عین حال کمتر مطالعه شده‌ی اضطرابی، اختلال وسواس فکری / عملی (OCD یا Obsessive-compulsive disorder) است که طی سال‌های اخیر، توجه زیادی را به خود جلب کرده است. علت اصلی این توجه را می‌توان به افزایش شیوع این اختلال در دهه‌های اخیر نسبت داد. این اختلال شامل اعمال یا افکار وسواسی و اجباری که وقت‌گیر بوده و موجب رنج بسیار یا مختل شدن

چشم‌گیر کارکردهای فرد شوند. اختلال وسواس فکری / عملی دارای دو مشخصه‌ی اصلی است: اول، افکار مزاحم، غیرقابل کنترل و عودکننده‌ای که باعث اضطراب می‌شوند (وسواس فکری)، و دوم رفتارهای تکراری که با هدف کاهش این اضطراب صورت می‌پذیرند (عمل اجباری). بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری / عملی می‌کوشند که با کمک راهبردهای گوناگون، افکار مزاحم خود را کنترل کنند. شخص مبتلا دچار احساس اجبار شدیدی برای انجام اعمالی برای

پژوهش‌های انجام شده بر روی حافظه‌ی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی بیشتر بر روی صحت و درستی حافظه‌ی آن‌ها بوده است (۷). شایان ذکر است که به اندازه‌ی کافی بر روی خطاهای حافظه (به‌عنوان مثال حافظه‌ی کاذب) پرداخته نشده است. هرچند، تعریف دقیقی درباره‌ی حافظه‌ی کاذب (False memory) وجود ندارد، اما توافق گسترده در مورد معنی آن وجود دارد. بر همین اساس در حافظه‌ی کاذب مردم چیزهایی را به‌عنوان واقعیت اظهار می‌کنند که هرگز آن‌ها را تجربه نکرده‌اند (۸-۹). هم‌چنین چیزی را به یاد می‌آورند که برای آن‌ها اتفاق نیفتاده است (۱۱-۱۰). در سال ۱۹۹۸ Roediger و McDermott با استفاده از موارد مورد استفاده‌ی Deese در قالب فهرست کلمات، پارادیم جدیدی را تحت عنوان (DRM یا Deese Deese) ارائه نمودند (۱۲). در این پارادیم، با استفاده از چندین فهرست کلمات متداعی و مرتبط به بررسی خطاهای حافظه می‌پردازند (۱۳).

جریان پژوهشی دیگر نشان می‌دهد که اعتقاد فرد به صحت خاطراتش در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی ممکن است تحریف شده باشد. این بیماران به علت چک کردن‌های مکرر اعتمادشان را به خاطرات خود از دست می‌دهند (۱۵-۱۴). این مسایل احتمال این موضوع را افزایش می‌دهد که در نتیجه‌ی انجام رفتارهای تکراری و کارهای اجباری فرد اعتماد خود را به حافظه‌اش از دست بدهد، نه این که یک مشکل پایه‌ای و ذاتی در حافظه وجود داشته باشد.

از سوی دیگر، با عنایت به مشترک بودن رفتارهایی مانند تمیز کردن، شستن دست و چک کردن در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی این فرضیه مطرح شده است که حافظه این بیماران دچار بدکارکردی است. بر پایه‌ی بررسی‌های انجام شده، دو مشکل مهم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی عبارتند از: سوگیری حافظه و عدم اطمینان به حافظه یا عدم کارایی آن (۱۵،۷). با این وجود، اکثر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به بررسی جداگانه هر یک از عوامل یاد شده پرداخته‌اند و شواهد موجود با توجه به ماهیت خاص اختلال وسواس فکری/ عملی در زمینه‌ی فرایندهای حافظه‌ی (به‌خصوص حافظه‌ی کاذب و اطمینان به حافظه) این افراد خیلی واضح نیست و توافق عمومی در این زمینه حاصل نشده است.

