

Anna Maria Rybak-Korneluk

„Charakterystyki jakościowe i czasowe wspomnień autobiograficznych u osób z zaburzeniami
depresyjnymi oraz zespołem uzależnienia od alkoholu”

Praca doktorska

Gdański Uniwersytet Medyczny

Promotor: dr hab. n. med. Hubert Wichowicz

GDAŃSK 2017

SPIS TREŚCI

1.	WSTĘP.....	5
1.1.	Pojęcie i rola pamięci autobiograficznej.....	5
1.2.	Neuroanatomiczne podłoże pamięci autobiograficznej.....	9
1.3.	Zaburzenia psychiczne a zaburzenia pamięci autobiograficznej.....	10
1.4.	Obniżenie specyficzności wspomnień – próba wyjaśnienia.....	14
2.	CELE PRACY Z UZASADNIENIEM PODJĘCIA BADANIA, HIPOTEZY BADAWCZE.....	16
2.1.	Cele pracy.....	16
2.2.	Hipotezy badawcze.....	16
3.	BADANA GRUPA I METODY.....	18
3.1.	Materiał, kryteria włączenia i wykluczenia.....	18
3.2.	Metoda badania.....	19
3.3.	Procedura badawcza.....	22
4.	WYNIKI.....	24
4.1.	Charakterystyka badanych grup – czynniki demograficzne.....	24
4.2.	Dane charakteryzujące stan psychiczny badanych.....	25
4.3.	Wyniki dotyczące procentu wspomnień specyficznych.....	27
4.4.	Wyniki dotyczące specyficzności w odniesieniu do poszczególnych <i>cue words</i>	28
4.4.1.	Analizy wartości predykcyjnych specyficzności wspomnień w odniesieniu do poszczególnych grup.....	41
4.4.2.	Analiza regresją krokową postępującą czynników wpływających na specyficzność wspomnień dla poszczególnych słów bodźcowych.....	41
4.4.3.	Specyficzność – podsumowanie.....	46
4.5.	Wyniki dotyczące oceny przyjemność-przykrość w odniesieniu o poszczególnych <i>cue words</i>	48
4.5.1.	Analizy wartości predykcyjnych oceny przyjemność-przykrość w odniesieniu do poszczególnych grup.....	56
4.5.2.	Ocena przyjemność-przykrość – podsumowanie.....	56
4.6.	Wyniki dotyczące liczby wspomnień nacechowanych afektywnie.....	58
4.6.1.	Liczba wspomnień nacechowanych afektywnie – podsumowanie.....	60
4.7.	Wyniki dotyczące oceny wyrazistości wspomnienia w odniesieniu do poszczególnych <i>cue words</i>	60
4.8.	Wyniki dotyczące dystrybucji wspomnień w czasie w odniesieniu do poszczególnych <i>cue words</i>	63
4.9.	Wyniki dotyczące odpowiedzi niespecyficznych.....	66
4.10.	Wyniki dotyczące korelacji stanu psychologicznego i oceny skalami badanych z charakterystykami pamięci.....	67
4.10.1.	Nastrój i poziom stresu – ocena subiektywna.....	67
4.10.2.	Wyniki w kwestionariuszach BDI, HDRS i bMAST.....	69
5.	OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA.....	73
5.1.	Sumaryczne zestawienie uzyskanych wyników.....	73
5.2.	Specyficzność wspomnień – dane badawcze.....	74
5.2.1.	Zaburzenia nastroju.....	74
5.2.2.	Uzależnienie od alkoholu.....	78
5.2.3.	Stres.....	80
5.2.4.	Specyficzność wspomnień – uzyskane dane.....	81
5.3.	Nastrój wspomnień – dane badawcze.....	84
5.3.1.	Nastrój wspomnień – uzyskane dane.....	86
5.4.	Wyrazistość i specyficzność wspomnień.....	90
5.5.	Potencjalne konsekwencje kliniczne.....	92
5.6.	Ograniczenia metodologiczne pracy i perspektywy badawcze.....	93
6.	WNIOSKI.....	94
7.	STRESZCZENIE.....	95
8.	SUMMARY.....	98
9.	PIŚMIENNICTWO.....	101
10.	ZAŁĄCZNIKI.....	107
10.1.	Kwestionariusz Test Pamięci Autobiograficznej.....	107

10.2. Skala Depresji Becka.....	115
10.3. Skala Depresji Hamiltona.....	120
10.4. Test bMAST.....	125

Lista najczęściej używanych skrótów

BDI – Skala Depresji Becka/ *Beck Depression Inventory*

bMAST – Test bMAST/ *Brief Michigan Alcohol Screening Test*

HDRS – Skala Depresji Hamiltona/ *Hamilton Depression Rating Scale*

NGW – nadmiernie generalne wspomnienia/ *overgeneral memory*

PA – pamięć autobiograficzna/ *autobiographical memory*

PTSD – zespół stresu pourazowego, zaburzenie stresowe pourazowe/ *Posttraumatic Stress Disorder*

SMS – System Pamięci Ja/ *Self-Memory System*

TPA – Test Pamięci Autobiograficznej/ *Autobiographical Memory Test*

ZZA – zespół zależności alkoholowej/ *alcohol dependence syndrome*

1. WSTĘP

1.1 Pojęcie i rola pamięci autobiograficznej

Pamięć autobiograficzna (PA) jest częścią pamięci, która dotyczy naszej osobistej przeszłości. Zawiera ona wspomnienia powiązane z tożsamością człowieka. Jej istnienie jest kluczowe dla funkcjonowania jednostki, dla jej adekwatnego osadzenia w czasie – bez wiernego zapisu przeszłości, również przyszłość staje pod znakiem zapytania. Innymi słowy, do realizowania celów niezbędna jest orientacja, jak osoba poradziła sobie z podobną sytuacją w przeszłości.

Dane pamięciowe zawarte w PA są charakterystyczne i pod wieloma względami różne od zwykłego materiału pamięciowego, na przykład zdobywanego podczas edukacji. Różnice dotyczą między innymi:

- odmiennej organizacji materiału; w PA treści są uporządkowane czasowo wg powiązań wydarzeń (jak wcześniejsze wpłynęły na następujące po nich) oraz pojęciowo strukturalizują się wokół istotnych tematów,
- występowania dwóch rodzajów wspomnień – semantycznych i epizodycznych,
- zależności PA od kontekstu, który bardzo często stanowi klucz do rozumienia jej zawartości,
- wysycenia emocjonalnego, ponieważ wspomnienia dotyczą ważnych i osobistych kwestii,
- poziomu przygotowania – w przeciwieństwie do innych rodzajów pamięci zazwyczaj dane te nie są spreparowane, by łatwiej i ekonomiczniej się je pamiętało (1).

Wzorując się na Tulvingu (2, 3) i doprecyzowując, Conway wyróżnia dwa systemy PA. Starsza ewolucyjnie i obecna u wielu gatunków pamięć epizodyczna ma za zadanie utrzymywanie aktualnych i szczegółowych zapisów dotyczących aktywności zorientowanej na cel. Jest to system, który pozwala większości gatunków na efektywne funkcjonowanie w swoim środowisku z dnia na dzień. Neuroanatomicznie stanowią go prawdopodobnie tylne obszary skroniowo-potyliczne mózgu. Natomiast młodszy ewolucyjnie system opiera się na wiedzy i jest zorganizowany bardziej koncepcyjnie. Ludzie rozwinęli złożone struktury informacji, które potrafią przetrwać w pamięci długie okresy czasu, a nawet całe życie. Ta część pamięci wspiera zadania z długą perspektywą czasową, np. związane z pracą lub relacjami.

