

Funkcjonowanie pamięci wydarzeń u osób chorujących na depresję

The functioning of the memory of events in people suffering from depression

Katarzyna Wachowska, Piotr Gątecki, Monika Talarowska

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2017; 12, 4: 152–161

Adres do korespondencji:

Katarzyna Wachowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Aleksandrowska 159
91-229 Łódź
e-mail: wachowskakat@gmail.com

Streszczenie

Wprowadzenie: Wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia depresyjne zaobserwowano występowanie zaburzeń poznawczych w zakresie pamięci, uwagi i funkcji wykonawczych. Jednym z rodzajów pamięci jest pamięć autobiograficzna. W obrębie tego rodzaju pamięci wyróżniamy treści epizodyczne i semantyczne.

Cel pracy: Ocena funkcjonowania pamięci autobiograficznej u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających. Cele szczegółowe obejmowały poszukiwanie czynników wpływających na poziom jej funkcjonowania wśród danych dotyczących ciężkości i przebiegu choroby.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 42 osoby z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających. W celu oszacowania nasilenia objawów depresyjnych zbadano osoby zakwalifikowane do badań Skalą Depresji Hamiltona (*Hamilton Rating Depression Scale* – HRDS) oraz zebrano informacje dotyczące charakterystyki przebiegu choroby (liczba hospitalizacji, próby samobójcze). Funkcjonowanie pamięci autobiograficznej zbadano przy użyciu Kwestionariusza do badania pamięci epizodycznej opracowanego na potrzeby badania.

Wyniki: Analiza statystyczna zebranych danych wykazała istotny statystycznie związek między czasem trwania choroby, wiekiem pierwszej hospitalizacji oraz liczbą swobodnie przypominanych sobie wspomnień i umieszczanych na linii życia. Analiza statystyczna nie wykazała istnienia związku między nasileniem objawów choroby, próbami samobójczymi a funkcjonowaniem pamięci autobiograficznej. Nie wykazano także istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami biorącymi udział w badaniu. Należy podkreślić, że ograniczeniem badania była mała grupa osób badanych, a także duża różnica w liczebności grupy kobiet i mężczyzn. Wydaje się, że konieczne są dalsze prace dotyczące tego obszaru.

Słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, pamięć epizodyczna, pamięć autobiograficzna.

Abstract

Introduction: Cognitive deficits in memory, attention, and executive functions among patients suffering from depressive disorders have been observed in a variety of studies. Observed memory deficits include autobiographical memory, within which we distinguish episodic and semantic content.

Aim of the study: The purpose of the study was to evaluate the functioning of autobiographical memory in patients diagnosed with recurrent depressive disorders, and to look for factors influencing its functioning in terms of severity and course of the disease.

Material and methods: Forty-two people with recurrent depressive disorder were enrolled. Patients qualified for the study were examined with the Hamilton Rating Depression Scale (HRDS) in order to estimate the severity of depressive symptoms. Also, information on the course of the disease was collected (i.e. hospitalisation, suicide attempts). The condition of the autobiographical memory was examined with an episodic memory questionnaire developed for the study.

Results: The statistical analysis of the data collected showed a statistically significant relationship between the duration of the disease, the patient's age at the first hospitalisation, and the number of freely remembered memories. The statistical analysis did not show any statistically significant relationship between the severity of the disease symptoms, suicide attempts, and the functioning of autobiographical memory. There were also no statistically significant differences between women and men taking part in the study. It should be stressed that the survey was limited to a small group of people and further work on this area is required.

Key words: depressive disorder, episodic memory, autobiographical memory.

Wstęp

Depresja stanowi jedno z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych. W badaniach Kiejny i wsp. (2015) dotyczących rozpowszechnienia chorób psychicznych wśród populacji polskiej wykazano, że kryteria DSM-IV dla dużej depresji spełniało 4,0% kobiet i 1,9% mężczyzn. Autorzy publikacji zwracają uwagę, że wiele z badanych osób zgłaszało objawy związane z depresją, nie spełniając wszystkich kryteriów rozpoznania. Sugeruje to możliwość niedoszacowania istniejącego problemu (Kiejna i wsp. 2015). Ferrari i wsp. w metaanalizie światowych doniesień o występowaniu depresji wykazali, że rozpowszechnienie depresji wynosi 4,7%. Jednocześnie autorzy podkreślają duże różnice między poszczególnymi regionami świata dotyczące zarówno metodologii badań, jak i uzyskanych wyników (Ferrari i wsp. 2013).