در مجموع، با توجه به وجود شکاف تبیینی در حیطه‌ی حافظه کاذب و اطمینان به حافظه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی،

رهایی از این افکار آزار دهنده می‌شود که اعمال وسواسی نامیده می‌شوند (۱). وسواس واری و وسواس شستشو دو نوع از شایع‌ترین اختلال وسواس فکری/ عملی هستند. یافته‌ها نشان می‌دهند که در حدود ۸۱ درصد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی دارای وسواس واری می‌باشند. مشکل اصلی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی این است که علی‌رغم انجام یک عمل، بارها آن را انجام می‌دهند. شواهد نشان می‌دهند که این اختلال به خودی خود بهبود نمی‌یابد و جستجوی درمان نیز در مبتلایان بسیار کم است (۲).

در گستره‌ی علوم روان‌شناختی نظریه‌های مختلفی درباره‌ی علت بروز اختلال وسواس فکری/ عملی ارائه شده است که گروه مهمی از این نظریه‌ها در مورد مشکلات حافظه هستند. براساس این نظریه‌ها، در فرایند پردازش اطلاعات افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی در بخش حافظه، نارسایی‌هایی وجود دارد که باعث می‌شود این افراد با وجود انجام دادن یک فعالیت، نظیر خاموش کردن اجاق گاز یا شستن دست‌ها، در یادآوری و اطمینان به آن، دچار مشکل شوند و مکرراً مبادرت به انجام آن نمایند. تردید دایمی آن‌ها و نیاز به واری کردن مکرر، با ناتوانی در یادآوری انجام این اعمال ارتباط دارد. بنابراین، نگرانی رایج افراد وسواسی در مورد چک کردن از مشکلات حافظه آن‌ها ناشی می‌شود. از آن‌جا که حافظه یکی از کارکردهای مهم لب‌های پیشانی و گیجگاهی مغز است، برخی از صاحب‌نظران اظهار کرده‌اند که این بیماران به علت وجود آسیب در این نواحی، احتمالاً نقایص حافظه را نیز همانند سایر نقایص شناختی مربوط به این مناطق ظاهر می‌سازند (۳).

دیدگاه‌های موجود در مورد مشکلات حافظه‌ی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: در دیدگاه اول، منبع اصلی شک و تردیدهای این بیماران به نارسایی عمومی در حافظه یا دستگاه‌های فرعی آن مرتبط است. براساس این دیدگاه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی با مشکلات، نقص‌ها و عیوب کارکردی جدی در حافظه مواجه هستند (۶-۴). دیدگاه دیگر بر این باور است که این افراد فقط در مورد مواد تهدیدکننده (یعنی اشیا و رویدادهایی که به موضوع خاص وسواس آن‌ها ربط دارند) دارای سوگیری و نقص‌های حافظه هستند (۴). در نهایت، دیدگاه سوم مطرح می‌کند که این بیماران مشکلی در زمینه‌ی حافظه ندارند، بلکه اعتماد آن‌ها به حافظه‌ی خود کم است که این امر پیوسته موجب شک و تردید در آن‌ها می‌شود (۵).

محور I و II بر اساسی بررسی با مصاحبه‌ی تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI یا Composite International Diagnostic Interview) (۹) فقدان سابقه‌ی آسیب مغزی یا ضربه‌ی سر و (۱۰) فقدان اختلال‌های عضوی. علاوه بر موارد مذکور، وجود اختلال در بیماران از سه طریق مورد تشخیص واقع شد: الف) مصاحبه‌ی تشخیصی جامع بین‌المللی دهم (K) که توسط روان‌شناس انجام شد، ب) بررسی وجود ملاک‌های DSM-IV-TR توسط روان‌شناس و ج) تشخیص روان‌پزشک. لازم به ذکر است که اگر فردی براساس هر کدام از این سه روش فاقد ملاک‌های اختلال وسواس فکری/ عملی (با شکایت اصلی وسواس) تشخیص داده می‌شد از نمونه کنار گذاشته می‌شد. زنان بهنجار افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه بالینی سابقه‌ی مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس نداشته و به اختلال روان‌شناختی خاصی مبتلا نبوده‌اند و در خویشاوندان درجه‌ی اول بیمار روانی نداشته‌اند.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه شامل سؤالاتی در مورد سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت تأهل و سابقه‌ی بیماری روانی و جسمی آزمودنی‌ها بود.

