

June-July 2024, Volume 12, Issue 2

The Effect of Memory Specificity Training on The Deficits in Emotional Processing and Rumination in Cancer Patients with Post Trumatic Stress Disorder Symptoms

Zahra Hasannezhad¹, Sara Hajibaqeri², Maryam Hassanzadeh Tabatabaee³,
Samaneh Zarei^{4*}

1- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Payam Noor University, Gorgan, Iran.

2- Master Student in clinical psychology, Ashtian branch, Islamic Azad University, Markazi, Iran.

3- Master of Career counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

4- Master of Educational Psychology, Buali Sina University, Hamedan, Iran.

Corresponding Author: Samaneh Zarei, Master of Educational Psychology, Buali Sina University, Hamedan, Iran.

Email: sama.zarei1392@gmail.com

Received: 29 Sep 2023

Accepted: 20 May 2024

Abstract

Introduction: Impairments in emotional processing and rumination associated with a traumatic event such as cancer are important factors that may influence the development and maintenance of PTSD symptoms. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of memory specificity training on deficits in emotional processing and rumination in cancer patients with PTSD symptoms.

Methods: This research was of experimental type (pre-test-post-test with control group). The statistical population of this research included all patients with a definite diagnosis of cancer and PTSD symptoms who were referred to hospitals and medical centers in Tehran in 1402. 30 cancer patients with PTSD symptoms were selected as a sample by available sampling and randomly replaced in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The experimental group underwent memory specificity training one day a week during 6 sessions of 90 minutes, but no intervention was done for the control group. Both groups (control and experimental) before and after the intervention answered the questionnaires of the emotional processing scale revised by Baker et al. (2010) and the rumination response scale by Nolen-Hoeksema (1991). To analyze the data, the method of multivariate analysis of covariance was used using SPSS version 28 software.

Results: There was a significant difference between the average post-test scores of the intervention group and the control group so the memory specificity training significantly led to a reduction in the deficits in emotional processing and rumination in the intervention group ($P < 0.05$).

Conclusions: Memory specificity training to reduce cognitive and emotional symptoms in cancer patients with PTSD symptoms is a short-term and cost-effective treatment that reduces cognitive and emotional symptoms by increasing memory specificity. Therefore, it is recommended as an effective intervention to reduce the cognitive and emotional problems of cancer patients with PTSD symptoms.

Keywords: Memory specificity training, Post-traumatic stress disorder, Deficits in emotional processing, Rumination.

تأثیر آموزش اختصاصی سازی حافظه بر نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری بیماران مبتلا

به سرطان دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه

زهرا حسن نژاد^۱، سارا حاجی باقری^۲، مریم حسن زاده طباطبایی^۳، ثمانه زارعی^{۴*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، مرکزی، ایران.
۳. کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۴. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

نویسنده مسئول: ثمانه زارعی، کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
ایمیل: sama.zarei1392@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۷

چکیده

مقدمه: نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری مرتبط با رویداد تروماتیک مانند سرطان، عوامل مهمی هستند که ممکن است بر توسعه و حفظ علائم اختلال استرس پس از سانحه تأثیر بگذارند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش اختصاصی سازی حافظه بر نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم PTSD انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع آزمایشی (پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل) بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران دارای تشخیص قطعی سرطان و علائم PTSD مراجعه کننده در بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان با علائم PTSD به صورت نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای، یک روز در هفته تحت آموزش اختصاصی سازی حافظه قرار گرفت اما برای گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. هر دو گروه (کنترل و آزمایش) قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه های نسخه تجدیدنظر شده مقیاس پردازش هیجانی باکر و همکاران (۲۰۱۰) و مقیاس پاسخ نشخوار فکری نولن و هوکسما (۱۹۹۱) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ استفاده شد.

یافته ها: بین میانگین نمره های پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت، بدین ترتیب که آموزش اختصاصی سازی حافظه به طور معناداری منجر به کاهش نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری در گروه مداخله شد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: آموزش اختصاصی سازی حافظه برای کاهش علائم شناختی و هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان با علائم PTSD، درمانی کوتاه مدت و مقرون به صرفه است که با افزایش اختصاصی شدن حافظه، باعث کاهش علائم شناختی و هیجانی می شود. لذا به عنوان یک مداخله موثر جهت کاهش مشکلات شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به سرطان با علائم PTSD توصیه می شود.

کلیدواژه ها: اختصاصی سازی حافظه، اختلال استرس پس از سانحه، نقص در پردازش هیجانی، نشخوار فکری.

مقدمه

سرطان (Cancer) ممکن است به عنوان یک رویداد آسیب زا (traumatic event) در نظر گرفته شود. سرطان بیماری تهدیدکننده زندگی است و در مجموع فرآیند تشخیص، شدت، سطح تهدید زندگی، احساس تنهایی مرتبط با بستری شدن در بیمارستان، طول مدت بیماری، نیاز به اقدامات پزشکی تکراری، عوارض جانبی درمان، و پیش آگهی منفی پزشکی (خطر عود و پیشرفت بیماری) منجر به ترومای مرتبط با سرطان با ماهیت پیچیده می شود (۱). سرطان با سایر رویدادهای آسیب‌زا متفاوت است و دارای ویژگی‌هایی مانند مزمن بودن بیماری، غیرقابل پیش‌بینی بودن، ماهیت انتظاری تهدید و ناملوس بودن است. بنابراین تجربه یک رویداد آسیب‌زا، مانند سرطان، معمولاً تعدادی عواقب منفی از جمله علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را به دنبال دارد (۲). در این راستا، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سرطان که بیماری خود را غیرمنتظره، ناگهانی و تهدیدکننده زندگی می‌دانند، معیارهای تشخیصی PTSD را برآورده می‌کنند، این معیارها شامل تجربه مجدد افکار، رویاها یا سایر جنبه‌های درمان و تشخیص، اجتناب از محرکی است که می‌تواند یادآور رنج سرطان، عصبانیت و همچنین ناتوانی در تمرکز باشد (۳).