Duże i ciągle rosnące rozpowszechnienie depresji oraz złożoność jej etiologii (Gałecki i Talarowska 2017, 2018) sprawiają, że konieczne wydaje się poszukiwanie czynników, które mogą wpływać na jej wystąpienie, przebieg i odpowiedź na leczenie. W grupie pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających zaobserwowano liczne zaburzenia funkcji poznawczych. Dotyczą one głównie funkcjonowania pamięci, uwagi i funkcji wykonawczych (Talarowska 2009; Talarowska i wsp. 2015; Gałecki i wsp. 2015; Rock i wsp. 2014; Trivedi i Greer 2014; Snyder 2013). Badania wskazują, że pogorszenie funkcji poznawczych obecne jest już u chorych podczas pierwszego epizodu depresji (Talarowska i wsp. 2015; Lee i wsp. 2012) lub może nawet go poprzedzać w postaci dyskretnych zmian w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, możliwych do zobrazowania technikami radiologicznymi, ale niedających zmian na poziomie badanym testami neuropsychologicznymi (Mannie i wsp. 2010). Zaburzenia poznawcze u osób cierpiących na depresję dotyczą: szybkości przetwarzania informacji, pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych, fluencji werbalnej, zdolności uczenia się nowych informacji, odroczonej i bezpośredniej pamięci słuchowej (Talarowska 2009; Talarowska i wsp. 2015; Gałecki i wsp. 2015; Lee i wsp. 2012). Rock i wsp. (2014) w metaanalizie doniesień dotyczących powiązania zaburzeń poznawczych z depresją wykazali, że są one obecne zarówno w czasie trwania epizodu depresyjnego, jak i u pacjentów w remisji (Rock i wsp. 2014). Świtalska (2013) w badaniach obejmujących grupę pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową

w okresie depresji wykazała, że natężenie objawów depresyjnych nie miało związku z wynikami w testach neuropsychologicznych, ale miały je liczba hospitalizacji, wiek wystąpienia choroby i czas jej trwania (Świtalska 2013). Martinez-Aran i wsp. (2004) wykazali, że osoby cierpiące na chorobę afektywną dwubiegunową zarówno w czasie epizodu depresyjnego, maniakalnego, jak i podczas remisji prezentują gorsze funkcjonowanie w zakresie funkcji wykonawczych oraz pamięci werbalnej (Martinez-Aran i wsp. 2004). Warto także zwrócić uwagę, że metaanaliza danych dotyczących wielkości hipokampa u pacjentów z depresją wykazała, że jest on istotnie zmniejszony. Hipokamp należy do kluczowych ośrodków związanych z pamięcią (Videbech i Ravnkilde 2004; Trivedi i Greer 2014).

Pamięć autobiograficzna a pamięć epizodyczna

Procesy pamięciowe stanowią szerokie pojęcie obejmujące fazy rejestrowania, przechowywania i odtwarzania doświadczenia. Wyróżniamy kilka rodzajów pamięci, zależnie od przyjętego kryterium, co prezentuje tabela 1 (opracowana na podstawie: Maruszewski 2004; Gilboa 2004; Piolino i wsp. 2009). Tulving zaproponował do dziś stosowany podział pamięci na epizodyczną i semantyczną (Tulving 1972), co również znalazło odzwierciedlenie w tabeli 1. Pamięć autobiograficzna obejmuje swym zakresem materiał dotyczący historii życia danej jednostki (Maruszewski 2004). Maruszewski (2005) proponuje określenie pamięci autobiograficznej jako deklaratywnej dotyczącej własnej przeszłości. Conway wskazuje na wagę pamięci autobiograficznej jako elementu współtworzącego poczucie własnej osoby (*self*), swoich emocji, oraz siebie jako osoby, która pozostaje stała na tle zmieniającej się rzeczywistości (Conway i Pleydel-Pearce 2000; Conway 2005).

Szczególną trudność nasuwa ściśle rozróżnienie pamięci epizodycznej i pamięci autobiograficznej, gdyż zależnie od autora te rodzaje pamięci są uznawane za tożsame albo za częściowo nakładające się. Najogólniej ujmując, pamięć epizodyczna to pamięć wydarzeń. Gilboa (2004) wskazuje, że pamięć epizodyczna zawiera wspomnienia, które pamiętamy jako wydarzenia, w których braliśmy udział, natomiast w pamięci autobiograficznej znajdują się informacje dotyczące nas samych. Inna różnica między tymi rodzajami pamięci miałaby w tym ujęciu dotyczyć czasu – pamięć autobiograficzna dotyczy dłuższych okresów, zaś epizodyczna krótszych

Tabela 1. Rodzaje pamięci zależnie od przyjętego kryterium podziału. Zaznaczona lokalizacja pamięci autobiograficznej. Opracowane na podstawie Maruszewski 2004; Gilboa 2004; Piolino i wsp. 2009

Kryterium podziału	Rodzaj pamięci	Krótką definicja	Dodatkowy podział	Krótką definicja
czas	ultrakrótkotrwała	magazyn sensoryczny	–	–
	krótkotrwała	zawiera ograniczoną liczbę elementów, które są przechowywane do kilkunastu minut	–	–
	długotrwała	pojemność i czas przechowywania nieokreślona, prawdopodobnie nieograniczona	–	–
treść	deklaratywna*	możliwe jest uświadomienie i werbalizacja treści	semantyczna*	zawiera fakty*, wiedzę szkolną, kiedy używamy słów: wiem, że...
			epizodyczna*	zawiera nasze osobiste wydarzenia*, doświadczenia, kiedy używamy słów: pamiętam, że...
	niedeklaratywna	uświadomienie lub werbalizacja treści utrudnione, zawiera głównie treści o charakterze proceduralnym: wiem, jak coś się wykonuje, np.: wiem, jak jeździć na rowerze	–	–

*Zaznaczono obszar objęty badaniem.