Tutaj najprawdopodobniej anatomiczną podstawą są obszary czołowo-skroniowe (4, 5). Pamięć autobiograficzna pozwala nam więc realizować zarówno krótko- jak i długoterminowe cele.

Bardziej szczegółowo funkcjonowanie PA obrazuje System Pamięci Ja (ang. *Self-Memory System, SMS*). Jest to model teoretyczny wyjaśniający relację pomiędzy pojęciem Ja a pamięcią długotrwałą. Stoi za nim ogólne założenie, że procesy poznawcze są sterowane celami, a tym samym pamięć jest zależna od motywacji. Wyróżniamy w nim:

I. Ja robocze (ang. *working self*), które składa się z:

- Obrazów Ja (ang. *self-images*) stanowiących „robocze” koncepcje samego siebie.
- Ja koncepcyjnego (ang. *conceptual self*) – zestawu przekonań i ocen dotyczących, czym Ja było w przeszłości, jest obecnie i czym może stać się w przyszłości.
- Hierarchicznego zbioru bieżących celów. Jego zadaniem jest regulowanie zachowania przez redukcję rozbieżności pomiędzy aktualnym stanem ich realizacji a stanem pożądanym. W konsekwencji te aspekty wiedzy, które łączą się z celami są najbardziej dostępne w systemie.

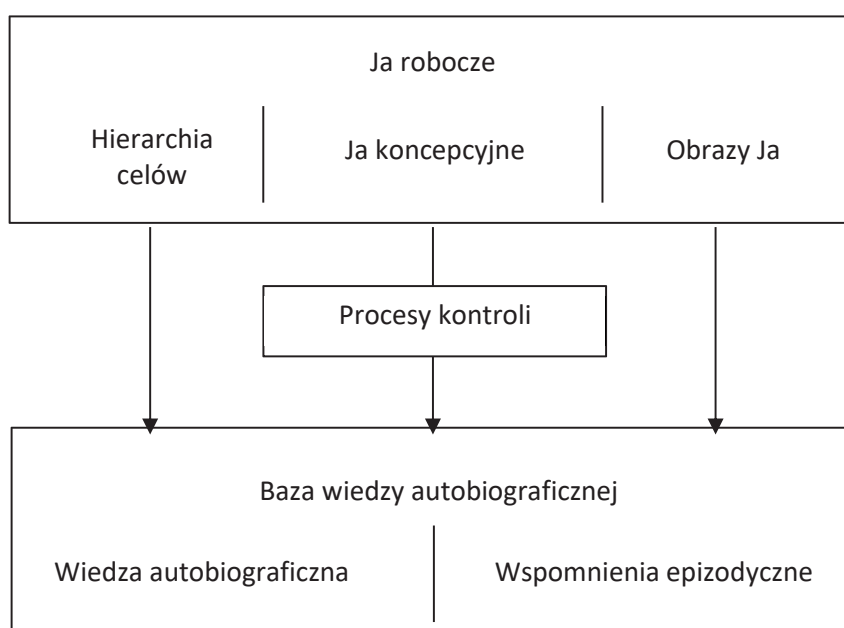
II. Baza wiedzy autobiograficznej składająca się z:

- Wiedzy autobiograficznej (ang. *autobiographical knowledge*). Jest ona zorganizowana w hierarchiczne struktury, które mają dużą rozpiętość w zakresie szczegółowości – od bardzo abstrakcyjnych i semantycznych, jak opisane wcześniej Ja koncepcyjne, do wiedzy powiązanej z konkretnymi wydarzeniami i doświadczeniami jednostki.
- Wspomnień epizodycznych (ang. *episodic memories*). Zawierają one zbiorcze zapisy z przetwarzania danych sensorycznych, percepcyjnych, koncepcyjnych i afektywnych otrzymywanych z pamięci roboczej (ang. *working memory*). Charakterystyczny dla nich jest dominujący wizualny charakter reprezentacji (niezależnie od modalności go wywołującej, czyli przykładowo wspomnienie koncertu także będzie kodowane wzrokowo), i przedstawianie zapisów dotyczących krótkich odcinków czasu. Ich główną funkcją jest dostarczanie krótkoterminowych informacji odnośnie postępów w realizacji bieżących celów; są one utrwalane w pamięci tylko, jeśli zostaną powiązane z koncepcyjną

wiedzą autobiograficzną. Natomiast podczas konstruowania wspomnienia wiążą się z jego ponownym doświadczaniem i dostarczają mu szczegółowości.

Podsumowując: relacja pomiędzy Ja roboczym i pamięcią długotrwałą jest dwustronna – Ja robocze reguluje dostęp do informacji w Bazie wiedzy autobiograficznej, te natomiast ograniczają obraz jednostki w przeszłości, teraźniejszości i przyszłości oraz adekwatnie osadzają w rzeczywistości podejmowane działania (4-6).

Relacje pomiędzy dwoma systemami zostały przedstawione na rycinie 1.



Ryc. 1. Relacja pomiędzy Ja roboczym i Bazą wiedzy autobiograficznej [na podstawie Conway i Williams, (4)].

Jak wynika z modelu SMS, zbiór danych ulokowanych w PA nie ma jednolitego charakteru – zawarta w nim wiedza cechuje się zróżnicowaniem specyficzności. Conway i Pleydell-Pearce wyróżniają w niej trzy poziomy tworzące hierarchiczną strukturę: pamięć okresów życia (ang. *lifetime periods*), pamięć zdarzeń ogólnych (ang. *general events*) i pamięć zdarzeń specyficznych (ang. *event-specific knowledge*). Pierwsza dotyczy najbardziej ogólnego poziomu, który stanowi wiedza o typowych miejscach, znaczących osobach, działaniach i celach, charakterystycznych dla danego okresu. Zawarty w niej zbiór informacji jest zorganizowany wokół takich tematów, jak życie rodzinne lub zawodowe; poszczególne wątki

mogą przebiegać równolegle. Pamięć zdarzeń ogólnych stanowią pojedyncze i powtarzalne wydarzenia oraz zestawy skojarzonych wydarzeń tworzące serię wspomnień połączonych wspólnym tematem. Zwykle reprezentują wydarzenia zawierające wiedzę nacechowaną dodatnio i ujemnie afektywnie dotycząca osiągnięcia celów. Natomiast pamięć zdarzeń specyficznych stanowi szczególny przypadek zdarzenia ogólnego albo element wchodzący w jego skład, który wyróżnia się ze względu na zawarte w nim wyraziste dane percepcyjne (6, 7).