ب) مصاحبه‌ی تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI یا Composite International Diagnostic Interview): این ابزار یک مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته، استاندارد و جامع برای ارزیابی اختلال‌های روان‌پزشکی است که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO یا World Health Organization) تهیه شده و با کمک آن می‌توان بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV-TR و ICD-10 تشخیص‌های معتبری در زمینه‌ی اختلال‌های روانی به‌عمل آورد. ساختاریافته‌ی بالای CIDI باعث می‌شود که تأثیر اطلاعات و تفسیر مشاهده‌گر به حداقل برسد. این امر به افزایش پایایی پرسش‌نامه منجر می‌شود (۱۷). چندین مطالعه در سطح بین‌المللی، پایایی خوب تا عالی CIDI را بین پرسشگران و فرهنگ‌های مختلف و زمان‌های متفاوت نشان داده‌اند (۱۸-۱۷). در ایران روایی (Validity) این ابزار توسط امینی و همکاران (۱۷) و اعتبار (Reliability) آن توسط دوری آشتیانی و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است (۱۸).

مواد و روش‌ها

کامبود پیشینه‌ی پژوهشی در این زمینه و تلویحات فراوان پژوهشی و کاربردی این سازه‌ها در نشانه‌شناسی، علت‌شناختی و درمان اختلال وسواس فکری/ عملی، پژوهش حاضر با کنترل متغیر جنسیت (به علت تفاوت‌های بارز جنسیتی در همه‌گیرشناختی، پیش‌آگهی و علائم اختلال) در پی بررسی حافظه‌ی کاذب و میزان اعتماد به حافظه در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و زنان بهنجار بر آمده است.

پژوهش حاضر از منظر زمانی گذشته‌نگر، در بعد هدف بنیادی و به‌لحاظ روش گردآوری داده‌ها به طرح‌های علی/ مقایسه‌ای تعلق دارد. در این پژوهش دو گروه آزمودنی شامل زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و زنان بهنجار شرکت داشتند. جامعه‌ی آماری زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی عبارت بودند از کلیه‌ی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی که در طی چهار ماه (از بهمن ۱۳۸۹ تا اردیبهشت ۱۳۹۰) به مراکز درمانی دولتی و خصوصی خدمات روان‌پزشکی شهر زنجان مراجعه کرده بودند. جامعه‌ی آماری زنان بهنجار در این تحقیق شامل کلیه‌ی کارکنان و پرسنل دانشگاه علوم پزشکی شهر زنجان بودند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌برداری در دسترس استفاده شد.

با توجه به ماهیت مطالعه (بررسی حافظه‌ی کاذب و اطمینان به حافظه) و خصوصیات بیماری‌شناختی اختلال وسواس فکری/ عملی (۱۴)، به منظور اعمال حداکثر کنترل در پژوهش حاضر فقط از زنان مبتلا به ریخت فرعی واری اختلال وسواس فکری/ عملی به عنوان گروه ملاک و از زنان بهنجار به عنوان گروه مقایسه استفاده شد. ابتدا ۲۶ نفر از زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی انتخاب شدند و سپس ۲۶ نفر از زنان بهنجار از طریق همتاسازی بر اساس متغیرهای سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل برگزیده شدند. برای انتخاب آزمودنی‌های مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی ملاک‌های ورود زیر در نظر گرفته شد: ۱) دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال؛ ۲) تحصیلات بین دبیرستان تا کارشناسی؛ ۳) دو زبانه بودن (ترک و فارس)؛ ۴) عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی تا زمان انجام پژوهش؛ ۵) سابقه‌ی دارودرمانی کمتر از دو سال؛ ۶) نداشتن خویشاوند درجه‌ی اول مبتلا به اختلال‌های اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی و دوقطبی؛ ۷) کسب نمرات پایین‌تر از میانگین در سیاهه‌ی افسردگی بک؛ ۸) عدم ابتلا به سایر اختلال‌های

ج) تکلیف آزمون حافظه‌ی کاذب و اطمینان به حافظه:

تکلیف آزمون حافظه‌ی کاذب به شیوه‌های مختلف قابل استفاده است. این تکلیف را می‌توان به صورت دیداری، شنیداری و نوشتاری اجرا نمود. پژوهشگران می‌توانند بر اساس گروه‌های مورد مطالعه، هدف مطالعه و موقعیت موجود تغییراتی را در این تکلیف انجام دهند. این آزمون به فرهنگ خاصی بستگی ندارد و به علت ساختار معنایی آن در تمام فرهنگ‌ها قابل اجرا است و ابزار مطلوبی برای سنجش حافظه‌ی کاذب است (۱۹). روایی و اعتبار این آزمون در جمعیت عمومی و دانشجویی ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱-۲۰). اطلاعات تکمیلی در این زمینه را می‌توان از Brainerd و Reyna (۲۲) یا Reyna, Brainerd و Holliday کسب نمود (۲۳).