(Gilboa 2004). Conway (2005) wskazuje, że pamięć epizodyczna jest pamięcią krótkotrwałą, a wspomnienia wydarzeń, które dzieją się wokół nas, są z niej przenoszone do magazynu pamięci autobiograficznej lub – częściej – są usuwane. W ujęciu tego autora pamięć autobiograficzna jest określona jako wiedza (*knowledge*) autobiograficzna i oddzielny system pamięci epizodycznej (Conway 2005). Tulving (1972) określił pamięć autobiograficzną jako pamięć indywidualnej przeszłości.

Magazyn pamięci autobiograficznej zawiera informacje o charakterze semantycznym oraz epizodycznym (Maruszewski 2005; Piolino i wsp. 2009). Ważnym elementem są interpretacje, dane o charakterze abstrakcyjnym. Cechą charakterystyczną materiału zawartego w pamięci autobiograficznej jest jego ładunek emocjonalny (Maruszewski 2005).

Prawidłowe funkcjonowanie pamięci autobiograficznej umożliwia kształtowanie poczucia własnej tożsamości, budowania poczucia spójności własnej osoby na przestrzeni czasu, poczucia kontynuacji i stabilizacji (Reinhold i Markowitsch 2009; Conway 2001). Conway wskazuje, że informacje zawarte w magazynie pamięci autobiograficznej składają się ze wspomnień epizodycznych powstających w każdej

chwili życia danego osobnika. Część z nich może zostać włączona od razu lub z opóźnieniem do pamięci autobiograficznej. Większość z nich zanika w ciągu 24 godzin (Conway i Pleydell-Pearce 2000; Conway 2005). Maruszewski (2005) proponuje określenie jej jako pamięci deklaratywnej dotyczącej własnej przeszłości, pojęciem nadrzędnym w jego koncepcji jest doświadczenie życiowe, stanowiące zbiór elementów deklaratywnych (pamięć autobiograficzna) oraz niedeklaratywnych (określone umiejętności, np. znajomość języków obcych lub reakcje o charakterze odruchów warunkowych, np. lęk przed pająkami).

Nieco inaczej definiuje pamięć autobiograficzną Conway, prezentując model poznawczo-motywacyjny. Autor wskazuje, że zawiera ona informacje o sukcesach i porażkach w osiąganiu osobistych celów danej osoby. Formuluje także pojęcie poziomów specyficzności wiedzy autobiograficznej, na które składają się: wiedza o okresach życia i wiedza o wydarzeniach, podzielona na wydarzenia specyficzne i generalne (tab. 2, opracowana na podstawie Conway i Pleydell-Pearce 2000). W licznych opracowaniach dotyczących pamięci autobiograficznej (Conway 2001, 2005; Conway i Pleydell-Pearce 2000) wskazuje się na istnienie *Self-Memory*

Tabela 2. Uporządkowanie wiedzy zawartej w pamięci autobiograficznej. Opracowane na podstawie Conway i Playdell-Pearce 2000

	Poziom specyficzności wiedzy	Dodatkowe informacje
Pamięć autobiograficzna	okresy życiowe	uporządkowane zgodnie z motywami przewodnimi, np. wyższa edukacja, związki interpersonalne, uporządkowanie danych czasowo lub tematycznie
	wydarzenia ogólne (generalne)	pojedyncze lub powtarzalne wydarzenia, np. Boże Narodzenie, urlop
	wydarzenia specyficzne	wydarzenia powtarzalne lub pojedyncze, bardzo heterogenna grupa wspomnień, wysokiej wagi wydarzenia definiujące siebie, szczególna waga pierwszych doświadczeń z danej klasy

System (SMS), na który składają się ja operacyjne i baza pamięci autobiograficznej. Te dwa składniki zasadniczo wchodzi w interakcje, biorąc udział zarówno w pamiętaniu, jak i formowaniu się wspomnień, choć wg autora tej koncepcji mogą także pracować oddzielnie. Conway (2005) wskazuje także, że podstawową zasadą funkcjonowania pamięci autobiograficznej jest dążenie do koherencji, rozumianej w tym kontekście jako zgodność między obrazem ja (siebie) a magazynem pamiętanych wspomnień. Koriat i Goldsmith (1996) opisują proces, który kontroluje poza świadomością jednostki, jakie dane zostaną przypomniane w danej sytuacji. Autorzy podkreślają, że istnienie tego zjawiska sprawia dodatkową trudność w próbach badania pamięci autobiograficznej.

Dane zawarte w pamięci autobiograficznej cechują się uporządkowaniem sekwencyjnym rozumianym przez daną osobę oraz dokładną lokalizacją czasową (Maruszewski 2004). Inni badacze (Conway 2001; Gilboa 2004) wskazują, że należy do definicji pamięci autobiograficznej dodać aspekt autoświadomości, poczucia kontynuacji swoich wydarzeń życiowych i możliwości ponownego doświadczenia przeszłych wydarzeń w wyobraźni. Warto podkreślić, że na potrzeby opisywanego badania pamięć autobiograficzną zdefiniowano zgodnie z koncepcją Maruszewskiego, a w opracowanym przez badaczy teście do badania pamięci epizodycznej zawarto zadania dotyczące zarówno obszaru treści semantycznych, jak i epizodycznych. Aspekt autoświadomości opisywanych przez badane osoby wydarzeń jest nieweryfikowalny, choć podczas indywidualnie udzielanych instrukcji oraz w instrukcji pisemnej do badania zawarta była prośba, aby podawane informacje były pamiętane przez osobę badaną.