Obserwując funkcjonowanie PA na przestrzeni życia jednostki możemy dostrzec następujące zjawiska:

- Amnezja dziecięca – czyli brak możliwości przywoływania wspomnień z okresu poniżej 2-4 roku życia. Jej występowanie jest wyjaśniane brakiem odpowiednich struktur poznawczych. Około 24 miesiąca życia tworzy się tzw. poznawcze Ja (ang. *cognitive self*) – dziecko zaczyna różnicować siebie jako podmiot i przedmiot doświadczenia. Ponieważ struktury Ja nie zostały jeszcze uformowane, wiedza związana z wydarzeniami, która została zgromadzona wcześniej, nie jest w nie wbudowywana. W związku z tym materiał pamięciowy nie zostaje utrwalony (8, 9). Ponadto język, będący narzędziem pamięci, nie jest jeszcze wykształcony w stopniu pozwalającym na werbalizowanie doświadczeń (10). Według koncepcji SMS, w tym okresie dochodzi do znacznej zmiany w hierarchii celów – te, które były istotne dla małego dziecka, przestają być ważne z perspektywy Ja roboczego dalej rozwijającej się osoby i przez to utracony zostaje dostęp do nich (5, 6). Od strony neuroanatomicznej zjawisko to wyjaśniane jest intensywnym, trwającym i niezakończonym rozwojem płatów czołowych przebiegający w tym okresie (11).
- Reminiscencja – czyli zwiększona dostępność wspomnień dotyczących wydarzeń, które rozegrały się pomiędzy 10 a 30 rokiem życia w porównaniu z innymi okresami życia. Dyspozycja ta nasila się z wiekiem. Można ją zaobserwować u osób powyżej 35 roku życia. Towarzyszy jej ponadto asymetria wspomnień pozytywnych i negatywnych, to jest lokowanie wydarzeń szczęśliwych i ważnych we wczesnej młodości, natomiast smutnych i traumatycznych w sposób rozproszony na osi czasu. Owa asymetria jest wyjaśniana interakcją dwóch czynników – większym spadkiem negatywnego afektu w czasie i lepszym dostępem do wspomnień o większej intensywności emocjonalnej, co skutkuje częstszym odtwarzaniem sytuacji nacechowanych pozytywnym afektem (12-14). Reminiscencja nakłada się na:

- Aktualność, czyli zwiększony dostęp do wspomnień, które dotyczą niedawnych, tj. sięgających do dwóch lat wstecz, wydarzeń. Bieżące wspomnienia są bardziej powiązane z aktualnymi celami jednostki i tym samym łatwiej dostępne w Ja roboczym (6).

1.2 Neuroanatomiczne podłoże pamięci autobiograficznej

Zjawisko PA było badane przy użyciu technik neuroobrazowania funkcjonalnego. Obszary odpowiadające za PA są umiejscowione w różnych częściach mózgu i tworzą strukturę funkcjonalną, a nie anatomiczną. Dane doświadczalne są na razie niejednorodne, prawdopodobnie ze względu na niewielką liczebność badanych grup. Tym nie mniej w 2006 r. E. Svoboda i wsp. dokonali metaanalizy 24 wcześniejszych prac (bazujących na badaniach fMRI i SPECT), co dało im po zestawieniu 243 przypadków. Zaprezentowali próbę uporządkowania danych, wyodrębniając części mózgu zaangażowane w funkcjonowanie PA.

Jeszcze przed zaprezentowaniem *domniemanych* (jak wielokrotnie powtarzali) neuronalnych obwodów PA zwrócili uwagę na fakt, iż PA jest kompleksem szeregu procesów OUN. Obok zaprezentowanych tutaj (pamięć epizodyczna, emocje, wyobrażenia wzrokowa) wliczyli szereg innych jak: autorefleksja, funkcje wykonawcze czy procesy semantyczne. Ze zanalizowanych prac wybrali regiony w mózgu, w których aktywacja przy zadaniach związanych z PA była największa. Dokonali też podziału uzyskanych danych w zależności od ich spójności. W ten sposób wyodrębnili pierwszorzędowe obwody PA, kiedy dane we wszystkich badaniach były relatywnie spójne oraz kolejnego rzędu – z mniejszą spójnością. Do obwodów pierwszorzędowych zaliczyli: przyśrodkową i brzusno-boczną korę przedczołową, pośrodkową i boczną korę skroniową, tylne (za płatem) części ciała modzelowatego, styk płatów ciemieniowych i skroniowych oraz mózdzek.

Już dane dotyczące lateralizacji okazały się interesujące. Procesy związane z PA wykazują lateralizację, jednak nie jest to całkowita lateralizacja, jak np. w klasycznie w afazji ruchowej. Generalnie przewaga jednostronnej aktywności w czasie wykonywania zadań PA w okolicach korowych wynosiła 1,81 (liczona jako ilość rejestrowanych impulsów lewej/prawej półkuli), przy ocenianiu struktur głębiej położonych asymetria zmniejszała się do współczynnika 1,46 dla okolic podkorowych. Ale w mózdzku wynosiła 1,92 z korzyścią dla prawej półkuli. Nie należy zapominać, iż większość analizowanych prac (a także – co należy

nadmienić – i obecna) posługiwały się werbalnym bodźcem, a to – co w końcu już wiadomo od ponad 150 lat – w większości przypadków aktywizuje lewą półkulę.

Dane dotyczące pierwszorzędowych okolic związanych z PA czasami nie są zgodne z teoriami psychologicznymi. Niech przykładem będzie zaliczenie do nich środkowej części płata skroniowego (ang. *medial temporal lobe region, MTL*). Generalnie ta część mózgu, wraz z silnie z nią związanym szeregiem szlaków hipokampa, uznawana jest za część OUN, która uczestniczy w kodowaniu śladów pamięciowych, a nie w jego odzyskaniu. A PA bazuje na odzyskiwaniu danych. Jedną z domniemych metod wyjaśnienia tej niezgodności z oczekiwaniami jest hipoteza, iż aktywacja ta dotyczy przypominania wydarzeń świeżych, jakby dopiero co zapamiętywanych, a nie z dalszej przeszłości.

Kolejną niezgodnością jest wliczenie kory wzrokowej (pierwotnej, tj. prążkowanej i okolic przyległych) do mniej znaczących okolic PA. Potwierdziło to zaledwie 8 prac, czyli – jak założyli autorzy – należałoby ją wliczyć do okolic o drugorzędnym znaczeniu w PA. Dziwi to w świetle przedstawionych danych z badań psychologicznych o pierwszoplanowym znaczeniu wyobrażeń wzrokowych w funkcjonowaniu PA oraz – zacytowanych przez autorów – kazuistycznych przypadków, kiedy potwierdzone badaniem MRI uszkodzenie okolic wzrokowych powodowało dysfunkcje PA (15).

Zatem droga potwierdzenia wyników badań psychologicznych badaniami neurofunkcyjnymi wydaje się jeszcze daleka.

1.3 Zaburzenia psychiczne a zaburzenia pamięci autobiograficznej

PA obejmuje zarówno procesy poznawcze jak i afektywne, wobec czego jej zniekształcenia mogą wpływać na trudności emocjonalne i odwrotnie – w zaburzeniach życia uczuciowego będziemy mogli zaobserwować patologiczne funkcjonowanie procesów PA. Zniekształcenia PA stwierdzono w różnego rodzaju zaburzeniach psychicznych, między innymi w zaburzeniach stresowych pourazowych (16, 17), autyzmie wczesnodziecięcym (18, 19), schizofrenii (20, 21), a także zaburzeniach nastroju (22, 23) i zespole zależności alkoholowej (24, 25). Dwa ostatnie, stanowiące temat niniejszej pracy, zostaną szerzej omówione.