در مدل شناختی اختلال استرس پس از سانحه ارائه شده توسط اهلرز و کلارک (Ehlers and Clark) (۴)، PTSD نتیجه ارزیابی‌های منفی از رویداد آسیب‌زا تجربه شده است که احساس تهدید فعلی را ایجاد می‌کند. چنین ارزیابی‌هایی و همچنین مشکل در حافظه تروما نه تنها باعث ایجاد هیجانات منفی می‌شود، بلکه اجتناب نیز ایجاد می‌کند، که ترس بیش از حد تعمیم یافته را حفظ می‌کند و به علائم PTSD پایدار کمک می‌کند. براساس مدل شناختی PTSD، افرادی که یک حادثه تروماتیک را به عنوان یک تهدید درک می‌کنند، سعی می‌کنند با استفاده از سبک پردازش شناختی معمولاً ناسازگار در قالب نشخوار فکری (rumination) با آن مقابله کنند (۴). با در نظر گرفتن مفروضات مدل، مهم است به بررسی عواملی پرداخت که مانع از روند سازگاری با تروما می‌شوند، این عوامل شامل مشکلات در تنظیم هیجانات (difficulties in regulating emotions) و نشخوارهای مداوم (persistent ruminations) در مورد یک رویداد تجربه شده است (۵).

مفهوم پردازش هیجانی به جریان تنظیم پردازش هیجانی،

کارکردهای هیجانی یا تنظیم هیجانی (emotional regulation) به روشی موفقیت‌آمیز اشاره دارد و هدف آن معنا بخشیدن به یک رویداد تروماتیک (traumatic event) و فرمول بندی مجدد هیجانات مرتبط با تروما است (۶). طبق نظر راجمن (Rachman) (۷)، پردازش هیجانی فرآیندی است که در آن آشنفگی‌های هیجانی جذب می‌شوند و تا حدی کاهش می‌یابند که سایر تجربیات و رفتارها بتوانند بدون اختلال پیش بروند (۷). براساس مدل پردازش هیجانی پنج گروه از کاستی‌های پردازش هیجانی شامل، اجتناب، سرکوب، تنظیم ناکارآمد، تجربه عاطفی ضعیف و علائم هیجان پردازش نشده است (۸). براساس مدل اهلرز و کلارک (۴) فعالیت‌های شناختی و هیجانی افراد در مواجهه با تروما یکی از مهم‌ترین عواملی است که پیامدهای تجربه رویداد آسیب‌زا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افزون بر این، شواهد موجود حاکی از آن است که مشکلات در پردازش هیجانی فعالیت‌های شناختی به صورت نشخوار غیرقابل کنترل مرتبط به رویداد آسیب‌زا می‌تواند منجر به ابتلا به PTSD و حفظ نشانگان آن شود (۹).

نشخوار فکری به ناتوانی در رهایی از افکار کلامی تکراری (repetitive verbal thoughts) و نگرانی که اغلب شامل سرزنش خود (self blame) و تمرکز بر تجربه‌های دردناک (painful experiences) و یا حوادث فاجعه‌بار (catastrophic events) است، مشخص می‌شود. بیمار دارای نشخوار فکری هرگز بر زمان حال تمرکز نمی‌کند، بلکه یا بر زمان گذشته (نشانگان افسردگی) تمرکز دارد یا نسبت به آینده (نشانگان اضطراب) نگران است. این امر همواره موجب رکود و افت خلق می‌گردد. به‌عنوان مثال بیمار مبتلابه سرطان ریه که مدام ذهنش به این مشغول است که اگر سیگار نمی‌کشید یا منزلش را از منطقه آلوده شهر به جای خلوت و خوش آب و هوایی منتقل می‌کرد ممکن بود که به سرطان مبتلا نمی‌شد نوعی نشخوار فکری معطوف به گذشته است. این فکر چون برخلاف خواسته و آرزوهای بیمار است می‌تواند بر روی جنبه‌های مختلف زندگی بیمار تأثیر منفی بگذارد و او را افسرده و ناامیدتر کند (۱۰). برعکس تروماهای حاد که در آنها شناخت‌های وارد شونده و مزاحم (مانند نشخوار فکری) در ارتباط با رویدادی است که در گذشته اتفاق افتاده است. در مورد سرطان، بسیاری از شناخت‌های ناخواسته و مزاحم مربوط به ترس در مورد سلامتی و اتفاقات مربوط به آینده است. نجات

یافتگان از سرطان برخلاف نجات یافتگان تروماهای دیگر، باید همراه با ترس ها و تهدیدهای عود مجدد بیماریشان زندگی کنند (۱۱). بیماری تروماتیک سرطان دارای ماهیتی سرد مشابه ترس شدید، درماندگی یا وحشت است. به طور معمول تصاویر و خاطرات مزاحم مربوط به تشخیص و یا درمان سرطان می‌تواند دوباره در مراحل مختلف سیر بیماری سرطان، برانگیخته شوند. تشخیص ابتدایی سرطان ممکن است به عنوان یک تهدید مرگبار تلقی شود. افزون بر این بیماران در زمان تشخیص بی‌اعتقادی، سردرگمی، بی‌حوصلگی و افکار فاجعه‌بار نیز تجربه می‌کنند. به‌عنوان مثال، بیماری که در زمان تشخیص به چهره‌اشک‌بار مادر یا همسرش نگاه می‌کند ممکن است این تجربه موجب برانگیخته شدن این فکر فاجعه‌آمیز شود که وی در نتیجه ابتلا به بیماری سرطان جان خود را از دست می‌دهد (۱۳). نظریه‌های شناختی PTSD بر تأثیر متقابل هیجان‌ها و شناخت در ایجاد علائم PTSD تأکید دارند، این نظریه‌ها ادعا می‌کنند که آسیب روانی هنگامی ایجاد می‌شود که تنیدگی هیجانی (emotional stress)، منجر به تغییر در بخش‌هایی از شبکه‌های شناختی می‌شود که مسئول پردازش اطلاعات مربوط به ادراک، معنادگی و پاسخ به رویدادهای استرس‌زا است (۱۴). با توجه به رابطه دوطرفه بین شناخت و هیجان، نقص‌های شناختی می‌تواند نقش اساسی و مرکزی در ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه، تداوم آن یا شدت نشانگان و همچنین تأثیرات منفی بر نتیجه درمان داشته باشد (۱۵). سازه شناختی که اخیراً توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است، حافظه شرح حال و به ویژه، حافظه شرح حال بیش کلی گرا (Over general autobiographical memory) است. مشکلات مربوط به حافظه به ویژه بیش کلی گرای حافظه شرح حال یک نقش محوری در ایجاد، تداوم و درمان اختلال استرس پس از سانحه دارد (۱۶).