نسخه‌ی ابتدایی این تکلیف در سال ۱۹۹۸ توسط Roediger و McDermott با بکارگیری اقلام مورد استفاده‌ی Deese تحت عنوان (DRM یا Deese Roediger McDermott) ارائه شد. در این الگو، با استفاده از چندین فهرست کلمات متداعی و مرتبط، به بررسی خطاهای حافظه در تکلیف بازخوانی و بازشناسی پرداخته می‌شود. در این الگو، آزمون در معرض فهرستی از کلماتی که وابستگی معنایی دارند، قرار می‌گیرد (مانند پزشک، مطب، بیمارستان، داروخانه، فشارسنج) که تمام این کلمات با کلمه‌ی طعمه‌ی اصلی که در لیست وجود ندارد، مرتبط است. (به‌عنوان مثال در اینجا کلمه‌ی **دکتر** کلمه‌ی طعمه‌ی اصلی است). پس از خواندن کلمات از آزمون خواسته می‌شود بعد از مدت زمان معینی آن کلمات را یادآوری یا بازشناسی نماید.

در پژوهش حاضر با تبعیت از این الگو، به بررسی حافظه‌ی کاذب و اطمینان به حافظه پرداخته شد. در تکلیف طراحی شده از ۸ لیست ۱۲ کلمه‌ای استفاده شد. از ۸ لیست مورد استفاده، ۴ لیست (سوزن، دکتر، پا و صندلی) جز لیست‌های اصلی پارادایم DRM بود که تحت عنوان کلمات عادی یا خنثی مورد بررسی قرار گرفتند ۴ لیست دیگر (دست‌شویی، خون، سوسک و فرد کثیف) متشکل از کلمات مرتبطی بود که برای ریخت شستشوی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی جز کلمات آزاردهنده به حساب می‌آمد که تحت عنوان کلمات مرتبط با تهدید نام‌گذاری شدند. برای تهیه‌ی هر دو لیست از نظر افراد متخصص و یک مطالعه‌ی مقدماتی (Pilot study) بهره گرفته شد و چهار لیست هر گروه از بین ۱۶ لیست انتخاب گردید.

تکلیف آزمون حافظه‌ی کاذب و اطمینان به حافظه در یک جلسه، به صورت انفرادی و در اتاقی که شرایط مطلوب روان‌سنجی را دارا بود، انجام شد. به منظور کنترل شرایط فیزیولوژیک و حالت‌های روان‌شناختی آزمودنی‌ها، تکلیف برای تمام آزمودنی‌ها در بازه‌ی زمانی یکسان (ساعت ۱۶ تا ۱۸) اجرا شد. بدین صورت که پس از برآورده شدن ملاک‌های ورود و قطعیت تشخیص (در مورد بیماران)، ابتدا از آزمودنی رضایت آگاهانه اخذ می‌شد و با پرسیدن سؤالات توصیفی رابطه‌ی کاری ایجاد می‌شد. در مرحله‌ی بعد بر اساس ترتیب متوازن‌سازی متقابل (لیست عادی و مرتبط با تهدید) لیست کلمات توسط آزمون‌گر قرائت می‌شد. فاصله‌ی زمانی بین خواندن دو کلمه یک و نیم ثانیه بود. پس از اتمام خواندن هر لیست به منظور از بین بردن اثر تقدم و تأخر حافظه از آزمودنی خواسته می‌شد تا از عدد ۱۰۰، ترتیب‌های ۷ تایی را کم کند. بعد از اتمام تکلیف مذکور، از آزمودنی خواسته می‌شد تا کلمات را یادآوری کند و آزمون‌گر کلمات یادآوری شده را یادداشت می‌نمود. علاوه بر این، تعداد کلمات درست، تعداد کلمات نادرست ولی مرتبط با لیست، تعداد کلمات نادرست و نامرتب با لیست و همچنین کلمه‌ی طعمه در صورت ذکر توسط آزمون‌گر یادداشت می‌شد.

