

Specyficzność i znak afektywny wspomnień autobiograficznych u osób z zaburzeniami depresyjnymi oraz zespołem uzależnienia od alkoholu

The specificity and the affective sign of autobiographical memories in individuals with depressive disorders and alcohol use disorder

Anna Rybak-Korneluk¹, Hubert M. Wichowicz^{1,2},
Joanna Stankiewicz-Wróblewska³, Krzysztof Żuk⁴,
Maciej Dziurkowski⁴, Krystian Adrych³

¹ Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra Psychiatrii, Klinika Psychiatrii Dorosłych

² Akademia Pomorska w Słupsku, Wydział Nauk o Zdrowiu

³ Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii

⁴ Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim

Summary

Aim. Mental disorders may disrupt autobiographical memory (AM). An example is overgeneral memories – without details, generalized or semantic. This paper assesses the functioning of AM in a depressive episode (DEP) and alcohol use disorder (ALC).

Method. The study compared two study groups: hospitalized patients with DEP and ALC, and two control groups: people hospitalized for gastroenterological conditions (CON) and healthy individuals (PAN) ($N=39$ for each group; mean age: 46.0 ± 13.6 years; no differences). The specificity of AM was examined by the *Autobiographical Memory Test*. Participants rated memories in terms of vividness, affective intensity and sign.

Results. DEP and ALC groups recalled fewer specific memories than the control groups ($p < 0.001$ for: all, positive and negative cue words), with the lowest results in DEP. Clinical groups recalled also more negative and less positive memories ($p < 0.001$) than the control groups, with a deficit of positive ones in DEP and an excess of negative memories in ALC. An analysis of non-specific responses revealed that the ALC group recalled more “extended” memories than the CON group ($p < 0.005$) and more “categorical” ones than control groups ($p < 0.05$). The DEP group remembered more “semantic associations” than the PAN group ($p < 0.001$).

Conclusions. The results confirmed the presence of OGM in both clinical groups. ALC disrupts the mechanism of generating specific memories to a lesser extent than mood disorders. Moreover, subjects from the clinical groups assess their past more pessimistically than the

controls, with a reduced number of positive memories in people with a depressive episode, and probably an increased number of negative ones in people with ALC.

Słowa kluczowe: pamięć epizodyczna, depresja, alkoholizm

Key words: episodic memory, depression, alcoholism

Wstęp

Pamięć autobiograficzna (PA) jest składową pamięci dotyczącą naszej osobistej przeszłości. Zawiera wspomnienia związane z tożsamością. Ma kluczowe znaczenie dla funkcjonowania jednostki – aby osiągać aktualne cele, konieczne jest przywołanie reakcji na podobną sytuację w przeszłości [1].

W zaburzeniach związanych z występowaniem negatywnego afektu (jak zaburzenia depresyjne) pojawia się stały element – nadmiernie generalne wspomnienia (NGW; *overgeneral memory*). Zjawisko to odkryli Williams i Broadbent [2]. Zaobserwowali oni, że pacjenci po próbie samobójczej przywołali więcej uogólnionych (tzn. pozbawionych detali) wspomnień niż osoby z grup kontrolnych, zarówno w odpowiedziach na pozytywne, jak i negatywne słowa bodźcowe (*cue words*).

Literatura przedmiotu opisująca NGW dotyczy przeważnie epizodów depresji [3] i mogą one być potencjalnym narzędziem do oceny jej nasilenia [4], czynnikiem podatności na jej wystąpienie [5, 6] i utrzymywanie się [7, 8]. NGW mogą pojawić się również w powiązanych dolegliwościach [4, 9]. Wskazuje się na ścisły związek NGW z zaburzeniami nastroju, próbami samobójczymi, dysforią i zespołem stresu pourazowego (PTSD) [3].

Obecność NGW potwierdzono w zespole zależności alkoholowej (ZZA), jednakże w mniejszym nasileniu niż w zaburzeniach nastroju [10–14]. Pozostaje jednak wiele niejasności. Czy jest ona wynikiem upośledzonego dostępu do wspomnień w uszkodzonym mózgu [15]? A może współistniejącej depresji [11]? Wciąż też nie wyjaśniono, której kategorii wspomnień dotyczyą NGW.

Afekt wspomnień

Mówi się o fizjologicznej tendencji do przywoływania przeszłości z pozytywną inklinacją. Ponadto emocje związane z negatywnymi zdarzeniami błędą afektywnie szybciej [16, 17]. Ponowna ocena poznawcza (tj. próba spojrzenia na sytuację z innej, korzystniejszej perspektywy) wiąże się z pozytywnymi wspomnieniami [18].

Zaburzenia nastroju zmieniają ten wzorzec [19]. W obniżonym nastroju istnieje symetryczny wzór przywoływania materiału pozytywnego i negatywnego, w pełnoobjawowej depresji zaś wspomnienia są przywoływane zgodnie z nastrojem negatywnym [20]. Potwierdzony został również wzrost takich cech wspomnień jak typowość, ruminacja i osobiste znaczenie w grupie obciążonej epizodem depresji [21]. Porównanie atrybutów PA wskazało, że osoby w depresji nie zgłaszały, żeby miały więcej negatywnych wspomnień, ale oceniały wspomnienia pozytywne jako mniej wyraziste (*vivid*) niż grupa kontrolna. Sugeruje się, że depresja może być związana przede wszystkim z deficytami w przetwarzaniu pozytywnego materiału pamięciowego [22].

Podsumowując, istnieją doniesienia o łatwiejszym w epizodzie depresji przywoływaniu wspomnień dla słów wskazujących o negatywnej walencji emocjonalnej. Można oczekiwać continuum coraz większego przywoływania treści negatywnych – od osób bez zaburzeń nastroju, przez dysforyczne, po osoby cierpiące na depresję [20, 23].

Cel

Głównym celem badania była ocena funkcjonowania PA w warunkach fizjologicznych i patologicznych (DEP lub ZZA, eliminacja współlistnienia). Przyjęliśmy również, że czynnik hospitalizacji może odgrywać pewną rolę w zaburzeniach PA. Dlatego wprowadzono grupę porównawczą osób zdrowych psychicznie hospitalizowanych z powodu niezagrażającej życiu choroby fizycznej.