کاهش اختصاصی بودن حافظه به عنوان عامل مهمی در آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات هیجانی است؛ زیرا این نقص شناختی موجب افزایش افکار مزاحم، اجتناب کارکردی، نشخوارهای فکری، افزایش استفاده از مکانیزم سرکوبی فکر و حالت‌های تجزیه‌ای می‌شود و در نهایت منجر به سبک‌بازیابی بیش کلی گرایانه در حافظه می‌شود که زمینه‌ساز افسردگی ضمنی، تشدید علائم و مزمن شدن اختلال PTSD می‌شود (۱۷). آموزش اختصاصی سازی حافظه (Memory Specificity Training) یک روش درمانی جدید است که با هدف کمک به بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و PTSD در ایجاد خاطرات شرح حال اختصاصی‌تر صورت می‌گیرد. آموزش اختصاصی سازی حافظه بر این اصل استوار است که تمرین‌های ارائه شده موجب می‌شود تا فرد جستجو در حافظه رویدادی را تا جایی ادامه دهد که بتواند جزئیات را به یاد بیاورد و خاطره را به صورت اختصاصی بیان کند (۱۸). این آموزش، روشی برای ساماندهی حافظه شخصی و در عین حال، آموزشی رضایت‌بخش برای رویارویی و مقابله با فرآیندهای شناختی اصلی درگیر در افسردگی و اختلال PTSD است و در واقع، هدف اصلی این آموزش تغییر الگوی یادآوری در حافظه شرح حال از کلی به جزئی و اختصاصی است که در بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله PTSD دیده می‌شود (۱۹).

با توجه به دشواری‌های حاصل از تشخیص و درمان بیماری سرطان یکی از نشانگان شایع و رایج در بیماران مبتلا به سرطان اختلال استرس پس از سانحه است. از سوی دیگر در سال‌های اخیر با وجود پیشرفت‌های چشمگیر درمانی در حوزه سرطان، نجات‌یافتگان از این بیماری در حال افزایش است که این مسأله مشکلات سلامت روان این افراد را بیشتر مورد توجه قرار داده است. از این‌رو، شواهد پژوهشی در حیطه روان‌شناسی سلامت به نقش توانمندی شناختی و روان‌شناختی افراد در سازگاری با بیماری‌های مزمن از جمله سرطان تأکید داشته و بر این باورند که ضعف در این توانایی‌ها می‌تواند موجب پیامدهای وخیمی در روند درمان، کیفیت زندگی و سازگاری با این بیماری‌ها گردد. در این راستا، با توجه به اینکه نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که کاهش خاطرات اختصاصی در افراد، با میزان آسیب‌شناسی روانی همبستگی بالایی دارد؛ همچنین کاهش اختصاصی کردن خاطرات در افراد PTSD کاملاً ثابت شده است (۲۰)، بنابراین اجرای یک برنامه مداخله درمانی جهت افزایش اختصاصی کردن حافظه در این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به مطالب ذکر شده، هدف پژوهش حاضر این است که آیا آموزش اختصاصی کردن حافظه که یک برنامه مداخله‌ای گروه‌محور جدید است در بهبود برخی متغیرهای کلیدی آسیب‌شناختی مانند نقص در پردازش شناختی و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم PTSD تأثیر دارد؟

یافتگان از سرطان برخلاف نجات یافتگان تروماهای دیگر، باید همراه با ترس ها و تهدیدهای عود مجدد بیماریشان زندگی کنند (۱۱). بیماری تروماتیک سرطان دارای ماهیتی سرد مشابه ترس شدید، درماندگی یا وحشت است. به طور معمول تصاویر و خاطرات مزاحم مربوط به تشخیص و یا درمان سرطان می‌تواند دوباره در مراحل مختلف سیر بیماری سرطان، برانگیخته شوند. تشخیص ابتدایی سرطان ممکن است به عنوان یک تهدید مرگبار تلقی شود. افزون بر این بیماران در زمان تشخیص بی‌اعتقادی، سردرگمی، بی‌حوصلگی و افکار فاجعه‌بار نیز تجربه می‌کنند. به‌عنوان مثال، بیماری که در زمان تشخیص به چهره‌اشک‌بار مادر یا همسرش نگاه می‌کند ممکن است این تجربه موجب برانگیخته شدن این فکر فاجعه‌آمیز شود که وی در نتیجه ابتلا به بیماری سرطان جان خود را از دست می‌دهد (۱۳). نظریه‌های شناختی PTSD بر تأثیر متقابل هیجان‌ها و شناخت در ایجاد علائم PTSD تأکید دارند، این نظریه‌ها ادعا می‌کنند که آسیب روانی هنگامی ایجاد می‌شود که تنیدگی هیجانی (emotional stress)، منجر به تغییر در بخش‌هایی از شبکه‌های شناختی می‌شود که مسئول پردازش اطلاعات مربوط به ادراک، معنادگی و پاسخ به رویدادهای استرس‌زا است (۱۴). با توجه به رابطه دوطرفه بین شناخت و هیجان، نقص‌های شناختی می‌تواند نقش اساسی و مرکزی در ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه، تداوم آن یا شدت نشانگان و همچنین تأثیرات منفی بر نتیجه درمان داشته باشد (۱۵). سازه شناختی که اخیراً توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است، حافظه شرح حال و به ویژه، حافظه شرح حال بیش کلی گرا (Over general autobiographical memory) است. مشکلات مربوط به حافظه به ویژه بیش کلی گرای حافظه شرح حال یک نقش محوری در ایجاد، تداوم و درمان اختلال استرس پس از سانحه دارد (۱۶).