Bower, a także Gotlib i Joormann wskazywali na tendencję do poszukiwania, uczenia się, a także przypominania materiału zgodnego z nastrojem (26, 27). Jak wiadomo – nawet laikom – w depresji jest on obniżony, i to nie tylko w zakresie aktualnych wydarzeń. Aaron

T. Beck stworzył pojęcie triady depresyjnej – zaobserwował u osób cierpiących na depresję występowanie negatywnego obrazu „ja” i pesymistycznej oceny bieżącej sytuacji oraz przyszłości. Zwracał uwagę na zniekształcenia w przetwarzaniu informacji przez chorych, które sprawiają, że neutralne i niejednoznaczne bodźce środowiskowe są interpretowane zgodnie ze schematami poznawczymi, które posiada jednostka. W przypadku depresji schematy te często obejmują stratę, odizolowanie, porażkę, bezwartościowość i odrzucenie (24).

Aktualnie wyróżnia się trzy podstawowe mechanizmy wiążące się z zaburzeniem regulacji emocji w depresji:

- procesy hamujące i deficyty w pamięci roboczej,
- ruminujące reakcje na negatywne stany emocjonalne i negatywne wydarzenia życiowe,
- niezdolność do używania pozytywnych i nagradzających bodźców w celu regulowania obniżonego przez depresję nastroju.

Ponadto w obszarze pamięci wyróżnia się nasilone przypominanie negatywnego materiału w porównaniu z pozytywnym oraz przywoływanie generalnych wspomnień mimo instrukcji, by przywoływać specyficzne (26).

W rezultacie przywoływane są tzw. nadmiernie generalne wspomnienia (NGW, ang. *overgeneral memory*) – objaw, który można uznać za kluczowy. Wiąże się z obniżoną zdolnością konstruowania wspomnień na poziomie wyżej opisanej pamięci zdarzeń specyficznych (ang. *event-specific knowledge*). Skutkuje to przywoływaniem wspomnień generalnych, które mają bardziej semantyczny charakter i nie osiągają pełnego stopnia szczegółowości. Występują przede wszystkim w zespołach depresyjnych. Ich prawdopodobny pierwotny adaptacyjny cel, tj. blokowanie obciążających emocjonalnie wspomnień, zostaje zatracony. Początkowo są nakierowane na wspomnienia z negatywnym ładunkiem emocjonalnym. *De facto* zaburzają jednocześnie konstruowanie i przeżywanie pozytywnych wspomnień, co pogłębia obniżenie nastroju i anhedonię poprzez „zabranie” jakiegokolwiek przeciwwagi dominującego u chorego smutku.

Obniżenie specyficzności wspomnień traktowana jest jako marker depresji i coraz częściej również jako poznawczy czynnik podatności na nią (28). Zainteresowanie tym zjawiskiem zapoczątkowało badanie ich odkrywców – J. Marka G. Williama i Keitha Broadbenta (1986). Badacze ci, koncentrując się wyjściowo na nastroju i latencji materiału pamięciowego odkryli, że pacjenci z intensywnymi negatywnymi emocjami przywoływali częstokroć nadmiernie generalne wspomnienia, ze znaczną ilością niespecyficznych odpowiedzi przypadającą zwłaszcza dla pozytywnych słów bodźcowych (29). Williams i Scott

(1988) przebadali niedługo potem osoby z epizodem depresji, uzyskując zbliżone rezultaty, co przyczyniło się do stworzenia pojęcia NGW (30).

Początkowo występowanie zjawiska przypisywano zaburzeniom mechanizmu kodowania, kolejne badania przesunęły jednak nacisk w kierunku mechanizmów odzyskiwania informacji (22, 30). Zatrzymanie procesu wydobywania wspomnienia na wcześniejszym etapie chroni jednostkę przed dostępem do potencjalnie zagrażającego materiału pamięciowego. Efektem tego jest także zmiana w charakterze przywoływanego wspomnienia – przesunięcie z epizodycznego w bardziej semantyczny i z pojedynczego – w bardziej uogólniony.

Kluczową rolę w PA wydaje się mieć jej natężenie – zarówno nadmiar, jak i niedobór wspomnień, czy też ich szczegółów okazuje się dezadaptacyjny. Tutaj przykładem jest inne schorzenie. W PTSD (ang. *Posttraumatic Stress Disorder*, zespół stresu pourazowego, zaburzenie stresowe pourazowe) występuje zbyt znaczne nasilenie wyrazistości i intensywności emocjonalnej wspomnień. Te zjawiska, tj. NGW i nadmiernie intensywne wspomnienia, chociaż *ex definitione* są sprzeczne, często współwystępują. W PTSD mimo wyrazistych intruzywnych wspomnień pozostałe są mniej specyficzne. W zaburzeniach depresyjnych na tle nadmiernie zgeneralizowanych mogą natomiast wkradać się żywe wspomnienia o charakterze ruminującym (6).

Pisarz John Irving zwrócił uwagę na niezależność procesów pamięci od woli jednostki. W „Modlitwie za Owena” pisze „Pamięć jest straszliwa. Człowiek może o czymś zapomnieć, ona nie. Po prostu odkłada rzeczy do odpowiednich przegródek. Przechowuje dla ciebie różne sprawy albo je przed tobą skrywa – i kiedy chce, to ci to wszystko przypomina. Wydaje ci się, że jesteś panem swojej pamięci, ale to odwrotnie – pamięć jest twoim panem” (31). Warto tutaj dokonać pewnego rozróżnienia, bowiem niezamierzony charakter powstania wspomnienia niekoniecznie oznacza patologię procesów pamięci. Wspomnienia, które są przywoływane w sposób automatyczny i nieukierunkowany na określony cel nazywane są mimowolnymi (ang. *involuntary memories*). Stanowią one codzienny element funkcjonowania pamięci (32). Wyróżnia się także wspomnienia, których mechanizm powstawania jest również automatyczny i niezależny od jednostki, ale które dotyczą odległej przeszłości, znacząco wpływają na aktualne samopoczucie i są ponownie intensywnie przeżywane. Nazywane są proustowskimi, od słynnego ciastka – magdalenki z cyklu powieściowego „W poszukiwaniu straconego czasu”. Przywołała ona ciąg wspomnień stanowiących treść cyklu. Nadal jest to jednak zjawisko, które dotyczy *normalnych* procesów funkcjonowania pamięci. Natomiast wspomnienia intruzywne (tzw. „przebłyski”, ang. *flashbacks*) kojarzone z zaburzeniami

psychicznymi (głównie PTSD) są do powyższych podobne w zakresie mechanizmu powstawania. Jednakże treści w nich przywoływane są zawsze niechciane i pojawiają się w sposób nawracający, są nieprzyjemne i dysfunkcyjne (33).

Badanie Parry'ego i O'Kearneya (2014) dostarcza pewnego wglądu w złożoność tego zjawiska. Ukazuje ono różnicę we wspomnieniach mimowolnych u osób cierpiących na depresję, PTSD i w grupie osób zdrowych. Badacze określają wspomnienia mimowolne terminem intruzywne (ang. *intrusive memories*)¹. W depresji i PTSD wspomnienia mimowolne (intruzywne) występowały częściej niż u zdrowych badanych i wykazywały większą interferencję z codzienną aktywnością. Jednakże w grupie z zespołem stresu pourazowego różniły się od uzyskanych od reszty badanych – cechował je większy poziom dystresu i sensoryczności oraz większa proporcja słów odnoszących się do doznań zmysłowych. Osoby z PTSD doświadczały wspomnień intruzywnych, jako posiadających bardziej fizyczny lub zmysłowy charakter, z większą ilością szczegółów percepcyjnych, zwłaszcza wizualnych, niż osoby depresyjne, które w tym aspekcie prawie nie różniły się u osób zdrowych. Ponadto większe nasilenie dysocjacji związanej z traumatycznym doświadczeniem było znaczącym predyktorem sensorycznej zawartości, a większe natężenie depresji mniejszej (34).