Material

Uczestnicy

Badanie przeprowadzono wśród 156 pełnoletnich i wolnych od zaburzeń poznawczych osób, podzielonych na grupy tej samej liczebności ($N = 39$). Grupy badawcze rekrutowano wśród pacjentów Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim. Pierwszą (DEP) stanowiły osoby z epizodem depresji w przebiegu zaburzeń nastroju jedno- i dwubiegunowych (kryteria ICD-10). Kryterium wykluczenia było współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych: psychotycznych (przewlekłych i ostrych, co automatycznie wykluczyło m.in. przypadki epizodów depresji ciężkich z objawami psychotycznymi oraz zaburzeń schizoafektywnych), uzależnień (brak ZZA potwierdzono *Brief Michigan Alcohol Screening Test* – bMAST) oraz PTSD. Wykluczono również pacjentów ze znacznym stopniem zahamowania, zaburzającym funkcje kognitywne.

Drugą grupą (ALK) były osoby z ZZA. Nasilenie uzależnienia oceniono za pomocą kwestionariusza bMAST. Kryterium wykluczenia stanowiło współlistnienie innych schorzeń psychiatrycznych, wliczając epizod depresji (kryteria ICD-10 oraz punktacja HDRS ≥ 8). Badani byli po detoksykacji alkoholowej, ale nie uczestniczyli w psychoterapii.

Zastosowano dwie grupy porównawcze. Grupą kontrolną (CON) byli pacjenci z dolegliwościami fizycznymi przyjęci do Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii z powodu kamicy żółciowej w celu nieoperacyjnego usunięcia złożeń oraz z przewlekłym zapaleniem trzustki w celu wykonania zabiegu endoskopowej cholangio-pankreatografii wstecznej.

Grupę kontrolną (PAN) tworzyły osoby zdrowe psychicznie i fizycznie pracujące w służbie zdrowia.

Dla obu grup ustalono następujące kryteria wykluczenia: obecność innej choroby psychicznej w wywiadzie lub obecnie; choroby potencjalnie wpływające na stan psychiczny (takie jak układowe choroby autoimmunologiczne); rak; choroby według wcześniejszej wiedzy skorelowane z wysokim odsetkiem depresji: udar

mózgu, niestabilna choroba wieńcowa, choroby układu hormonalnego, w tym zaburzenia tarczycy.

Badanie uzyskało zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych przy GUMed (NKBBN/363/2013).

Materiały

Zebrano dane demograficzne (wiek, płeć i liczba lat edukacji), badani ocenili swój aktualny nastrój i natężenie stresu na 7-punktowej skali semantycznej. Ponadto wypełniali w losowej kolejności: *Skalę Depresji Becka* (BDI) [24], *Skalę Depresji Hamiltona* (HDRS, wersja 17-punktowa) [25] i poniższe kwestionariusze.

Test pamięci autobiograficznej

Polska wersja kwestionariusza została oparta na *Autobiographic Memory Test* – AMT [2, 3, 26]

Każda odpowiedź była kodowana albo jako wspomnienie specyficzne, to jest dotyczące konkretnego wydarzenia, które trwało mniej niż jeden dzień i wystąpiło w określonym miejscu i czasie, albo jako wspomnienie niespecyficzne. Wspomnienia niespecyficzne były dalej klasyfikowane jako „rozszerzone” (*extended*; np. „dwutygodniowe wakacje z rodziną”), czyli dotyczące wydarzeń trwających dłużej niż jeden dzień, „kategoryczne” (*categoric*; np. „kiedy chodziłem do liceum”), odnoszące się do powtarzalnych aktywności, lub „skojarzenia semantyczne” (*semantic association*; np. „człowiek może być dobry”). Wspomnienie mogło być również zakodowane jako „to samo zdarzenie” (*same event*), jeśli badany opisał znowu zdarzenie z poprzednich odpowiedzi, i „brak odpowiedzi”, jeśli nie przywołał wspomnień w określonym przedziale czasowym.

Ta procedura oceny jest spójna z systemem klasyfikacji wykorzystywanym w innych badaniach nad specyficznością pamięci i charakteryzuje się wysoką rzetelnością [2, 3]. Ponieważ według naszej wiedzy AMT w Polsce dotychczas nie stosowano (poza naszym wstępnym doniesieniem zawężonym do osób z depresją i obu grup kontrolnych [27]), dla pierwszych 30 pomiarów przeprowadziliśmy ocenę rzetelności. Współczynnik alfa Cronbacha był wysoki i spójny (0,896 dla wszystkich dwunastu punktów, w poszczególnych punktach w zakresie: 0,878–0,895). Po ukończeniu AMT badani zostali poproszeni o ocenę przyjemności i wyrazistości wspomnień w skali semantycznej (od 1 – „zdecydowanie nieprzyjemny” do 7 – „zdecydowanie przyjemny”).

Brief Michigan Alcohol Screening Test (bMAST)

Kwestionariusz bMAST [28] to narzędzie do oceny ryzyka i natężenia uzależnienia od alkoholu pod względem dwóch czynników – postrzegania aktualnego spożywania i jego konsekwencji [29]. Pięć odpowiedzi twierdzących na dziesięć może wskazywać na uzależnienie.

Metoda

Wskazani przez wyższy personel medyczny jako spełniający odpowiednie kryteria włączające, po przedstawieniu wstępnej informacji o badaniu i uzyskaniu poinformowanej zgody uczestnicy z każdej grupy zostali wypytni na temat obecności czynników wykluczających odpowiednich dla danej grupy. Kwestionariusze AMT i HDRS zostały wypełnione z badaczem, a pozostałe samodzielnie – w jego obecności. Na koniec uczestnicy wzięli udział w debriefingu.

Statystyka

Jeśli nie wskazano inaczej, zastosowano test Kruskala-Wallisa (porównania) i współczynnik rang Spearmana (korelacje).