کاهش اختصاصی بودن حافظه به عنوان عامل مهمی در آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات هیجانی است؛ زیرا این نقص شناختی موجب افزایش افکار مزاحم، اجتناب کارکردی، نشخوارهای فکری، افزایش استفاده از مکانیزم سرکوبی فکر و حالت‌های تجزیه‌ای می‌شود و در نهایت منجر به سبک‌بازیابی بیش کلی گرایانه در حافظه می‌شود که زمینه‌ساز افسردگی ضمنی، تشدید علائم و مزمن شدن اختلال PTSD می‌شود (۱۷). آموزش اختصاصی سازی حافظه (Memory Specificity Training) یک روش درمانی جدید است که با هدف کمک به بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و PTSD در ایجاد خاطرات شرح حال اختصاصی‌تر صورت می‌گیرد. آموزش اختصاصی سازی حافظه بر این اصل استوار است که تمرین‌های ارائه شده موجب می‌شود تا فرد جستجو در حافظه رویدادی را تا جایی ادامه دهد که بتواند جزئیات را به یاد بیاورد و خاطره را به صورت اختصاصی بیان کند (۱۸). این آموزش، روشی برای ساماندهی حافظه شخصی و در عین حال، آموزشی رضایت‌بخش برای رویارویی و مقابله با فرآیندهای شناختی اصلی درگیر در افسردگی و اختلال PTSD است و در واقع، هدف اصلی این آموزش تغییر الگوی یادآوری در حافظه شرح حال از کلی به جزئی و اختصاصی است که در بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله PTSD دیده می‌شود (۱۹).

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش های کاربردی و از نظر شیوه ی گردآوری داده ها از نوع آزمایشی (پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل) است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران دارای تشخیص قطعی سرطان و نشانگان PTSD مراجعه کننده به بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. در این پژوهش پس از اجرای چک لیست اختلال استرس پس از سانحه و انجام مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته، از بین افراد واجد شرایط (نمره بالای ۳۸ و تشخیص اختلال استرس پس از سانحه) (۲۱)، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری سرطان (مرحله ۱ یا ۲)، تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، حداقل میزان تحصیلات سیکل جهت تکمیل پرسشنامه ها، عدم شرکت در سایر مداخلات روان شناختی تا پایان پژوهش و تداوم شرکت در جلسات مداخله بود. همچنین، ملاک های خروجی پژوهش عدم حضور در یک

جلسه از مداخله، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات و عدم حضور و دسترسی به افراد گروه آزمایش و کنترل برای پاسخ به پرسشنامه ها در مراحل پس آزمون بود. سپس آموزش اختصاصی سازی حافظه به صورت ۶ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه ای در هر هفته انجام شد، ساختار کلی جلسات مطابق با آموزش اختصاصی سازی حافظه که به وسیله Rase و همکاران منتشر شده است اجرا شد (۲۲). هدف کلی در این آموزش فراخوانی خاطرات اختصاصی شرح حال از طریق کلمات مثبت، خنثی و منفی است به گونه ای که در پایان جلسات جزئیات خاص زمان، مکان و زمینه حسی حوادث فردی از حافظه بازیابی شود. هر دو گروه (کنترل و آزمایش) قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه های نسخه تجدیدنظر شده مقیاس پردازش هیجانی و مقیاس پاسخ نشخوار فکری پاسخ دادند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. شرح جلسات آموزش اختصاصی کردن حافظه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: برنامه جلسات آموزش اختصاصی سازی حافظه

جلسه	شرح جلسه
جلسه ۱	نوشتن خاطره خاص برای یک کلمه خنثی و مثبت
جلسه ۲	یادآوری دو خاطره برای چهار کلمه نشانه، دو کلمه نشانه مثبت و دو کلمه نشانه خنثی
جلسه ۳	تمرین یادآوری خاطره فقط با کلمات نشانه مثبت
جلسه ۴	یادآوری دو خاطره برای چهار کلمه نشانه، دو کلمه نشانه منفی و دو کلمه نشانه خنثی
جلسه ۵	کمک به فرد برای توضیح احساساتش پیرامون خاطرات یادآوری شده
جلسه ۶	ارائه نمونه هایی از تفکر کلی به شرکت کنندگان، دریافت بازخورد ارزیابی دوره آموزشی از شرکت کنندگان

مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-5: مصاحبه مذکور یک ابزار جامع و استاندارد برای ارزیابی اختلالات روان پزشکی براساس ملاک های تشخیصی DSM-5 طراحی شده و برای مقاصد بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرد، این مصاحبه پرکاربردترین مصاحبه تشخیصی در بین سایر ابزارهای تشخیصی استاندارد است. این نسخه از مصاحبه SCID همانند نسخه های قبلی از اعتبار و روایی بالایی در تشخیص PTSD برخوردار است (ضریب کاپا ۰/۶۹) (۲۳).

چک لیست اختلال استرس پس از سانحه برای غیر نظامیان (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)):

چک لیست اختلال استرس پس از سانحه برای غیرنظامیان (PCL-5) رایج ترین ابزار خود گزارشی علائم اختلال استرس پس از سانحه است، که به عنوان آزمون غربالگری بالینی جهت بررسی علائم اختلال استرس پس از سانحه استفاده می شود. این مقیاس دارای ۲۰ گویه است که ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه های تجربه مجدد رویداد آسیبزا، ۲ ماده آن مربوط به اجتناب از محرک های مرتبط با رویداد آسیبزا، ۷ ماده آن مربوط به تغییرات منفی در شناخت و خلق مرتبط با رویداد آن مربوط به برانگیختگی و واکنش پذیری در ارتباط با رویداد آسیبزا است. شرکت کنندگان در طیف لیکرت ۵ گزینه ای از

هرگز (۰) تا بسیار زیاد (۵)، در یک ماه اخیر به این مقیاس پاسخ می دهند و دامنه نمرات بین صفر تا ۸۰ است (۲۴). ویژگی های روان سنجی PCL-۵ در یک گروه بزرگ با تعداد ۹۱۲ نفر از اعضای ارتش بررسی شد. همسانی درونی، اعتبار همگرا و اعتبار تفکیکی و ساختار عاملی PCL-۵ نشان دهنده همسانی درونی بالا و روایی مورد قبول فهرست PCL-۵ بود (۲۵). ورمقانی، آشتیانی و پورشریفی (۲۶)، ویژگی های روان سنجی این مقیاس را در جامعه ایران مورد بررسی قرار دادند، میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین در این پژوهش همبستگی معنادار بین نمرات این مقیاس با نمرات MCCP بیانگر روایی همگرایی مطلوب (۰/۷۴)، و با نمرات تاب آوری نشان دهنده روایی واگرایی مطلوب (۰/۴۶) است.