Piolino (2009) podsumowuje, że pamięć autobiograficzna jest wielopoziomową strukturą, na którą składają się zarówno wiedza ogólna, jak

i indywidualne doświadczenia jednostki (Piolino i wsp. 2009).

Cel pracy

Celem badania była ocena funkcjonowania pamięci autobiograficznej u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających oraz poszukiwanie czynników wpływających na poziom jej funkcjonowania wśród danych dotyczących ciężkości i przebiegu choroby.

Materiał i metody

Materiał

Do badania zakwalifikowano 42 pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających, podczas hospitalizacji w Klinice. Projekt badania otrzymał pozytywną opinię Komisji Bioetyki (nr zgody RNN/45/15/KE z dnia 17.03.2015 r. oraz RNN/461/11/KB z dnia 14.06.2011 r.), a każda osoba badana wyraziła pisemną, świadomą zgodę na udział w badaniu.

Pacjenci kwalifikowani byli do badania na podstawie diagnozy lekarskiej. Z badania wykluczono pacjentów:

- uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych,
- podających w wywiadzie poważny uraz głowy,
- których dolegliwości sugerowały proces otępienny lub organiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego,
- cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową.

Metoda

Na potrzeby opisywanego badania autorzy uporządkowali powyższe rozważania nad wartością pamięci autobiograficznej i wyróżnili następujące rodzaje pamięci (w nawiasach

umieszczono przykłady stanowiące zawartość poszczególnych rodzajów pamięci):

- pamięć epizodyczna dotycząca wydarzeń o charakterze ogólnospołecznym (np. atak na *World Trade Center* 11 września 2001 r.; wybór papieża Polaka),
- pamięć epizodyczna dotycząca wydarzeń o charakterze autobiograficznym (linia życia, na której osoba badana opisuje wydarzenia ze swego życia w powiązaniu z datami rocznymi),
- pamięć semantyczna obejmująca wiedzę o charakterze autobiograficznym (konkretne pytania dotyczące wiedzy o sobie, np. imię i nazwisko, data urodzenia, informacje dotyczące rodziców, dziadków, okresu edukacji, pracy itp.).

Każdy z tych obszarów pamięciowych jest badany w innej części testu skonstruowanego na potrzeby opisywanych badań. Należy jednakże podkreślić, że są one ze sobą powiązane oraz wzajemnie zależne.

W badaniu wykorzystano:

- Skalę Depresji Hamiltona (*Hamilton Rating Depression Scale* – HRDS),
- ankietę do badania pamięci epizodycznej,
- ankietę personalną, uwzględniającą podstawowe dane socjodemograficzne oraz dotychczasowy przebieg choroby i leczenia psychiatrycznego.

Skala Depresji Hamiltona w wersji 17 punktów zastosowano w celu zobiektywizowania nasilenia objawów depresyjnych w momencie przeprowadzania badania. Skalę wypełniał badacz (psycholog) podczas rozmowy z pacjentem.

Ankieta do badania pamięci epizodycznej opracowana została na podstawie istniejącej literatury, kwestionariuszy do badania pamięci autobiograficznej oraz własnej koncepcji badacza. Składa się z trzech części, dwie pierwsze własnego autorstwa badacza, a trzecia wzorowana na istniejących kwestionariuszach do oceny pamięci autobiograficznej.

Zadanie 1 polega na zestawieniu w tabeli dat rocznych obejmujących swoim zakresem wydarzenia z życia osobistego osoby badanej (kolumna 1) i życia społecznego (kolumna 2) oraz próbie połączenia jedną datą roczną wydarzeń z obu obszarów (1 + 2).

Zadanie 2 to „linia życia”, na której osoba badana ma umieścić datowane rocznie krótkie opisy wydarzeń ze swojego życia. Liczba dat rocznych odpowiada wiekowi osoby badanej, ostatni uwzględniony rok to rok, w którym wykonywane jest badanie. Zliczana jest liczba wspomnień, a następnie przeliczana na wskaźnik liczba wydarzeń na rok życia (liczba wspomnień

na linii życia/wiek osoby badanej). Nie jest dokonywany podział na okresy życia, w związku z czym nie jest analizowany tzw. efekt reminiscencji (Rzepa 2007).

Zadanie 3 to zestaw pytań składających się na formę ustrukturalizowanego wywiadu (Maruszewski 2005), obejmujących różne aspekty i okresy życia osoby badanej (imiona, nazwiska, daty narodzin, okoliczności nabywania umiejętności, dane dotyczące edukacji, wspomnienia dotyczące zabawek i inne). Każde pytanie oceniane jest punktowo na podstawie liczby informacji podanych przez osobę badaną. Pacjent samodzielnie wykonuje test po uprzednim zapoznaniu się z instrukcją i krótkim wprowadzeniem osoby badającej.

Opracowanie statystyczne przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA 12 StatSoft. Wykorzystano współczynnik korelacji r Pearsona i test t Studenta oraz test U Manna-Whitneya dla zmiennej grupującej płeć. Poziom istotności statystycznej wynosił w przypadku wszystkich obliczeń $p < 0,05$.