Wyniki

Dane demograficzne badanych grup

Statystyki opisowe badanych grup zostały przedstawione w tabeli 1. Grupy nie różnią się istotnie statystycznie pod względem rozkładu płci, wieku, liczby lat edukacji.

Tabela 1. Dane demograficzne badanych grup

| Grupy | Wiek* | | Liczba kobiet† | Lata nauki** | |
|-----------------|----------------------------------|--------|----------------|----------------------------------|--------|
| | Średnia ± odchylenie standardowe | Zakres | | Średnia ± odchylenie standardowe | Zakres |
| Kontrolna (PAN) | 43,5 ± 15,5 | 21–82 | 17 | 12,2 ± 2,9 | 8–17 |
| Kontrolna (CON) | 49,4 ± 15,9 | 18–78 | 17 | 12,7 ± 3,0 | 8–17 |
| ZZA (ALK) | 43,9 ± 10,0 | 24–66 | 17 | 11,4 ± 3,0 | 8–17 |
| Depresja (DEP) | 47,2 ± 11,8 | 21–63 | 20 | 11,6 ± 2,3 | 8–17 |
| Łącznie | 46,0 ± 13,6 | 18–82 | 71 | 12,0 ± 2,8 | 8–17 |

Brak różnic statystycznych: * $p = 0,11$; ** $p = 0,17$; † Pearson's chi-kwadrat test: $\chi^2 = 0,697929$, $df = 3$, $p = 0,873691$.

Stan psychiczny badanych

Dane charakteryzujące stan emocjonalny i poziom stresu badanych przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Dane charakteryzujące stan psychiczny badanych

| | Nastrój | | BDI | | HDRS | | Poziom stresu | |
|-----------------|----------------------------|--------|----------------------------|--------|-----------------------------|--------|----------------------------|--------|
| | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres |
| Grupy | | | | | | | | |
| Kontrolna (PAN) | 5,6 ± 0,7 | 4–7 | 3,0 ± 3,2 | 0–12 | 0,9 ± 1,5 | 0–7 | 2,0 ± 1,5 | 1–5 |
| Kontrolna (CON) | 5,4 ± 0,8 | 3–7 | 3,6 ± 3,2 | 0–13 | 1,1 ± 1,7 | 0–7 | 3,3 ± 1,2 | 1–6 |
| ZZA (ALK) | 4,7 ± 1,1 | 3–7 | 10,6 ± 7,1 | 0–29 | 2,9 ± 2,1 | 0–7 | 3,5 ± 1,5 | 1–7 |
| Depresja (DEP) | 3,4 ± 1,2 | 1–6 | 28,9 ± 11,9 | 7–54 | 21,1 ± 6,4 | 9–32 | 4,5 ± 1,3 | 2–7 |
| Łącznie | 4,8 ± 1,3 | 1–7 | 11,5 ± 12,7 | 0–54 | 6,5 ± 9,2 | 0–32 | 3,3 ± 1,6 | 1–7 |
| p^* | $H = 67,17$ $p = 0,001$ | | $H = 97,96$ $p = 0,001$ | | $H = 106,46$ $p = 0,001$ | | $H = 53,10$ $p = 0,001$ | |

* różny od wszystkich innych grup; $p < 0,001$

Odsetek wspomnień specyficznych

Statystyki opisowe odsetka wspomnień specyficznych (obliczone w stosunku do wszystkich odpowiedzi) zostały przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3. Odsetek wspomnień specyficznych w grupach

| Grupy | Odsetek wspomnień specyficznych | | | | | |
|-----------------|---------------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|
| | Ogółem | | Pozytywne słowa bodźcowe | | Negatywne słowa bodźcowe | |
| | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres |
| Kontrolna (PAN) | 56,8 ± 19,4 | 16,7–100,0 | 57,3 ± 23,2 | 16,7–100,0 | 56,4 ± 23,5 | 0,0–100,0 |
| Kontrolna (CON) | 48,9 ± 20,0 | 16,7–91,7 | 47,9 ± 26,0 | 16,70–100,0 | 50,0 ± 22,0 | 0,0–83,3 |
| ZZA (ALK) | 25,6 ± 20,9 | 0,0–75,0 | 23,1 ± 24,4 | 0,0–83,3 | 28,2 ± 23,3 | 0,0–83,3 |
| Depresja (DEP) | 19,0 ± 13,9 | 0,0–58,3 | 17,1 ± 17,3 | 0,0–66,7 | 20,9 ± 18,2 | 0,0–66,7 |
| Łącznie | 37,6 ± 24,3 | 0,0–100,0 | 36,3 ± 28,2 | 0,0–100,0 | 38,9 ± 26,2 | 0,0–100,0 |

Badane grupy różniły się odsetkiem specyficznych wspomnień ($H(3, N = 156) = 68,787$; $p < 0,001$). Porównania wielokrotne wykazały znaczące różnice między

obiema grupami kontrolnymi i obiema badanymi grupami ($p < 0,001$) – osoby z grup badanych przywoływały znacząco mniej wspomnień specyficznych. Podobny wzorec wyników wystąpił zarówno dla pozytywnych ($H(3, N = 156) = 57,287; p < 0,001$), jak i negatywnych słów bodźcowych ($H(3, N = 156) = 50,398; p < 0,001$). Obie grupy kontrolne i obie grupy kliniczne nie różniły się istotnie statystycznie między sobą.

Podsumowując: w porównaniu z osobami z obu grup kontrolnych osoby z grup klinicznych mają trudności z przywołaniem wydarzeń w równie specyficzny sposób. Dzieje się tak również w wypadku negatywnych słów bodźcowych.