نسخه تجدیدنظر شده مقیاس پردازش هیجانی (Emotional Processing Scale-Revised):

نسخه تجدیدنظر شده مقیاس پردازش هیجانی توسط باکر (Baker) و همکاران در سال ۲۰۱۰ برای اندازه گیری سبک های پردازش هیجانی تدوین شد (۲۷). نسخه تجدیدنظر شده این مقیاس، برگرفته از مقیاس پردازش هیجانی (۲۸)، شامل ساختاری پنج عاملی با ۲۵ ماده است که برای اندازه گیری سبک های پردازش هیجانی استفاده می شود؛ همچنین پنج مولفه سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات غیرپردازش شده و اجتناب هیجانی را می سنجد. سوالات ۱ تا ۵ مربوط به سرکوبی هیجانی، سوالات ۶ تا ۱۰ مربوط به هیجانات تنظیم نشده، سوالات ۱۱ تا ۱۵ مربوط به فقر تجربه هیجانی، سوالات ۱۶ تا ۲۰ مربوط به هیجانات غیرپردازش شده و سوالات ۲۱ تا ۲۵ مربوط به اجتناب هیجانی است. مقیاس پردازش هیجانی به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ داده می شود (۲۷). باکر و همکاران ضریب همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس های سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات غیرپردازش شده، اجتناب هیجانی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۷۴ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۲۷). در ایران براساس پژوهش بهرامی، ویژگی های روان سنجی در نسخه تجدیدنظر شده ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۹ به دست آمد (۲۹).

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۲ سوالی است که توسط نولن و هوکسما (Hoeksema) (۳۰)، طراحی شده است. نحوه نمره گذاری براساس طیف لیکرت چهار درجه ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) می باشد. نمرات کمتر از ۳۳ نشان دهنده نشخوارفکری پایین و نمرات بیشتر نشان دهنده نشخوارفکری بالا است. همبستگی درون طبقه ای برای سنجش اعتبار با پنج بار اندازه گیری ۰/۷۵ گزارش شده است. اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد که نشان دهنده اعتبار بالای مقیاس است. همچنین همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است (۳۰). باقری نژاد و همکاران (۳۱) ضریب پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و برای ابعاد آن ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش دادند همچنین روایی پرسشنامه را از طریق آلفای همبسته کردن با پرسشنامه باورهای فراشناختی ۰/۶۵ در سطح ۰/۰۰۱ گزارش شد.

یافته ها

مقایسه آماره های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف معیار استرس پس از سانحه گروه آزمایش ۴۹/۲۰ و ۶/۱۵۵ و میانگین و انحراف معیار استرس پس از سانحه گروه کنترل ۴۸/۸۰ و ۶/۳۱۶ بود که براساس میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه ۲ گروه در متغیر اختلال استرس پس از سانحه برابر با $t=0/176$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P=0/862$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر علائم استرس پس از سانحه می باشد. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۵۳/۸۰ و ۷/۵۰۴ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۵۲/۹۳ و ۱۰/۸۵۹ بود که براساس میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t=0/254$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P=0/801$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر سن می باشد. در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) راهنمایی، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) لیسانس، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دکترا بودند. در گروه کنترل ۱ نفر (۶/۷ درصد) راهنمایی، ۶ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) لیسانس، ۱ نفر (۶/۷ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دکترا

مقیاس پاسخ نشخوار فکری (Ruminative Response)

بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد. در جدول ۲ یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است.

بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $Chi-Square = 1/467$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P=0/917$) که نشان دهنده همگن

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری پرستاران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

گروه آزمایش		گروه کنترل		متغیرهای وابسته
پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
۱۵/۴۷	۱۴/۳۳	۱۵/۵۳	۱۵/۴۰	میانگین
۰/۸۳۴	۰/۷۲۴	۱/۱۸۷	۱/۱۸۳	انحراف معیار
۱۵/۹۳	۱۴/۶۰	۱۵/۷۳	۱۵/۶۷	میانگین
۱/۱۰۰	۰/۹۸۶	۰/۸۸۴	۰/۸۱۶	انحراف معیار
۱۶/۰۷	۱۴/۹۳	۱۶/۱۳	۱۶/۰۰	میانگین
۱/۰۳۳	۱/۵۳۴	۱/۴۰۷	۱/۶۰۴	انحراف معیار
۱۵/۸۰	۱۵/۰۷	۱۵/۶۷	۱۵/۶۰	میانگین
۱/۰۱۴	۱/۳۳۵	۰/۸۱۶	۰/۸۲۸	انحراف معیار
۱۵/۶۰	۱۴/۷۳	۱۶/۲۰	۱۶/۱۳	میانگین
۰/۹۱۰	۱/۳۳۵	۱/۳۲۰	۱/۴۰۷	انحراف معیار
۱۳/۰۰	۱۲/۲۰	۱۲/۸۰	۱۲/۷۳	میانگین
۰/۷۵۶	۱/۰۸۲	۰/۷۷۵	۰/۸۸۴	انحراف معیار
۱۴/۷۳	۱۳/۴۰	۱۴/۶۷	۱۴/۶۰	میانگین
۰/۵۹۴	۱/۲۴۲	۰/۴۸۸	۰/۶۳۲	انحراف معیار
۲۹/۴۰	۲۷/۸۷	۲۹/۷۳	۲۹/۶۷	میانگین
۱/۶۳۹	۱/۹۵۹	۱/۱۶۳	۱/۲۳۴	انحراف معیار

($Z=0,782, P=0,153$)، و افسردگی ($Z=0,718, P=0,152$) نرمال بودند. پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون لون (Levene Test) بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>0,5$) مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد ($F=47/431, P=0/632$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro-Wilk) استفاده شد که براساس نتایج داده ها برای سرکوبی هیجانی ($Z=0,752, P=0,602$)، هیجانان تنظیم نشده ($Z=0,803, P=0,075$)، فقر تجربه هیجانی ($Z=0,815, P=0,085$)، هیجانان غیرپردازش شده ($Z=0,774, P=0,109$)، اجتناب هیجانی ($Z=0,165, P=0,699$)، بروز دادن ($Z=0,732, P=0,158$)، در فکر فرورفتن