Wyniki

Zakwalifikowani do badania pacjenci byli w wieku od 23 do 61 lat (średnia wieku: 47). Kobiet było 34, mężczyzn 8. Charakterystykę przebiegu choroby pacjentów oraz nasilenie objawów depresji w momencie badania (HRDS) prezentuje tabela 3. Podsumowanie wyników uzyskanych przez pacjentów w teście do badania pamięci autobiograficznej przedstawia tabela 4.

Współczynnik korelacji r Pearsona określający zależność między przebiegiem choroby a wynikami w teście do badania pamięci epizodycznej wykazał istnienie:

- statystycznie istotnej dodatniej korelacji ($r = 0,41$) między liczbą wspomnień na linii życia (zadanie 2) a czasem trwania choroby mierzoną w latach od pierwszej hospitalizacji; korelacja pozostawała statystycznie istotna, choć słabsza ($r = 0,33$) przy zobiektywizowaniu liczby wspomnień poprzez wyliczenie wskaźnika liczby wspomnień/wiek,
- statystycznie istotnej ujemnej korelacji między wskaźnikiem liczby wspomnień/wiek a wiekiem pierwszej hospitalizacji i wiekiem pacjenta.

Wyliczone współczynniki korelacji r Pearsona nie wykazały istnienia statystycznie istotnych korelacji czy zależności między nasileniem objawów depresyjnych (HRDS), liczbą prób samobójczych i liczbą hospitalizacji a wynikami w teście do badania pamięci epizodycznej (tab. 5).

Tabela 3. Charakterystyka przebiegu choroby i nasilenia objawów depresji u badanych pacjentów

	N ważnych pomiarów	Minimum	Maksimum	Średnia	Mediana	SD
HRDS	41	3	37	18,3	17	7,2
Liczba prób samobójczych	41	0	2	0,6	0	0,8
Liczba lat choroby	42	0	32	4,9	3	6,4
Numer hospitalizacji	42	1	13	2,1	1	2,3
Wiek pierwszej hospitalizacji	42	21	59	45,1	48	11,3

N – liczba; SD – odchylenie standardowe; HRDS – Skala Depresji Hamiltona.

Tabela 4. Wyniki uzyskane przez badanych pacjentów w Ankiecie do badania pamięci autobiograficznej

	N ważnych pomiarów	Minimum	Maksimum	Średnia	Mediana	Moda	Liczność mody	SD
Wydarzenia z życia osobistego	42	0	25	7,1	7	0	6	5,3
Wydarzenia z życia społecznego	42	0	13	2,6	2	0	11	3,0
Wszystkie pamiętane wydarzenia	42	0	9	1,6	1	0	17	2,2
Linia życia	42	0	52	18,3	15,5	25	4	12,6
Wskaźnik (liczba wspomnień na linii życia/wiek)	42	0	1,73	0,42	0,32	0	3	0,33
Suma	42	0	33	22,1	22	22	4	7,3

N – liczba; SD – odchylenie standardowe.

Tabela 5. Wyniki – korelacja *r* Pearsona

	Czas trwania choroby	Wiek pacjenta	Nr hospitalizacji	Wiek pierwszej hospitalizacji	Liczba prób samoójczych	HRDS
Wydarzenia z życia osobistego	0,284	0,134	0,227	-0,0007	-0,075	0,126
Wydarzenia z życia społecznego	0,171	0,037	0,043	-0,038	-0,144	0,0006
Wszystkie pamiętane wydarzenia	0,138	-0,009	0,0996	-0,077	-0,086	-0,1086
Linia życia	0,413	-0,069	0,007	-0,145	-0,2198	0,118
Wskaźnik (liczba wspomnień na linii życia/wiek)	0,326	-0,385	-0,099	-0,416	-0,2003	0,030
Suma	0,123	-0,284	-0,233	-0,260	-0,251	-0,051

*Współczynnik korelacji *r* Pearsona. Oznaczone wsp. korelacji są istotne z $p < 0,05$. HRDS – Skala Depresji Hamiltona.*

W celu poszukiwania różnic pomiędzy badanymi mężczyznami a kobietami wykonano test *t* Studenta dla zmiennych, których rozkład

w poszczególnych grupach spełniał założenie o normalności rozkładu (tab. 6) i test *U* Manna-Whitneya dla pozostałych zmiennych (tab. 7).

Tabela 6. Test *t* dla zmiennej grupującej płeć

	Średnia 1	Średnia 2	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	SD 1	SD 2	Iloraz <i>F</i> wariancji	<i>p</i> wariancje
Wydarzenia z życia osobistego	6,735	8,625	-0,909	40	0,369	5,498	4,173	1,735	0,460
Linia życia	18,824	16,250	0,517	40	0,608	13,007	10,964	1,407	0,673
Wskaźnik (liczba wspomnień na linii życia/wiek)	0,440	0,320	0,914	40	0,366	0,357	0,204	3,059	0,128
Suma	23,000	18,250	1,685	40	0,0999	7,224	6,944	1,082	0,998

Test *t* dla zmiennej grupującej płeć: 1 – kobieta, 2 – mężczyzna; *N* ważnych 1 = 32, *N* ważnych 2 = 8.