Proporcja wspomnień niespecyficznych

Statystyki opisowe odsetka rodzajów niespecyficznych odpowiedzi zostały przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4. Charakterystyka odsetka niespecyficznych odpowiedzi w grupach

| | Wspomnienia „rozszerzone” | | Wspomnienia „kategoryczne” | | Skojarzenia semantyczne | | Powtórzenia | | Brak odpowiedzi | |
|-----------------|---------------------------|----------|----------------------------|----------|-------------------------|----------|--------------|----------|-----------------|-----------|
| | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres | Średnia ± SD | Zakres |
| Grupy | | | | | | | | | | |
| Kontrolna (PAN) | 17,9 ± 16,4 | 0,0–83,3 | 7,3 ± 8,4 | 0,0–25,0 | 7,7 ± 8,8 | 0,0–33,3 | 1,5 ± 3,2 | 0,0–8,3 | 8,8 ± 9,9 | 0,0–25,0 |
| Kontrolna (CON) | 16,7 ± 14,0 | 0,0–58,3 | 7,7 ± 10,4 | 0,0–33,3 | 13,5 ± 13,1 | 0,0–50,0 | 1,9 ± 3,6 | 0,0–8,3 | 11,3 ± 11,4 | 0,0–41,7 |
| ZZA (ALK) | 26,7 ± 17,2 | 0,0–66,7 | 15,8 ± 12,4 | 0,0–33,3 | 17,7 ± 17,9 | 0,0–58,3 | 3,6 ± 6,3 | 0,0–25,0 | 10,5 ± 12,6 | 0,0–58,3 |
| Depresja (DEP) | 24,8 ± 14,4 | 0,0–58,3 | 8,8 ± 10,8 | 0,0–50,0 | 23,7 ± 17,9 | 0,0–66,7 | 4,1 ± 6,9 | 0,0–25,0 | 19,7 ± 22,0 | 0,0–100,0 |
| Łącznie | 21,5 ± 16,0 | 0,0–83,3 | 9,9 ± 11,0 | 0,0–50,0 | 15,7 ± 15,9 | 0,0–66,7 | 2,8 ± 5,3 | 0,0–25,0 | 12,6 ± 15,2 | 0,0–100,0 |

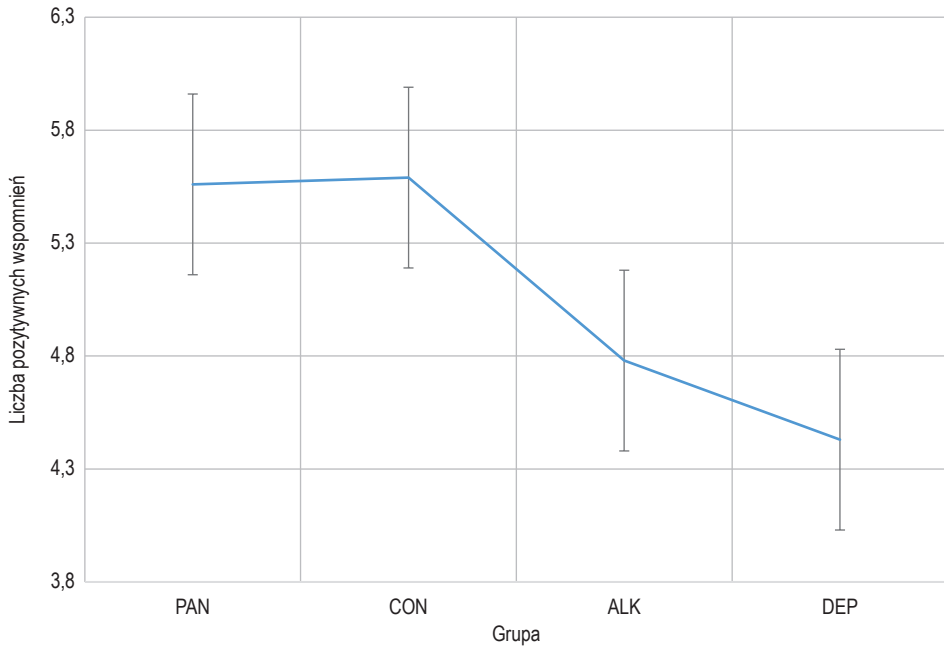
Grupy różniły się, jeśli chodzi o odsetek wspomnień „rozszerzonych” ($H(3, N = 156) = 12,94474; p < 0,005$). Porównania wielokrotne wykazały znaczące różnice między ALK i CON ($p < 0,005$) – pierwsza grupa przywołała więcej wspomnień „rozszerzonych”.

Wystąpiły również znaczące różnice w zakresie wspomnień „kategorycznych” ($H(3, N = 156) = 13,63923; p < 0,005$). ALK przywołała ich więcej niż obie grupy kontrolne (za każdym razem $p < 0,05$). Istotne różnice pod względem „skojarzeń semantycznych” ($H(3, N = 156) = 20,10134; p < 0,001$) były związane z wyższymi wynikami w grupie DEP niż w PAN ($p < 0,001$).

Najwyższy średni odsetek „wspomnień rozszerzonych” i „kategorycznych” miała grupa ALK w porównaniu z innymi grupami. Z kolei DEP uzyskała najwyższe wyniki w kategoriach: „skojarzenia semantyczne”, „powtórzenia” („to samo zdarzenie”) i „brak odpowiedzi”.

Walencja afektywna wspomnień

Rysunki 1 i 2 pokazują liczbę wspomnień dla danej osoby, które zostały ocenione w 7-punktowej semantycznej skali przyjemności-przykrości odpowiednio powyżej i poniżej mediany wynoszącej 4 punkty.