زهرا حسن نژاد و همکاران

جدول ۳: نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۶۶۹	۱۰/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۱	۱۰/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۶/۶۱۳	۱۰/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۶/۶۱۳	۱۰/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۹۹

می دهد که ۶۶/۹ درصد تفاوت دو گروه مربوط به آموزش اختصاصی سازی حافظه است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (آموزش اختصاصی سازی حافظه) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P=0/001$) و $F=10/747$ معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
سرکوبی هیجانی	۷/۲۷۸	۱	۱۶/۷۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶	۰/۹۹۹
هیجانان تنظیم نشده	۷/۴۳۰	۱	۱۷/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۰/۹۹۹
فقر تجربه هیجانی	۸/۴۱۳	۱	۶/۱۹۸	۰/۰۲۲	۰/۲۳۷	۰/۹۹۹
هیجانان غیرپردازش شده	۳/۷۳۱	۱	۶/۹۱۸	۰/۱۳۶	۰/۲۵۷	۰/۹۹۹
اجتناب هیجانی	۴/۳۷۰	۱	۵/۱۷۳	۰/۰۳۴	۰/۲۰۵	۰/۹۹۹
نشخوار فکری - بروز دادن	۲/۸۰۵	۱	۶/۸۵۸	۰/۰۱۶	۰/۲۵۵	۰/۹۹۹
نشخوار فکری - در فکر فرو رفتن	۱۱/۵۶۷	۱	۱۳/۷۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷	۰/۹۹۹
نشخوار فکری - افسردگی	۱۳/۳۵۷	۱	۳۹/۲۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	۰/۹۹۹

است. در تبیین این یافته می توان گفت، هیجانان که در طول رویداد تروماتیک رخ می دهند، بر نحوه رمزگذاری آن رویداد در حافظه، نحوه ذخیره آن و نحوه یادآوری و پردازش آن تأثیر می گذارند (۳۴). از این منظر، خاطرات شرح حال ارتباط تنگاتنگی با هیجانان دارند (۳۵). با یادآوری نکردن رویدادهای منفی اختصاصی که در گذشته ما اتفاق افتاده است، تصور می شود که این امر باعث کاهش قرار گرفتن در معرض تجارب هیجانی منفی می شود و بنابراین توانایی فرد را برای یادگیری نحوه تنظیم و کنار آمدن با این هیجانان در زمانی که به طور اجتنابناپذیری برانگیخته می شوند، محدود می کند (۳۶). بنابراین، با بهبود مشکلات اختصاصی کردن خاطرات از طریق مداخله، ما انتظار داریم که بهبودی متناسب در علائم اختلال هیجانی در افرادی که در حال حاضر علامت دار هستند، یا کاهش احتمال

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود استفاده از آموزش اختصاصی سازی حافظه بر نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری در مرحله پس آزمون تأثیر دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش اختصاصی سازی حافظه بر نقص در پردازش هیجانی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم PTSD بود. نتایج یافته های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش اختصاصی سازی خاطرات بر کاهش نقص در پردازش هیجانی بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم PTSD تأثیر معناداری دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش های لوائی و همکاران (۳۲)، کاظمی رضایی و همکاران (۳۳)، ویلیامز (Williams) و همکاران (۲۰) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو

تشخیص در افرادی که در حال حاضر علامت دار نیستند، داشته باشیم (۳۷). راهبرد «قطع جستجو» قبل از دستیابی به بازنمایی های اختصاصی به منظور اجتناب از پیامدهای آزارنده، نوعی تقویت منفی برای افراد است. نتیجه این عمل اجتناب شناختی خواهد بود؛ یعنی فرد انتظار دارد اگر آنها را قطع نکند، پیامدهای آزارنده ای برای او خواهد داشت (۲۰). به عبارت دیگر، کارکرد بیش کلی گرایمی برای فردی که تروما را تجربه کرده احتمالاً این است که خود را از تجربه هیجانی منفی که از پرداختن به هیجانات مرتبط با آن رویداد ناشی می شود، دور نگه دارد (۳۸). در واقع، از آنجا که در فرایند جستجو در اطلاعات اختصاصی مربوط به تروما، سطحی از بیش کلی گرایمی در خاطرات به عنوان شکلی از اجتناب هیجانی به وجود می آید، عقیده بر این است که این راهبرد، توسط افرادی که با تروما مواجهه شده اند یاد گرفته می شود و دلیلش تقویت منفی است که با اجتناب از هیجان های ناراحت کننده به دست می آورند (۱۷). با انجام تمرینات اختصاصی کردن حافظه، فرد می آموزد که خاطرات خود را با تمرکز و دقت بیشتر همراه با جزئیات بیان کند و نقصی که در بازبازی خاطرات در نتیجه اجتناب زیاد از یادآوری آنها وجود دارد به سمت بهبودی می رود و با افزایش هشیاری فرد نسبت به جزئیات رویداد می تواند به وضوح هیجانات مرتبط را تجربه کند و آنچه را سعی در سرکوب کردن و اجتناب داشته است، در هوشیاری پردازش می کند و این مساله می تواند میزان اجتناب کارکردی، افکار مزاحم و تجارب تجزیه ای را که ناشی از سبک بازبازی اجتنابی است، کاهش دهد و فرد به یک پیوستگی در تجارب، هیجان و حافظه برسد. همچنین به دنبال افزایش بازبازی اختصاصی، اجتناب شناختی از یادآوری خاطرات منفی و هیجان های همراه با خاطرات کاهش می یابد. در نتیجه، امکان بررسی تجارب منفی و تلخ گذشته از نظر وجوه مثبت و منفی موقعیت و عملکرد فرد در آن شرایط به وجود می آید و جلوگیری از تکرار شکست و عملکرد ناموثر قبلی ممکن می شود. بنابراین با انجام تمرین های اختصاصی سازی حافظه می توان انتظار داشت میزان نقص در پردازش هیجانی بیماران مبتلا به سرطان کاهش یابد. همچنین یافته های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش اختصاصی سازی حافظه بر کاهش نشخوارفکری بیماران مبتلا به سرطان دارای علائم PTSD تاثیر معناداری دارد.