Można wnioskować, że chociaż wspomnienia intruzywne towarzyszą obu zaburzeniom (depresja i PTSD), mają one odmienny charakter – znów znajdują się na dwóch biegunach zaburzeń PA, co może wiązać się z odmiennym mechanizmem powstawania każdego z nich. W PTSD w momencie zapamiętywania zdarzenia występuje duże pobudzenie oparte na lęku, dlatego materiał pamięciowy jest zdominowany przez szczegóły percepcyjne i sensoryczne, a mniej uporządkowany koncepcyjnie. Jest to więc proces typu dół – góra (ang. *bottom-up*), gdzie wywołujące zdarzenie determinuje obraz kliniczny. W badaniu Parry'ego i O'Kearneya osoby z depresją różniły się od zdrowych w obrębie wspomnień dowolnych – pojawiała się u nich większa liczba autodeprecjonujących opisów w narracjach. Wnioskuje oni, że intruzywność w depresji jest procesem typu góra – dół (ang. *top-down*), gdzie następuje aktywacja negatywnych schematów Ja i zniekształcanie przez nie wspomnień zgodnie z obniżonym nastrojem (26, 34). Integracja wspomnień w Bazie wiedzy autobiograficznej może zostać utrudniona przez rozbieżności i sprzeczności w schematach Ja, które są doświadczane jako zaburzone i intruzywne (6).

¹ Wg przyjętego powyżej podziału wspomnienia intruzywne to patologiczna forma wspomnień mimowolnych w zaburzeniach klinicznych.

W uzależnieniu od alkoholu również zaobserwowano występowanie zmniejszonej specyficzności wspomnień. Przykładem jest badanie Whiteleya i wsp. porównujące alkoholików po detoksykacji z niekliniczną grupą kontrolną (35). Badacze wnioskuje o potencjalnej roli NGW w rozwoju uzależnienia, jego utrzymywaniu się oraz nawrotach przez utrudnianie osobie przywoływania konkretnych osiągnięć, co może obniżać poczucie własnej skuteczności. Wskazują także, że NGW może sabotować poznawcze techniki terapeutyczne, np. związane z kwestionowaniem dysfunkcyjnych przekonań.

1.4 Obniżenie specyficzności wspomnień – próba wyjaśnienia

Albert Schweitzer twierdził, że „Ludzkie szczęście to nic innego, jak dobre zdrowie i słaba pamięć”. Jednakże badania pokazują, iż pewne deficyty pamięci mogą się wiązać ze stanami psychopatologicznymi, być ich objawem, markerem czy wprost – jak np. w zespołach demencyjnych – najważniejszą konsekwencją procesu chorobowego.

NGW są wyjaśniane są zmianami w poznawczym i afektywnym funkcjonowaniu jednostki, które całościowo ujmuje model CaRFAX Williamsa. Akronim ten oznacza wychwytywanie i przeżuwanie (ang. *CaR, capture and rumination*), funkcjonalne unikanie (ang. *FA, functional avoidance*) oraz dysfunkcję kontroli wykonawczej (ang. *X, executive control dysfunction*) (22, 36).

Wychwytywanie i przeżuwanie dotyczy pojawiania się ruminujących negatywnych myśli podczas prób przywołania wspomnienia. Przejmują one kontrolę nad procesem wydobywania materiału pamięciowego i zakłócają tworzenie specyficznego (inaczej mówiąc: uszczegółowionego) wspomnienia. Funkcjonalne unikanie to nadmierna kontrola podczas wydobywania wspomnienia, która ma uchronić jednostkę przed dostępem do treści potencjalnie negatywnych i zagrażających. Dysfunkcja kontroli wykonawczej wiąże się z kolei z obniżonym poziomem zasobów wykonawczych, które „nadzorują” przywoływanie wspomnienia. Występowanie każdej z tych trzech anomalii w funkcjonowaniu procesów poznawczych i emocjonalnych może się wiązać z zakończeniem procesu konstrukcji wspomnienia na wczesnym, niespecyficznym etapie, stąd brak szczegółów (22, 36).

Model CaRFAX jest spójny z badaniem, które dotyczy umiejscowienia NGW w relacji do innych procesów poznawczych. Specyficzność pamięci jest od nich zależna, ale nie jest li tylko rezultatem bardziej ogólnych deficytów pamięci występujących m. in. w depresji. Jest dodatnio skorelowana ze sprawnością pamięci roboczej, funkcjami wykonawczymi

i kontekstem nabywanych informacji, zwanym pamięcią źródła (ang. *source memory*). Nie jest natomiast powiązana z mniejszą sprawnością pamięci epizodycznej i semantycznej *per se* (37). Produkcje NGW w świetle przedstawionych danych można nawet nazwać procesem aktywnym.

Występowanie NGW może również być rezultatem strategii radzenia sobie z emocjami polegającymi na unikaniu i tłumieniu. W przypadku ich stosowania materiał pamięciowy zostaje przetworzony przez procesy poznawcze w ograniczonym stopniu, przez co jest mniej zintegrowany ze schematami poznawczymi, a także zakodowany z mniejszą ilością szczegółów i detali sensorycznych (38, 39).

2. CELE PRACY Z UZASADNIENIEM PODJĘCIA BADANIA, HIPOTEZY BADAWCZE

2.1 Cele pracy

Nadrzędnym celem pracy jest ocena funkcjonowania pamięci autobiograficznej w warunkach fizjologicznych i wybranych patologicznych. Dokonano porównania zaburzeń PA u osób z zaburzeniami depresyjnymi i uzależnionych od alkoholu, eliminując przypadki współwystępowania schorzeń. Dzięki temu można zaobserwować, jakie zmiany ilościowe i jakościowe w PA towarzyszą każdemu z tych zaburzeń z osobna.

2.2 Hipotezy badawcze

W świetle przedstawionych we wstępie danych osoby z depresją i z zespołem uzależnienia powinny przywoływać odmienne pod względem jakościowym i czasowym wspomnienia od osób z grup kontrolnych (zdrowych, czyli panelową i kontrolną *sensu stricto*, czyli obciążonych niezagrażającą życiu chorobą somatyczną). Założono następujące hipotezy badawcze:

1. W zakresie znaku afektywnego wspomnień: osoby z depresją i z zespołem uzależnienia przywołują mniej wspomnień pozytywnych oraz więcej negatywnych niż osoby z grup kontrolnych.
2. W zakresie charakterystyki wspomnień: osoby z obu grup badanych przywołują mniej specyficzne wspomnienia niż osoby z grup kontrolnych, są one też w tych grupach mniej wyraziste (*vivid*); natomiast w odniesieniu do poszczególnych grup badanych: osoby z zespołem uzależnienia przywołują więcej odległych wspomnień niż osoby z grup kontrolnych, a osoby z depresją przywołują więcej bliskich negatywnych wspomnień niż osoby z grup kontrolnych.
3. Spodziewano się następujących korelacji:
 - i. dodatnich: nastroju ze specyficznością oraz liczbą wspomnień pozytywnych;

- ii. ujemnych: nasilenia depresji z poziomem specyficzności i wyrazistością wspomnień, następnie nasilenia stresu z poziomem specyficzności wspomnień oraz nasilenia uzależnienia z poziomem specyficzności i wyrazistością wspomnień.
4. Nie spodziewano się różnic w specyficzności i dystrybucji wspomnień pomiędzy grupą kontrolną panelową i właściwą grupą kontrolną.