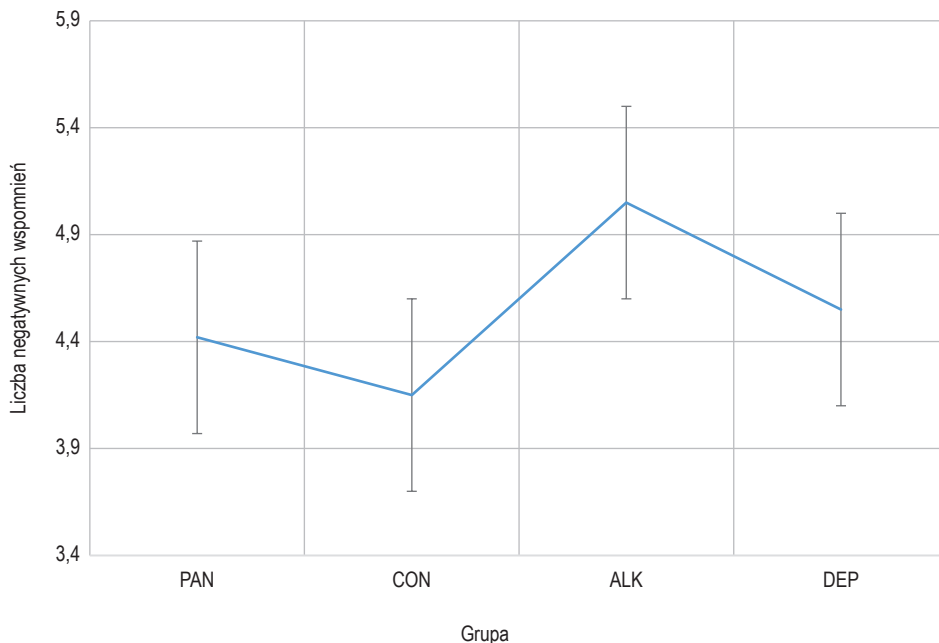


Rysunek 1. Średnia liczba wspomnień pozytywnych w grupach

Badane grupy różniły się pod względem liczby wspomnień pozytywnych ($H(3, N = 155) = 17,46147; p < 0,001$). Porównania wielokrotne pokazały istotne różnice między obiema grupami kontrolnymi a grupą DEP – osoby cierpiące na depresję przywoływały znacząco mniej wspomnień ocenianych jako przyjemne niż osoby zdrowe ($p < 0,05$) i doświadczające dolegliwości fizycznych, czyli CON ($p < 0,01$). Grupa ALK nie różniła się istotnie statystycznie od pozostałych.

Analiza różnic między grupami w zakresie liczby wspomnień negatywnych pokazała wyniki na granicy istotności statystycznej ($p = 0,067$), z najwyższą sumą rang ($\Sigma = 3624,5$) i średnią rangą ($M = 92,9$) w grupie ALK.

Wspomnienia przywołane przez badanych z grup klinicznych są bardziej obciążone emocjonalnie niż u osób z grup kontrolnych, ale w wypadku każdego z tych zaburzeń w inny sposób. DEP charakteryzuje bardziej brak pozytywnych wspomnień, natomiast ALK – znaczna liczba negatywnych.



Rysunek 2. Średnia liczba wspomnień negatywnych w grupach

Korelacje z nasileniem choroby

Wyniki w obu kwestionariuszach depresji korelują (negatywnie) z: liczbą pozytywnych wspomnień, odsetkiem wspomnień specyficznych niezależnie od ich znaku emocjonalnego i (pozytywnie) odsetkiem „rozszerzonych odpowiedzi” i „skojarzeń semantycznych”, które nie stanowią wspomnień *sensu stricto*. Wyniki punktacji bMAST pokazują dodatnią korelację z obniżeniem specyficzności i liczbą wspomnień negatywnych. Wyniki zostały przedstawione w tabeli 6.

Tabela 6. Współczynniki korelacji R Spearmana wyników kwestionariuszy bMAST, BDI i HDRS z liczbą wspomnień i ich specyficznością

| Zmienna | bMAST | BDI | HDRS |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|
| Liczba | | | |
| Wspomnienia pozytywne* | -0,100 | -0,272† | -0,299† |
| Wspomnienia negatywne* | 0,215† | 0,154 | 0,099 |
| Odsetek | | | |
| Wspomnienia specyficzne (ogółem) | -0,174† | -0,443† | -0,510† |
| Wspomnienia specyficzne pozytywne** | -0,151 | -0,396† | -0,470† |
| Wspomnienia specyficzne negatywne** | -0,157 | -0,388† | -0,431† |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | |
|---|--------|--------|--------|
| Wspomnienia „rozszerzone” (extended) | 0,202† | 0,172† | 0,175† |
| Wspomnienia „kategoryczne” (categoric) | 0,269† | 0,043 | 0,006 |
| Skojarzenia semantyczne” (semantic association) | -0,070 | 0,265† | 0,310† |
| Powtórzenia (same event) | -0,001 | 0,085 | 0,168† |
| Brak odpowiedzi (no response) | -0,139 | 0,085 | 0,179† |

* „Pozytywnych” i „negatywnych” – tu w znaczeniu wyników uzyskanych w skali semantycznej przyjemności-przykrości odpowiednio powyżej i poniżej mediany wynoszącej 4 punkty.

** „Pozytywnych” i „negatywnych” – tu w znaczeniu uzyskanych w odpowiedzi na pozytywne i negatywne słowa bodźcowe.

† $p < 0,05$

Omówienie wyników

Specyficzność wspomnień

Prezentowane badanie potwierdziło obecność NGW w obu grupach klinicznych (w DEP specyficznych było jedynie 19,0% wspomnień, w ALK 25,6%). W zakresie niespecyficznych odpowiedzi ZZA wiąże się z błędami występującymi wyżej w hierarchii, tj. bliższymi prawidłowej, specyficznej odpowiedzi (wspomnienia „rozszerzone” i „kategoryczne”) niż zaburzenia depresyjne, gdzie częściej pojawiają się odpowiedzi, które *de facto* nie są wspomnieniem („skojarzenia semantyczne”, „powtórzenia”, „brak odpowiedzi”). A zatem w DEP proces wydobywania wspomnień został prawdopodobnie zakłócony na wcześniejszym etapie niż u osób z ZZA [30].

Upośledzenie przywoływania wspomnień ma charakter globalny, dotyczy również bodźców negatywnych. Jest to nieco sprzeczne ze „zdroworozsądkowymi” oczekiwaniami. Obie choroby są związane z negatywnymi stanami emocjonalnymi, potencjalnie aktywującymi materiał pamięciowy o tym samym znaku emocji, a obniżony nastrój powinien również ułatwić dokładne przetwarzanie negatywnego materiału pamięciowego [31]. Tak się jednak nie dzieje – osoby z grup klinicznych miały również deficyt i przykrych reminiscencji, co zostało potwierdzone we wcześniejszych badaniach [32].