این یافته با پژوهش های کاظمی رضایی و همکاران (۳۳)، کلمبو (Colombo) و همکاران (۳۹)، کوئنستد (Quenstedt) و همکاران (۴۰) همسو می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت از آنجایی که ناتوانی در به خاطر آوردن اختصاصی حافظه با مشکلات هیجانی ارتباط دارد؛ افرادی که کمتر می توانند رویدادهای ناخوشایند و منفی با بار هیجانی بالا را با جزئیات به خاطر بیاورند، نشخوار فکری شدیدتر و قابل ملاحظه ای را نشان می دهند (۳۹). همچنین نتایج پژوهش کوئنستد و همکاران (۴۰) نشان می دهد افرادی که از درد و بیماری های مزمن رنج می برند و یا سطوح بالاتری از علائم افسردگی در آن ها مشاهده می شود، کمتر می توانند خاطرات اختصاصی بازتولید کنند؛ آن ها همچنین رخدادهای سرگذشتی آینده محور را بسیار کمتر اختصاصی شده تولید می کنند. از سویی دیگر بیماران مبتلا به سرطان در مراحل اولیه بیماری یعنی هنگام تشخیص و سپس طی فرآیند بیماری اغلب تروما را تجربه می کنند. علی رغم آنکه افراد دچار استرس پس از سانحه اغلب از مرور ذهنی رویداد آسیب زا در قالب تجربه مجدد خاطره و یا کابوس ها رنج می برند، برایشان دشوار است که سانحه را به شیوه ای مشابه، با جزئیات و زمان مند روایت کنند. آن ها معمولاً به دلیل یادآوری های متعدد، دردناک و غیرارادی رویداد آسیب زا قادر هستند همه جزئیات آن را به خوبی به خاطر آورند؛ لیکن به هنگام روایت حادثه اغلب روایت هایی سازمان نایافته، چند تکه و ناپیوسته دارند (۴۱)؛ نشانه های استرس پس از سانحه و تجربه سایر هیجان های منفی شدید تنها زمانی می توانند در مسیر بهبودی قرار گیرند که فرد از روایت بسیار هیجانی، متناقض و چند تکه رویداد آسیب زا دست بردارد و حقیقت اتفاق افتاده را روایت کنند تا داستان رویداد آسیب زا نه در قالب نشانه بیماری، بلکه به صورت روایت شفاهی و واقعی ارائه شود (۴۲). از آنجایی که، آموزش اختصاص سازی حافظه بر این اصل استوار است که تمرین های ارائه شده موجب می شود تا فرد وادار شود جستجو در حافظه رویدادی را ادامه دهد تا آنجا که بتواند جزئیات را به یاد بیاورد و خاطره را به صورت اختصاصی و جزئی بیان کند. بنابراین انجام تمرینات آموزش اختصاصی کردن حافظه باعث کاهش خاطرات بیش کلی شده می شود و متعاقباً نشخوار فکری کاهش می یابد.

مقرون به صرفه است که با گذشت هر چه بیشتر زمان و ادامه روند افزایش اختصاصی شدن حافظه، باعث کاهش علائم شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به سرطان با علائم اختلال استرس پس از سانحه می شود. محدودیت هایی که در مطالعه حاضر وجود داشت شامل، به کارگیری نگرفتن یک شیوه مداخله روان شناختی دیگر در کنار آموزش اختصاصی سازی حافظه بود. همچنین، از آنجایی که نمونه پژوهش حاضر بر روی افراد مبتلا به سرطان با علائم PTSD انجام شد پیشنهاد می شود که این مداخله بر روی نمونه های دیگری از افراد مبتلا به PTSD از نظر ماهیت تروما نیز صورت گیرد. در نهایت، بکارگیری یک شیوه مداخله روان شناختی دیگر در کنار آموزش اختصاصی سازی خاطرات، به منظور مقایسه اثربخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت بندی شیوه مداخله از پیشنهادات پژوهش حاضر می باشد.

سیاسگاری

بدین وسیله از تمامی بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدر دانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

References

1. Devine KA, Reed-Knight B, Loisele KA, Fenton N, Blount RL. Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2010 Dec;17:340-8. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9210-7>
2. Gurevich M, Devins GM, Rodin GM. Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*. 2002 Jul 1;43(4):259-81. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.4.259>
3. Wachen JS, Patidar SM, Mulligan EA, Naik AD, Moye J. Cancer-related PTSD symptoms in a veteran sample: association with age, combat PTSD, and quality of life. *Psycho-oncology*. 2014 Aug;23(8):921-7. <https://doi.org/10.1002/pon.3494>

نتیجه گیری

با توجه به تأثیرات جامع و مخرب بیماری سرطان این بیماری به عنوان یک رویداد آسیبزا می تواند بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد اثرات قابل توجهی داشته باشد. این بیماری مهلک یک تهدید جدی برای زندگی افراد است، به طوری که در مجموع، فرایند تشخیص، شدت بیماری، سطح تهدید زندگی، احساس تنهایی مرتبط با بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان، طول مدت بیماری، نیاز به تکرار روش های درمانی از قبیل شیمی درمانی و پرتودرمانی، اثرات جانبی درمان و داروهای مصرفی و پیش آگهی منفی (خطر عود و پیشرفت بیماری) منجر به ترومای سرطان با ماهیت پیچیده خواهد شد. در این راستا، تجربه یک رویداد تروماتیک از قبیل سرطان، به طور معمول، منجر به پیامدهای منفی متعددی از جمله نشانگان استرس پس از سانحه (PTSD) خواهد شد. فعالیت های شناختی و هیجانی افراد در مواجهه با تروما یکی از مهم ترین عواملی است که پیامدهای تجربه رویداد آسیب زا را تحت تأثیر قرار می دهد. افزون بر این، شواهد موجود حاکی از آن است که مشکلات در پردازش هیجانی و فعالیت های شناختی به صورت نشخوار غیرقابل کنترل مرتبط به رویداد آسیبزا می تواند منجر به ابتلا به PTSD و حفظ نشانگان آن شود. آموزش اختصاصی سازی حافظه شرح حال برای کاهش علائم شناختی و هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان با علائم اختلال استرس پس از سانحه، درمانی کوتاه مدت و

4. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*. 2000 Apr 1;38(4):319-45. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
5. Ogińska-Bulik N, Michalska P. The relationship between emotional processing deficits and posttraumatic stress disorder symptoms among breast cancer patients: The mediating role of rumination. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2020 Mar;27:11-21. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09606-6>
6. Ehring T, Ehlers A. Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder?. *European journal of psychotraumatology*. 2014 Dec 1;5(1):23547. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23547>
7. Rachman S. Emotional processing. *Behaviour research and therapy*. 1980 Jan 1;18(1):51-60. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90069-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90069-8)

8. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007 Feb 1;62(2):167-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005>
9. Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press; 2001 Oct 24.
10. Roley ME, Claycomb MA, Contractor AA, Dranger P, Armour C, Elhai JD. The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Jul 15;180:116-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.006>
11. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & emotion*. 1993 Nov 1;7(6):561-70. <https://doi.org/10.1080/02699939308409206>
12. McEvoy PM, Mahoney AE, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of anxiety disorders*. 2010 Jun 1;24(5):509-19. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.008>
13. Baranes M. The role of trauma in cancer: practical applications. Extracts from case studies on the clinical psychology of cancer. *Innovations & Thérapeutiques en Oncologie*. 2019 May 1;5(3):161-4.
14. Lang PJ. Physiological assessment of anxiety and fear. *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology*. 1977:178-95.
15. Hayes JP, VanElzakker MB, Shin LM. Emotion and cognition interactions in PTSD: a review of neurocognitive and neuroimaging studies. *Frontiers in integrative neuroscience*. 2012 Oct 9;6:89. <https://doi.org/10.3389/fnint.2012.00089>
16. Conway MA. Memory and the self. *Journal of memory and language*. 2005 Oct 1;53(4):594-628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
17. Maxwell KL, Callahan J. *MEemory Specificity Training (MEST) for Group Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Therapist's Manual*. 2013.
18. Erten MN, Brown AD. Memory specificity training for depression and posttraumatic stress disorder: a promising therapeutic intervention. *Frontiers in psychology*. 2018 Apr 3;9:419. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00419>
19. Raes F, Williams JM, Hermans D. Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of MEmory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2009 Mar 1;40(1):24-38. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.03.001>
20. Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, Dalgleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological bulletin*. 2007 Jan;133(1):122. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
21. Cohen J, Kanuri N, Kieschnick D, Blasey C, Barr Taylor C, Kuhn E, Newman MG. Preliminary evaluation of the psychometric properties of the PTSD checklist for DSM-5. InPoster presented at the 48 th Annual Convention of the Association of Behavior and Cognitive Therapies, Philadelphia, PA, November. DOI 2014 (Vol. 10, No. 2.1, pp. 4448-5444).
22. Raes F, Williams JM, Hermans D. Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of MEmory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2009 Mar 1;40(1):24-38. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.03.001>
23. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, Kupfer DJ. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American journal of psychiatry*. 2013 Jan;170(1):59-70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>
24. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, Keane TM. Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological assessment*. 2016 Nov;28(11):1379. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
25. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark B, Foa EB, Young-McCaughan S, Yarvis JS, Hembree EA, Mintz J. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological assessment*. 2016 Nov;28(11):1392.

- <https://doi.org/10.1037/pas0000260>
26. Varmaghani H, Fathi Ashtiani A, Poursharifi H. Psychometric properties of the Persian version of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *Journal of Applied Psychological Research*. 2018 Sep 23;9(3):131-42.
 27. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*. 2010 Jan 1;68(1):83-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.007>
 28. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007 Feb 1;62(2):167-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005>
 29. Bahrami F. Afzayesh maharat-haye atefi danesh amoozan az tarigh amoozesh pardazesh hayajani [Increase students' emotional skills through training emotional processing]. In: 3rd Iran Neuropsychology Symposium [Internet]. Karaj, Iran: Kharazmi University;2007. [Persian].
 30. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*. 1991 Jul; 61(1):115. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
 31. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Foundations of Education*. 2010 Aug 23; 11(1).
 32. Lavaei P, Moradi A, Taher M, Mikaeili N. Effectiveness of Memory Specificity Training (MEST) on Emotion Regulation and Adherence in Cancer Patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2023 Mar 1;14(4).
 33. kazemi rezaei A, Moradi A, shagholian M, Abdollahi M H, parhoon H. The effect of memory specificity training on reducing cognitive and emotional symptoms in people with post-traumatic stress disorder. *IJPN* 2022; 10 (3) :14-
 34. Sarp N, Tosun A. Emotion and Autobiographical Memory/Duygu ve Otobiyografik Bellek. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry*. 2011 Jun 22;3(3):446-66. <https://doi.org/10.5455/cap.20110320>
 35. Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological review*. 2000 Apr;107(2):261. <https://doi.org/10.1037//0033-295X.107.2.261>
 36. Harris LS, Block SD, Ogle CM, Goodman GS, Augusti EM, Larson RP, Culver MA, Pineda AR, Timmer SG, Urquiza A. Coping style and memory specificity in adolescents and adults with histories of child sexual abuse. *Memory*. 2016 Sep 13;24(8):1078-90. <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1068812>
 37. Barry TJ, Sze WY, Raes F. A meta-analysis and systematic review of Memory Specificity Training (MeST) in the treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2019 May 1;116:36-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.02.001>
 38. Williams JM. Depression and the specificity of autobiographical memory. *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. 1999 Feb 13:244. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527913.010>
 39. Colombo D, Serino S, Suso-Ribera C, Fernández-Álvarez J, Cipresso P, García-Palacios A, Riva G, Botella C. The moderating role of emotion regulation in the recall of negative autobiographical memories. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jul 2;18(13):7122. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137122>
 40. Quenstedt SR, Sucher JN, Pfeffer KA, Hart R, Brown AD. Autobiographical memory and future thinking specificity and content in chronic pain. *Frontiers in Psychology*. 2021 Jan 12;11:624187. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.624187>
 41. Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Holen, A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*. 2013; 51(10): 641-647. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.002>
 42. Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, Neuner F. Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli-evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC neuroscience*. 2011 Dec;12(1):1-3. <https://doi.org/10.1186/1471-2202-12-127>