3. BADANA GRUPA I METODY

3.1 Materiał, kryteria włączenia i wykluczenia

Badanie zostało przeprowadzone łącznie wśród 156 osób podzielonych na 4 równoliczne (N = 39) grupy. Kryterium włączenia dla wszystkich grup stanowił wiek powyżej 18 lat oraz sprawność intelektualna mieszcząca się w normie, w rozumieniu braku niedorozwoju umysłowego lub procesu dementatywnego.

Obie grupy badane to osoby hospitalizowane w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim. Pierwszą, określoną skrótem DEP, stanowiły osoby z epizodem depresji w przebiegu zaburzeń nastroju jedno- i dwubiegunowych. Do rozpoznania epizodu depresji użyto kryteriów ICD-10; stopień jej nasilenia ponadto zbadano kwestionariuszami HDRS i BDI. Kryterium wykluczenia stanowiło współistnienie innych schorzeń psychiatrycznych: psychotycznych (przewlekłych i ostrych, co automatycznie wykluczyło przypadki epizodów depresji ciężkich z objawami psychotycznymi oraz zaburzeń schizoafektywnych), uzależnień, będących odrębną badaną grupą oraz PTSD – w znacznym stopniu zaburzających PA. Wykluczono również pacjentów ze znacznym stopniem zahamowania zaburzającym funkcje kognitywne. Dodatkowo testem bMAST potwierdzono niewystępowanie zespołu zależności alkoholowej.

Druga grupa badana – określona jako ALK – to osoby z zespołem zależności alkoholowej. Nasilenie uzależnienia zostało określone kwestionariuszem bMAST. Kryterium wykluczenia stanowiło współistnienie innych schorzeń psychiatrycznych, wliczając epizod depresji (kryteria ICD-10 oraz punktacja HDRS ≥ 8). Badane osoby były po detoksykacji alkoholowej, ale nie uczestniczyły (jeszcze lub nie miały takiego zamiaru) w psychoterapii.

Użyto również dwóch grup porównawczych. Grupa kontrolna (skrót CON) to osoby hospitalizowane ze względu na fizyczne dolegliwości – przyjęte do Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii z powodu kamicy żółciowej celem nieoperacyjnego usunięcia złogów oraz z przewlekłym zapaleniem trzustki celem wykonania zabiegu endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej.

Kryteria wyłączenia w tej grupie stanowiły: obecność chorób psychicznych w anamnezie lub aktualnie; choroby potencjalnie mogące zaburzać stan psychiczny, takie jak: autoimmunologiczne choroby układowe, nowotwory; schorzenia wg dotychczasowej wiedzy skorelowane z wysokim odsetkiem depresji: udar, niestabilna choroba wieńcowa, choroby układu wewnątrzwydzielniczego, w tym zaburzenia tarczycy.

Grupa kontrolna, panelowa (PAN) to zdrowe psychicznie osoby pracujące w służbie zdrowia i straży pożarnej oraz uczęszczające na zajęcia w ośrodku wsparcia – Dzienny Dom Pobytu – dla osób w podeszłym wieku w Sopocie.

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

3.2 Metoda badania

Badani wypełnili w kolejności losowej cztery kwestionariusze. Określili dodatkowo aktualny nastrój i poziom stresu na 7-punktowej skali semantycznej oraz wypełnili rubryki z danymi demograficznymi, takimi jak wiek, płeć i poziom wykształcenia. Przed rozpoczęciem właściwych badań wykonano badanie pilotażowe na 20 osobach z populacji ogólnej, żeby wykluczyć techniczne błędy w badaniu.

Test Pamięci Autobiograficznej

Kwestionariusz został opracowany na podstawie Autobiographical Memory Test (22, 29, 40, 41) oraz instrukcji i materiałów uzyskanych od jego autora – J. Marka G. Williamsa. Stanowi on modyfikację metody kierowanych skojarzeń Crovitz'a i Schiffmana (42) powszechnie stosowanych w badaniach naukowych nad pamięcią autobiograficzną (43). Opiera się na przywoływaniu wspomnień do podanych słów bodźcowych (ang. *cue words*).

Badani mieli za zadanie przywołać i opisać skojarzenia płynące z 12 słów bodźcowych. Użyto na przemian 6 słów pozytywnych (*szczęśliwy, obiecujący, podekscytowany, dumny, bystry, kochany*) oraz 6 negatywnych (*samotny, przestraszony, smutny, zły, okropny, zawstydzony*). Przeprogramowano 6 wersji kwestionariusza, różniących się jedynie ułożeniem słów bodźcowych, czego celem było wyeliminowanie efektu kolejności. We wszystkich wersjach pozytywne i negatywne słowa bodźcowe występowały naprzemiennie. Respondenci mieli podawane odpowiednio pozytywne i negatywne słowo w sposób losowy.

W poprzedzającym przeprowadzone badanie pilotażu 20 osób sprawdzono, czy wspomnienia przywoływane w odpowiedzi na pozytywne i negatywne słowa bodźcowe, wywołują odpowiedź z adekwatnym afektem. Sprawdzono to z użyciem semantycznej skali przyjemności-przykrości. W 240 pozycjach badani pilotażowo udzielili 228 odpowiedzi, w 224 (98,25%) ocena na skali była zgodna z rodzajem słowa bodźcowego.

Przed rozpoczęciem przywoływania wspomnień osoby badane były poinstruowane odnośnie przebiegu badania i rodzaju wspomnień, które mieli opisać [tj. ... *Wydarzenie to mogło mieć miejsce ostatnio (np. wczoraj, w zeszłym tygodniu) lub dawno temu. Mogło to być ważne albo banalne zdarzenie. (...) wspomnienie, które przywołasz powinno być konkretnym wydarzeniem – wydarzeniem, które trwało mniej niż jeden dzień i wystąpiło w określonym miejscu i czasie...*]. Po usłyszeniu instrukcji badani byli proszeni o przywołanie specyficznych wspomnień dla dwóch neutralnych słów bodźcowych (*deszcz, gazeta*), żeby sprawdzić, czy dobrze zrozumieli instrukcję. Dopiero po wypracowaniu specyficznych odpowiedzi na te słowa, rozpoczynała się właściwa część badania.

Respondenci mieli 60 sekund na opisanie wspomnienia od momentu usłyszenia polecenia dla poszczególnych słów o treści: „*Czy możesz opisać jeden konkretny moment lub wydarzenie, o którym przypomina Ci słowo X?*” Jeżeli badany nie udzielił odpowiedzi w czasie 60 sekund, wspomnienie było kodowane jako „brak odpowiedzi” (ang. *no response*), po czym powtarzano polecenie dla kolejnego słowa. Dla każdej odpowiedzi notowano latencję czasu od momentu zakończenia polecenia do rozpoczęcia odpowiedzi przez badanego. Odpowiedzi badanych były zapisywane *verbatim* przez badacza.