Znak afektywny wspomnień

Grupy kliniczne oceniały przeszłość bardziej negatywnie niż kontrolne. Analiza *post hoc* liczby wspomnień oznaczonych afektywnie wykazała różnice w zakresie wspomnień pozytywnych w grupie DEP w porównaniu z grupami kontrolnymi oraz w zakresie wspomnień negatywnych na granicy istotności statystycznej – z najwyższymi wynikami dla ALK. Zatem wzór wyników dla grup klinicznych nie jest taki sam. Obejmuje on zmniejszoną liczbę pozytywnych wspomnień u osób z depresją i – prawdopodobnie – zwiększoną liczbę negatywnych wspomnień u osób z ZZA. Według naszej wiedzy wyniki dotyczące ZZA są nowością, jednak wymagają potwierdzenia na większej grupie uczestników.

Nadmiernie generalne wspomnienia i znak afektywny wspomnień w epizodach depresji

Odnotowana obecność NGW w depresji jest jedynie potwierdzeniem wielu doniesień [2, 33-37]. Deficyty w przetwarzaniu pozytywnego materiału w depresji także były raportowane, jednak w mniejszym zakresie [2, 22]. Taylor i Brown opisali tak zwane pozytywne złudzenia. Składają się one z przekonań zdrowych ludzi, takich jak nadmiernie pozytywna samoocena, poczucie kontroli i przesadny optymizm. Depresja wiąże się ze zmniejszeniem występowania tych zniekształceń [38]. Hipoteza „realizmu depresyjnego” zakłada, że osoby z depresją wyciągają bardziej realne wnioski (wolne od tych złudzeń) niż osoby zdrowe. Ma to jednak niekorzystny wpływ na funkcjonowanie, wynikający z upośledzającej motywację negatywnej oceny przeszłości [39, 40]. Specyficzne pozytywne wspomnienia chronią przed epizodami depresji [41].

Nadmiernie generalna pamięć i negatywny znak afektywny wspomnień w zespole zależności alkoholowej

W większości dotychczasowych badań osoby uzależnione od alkoholu generowały mniej specyficzne wspomnienia niż osoby niezależne. Zwykle miały również objawy depresyjne [11]. Wybierając grupy pacjentów wolnych od współistniejących zaburzeń nastroju, które osiągają ten sam rezultat (tzn. wzrost NGW), możemy wyniki przypisać samemu ZZA. Potwierdza to pośrednio dodatnia korelacja wyników skali bMAST z obniżeniem specyficzności. Należy założyć, że istnieją jakościowe różnice w funkcjonowaniu pamięci między tymi dwoma zaburzeniami, o czym świadczą wyniki badań wskazujące na utrzymywanie się NGW pomimo remisji zaburzeń nastroju i względnie szybkiej poprawy w wypadku ZZA [7, 13].

Występowanie NGW w ZZA zostało stwierdzone w kilku badaniach, czasem – niestety – bez separacji objawów uzależnienia i depresji. W jednym z badań dwukrotnie przebadano alkoholików (przy przyjęciu na detoksykację i po trzech tygodniach). Poziom specyficzności wspomnień przywołanych w odpowiedzi na pozytywne i agresywne (ale nie negatywne) słowa wskazujące umożliwił przewidywanie zmian afektywnych u badanych – im bardziej specyficzne wspomnienia, tym większa redukcja objawów depresji. Określenie poziomu NGW może również pomóc zdecydować, czy włączyć leki przeciwdepresyjne podczas detoksykacji i leczenia osób uzależnionych od alkoholu [10].

Generujące NGW osoby uzależnione, kiedy tylko zdołały uzyskać dostęp do wspomnień specyficznych, wypełniły je taką samą ilością szczegółów jak grupy kontrolne. Postuluje się, że w ZZA trudności dotyczą głównie dostępu do materiału pamięciowego, a nie jego odmiennej zawartości, co przypisuje się zmianom w funkcjonowaniu płatów czołowych związanych z alkoholizmem [12, 30]. Co więcej, sama mała specyficzność wspomnień w ZZA jest być może przejściowa. Porównano osoby z ZZA po niedawnej detoksykacji, 6-miesięcznej abstynencji i osoby

zdrowe. Badani po detoksykacji przywołali mniej specyficzne wspomnienia niż pozostałe grupy, o zbliżonym poziomie specyficznych wspomnień. Wskazuje to na poprawę NGW po 6-miesięcznej abstynencji. Wykryto negatywny związek między specyficznością wspomnień a świadomością nasilenia uzależnienia. Tak więc NGW może się wiązać z trudnościami w ocenie własnej sytuacji w ZZA, a w konsekwencji z decyzją o braku leczenia [13]. Ponadto u osób uzależnionych wspomnienia częściej zawierają odniesienia do alkoholu, mają większą intensywność emocjonalną oraz negatywny znak afektywny [14].

Nasze badanie również wykazuje pogorszenie specyficzności pamięci w ZZA, co wiąże się z samym uzależnieniem, a nie z depresją. Bezpośrednie porównanie osób z ZZA i depresją ujawnia, że w tym pierwszym wypadku specyficzność pamięci jest nieco lepsza, ale afektywny wzór wspomnień pozostaje odmienny.

Nadmiernie generalne wspomnienia i choroby somatyczne

Porównując obie grupy kontrolne, można stwierdzić, że liczba wysyconych szczegółami odpowiedzi uzyskanych od zdrowych osób była za każdym razem nieco wyższa niż uzyskana od pacjentów oczekujących na zabieg. Bardzo ostrożnie pozwala nam to podejrzewać, że czynniki takie jak choroba, hospitalizacja i związany z nimi stres nieco zaburzają mechanizm konstruowania konkretnych wspomnień, ale kwestia ta wymaga badania z wykorzystaniem większych grup.