Tabela 7. Test *U* Manna-Whitneya dla zmiennej grupującej płeć

	Suma rang – grupa 1	Suma rang – grupa 2	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>N</i> ważnych – grupa 1	<i>N</i> ważnych – grupa 2	Dwustronne <i>p</i>
Wydarzenia z życia społecznego	706,50	196,50	111,50	0,44	34	8	0,44
Wszystkie pamiętane wydarzenia	702,00	201,00	107,00	0,36	34	8	0,37

Test *U* Manna-Whitneya względem zmiennej płeć: 1 – kobieta, 2 – mężczyzna.

Na podstawie wykonanych procedur statystycznych z przyjętym poziomem istotności statystycznej $p < 0,05$ nie wykazano istnienia statystycznie istotnych różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie funkcjonowania pamięci autobiograficznej.

Omówienie

Prezentowane badanie pozwala, za pomocą przygotowanej specjalnie do tego celu metody, analizować funkcjonowanie pamięci autobiograficznej w grupie osób chorujących na depresję. Zebrane dane sugerują, że nasilenie objawów depresyjnych (mierzone przy użyciu HRDS) nie ma związku z funkcjonowaniem pamięci autobiograficznej. Wskazują natomiast, że związek mogą mieć czas trwania choroby, wiek pacjenta i wiek jego pierwszej hospitalizacji. Zwraca uwagę statystycznie istotny wynik dodatniej korelacji *r* Pearsona między liczbą wspomnień umieszczonych na linii życia a długością choroby mierzoną od pierwszej hospitalizacji. Sugeruje on, że im dłuższy czas choroby, tym więcej wspomnień potrafi sobie przypomnieć pacjent. Należy wziąć pod uwagę, czy długoletnia choroba, której elementem są częste, powtarzane wywiady przeprowadzone przez lekarzy, psychologów i terapeutów, mogła mieć wpływ na obserwowany wynik.

Odwrotnie proporcjonalna zależność ujawniła się między wiekiem pacjenta i wiekiem pierwszej hospitalizacji a wskaźnikiem wyliczanym: liczba wspomnień umieszczonych na linii życia/wiek. Należy podkreślić, że zależność obecna jest tylko, gdy liczymy ją ze zbiektywizowanego wskaźnika, a nie jest statystycznie istotna, gdy bierzemy pod uwagę jedynie czysty wynik w Zadaniu 2, czyli liczbę wspomnień umieszczonych na linii życia. Wynik ten sugeruje, że liczba wspomnień jest większa u pacjentów młodszych i tych, którzy po raz pierwszy hospitalizowani byli w młodszym wieku. Wynik ten sugeruje, że dostępność do swobodnie przypominanych wspomnień była większa u osób młodych, a także tych, których pierwsza hospitalizacja odbyła się w młodym wieku.

Kobiety i mężczyźni w badanej grupie nie różnili się w stopniu istotnym statystycznie w żadnej z części testu do badania pamięci epizodycznej. Warto zauważyć dużą dysproporcję w liczbach osób badanych – w badaniu uczestniczyło znacznie więcej kobiet (34) niż mężczyzn (8), co wynikało z doboru grupy spośród pacjentów hospitalizowanych w Klinice w okresie objętym badaniem. Wydaje się konieczne potwierdzenie braku różnic w badaniu na większej próbie osób badanych.

Analizując powyższe wyniki, należy uwzględnić fakt, że pamięć autobiograficzna stanowi

obszar trudno poddający się zobiiektywizowanym badaniom. Zaprezentowany przez badaczy sposób zbierania danych, pochodzących z tego obszaru, jest próbą dotarcia do informacji zawartych w pamięci autobiograficznej na kilka różnych sposobów: poprzez daty umieszczane na linii życia, poprzez konkretne pytania i poprzez wspomnienia o charakterze społecznym. Wyniki uzyskiwane w poszczególnych częściach ankiety do badania pamięci stanowią wyraz tych różnic.

Badania dotyczące funkcjonowania pamięci autobiograficznej u chorych na depresję w dużej mierze skoncentrowane do tej pory były na jej ocenie jakościowej. Brittlebank i wsp. (1993) przeprowadzili badanie dotyczące znaku emocjonalnego wspomnień oraz tendencji do nadmiernej generalizacji w zakresie materiału autobiograficznego wśród pacjentów z depresją. Funkcjonowanie pacjentów z depresją w zakresie pamięci autobiograficznej cechuje się, w porównaniu z osobami zdrowymi, tendencją do:

- szybszego przypominania sobie wydarzeń o negatywnym wydźwięku emocjonalnym,
- przypominania sobie, w odpowiedzi na słowa kluczowe, wspomnień nadmiernie generalizujących, zamiast specyficznych (Brittlebank i wsp. 1993; Williams i wsp. 2007; Williams i Broadbent 1986; Rybak-Korneluk i wsp. 2016).