Każda odpowiedź była kodowana jako wspomnienie specyficzne, to jest dotyczące konkretnego wydarzenia, które trwało mniej niż jeden dzień i wystąpiło w określonym miejscu i czasie lub niespecyficzne. Ponadto wspomnienia niespecyficzne były dalej klasyfikowane jako „rozszerzone” (ang. *extended*, np. „dwutygodniowe wakacje z rodziną”), czyli dotyczące wydarzeń trwających dłużej niż jeden dzień, „kategoryczne” (ang. *categoric*, np. „kiedy chodziłem do liceum”), odnoszące się do powtarzalnych aktywności lub „skojarzenia semantyczne” (ang. *semantic association*, np. „człowiek może być dobry”). Do tej ostatniej kategorii przypisywano także wydarzenia teraźniejsze (z dnia badania) i przyszłe. Ponadto wspomnienie mogło zostać ocenione jako „to samo wydarzenie” (ang. *same event*), jeśli badany opisał już wcześniej przywołane zdarzenie lub wskazał, że ma na myśli wydarzenie z wcześniejszych odpowiedzi oraz „brak odpowiedzi” (ang. *no response*), jeśli badany nie przywołał wspomnienia w ciągu 60 sekund. Ta procedura oceny jest spójna z systemem klasyfikacji stosowanym w innych badaniach nad specyficznością pamięci i oceniana w nich jako charakteryzująca się wysoką rzetelnością (22, 29, 40).

Jeżeli badany odpowiedział na słowo bodźcowe w taki sposób, że nie było jasne, czy jest to wspomnienie specyficzne, badacz podpowiadał: „*Czy możesz pomyśleć o konkretnym czasie? Jednym określonym wydarzeniu?*”. Jeśli badany odpowiedział, że miał na myśli konkretne wydarzenie i powiedział, co nim było, odpowiedź była klasyfikowana jako

specyficzna. W innym przypadku, np. gdy badany dopiero po podpowiedzi wypracował specyficzną odpowiedź – pozycja była klasyfikowana jako niespecyficzna.

Żeby sprawdzić rzetelność przypisanych ocen nieco ponad 20% losowych odpowiedzi (384 pozycje spośród 1872) zostało ocenionych dodatkowo przez sędziego kompetentnego (psychologa specjalizującego się w diagnostyce testowej, który został zapoznany z instrukcją klasyfikacji odpowiedzi). Uzyskano 99,22% zgodności odpowiedzi w porównaniu oceny specyficzne vs niespecyficzne i 95,57% w przypisaniu do poszczególnej kategorii, co plasuje wyniki wysoko wśród uzyskiwanych w innych badaniach (29, 41, 44).

Po skończeniu procedury związanej z kwestionariuszem TPA, badany był proszony o ocenę, na ile przyjemne lub przykre były podane przez niego wspomnienia na skali semantycznej od 1 do 7, gdzie 1 to zdecydowanie nieprzyjemny, a 7 to zdecydowanie przyjemny. Następnie proszono badanego, żeby ocenił, na ile żywe i wyraziste jest dane wspomnienie (tj. czy przypominają mu się obrazy i szczegóły z nim związane) na skali semantycznej od 1 do 7, gdzie 1 to niewielkim stopniu wyraziste, a 7 – w dużym stopniu wyraziste.

Potem proszono badanego o podanie czasu, w którym miało miejsce wydarzenie, którego dotyczy wspomnienie w formacie, w jakim było to dla niego dostępne, takim jak data wydarzenia lub własny wiek w momencie zdarzenia. Jeżeli wspomnienie dotyczyło wydarzenia, które trwało przez dłuższy okres czasu, badany był proszony o podanie momentu jego rozpoczęcia.

Skala Depresji Becka

Skala Depresji Becka (ang. *Beck Depression Inventory*) (45) to kwestionariusz samoopisowy, zaprojektowany do mierzenia nasilenia depresji. Zawiera on 21 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się za pomocą jednego z czterech wariantów odpowiedzi, których punktacja wynosi od 0 do 3. Wyniki (wg norm niemieckich) ocenia się w następujący sposób:

0-11 pkt. – brak depresji,

12-19 pkt. – łagodna depresja,

20-25 pkt. – umiarkowana depresja,

26 i powyżej – ciężka depresja.

W Polsce wartość graniczną została ustalona na poziomie 12 punktów. Przyjmuje się, że badanie należy uzupełnić bardziej obiektywną Skalą Depresji Hamiltona (46).

Skala Depresji Hamiltona

Skala Depresji Hamiltona (ang. *Hamilton Depression Rating Scale*) (47) stanowi złoty standard w ocenie depresji. Należy do skal przeprowadzanych przez obserwatora, który zna standardy pozwalające ocenić nasilenie objawów. Zastosowano tu wersję 17-punktową, która jest złożona z pozycji dotyczących między innymi, nastroju, poczucia winy, myśli samobójczych, zaburzeń snu i rytmu dobowego, niepokoju, pobudzenia lub spowolnienia psychomotorycznego, spadku masy ciała i dolegliwości somatycznych. Każda pozycja jest przypisana ocena od 0 do 4 punktów. Wyniki w skali 17-punktowej ocenia się następująco:

0-7 – bez zaburzeń depresyjnych,

8-12 – łagodna depresja,

13-17 – depresja o nasileniu umiarkowanym,

18-29 – ciężka depresja,

30-52 – bardzo ciężka depresja.

Brief Michigan Alcohol Screening Test

Brief Michigan Alcoholism Screening Test (48) to narzędzie do oceny ryzyka uzależnienia od alkoholu. Badany odpowiada „tak”/ „nie” na 10 pytań, przy czym udzielenie 5 twierdzących odpowiedzi stanowi kryterium do rozpoznania uzależnienia. Kwestionariusz bMAST może być także traktowany jako test natężenia alkoholizmu, zarówno biorąc pod uwagę ogólną punktację, jak i w podziale na dwa czynniki – postrzeżenie aktualnego picia oraz konsekwencji picia, co na ponad 6,5-tysięcznej próbie osób wykazali Connor i wsp. (2007) (49).

Wszystkie wymienione materiały są przedstawione w załączniku.

3.3 Procedura badawcza

Potencjalne osoby badane we wszystkich grupach hospitalizowanych zostały wskazane przez wyższy personel medyczny jako spełniające odpowiednio kryteria włączenia i wykluczenia adekwatne dla danej grupy. Następnie zostały poproszone o udział w badaniu wraz z przedstawieniem wstępnej informacji o jego temacie i przebiegu. Ponadto uczestnicy w każdej z grup zostali wypytni o występowanie odpowiednich dla danej grupy czynników wykluczających przez badacza.

Zakwalifikowane i chętne osoby wypełniły w losowej kolejności wyżej opisane kwestionariusze. Kwestionariusz TPA i Skala Depresji Hamiltona były uzupełniane we współpracy z badaczem, natomiast pozostałe – samodzielnie w jego obecności.

Po wypełnieniu kwestionariuszy osoby badane zostały poddane debriefingowi. Miało to charakter dobrowolny – jeśli wyraziły na to chęć, mogły uzyskać bardziej szczegółowe informacje o badaniu i wyjaśnić ewentualne obawy.