Badania oceniające związek między NGW a chorobami somatycznymi i (towarzyszącym) stresem są nieliczne. Przykładowo porównano osoby z szumami usznymi, z depresją i osoby zdrowe. W grupach klinicznych obecny był podobny, zmniejszony odsetek specyficznych wspomnień, różniły się one jednak rodzajem niespecyficznych odpowiedzi. Osoby z depresją miały więcej NGW niż osoby w grupie kontrolnej, podczas gdy uczestnicy doświadczający szumów usznych udzielali więcej odpowiedzi, które nie były wspomnieniami. Nie jest jednak jasne, czy do obniżenia specyficzności przyczynia się sam tinnitus, czy związany z nim stres [42]. Zmniejszoną specyficzność wspomnień i ich wolniejsze przywoływanie u pacjentów z przewlekłym bólem można z kolei wyjaśnić wyższym nasileniem depresji i lęku [43].

Potencjalne konsekwencje kliniczne

Dla klinicystów informacje o nasileniu NGW mogą być pomocne w procesie diagnozy i oceny rokowania. Opisane zmiany w PA mogą stymulować swoiste *circulus vitiosus*, a tym samym destabilizować proces leczenia i sprzyjać nawrotom. W związku z tym wydaje się istotne, by diagności i terapeuci byli świadomi zniekształceń w funkcjonowaniu PA oraz by mógł zrozumieć je pacjent, np. poprzez psychoedukację lub inne działania terapeutyczne. W szczególności problemy takie jak skłonność do oddalania się od spraw codziennych, myślenie nadmiernie generalne i abstrakcyjne, będące „pożywką” dla depresji, powinny być poznawczo restrukturyzowane.

W zakresie ZZA można się starać przekształcić dysfunkcyjne schematy sprzyjające poczuciu nieskuteczności swojego działania, zwłaszcza podtrzymujące negatywny biegun obrazu Ja. Praca nad tym obszarem może potencjalnie pomóc zmienić dysfunkcjonalne schematy poznawcze, a tym samym przyczynić się do bardziej realistycznego postrzegania siebie [44].

Pierwsze doniesienia o interwencji związanej ze zwiększaniem specyficzności – *Memory Specificity Training* (MEST), dotyczące zaburzeń nastroju i PTSD, wydają się obiecujące [45, 46].

Ograniczenia badania

Najważniejszym ograniczeniem badania jest stosowanie stosunkowo prostych i subiektywnych miar poziomu nastroju i stresu, niewykluczających dyssymulacji. W odniesieniu do pacjentów z epizodem depresji nie zastosowano kryterium przebiegu (dwu- lub jednobiegunowy).

Wnioski

1. Osoby cierpiące na epizod depresji oraz na ZZA bez objawów depresji przywoływały znacznie mniejszy odsetek wysyconych szczegółami wspomnień niż osoby z grup kontrolnych. Dotyczyło to zarówno pozytywnych, jak i negatywnych słów bodźcowych.
2. Osoby cierpiące na epizod depresji przywoływały mniej pozytywnych wspomnień niż grupy kontrolne.

Piśmiennictwo

1. Talarowska M, Berk M, Maes M, Gałecki P. *Autobiographical memory dysfunctions in depressive disorders*. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2016; 70(2): 100–108.
2. Williams JMG, Broadbent K. *Autobiographical memory in suicide attempters*. *J. Abnorm. Psychol.* 1986; 95(2): 144–149.
3. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E i wsp. *Autobiographical memory specificity and emotional disorder*. *Psychol. Bull.* 2007; 133(1): 122–148.
4. Cláudio V, Garcez Aurélio J, Machado PPP. *Autobiographical memories in major depressive disorder*. *Clin. Psychol. Psychother.* 2012; 19(5): 375–389.
5. Rawal A, Rice F. *New research: Examining overgeneral autobiographical memory as a risk factor for adolescent depression*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2012; 51(5): 518–527.
6. Köhler CA, Carvalho AF, Alves GS, McIntyre RS, Hyphantis TN, Cammarota M. *Autobiographical memory disturbances in depression: A novel therapeutic target?* *Neural Plast.* 2015; 2015: 759139.
7. Champagne K, Burkhous KL, Woody ML, Feurer C, Sosoo E, Gibb BE. *Brief report: Overgeneral autobiographical memory in adolescent major depressive disorder*. *J. Adolesc.* 2016; 52: 72–75.