به منظور بررسی میزان اعتماد به حافظه، هنگامی که آزمودنی کلمات را یاد می‌آورد بعد از هر کلمه از او خواسته می‌شد که میزان اطمینان خود نسبت به هر کلمه را به‌صورت درصد اعلام نماید. بعد از اتمام لیست، با جمع نمودن درصدهای گزارش شده، میانگین درصد اطمینان برای هر لیست محاسبه شد. درنهایت، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های توصیفی از آزمون‌های t مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۵۲ زن مورد مطالعه ۱۴ نفر مجرد و ۳۸ نفر متأهل بودند که به‌طور مساوی بین دو گروه تقسیم شده بودند. در جدول ۱ سایر خصوصیات جمعیت‌شناختی و توصیفی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

علاوه بر این، آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر سن ($t(50) = 0.19, P > 0.01$) و سطح تحصیلات ($t(50) = 0.33, P > 0.01$) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. این نتیجه بیانگر این می‌باشد که دو گروه از لحاظ متغیرهای فوق هم‌تا می‌باشند.

به‌منظور مقایسه گروه زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و زنان بهنجار در حافظه‌ی کاذب (کلمات عادی و کلمات مرتبط با تهدید)

سه مقایسه فرض همسانی واریانس برقرار بود (جدول ۲). سایر نتایج آزمون‌های t مستقل در جدول ۲ درج شده است.

و اطمینان به حافظه از آزمون‌های t مستقل استفاده شد. در این آزمون‌ها پیش‌فرض همسانی واریانس از طریق آزمون لوین (Levene) مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به عدم معنی‌داری آزمون‌های لوین برای هر

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر اساس وضعیت تأهل، سن و سطح تحصیلات

گروه	وضعیت تأهل	تعداد	سن میانگین (انحراف معیار)	سطح تحصیلات میانگین (انحراف معیار)
بیمار	متأهل	۷	۳۲/۲۲ (۷/۴۴)	۱۲/۱۳ (۳/۴۶)
	مجرد	۱۹	۲۸/۱۸ (۵/۵۵)	۱۱/۸۵ (۴/۱۱)
	کل	۲۶	۳۰/۲۰ (۶/۴۹)	۱۱/۹۹ (۳/۷۸)
بهنجار	متأهل	۷	۳۲/۰۶ (۶/۸۱)	۱۲/۵۱ (۳/۱۴)
	مجرد	۱۹	۲۹/۰۱ (۵/۴۵)	۱۱/۲۵ (۳/۸۲)
	کل	۲۶	۳۰/۵۳ (۶/۱۳)	۱۱/۸۸ (۳/۴۸)

جدول ۲. نتایج آزمون‌های t مستقل برای مقایسه‌ی حافظه‌ی کاذب (کلمات عادی و مرتبط با تهدید) و اطمینان به حافظه در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و بهنجار

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	P-value	آزمون همسانی واریانس لوین
کلمات عادی	بیمار	۲۶	۱/۰۸	۱/۰۲	-۰/۵۷	۵۰	۰/۵۷	۰/۷۲
	بهنجار	۲۶	۱/۲۳	۰/۹۱				
کلمات مرتبط با تهدید	بیمار	۲۶	۲/۰۴	۱/۰۸	۵/۰۲	۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	بهنجار	۲۶	۰/۸۱	۰/۶۳				
اعتماد به حافظه	بیمار	۲۶	۹۶/۰۰	۳/۱۴	-۵/۵۱	۵۰	۰/۰۰۱	۱/۱۷

مرتبط با تهدید داشتند، درحالی‌که در کلمات عادی حافظه‌ی کاذب معنی‌دار نبود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های Salkovskis, Cogle و Rosenzweig (۲۵) و Wahl (۳۴) و Roediger Finn و همخوان است. در امتداد این یافته، نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی سوگیری حافظه و سایر نقایص شناختی مرتبط با محتوای افکار وسواسی این بیماران است (۲۸-۲۶). علاوه بر این اعتقاد بر این است که آشفتگی بیش از حد در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی زمینه‌ساز بروز حافظه‌ی کاذب مرتبط با تهدید در این بیماران است (۲۹) و یک نوع خطای حسی (Illusion) در این افراد رخ می‌دهد (۳۰).