Wagę tych zaburzeń podkreśla obserwacja Brittlebank i wsp. (1993), którzy wykazali, że pacjenci z większym nasileniem tendencji do nadmiernej generalizacji, gorzej odpowiadali na farmakologiczne leczenie depresji (Brittlebank i wsp. 1993). Ono i wsp. (2015) przeprowadzili metaanalizę badań dotyczących nadmiernego generalizowania w funkcjonowaniu pamięci autobiograficznej, która potwierdza występowanie takiej skłonności wśród osób cierpiących na depresję. Niektóre badania wskazują, że nadmierna generalizacja i skłonność do ruminacji stanowi następstwo sposobu myślenia pacjentów cierpiących na depresję (Watkins i Teasdale 2001). Potwierdzają to badania długoterminowe, które wykazały, że skłonności do nadmiernej generalizacji w funkcjonowaniu pamięci autobiograficznej mogą stanowić czynnik ryzyka wystąpienia depresji u młodzieży (Rawal i Rice 2012; Hamlat i wsp. 2015) i dorosłych (Sumner i wsp. 2010).

Fijałkowska i Gruszczyński (2009) przeprowadzili badanie nad pamięcią autobiograficzną wśród osób zdrowych, wykorzystując jako metodę przypominanie sobie wydarzeń w odpowiedzi na wskazówki emocjonalnie pozytywne, negatywne i ambiwalentne. Wyniki wskazały, że wśród populacji zdrowych osób najczęściej wspo-

mnień przywoływanych było w odpowiedzi na wskazówki o charakterze pozytywnym. Autorzy wskazują także inne badania o podobnych wynikach i sugerują, że tendencja do przeżywania łagodnie pozytywnego afektu może stanowić wyznacznik zdrowia psychicznego (Fijałkowska i Gruszczyński 2009).

Levine i wsp. (2002) zaprezentowali zależność między wiekiem osób badanych a rodzajem przypominanych danych. Obserwacja tych autorów dotycząca lepszego przypominania sobie przez osoby młodsze treści o charakterze epizodycznym jest zgodna z wynikami prezentowanego badania (Levine i wsp. 2002)

Wesnes i wsp. (2016) opisali badanie łączące poziom funkcjonowania procesów pamięciowych z genotypem receptora 5-HT1A. Wykazali oni, że w grupie pacjentów cierpiących na depresję określony genotyp polimorfizmu receptora łączy się z lepszym utrzymywaniem i odzyskiwaniem informacji z pamięci epizodycznej i operacyjnej (Wesnes i wsp. 2016).

Talarowska i wsp. (2016) w systematycznym przeglądzie dotychczasowych badań wskazują na występowanie wzajemnych zależności między funkcjonowaniem pamięci autobiograficznej a zaburzeniami depresyjnymi. Na podstawie dokonanej przez autorkę analizy badań wyraźnie widać dwustronną zależność: zaburzeń funkcjonowania pamięci autobiograficznej jako predyktora choroby i jej ciężkości oraz występowania problemów z funkcjonowaniem tego obszaru pamięci jako elementu symptomatologii depresji (Talarowska i wsp. 2016). Rock i wsp. (2014) wskazują, że waga zaburzeń funkcjonowania poznawczego w depresji jest szczególna, jeśli bierze się pod uwagę negatywny wpływ tego zjawiska na funkcjonowanie psychospołeczne chorych (Rock i wsp. 2014). Rybak-Korneluk i wsp. (2016) wskazują, że zaburzenia psychiczne, którym towarzyszą nieprawidłowości w funkcjonowaniu pamięci autobiograficznej, obejmują, oprócz zaburzeń depresyjnych, także PTSD, autyzm, schizofrenię oraz zespół zależności alkoholowej.

Wnioski

Nasilenie objawów depresyjnych mierzonych przy użyciu HRDS, liczba prób samobójczych i liczba hospitalizacji nie miały statystycznie istotnego związku z wynikami w żadnej z części testu do badania pamięci epizodycznej. Kobiety i mężczyźni zakwalifikowani do badania nie różnili się w zakresie funkcjonowania badanych obszarów pamięciowych.

Młodszy pacjenci oraz pacjenci po raz pierwszy hospitalizowani w młodszym wieku przypominali sobie i umieszczali na linii życia więcej wspomnień niż starsi.

Czas trwania choroby wpływał na dostępność wspomnień przypominanych sobie swobodnie i umieszczanych na linii życia – im dłuższy czas choroby (liczony w latach od pierwszej hospitalizacji), tym wyższe wyniki uzyskiwali badani w zakresie swobodnego przypominania sobie i umieszczania wspomnień na linii życia.

Uzyskane wyniki należy traktować z ostrożnością, gdyż konieczne jest kontynuowanie badań w celu zgromadzenia większej liczby osób badanych. Ważne wydaje się także porównanie wyników uzyskiwanych przez osoby chorujące na depresję z osobami zdrowymi, a także z osobami w remisji choroby.

Badanie było finansowane przez środki statutowe przeznaczone na pracę własną nr 503/5-062-02/503-51-008 oraz grant nr zadania badawczego: 502-03/5-062-02/502-54-085.