8. Liu Y, Zhang F, Wang Z, Cao L, Wang J, Na A i wsp. *Overgeneral autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression*. *Psychiatry Res.* 2016; 243: 123–127.
9. Rybak-Korneluk A, Wichowicz HM, Zuk K, Dziurkowski M. *Autobiographical memory and its meaning in selected mental disorders*. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(5): 959–972.
10. Mackinger HF, Leibetseder MF, Kunz-Dorfer AA, Fartacek RR, Whitworth AB, Feldinger FF. *Autobiographical memory predicts the course of depression during detoxification therapy in alcohol dependent men*. *J. Affect. Disorders.* 2004; 78(1): 61–65.
11. Whiteley C, Wanigaratne S, Marshall J, Curran HV. *Autobiographical memory in detoxified dependent drinkers*. *Alcohol Alcohol.* 2009; 44(4): 429–430.
12. D'Argembeau A, Van der Linden M, Verbanck P, Noel X. *Autobiographical memory in non-amnesic alcohol-dependent patients*. *Psychol. Med.* 2006; 36(12): 1707–1715.
13. Poncin M, Neumann A, Luminet O, Vande Weghe N, Philippot P, Timary de P. *Disease recognition is related to specific autobiographical memory deficits in alcohol-dependence*. *Psychiatry Res.* 2015; 230(2): 157–164.
14. Cuervo-Lombard C, Raucher-Chéné D, Barrière S, Van der Linden M, Kaladjian A. *Self-defining memories in recently detoxified alcohol-dependent patients*. *Psychiatry Res.* 2016; 246: 533–538.
15. Fowler A-K, Thompson J, Chen L, Dagda M, Dertien J, Dossou KSS i wsp. *Differential sensitivity of prefrontal cortex and hippocampus to alcohol-induced toxicity*. *PLoS One* 2014; 9(9): e106945-e.
16. Walker WR, Skowronski JJ, Thompson CP. *Life is pleasant – and memory helps to keep it that way!* *Rev. Gen. Psychol.* 2003; 7(2): 203–210.
17. Fijalkowska A, Gruszczynski W. *Organization of emotional memories in autobiographical memory*. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(3): 341–351.
18. Wisco BE, Nolen-Hoeksema S. *Valence of autobiographical memories: The role of mood, cognitive reappraisal, and suppression*. *Behav. Res. Ther.* 2010; 48(4): 335–340.
19. Walker WR, Skowronski J, Gibbons J, Vogl R, Thompson R. *On the emotions that accompany autobiographical memories: Dysphoria disrupts the fading affect bias*. *Cogn. Emot.* 2003;17(5): 703.
20. Matt GE, Vazquez C, Campbell WK. *Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review*. *Clin. Psychol. Rev.* 1992; 12(2): 227–255.
21. Mitchell AEP. *Phenomenological characteristics of autobiographical memories: Responsiveness to an induced negative mood state in those with and without a previous history of depression*. *Adv. Cogn. Psychol.* 2016; 12(2): 105–114.
22. Werner-Seidler A, Moulds ML. *Autobiographical memory characteristics in depression vulnerability: Formerly depressed individuals recall less vivid positive memories*. *Cogn. Emot.* 2011; 25(6): 1087–1103.
23. Gotlib IH, Joormann J. *Cognition and depression: Current status and future directions*. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2010; 6: 285–312.
24. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11, 4: 417–421.
25. Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960; 23(1): 56–62.
26. Kuyken W, Dalgleish T. *Overgeneral autobiographical memory in adolescents at risk for depression*. *Memory* 2011;19(3): 241-50.

27. Wichowicz H, Rybak-Korneluk A, Stankiewicz-Wróblewska J, Żuk K, Dziurkowski M, Adrych K. *The effect of mild stress on the functioning of autobiographical memory (preliminary report)*. *Neuropsychiat. Przegl. Klin.* 2015; 8(4): 172–178.
28. Shields AL, Howell RT, Potter JS, Weiss RD. *The Michigan alcoholism screening test and its shortened form: A meta-analytic inquiry into score reliability*. *Subst. Use Misuse.* 2007; 42(11): 1783–1800.
29. Connor JP, Grier M, Feeney GFX, Young RM. *The validity of the Brief Michigan Alcohol Screening Test (bMAST) as a problem drinking severity measure*. *J. Stud. Alcohol Drugs.* 2007; 68(5): 771–779.
30. Conway MA, Pleydell-Pearce CW. *The construction of autobiographical memories in the self-memory system*. *Psychol. Rev.* 2000; 107(2): 261–288.
31. Bower B. *The bright side of sadness: Bad moods can have unappreciated mental upsides*. *Sci. News.* 2013; 184(9): 18.
32. Van Vreeswijk MF, De Wilde EJ. *Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis*. *Behav. Res. Ther.* 2004; 42(6): 731–743.
33. Williams JMG, Scott J. *Autobiographical memory in depression*. *Psychol. Med.* 1988; 18(3): 689–695.
34. Park RJ, Goodyer IM, Teasdale JD. *Categoric overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder*. *Psychol. Med.* 2002; 32(2): 267–276.
35. Puffet A, Jehin-Marchot D, Timsit-Berthier M, Timsit M. *Autobiographical memory and major depressive states*. *Eur. Psychiatry* 1991; 6(3): 141–145.
36. Peeters F, Wessel I, Merckelbach H, Boon-Vermeeren M. *Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder*. *Compr. Psychiatry* 2002; 43(5): 344–350.
37. Kuyken W, Dalgleish T. *Autobiographical memory and depression*. *Br. J. Clin. Psychol.* 1995; 34(1): 89–92.
38. Taylor SE; Brown JD. *Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health*. *Psychological Bulletin* 1988; 103(2): 193–210.39.
39. Moore MT, Fresco DM. *Depressive realism: A meta-analytic review*. *Clin. Psychol. Rev.* 2012; 32(6): 496–509.
40. Carson RC, Hollon SD, Shelton RC. *Depressive realism and clinical depression*. *Behav. Res. Ther.* 2010; 48(4): 257–265.
41. Askelund AD, Schweizer S, Goodyer IM, Harmelen van A-L. *Positive memory specificity is associated with reduced vulnerability to depression*. *Nat. Hum. Behav.* 2019; 3(3): 265–273.
42. Andersson G, Hesser H, Cima RFF, Weise C. *Autobiographical memory specificity in patients with tinnitus versus patients with depression and normal controls*. *Cogn. Behav. Ther.* 2013; 42(2): 116–126.
43. Liu X, Liu Y, Li L, Hu Y, Wu S, Yao S. *Overgeneral autobiographical memory in patients with chronic pain*. *Pain Med.* 2014; 15(3): 432–439.
44. Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PG, McGuire J. *Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a Brief Residential Abstinence Program*. *Cognit. Ther. Res.* 2010; 34(3): 207–215.
45. Eigenhuis E, Seldenrijk A, van Schaik A, Oppen van P, Raes F. *Feasibility and effectiveness of memory specificity training in depressed outpatients: A pilot study*. *Clin. Psychol. Psychother.* 2017; 24(1): 269–277.

46. Moradi AR, Moshirpanahi S, Parhon H, Mirzaei J, Dalgleish T, Jobson L. *A pilot randomized controlled trial investigating the efficacy of MEmory Specificity Training in improving symptoms of posttraumatic stress disorder*. Behav. Res. Ther. 2014; 56: 68–74.

Adres: Hubert M. Wichowicz
Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii
Gdański Uniwersytet Medyczny
80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 7
e-mail: hwich@gumed.edu.pl

Otrzymano: 19.09.2020
Zrecenzowano: 14.11.2020
Otrzymano po poprawie: 21.11.2020
Przyjęto do druku: 23.11.2020