در بعد عدم وجود تفاوت معنی‌دار حافظه‌ی کاذب بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و افراد بهنجار در کلمات عادی که در

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در لیست کلمات عادی حافظه‌ی کاذب بین زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و زنان بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، ولی در کلمات مرتبط با تهدید حافظه‌ی کاذب بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد و میانگین نمرات گروه بیمار بیشتر از بهنجار است. همچنین، در متغیر میزان اعتماد به حافظه میانگین نمرات گروه بیمار پایین‌تر از افراد بهنجار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی حافظه‌ی کاذب و میزان اعتماد به حافظه در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی و زنان بهنجار انجام شد. یافته‌ها حاکی از این بود که زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی در مقایسه با زنان بهنجار حافظه‌ی کاذب بیشتری نسبت به کلمات

نقص در حافظه‌ی کلامی یا غیرکلامی و کارکردهای اجرایی (Executive functions) و برنامه‌ریزی (Planning) است (۴۲). در مجموع، بر پایه‌ی یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که وجود الگوی متفاوت یادآوری منجر به بروز حافظه‌ی کاذب در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی می‌شود و فرایندهای حافظه از عناصر اصلی این اختلال می‌باشد در نهایت، باید توجه داشت که مطالعه‌ی حاضر با برخی محدودیت‌ها نظیر عدم بررسی جنس مذکر، عدم بررسی سایر ریخت‌های اختلال وسواس فکری/ عملی، عدم امکان کنترل دقیق دوز داروهای مصرفی بیماران، عدم کنترل دقیق همبودی سایر اختلال‌ها و کنترل نشدن دقیق علایم افسردگی مواجه بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده سایر نسخه‌های تکلیف حافظه‌ی کاذب همراه با سایر جنبه‌های حافظه و تکالیف مختلف شناختی و نوروسایکولوژی در ریخت‌های مختلف این اختلال و سایر اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از تمام کسانی که در جمع‌آوری داده‌ها پژوهشگران را یاری نمودند و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی زنجان قدردانی می‌شود.

مطالعه‌ی حاضر نشان داده شد، می‌توان به پژوهش Klumpp و همکاران (۱۳) اشاره نمود که این یافته را دقیقاً گزارش نموده‌اند. در این راستا، بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی در تکالیف خنثی عملکرد مطلوب دارند، ولی در انجام تکالیف دارای بار هیجانی و تهدیدنا دچار نقص می‌شوند (۱۴). این نکته در یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مشهود بود.

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان اعتماد به حافظه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی کمتر از افراد بهنجار است. این یافته در مطالعات مختلف (۳۱-۳۳) به‌خصوص در ریخت فرعی واری (۳۴-۳۵) اختلال وسواس فکری/ عملی نشان داده شده است. در این زمینه، شواهد نشان می‌دهند که نارسایی حافظه، به‌خصوص مشکلات حافظه غیرکلامی (۳۶) یکی از خصوصیات اصلی و یکی از دلایل مهم بروز رفتارها و آداب تکراری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی (۳۷-۳۸) است، هرچند برخی از مطالعات این دیدگاه را تأیید نمی‌کنند (۳۹-۴۰). علاوه بر این، زمانی که از نظر پدیدارشناسی به این اختلال نگاه می‌کنیم آن را یک اختلال توانگاه می‌بینیم. شک و تردید مرضی، عدم اعتقاد راسخ، تردید و عدم اطمینان و تعویق طولانی مدت به عنوان مشخصه‌ی اصلی اختلال وسواس فکری/ عملی شناخته شده است (۴۱). در این زمینه، الگوهای عصب‌روان‌شناختی اختلال وسواس فکری/ عملی نشان داده‌اند که شک مرضی و علایم اختلال وسواس فکری/ عملی منعکس‌کننده‌ی