Piśmiennictwo

1. Brittlebank AD, Scott J, Williams G, et al. Autobiographical memory in depression: a state or trait marker? *Br J Psychiatry* 1993; 162: 118-121.
2. Conway MA. Sensory-perceptual episodic memory and its context: autobiographical memory. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2001; 1413: 1375-1380.
3. Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychol Rev* 2000; 2: 261-288.
4. Conway MA. Memory and the self. *J Mem Lang* 2005; 53: 594-628.
5. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al. Global Variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2013; 43: 471-481.
6. Fijałkowska A, Gruszczyński W. Organizacja wspomnień emocjonalnych w pamięci autobiograficznej. *Psychiatr Pol* 2009; 3: 341-351.
7. Gatecki P, Talarowska M, Anderson G, et al. Mechanisms underlying neurocognitive dysfunctions in recurrent major depression. *Med Sci Monitor* 2015; 21: 1535-1547.
8. Gatecki P, Talarowska M. Neurodevelopmental theory of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2018; 80: 267-272.
9. Gatecki P, Talarowska M. The Evolutionary Theory of Depression. *Med Sci Monit* 2017; 23: 2267-2274.
10. Gilboa A. Autobiographical and episodic memory – one and the same? Evidence from prefrontal activation in neuroimaging studies. *Neuropsychologia* 2004; 42: 1336-1349.
11. Hamlat EJ, Connolly SL, Hamilton JL, et al. Rumination and overgeneral autobiographical memory in adolescents: an integration of cognitive vulnerabilities to depression. *J Youth Adolesc* 2015; 44: 806-818.
12. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 15-27.
13. Koriat A, Goldsmith M. Monitoring and control processes in the strategic regulation of memory accuracy. *Psychol Rev* 1996; 3: 490-517.
14. Lee LS, Hermens DF, Porter MA, et al. A meta-analysis of cognitive deficits in first episode Major Depressive Disorder. *J Affect Disord* 2012; 140: 113-124.
15. Levine B, Svoboda E, Hay JF, et al. Aging and autobiographical memory: dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychol Aging* 2002; 17: 677-689.
16. Mannie ZN, Harmer CJ, Cowen PJ, et al. A functional magnetic resonance imaging study of verbal working memory in young people at increased familial risk of depression. *Biol Psychiatry* 2010; 67: 471-477.
17. Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M, et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 262-270.
18. Maruszewski T. Pamięć jako podstawowy mechanizm przechowywania doświadczenia. W: *Psychologia*. Tom I. Strelau J (red.). GWP, Gdańsk 2004.
19. Maruszewski T. Pamięć autobiograficzna. GWP, Gdańsk 2005.
20. Maruszewski T. Pamięć autobiograficzna – nowe dane. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2010; 3-4: 122-129.
21. Ono M, Devilly GJ, Shum DH. A meta-analytic review of overgeneral memory: the role of trauma history, mood and the presence of posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma* 2016; 8: 157-164.
22. Piolino P, Desgranges B, Eustache F. Episodic autobiographical memories over the course of time: cognitive, neuropsychological and neuroimaging findings. *Neuropsychologia* 2009; 47: 2314-2329.
23. Rawal A, Rice F. Examining overgeneral autobiographical memory as a risk factor for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 518-527.
24. Reinhold N, Markowitsch HJ. Retrograde episodic memory and emotion: a perspective from patients with dissociative amnesia. *Neuropsychologia* 2009; 47: 2197-2206.
25. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, et al. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2014; 44: 2029-2040.
26. Rybak-Korneluk A, Wichowicz HM, Żuk K, Dziurkowski M. Pamięć autobiograficzna i jej znaczenie w wybranych zaburzeniach psychicznych. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 959-972.
27. Rzepa T. Jakże wspomnienia i w jaki sposób przywołuje najczęściej nasza pamięć autobiograficzna. *Przegląd Psych* 2007; 4: 385-400.
28. Sumner JA, Griffith JW, Mineka S. Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: a meta-analysis. *Behav Res Ther* 2010; 48: 614-625.
29. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive functions. A metaanalysis and review. *Psychol Bull* 2013; 39: 81-132.
30. Świtalska J. Funkcjonowanie poznawcze a przebieg choroby afektywnej dwubiegunowej u pacjentów w okresie depresji. *Psychiatr Pol* 2013; 2: 239-253.
31. Talarowska M. Funkcje poznawcze w depresji. *Psychiatr Pol* 2009; 1: 31-40.
32. Talarowska M, Zajączkowska M, Gatecki P. Cognitive functions in first-episode depression and recurrent depressive disorder. *Psychiatr Danubina* 2015; 1: 38-43.
33. Talarowska M, Berk M, Maes M, et al. Autobiographical memory dysfunctions in depressive disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 70: 100-108.

34. Trivedi MH, Greer TL. Cognitive dysfunction in unipolar depression: implications for treatment. *J Affect Disord* 2014; 152-154: 19-27.
35. Tulving E. Episodic and semantic memory. W: *Organisation of memory*. Tulving E, Donaldson W. Academic Press, New York and London 1972.
36. Watkins E, Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *J Abnorm Psychol* 2001; 110: 353-357.
37. Williams G, Mark J, Barnhofer T, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull* 2007; 1: 122-148.
38. Williams G, Mark J, Broadbent K. Autobiographical memory in suicide attempters. *J Abnorm Psychol* 1986; 95: 144-149.
39. Wesnes KA, Hopkins SC, Brooker HJ, et al. Differences in memory function between 5-HT1A receptor genotypes in patients with major depressive disorder. *CNS Spectrums* 2016; 19: 1-6.
40. Videbech P, Ravnkilde B. Hippocampal volume and depression. A meta-analysis of MRI studies. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1957-1966.