References

1. Brewin CR, Smart L. Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *J Behav Ther Exp Psy* 2005; 36(1): 61-8.
2. Braga DT, Cordioli AV, Niederaver k, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: A one year follow-up. *Acta Psychiat Scand* 2005; 112(3): 180-6.
3. Rachman SA. Cognitive Theory of Obsessions: elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36(4): 385-401.
4. Klumpp H, Amir N, Garfinkels N. False Memory and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Depress Anxiety* 2009; 26(5): 396-402.
5. Zitler W, Urban C, Linzmayer L, Aigner M, Demal U, Semler B, et al. Memory deficits in patients with obsessive – compulsive disorder. *Psychopathology* 2001 ;34(3):113-7.
6. Sher KG, Frost RO, Otto R. Cognitive deficits in compulsive checkers :An exploratory study. *Behav Res Ther* 1983;21(4):357-63.
7. Radomsky AS, Rachman S. Memory bias in Obsessive-Compulsive disorder (OCD). *Behav Res Ther* 1999; 37(7): 605-18.
8. Diekelmann S, Born J, Wagner U. Sleep enhances false memories depending on general memory performance. *Behav Brain Res* 2010; 208(2): 425-29.

9. Wimmer MC, Howe ML. The development of automatic associative processes and children's false memories. *J Exp Child Psychol* 2009; 104(4): 447-65.
10. Howe M L, Wilkinson S. Using story contexts to bias children's true and false memories. *J Expl Child Psychol* 2011; 108(1): 77-95.
11. Porter S, Taylor K, Brinke LT. Memory for media: Investigation of false memories for negatively and positively charged public events *Mem* 2008; 16(6), 658-66.
12. McDermott KB, Roediger HL. **Attempting to avoid illusory memories: Robust** false recognition of associates can be resistant to an explicit warning to subjects and an immediate recognition probe. *J Mem Lang* 1998; 39: 508-20.
13. Klumpp H, Amir N, Garfinkel SN. False memory and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Depress Anxiety* 2009; 26(5): 396-402.
14. Gerrie MP, Garry M. Individual Differences in Working Memory Capacity Affect False Memories For Missing Aspects of Events. *Mem* 2007; 15(5): 561- 71.
15. Muller J, Roberts J E. Memory and attention in Obsessive-Compulsive Disorder: a review Department of Psychology. *J Anxiety Disord* 2005; 19(1):1-28.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
17. Amini H, Alaghbandrad J, Sharifi V, Davari Ashtiyani R, Kawyani H, Shahrivar Z, et all. Validity of Persian version of the Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI) to diagnose schizophrenia and bipolar disorder. *Tehran Univ Med J* 2006; 64 (8):31-42.[In Persian].
18. Davari Ashtiyani R, Alaghbandrad J, Sharifi V, Amini H, Kawyani H, Shabani A, et all. Reliability of the Persian version of the Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI) to diagnose schizophrenia and bipolar disorder. *Adv Cog Sci* 2004; 6: 1-9. [In Persian].
19. Roediger HL, Meade ML, Bergman ET. Social contagion of memory. *Psycho Bull Rev* 2001; 8(2): 365-71.
20. Abdollahi A. Effects of arousal and suggestion on memory [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabai University; 2001: 32-40. [In Persian].
21. Jazini SH. Comparison of false memory among children with and without ADHD [M.A. Thesis]. Birjand, Iran: Islamic Azad University, Birjand Branch; 2007: 32- 40 [In Persian].
22. Brainerd CJ, Reyna VF. Fuzzy-trace theory and false memory. *Curr Dir Psychol Sci* 2002; 11:164-8.
23. Brainerd CJ, Reyna VF, Holliday RE. Development of recollection: A fuzzy-trace theory perspective. In: S. Ghetti & P. J. Bauer ,Editors. *Origins and development of recollection: Perspectives from psychology and neuroscience*. New York: Oxford University Press; 2012: 101-43.
24. Cogle JR, Salkovskis PM, Wahl K. Perception of memory ability and confidence in recollections in obsessive- compulsive checking. *J Anxiety Disord* 2007; 21:118-30.
25. Finn B, Roediger H L, Rosenzweig E. Reconsolidation from negative emotional pictures: Is successful retrieval required? *Memory & Cognition* 2012; 40(7): 1031-45.
26. Radomsky AS, Rachman S. Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behav Res Ther* 1999;37:605-18.
27. Constance JI, Foa EB, Franklin ME, Mathews A. Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behav Res Ther* 1995; 33:665-71.
28. Ceschi G, Linden M, Dunker D, et al. Further exploration memory bias in compulsive washers. *Behav Res Ther* 2003; 41: 737-48.
29. Brainerd, CJ, Reyna VF, Holliday RE, Nakamura K. Overdistribution in source memory. *J Exp Psychol: Lern Mem Cog* 2012; 38(2): 413-39.
30. Brainerd CJ, Reyna VF, Zember E. Theoretical and forensic implications of developmental studies of the DRM illusion. *Mem Cog* 2011; 39: 365-80.
31. Hout MA, Kindt M. Phenomenological validity of an OCD memory model and the remember/know distinction. *Behav Res Ther* 2003;41:369-78.
32. Tolin DF, Hamlin C, Foa EB. Directed forgetting in obsessive- compulsive disorder: replication and extension. *Behav Res Ther* 2002;40:793-803.

33. Boschen MJ, Vuksanovic D. Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: comparisons in OCD and control samples. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2098-109.
34. Radomsky AS, Gilchrist PT, Dussault D. Repeated checking really does cause memory distrust. *Behav Res Ther* 2006; 44(2): 305-16.
35. Radomsky AS, Rachman S, Hammond D. Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behav Res Ther* 2001; 39(7): 813-22.
36. Mataix-Cols D, Alonso P, Hernandez R, Deckersbach T, Savage CR, Manuel Menchon J, et al. Relation of neurological soft signs to nonverbal memory performance in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Exp Neuropsychol* 2003; 25(6): 842-51.
37. Sher KJ, Frost RO, Kushner M, Crews TM, Alexander JE. Memory deficits in compulsive checkers: replication and extension in a clinical sample. *Behav Res Ther* 1989; 27(1):65-9.
38. Sher KJ, Frost RO, Otto R. Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Behav Res Ther* 1983; 21: 357-63.
39. Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biol Psychol* 2004, 65:185-236.
40. Tallis F. The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder (OCD): a review and consideration of clinical implications *Br J Clin Psychol* 1997; 36(1): 3-20.
41. Reed GF. Obsessional experience and compulsive behaviour: A cognitive-structural approach. New York: Academic Press; 1985.
42. Savage CR, Deckerbach T, Wilhelm S, Rauch SL, Baer L, Reid T, et al. Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive-compulsive disorder *Neuropsychol* 2000; 14(1): 141-51.



The comparison of false memory and memory confidence in women with obsessive– compulsive disorder and normal women

Fateme Malekshahi Beyranvand¹, Jafar Hasani², Javad Salehi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: The forgetfulness or memory deficit hypothesis in patients with obsessive– compulsive disorder (OCD) has been used to explain the maintenance of repetitive behaviors in these patients. Yet the majority of studies focusing on memory of patients with OCD show mixed results. The aim of this study was to compare of false memory and memory confidence in women with obsessive– compulsive disorder and normal women.

Methods and Materials: Using available sampling method and according inclusion criteria, in casual/comparative design format, 26 women with OCD from Zanjan city were selected and after matching with 26 normal women on the base age and educational level variables assessed by memory confidence and false memory test task.

Findings: The results of independent T-test indicated that women with obsessive– compulsive disorder in comparison with normal women show a higher false memory in threat based words and are weaker in memory confidence.

Conclusions: We suggest that the current achievement should be considered as a pilot study to evaluate other educational departments, so that we are quite an experience being involved in Iran.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, False Memory, Confidence Memory

Citation: Malekshahi Beyranvand F, Hasani J, Salehi J. **The comparison of false memory and memory confidence in women with obsessive– compulsive disorder and normal women.** J Res Behave Sci 2014; 11(6): 620-628

Received: 01.12.2012

Accepted: 28.07.2013

1- MSc of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran (Corresponding Author) Email: Fateme.malekshahi@yahoo.com

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Faculty of Humanities, Department of Psychology Sciences, University of Zanjan, Zanjan, Iran