4. WYNIKI

4.1 Charakterystyka badanych grup – czynniki demograficzne

Statystyki opisowe badanych grup zostały przedstawione w tabeli 1. Grupy nie różnią się istotnie statystycznie wiekiem i latami edukacji, także rozkład płci nie różnicuje statystycznie.

Tab. 1. Dane demograficzne badanych grup

	Wiek*		Liczba kobiet†	Lata nauki**	
	Średnia ± odchylenie standardowe	Zakres		Średnia ± odchylenie standardowe	Zakres
Grupa kontrolna PAN	43,5 ± 15,5	21-82	17	12,2 ± 2,9	8-17
Grupa kontrolna CON	49,4 ± 15,9	18-78	17	12,7 ± 3,0	8-17
Grupa badana ALK	43,9 ± 10,0	24-66	17	11,4 ± 3,0	8-17
Grupa badana 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 dla wszystkich grup: test Kruskala-Wallis: * $p = ,11$; ** $p = ,17$, test χ^2 Pearsona: $\chi^2 = ,697929$, $df = 3$, $p = ,873691$

4.2 Dane charakteryzujące stan psychiczny badanych

Dane charakteryzujące stan psychiczny badanych przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Dane charakteryzujące stan psychiczny badanych

	Nastroj		BDI		HDRS		Poziom stresu	
	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres
Grupa 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
Grupa 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
Grupa badana 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
Grupa badana 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 = ,001		H = 97,96 p = ,001		H = 106,46 p = ,001		H = 53,10 p = ,001	

* test Kruskala Wallisa

Najlepiej oceniały u siebie nastrój osoby z grupy kontrolnej PAN, tylko nieznacznie niżej osoby z grupy kontrolnej CON. Najniższe wyniki osiągnęły osoby z grupy DEP. W tym przypadku wszystkie osoby szacowały nastrój poniżej mediany (4 pkt.) i tylko w tej grupie niektóre osoby oceniały go na 1 pkt. – najniższą możliwą do wyboru wartość. Uzależnieni w punktacji plasowali się pomiędzy grupą z depresją a kontrolnymi. Testem *post hoc* przeprowadzono porównania, aby stwierdzić, które różnice są istotne. W zakresie porównań wielokrotnych: osoby z grupy DEP różnią się od wszystkich pozostałych grup (w każdym przypadku $p < ,001$, hipoteza dwustronna) oraz badani z grupy ALK ocenili nastrój gorzej od grupy kontrolnej PAN ($p < ,005$).

Analizując wyniki uzyskane przez badanych w skali BDI, najniższe otrzymano w grupie kontrolnej PAN i zbliżone również w grupie kontrolnej CON. Grupa ALK różniła się

od wszystkich innych grup ($p < ,001$) – uzyskała wyższy wynik niż grupy kontrolne, ale niższy niż osoby z zaburzeniami depresyjnymi. Średnia mieściła się w przedziale braku depresji wg norm niemieckich. Relatywnie wysoka punktacja w skali samooceny (i tylko samooceny) depresji, na granicy choroby, wynika z zazwyczaj najwyższej punktacji w trzech pozycjach: dotyczących popełnionych błędów, poczucia winy i obaw o przyszłość. Jest to w pewnym sensie adekwatne do sytuacji, w której znaleźli się badani z tej grupy. Jednak w niewielki sposób zafałszowało to wynik, zbliżając go do wyniku depresji. Najwyższa średnia punktacja występowała w grupie DEP – mieściła się w przedziale dla ciężkiej depresji wg norm niemieckich. Różniła się ona także istotnie statystycznie od wszystkich pozostałych ($p < ,001$) – osiągała wyższy wynik.

Wyniki uzyskane w skali HDRS także różnicowały badanych. Najniższe uzyskała grupa PAN i ponownie minimalnie wyższe grupa CON. Nieco wyższe, ale mieszczące się w przedziale braku zaburzeń depresyjnych (zarówno pod kątem średniej, jak i wszystkich wyników dla poszczególnych osób) mieli badani z grupy ALK. Najwyższe – średnia w przedziale dla ciężkiej depresji – w grupie DEP. Analizując *post hoc* osoby z grupy DEP różniły się od wszystkich pozostałych grup – uzyskały wyższe wyniki ($p < ,001$). Osoby z grupy ALK uzyskały punktację niższą niż grupa DEP, ale wyższą od grup kontrolnych, wszystko to znamienne statystycznie ($p < ,001$). Podsumowując, osoby w grupie DEP uzyskały w kwestionariuszach wyniki potwierdzające diagnozę zaburzeń nastroju. W przypadku osób z grupy ALK można zaobserwować w stanie psychicznym pojedyncze elementy depresji ($p < ,001$), ale niespełniające kryteriów jej epizodu, grupy kontrolne pozostawały wolne od symptomów depresyjnych.

Ocena poziomu stresu różniła się w grupach – najniższą punktację uzyskali badani z grupy PAN, nieco wyższe z grupy CON, a następnie z grupy ALK. W tych trzech grupach średnie wyniki mieściły się poniżej mediany dla skali stresu wynoszącej 4, co wskazuje, że badani oceniali siebie jako relatywnie wolnych od stresu. Najwyższe wyniki uzyskali badani z grupy DEP (powyżej mediany). Grupa PAN uzyskała istotnie niższe wyniki niż wszystkie pozostałe grupy – była mniej zestresowana ($p < ,001$), natomiast grupa CON miała wyższe wyniki niż PAN ($p < ,001$), ale niższe DEP ($p < ,05$).

4.3 Wyniki dotyczące procentu wspomnień specyficznych

Statystyki opisowe odsetka wspomnień specyficznych – łącznie i w podziale na pozytywne i negatywne słowa bodźcowe zostały przedstawione w tabeli 3. Procent odpowiedzi dla danej osoby był liczony w stosunku do wszystkich odpowiedzi (N = 12). Najwyższy średni procent wspomnień specyficznych miała każdorazowo grupa kontrolna PAN, wynosił on zawsze powyżej połowy możliwych do uzyskania specyficznych odpowiedzi. Nieco niższe, ale zbliżone wyniki uzyskiwała grupa kontrolna CON, również plasujące się w okolicy połowy odpowiedzi. Średni procent wspomnień specyficznych był niższy w grupie ALK – przywoływała ona około jednej czwartej specyficznych odpowiedzi. W grupie DEP uzyskane wyniki były najniższe i nieznacznie przekroczyły 20 procent tylko w przypadku odpowiedzi na negatywne słowa bodźcowe.

Tab. 3. Odsetek wspomnień specyficznych w grupach

	Procent wspomnień specyficznych		Procent wspomnień specyficznych – pozytywne słowa bodźcowe		Procent wspomnień specyficznych – negatywne słowa bodźcowe	
	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres
Grupa 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
Grupa kontrolna CON	48,9 ± 20,0	16,7 – 91,7	47,9 ± 26,0	16,7 – 100,0	50,0 ± 22,0	0,0 – 83,3
Grupa badana 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
Grupa badana 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

Analizę różnic pomiędzy grupami przeprowadzono przy pomocy testu ANOVA rang Kruskala-Wallisa. Badane grupy różniły się pod względem odsetka wspomnień specyficznych, $H(3, N = 156) = 68,787$; $p < ,001$. Porównania wielokrotne pokazały istotne różnice pomiędzy obiema grupami kontrolnymi, a obiema grupami badanymi ($p < ,001$) – osoby z grup badanych

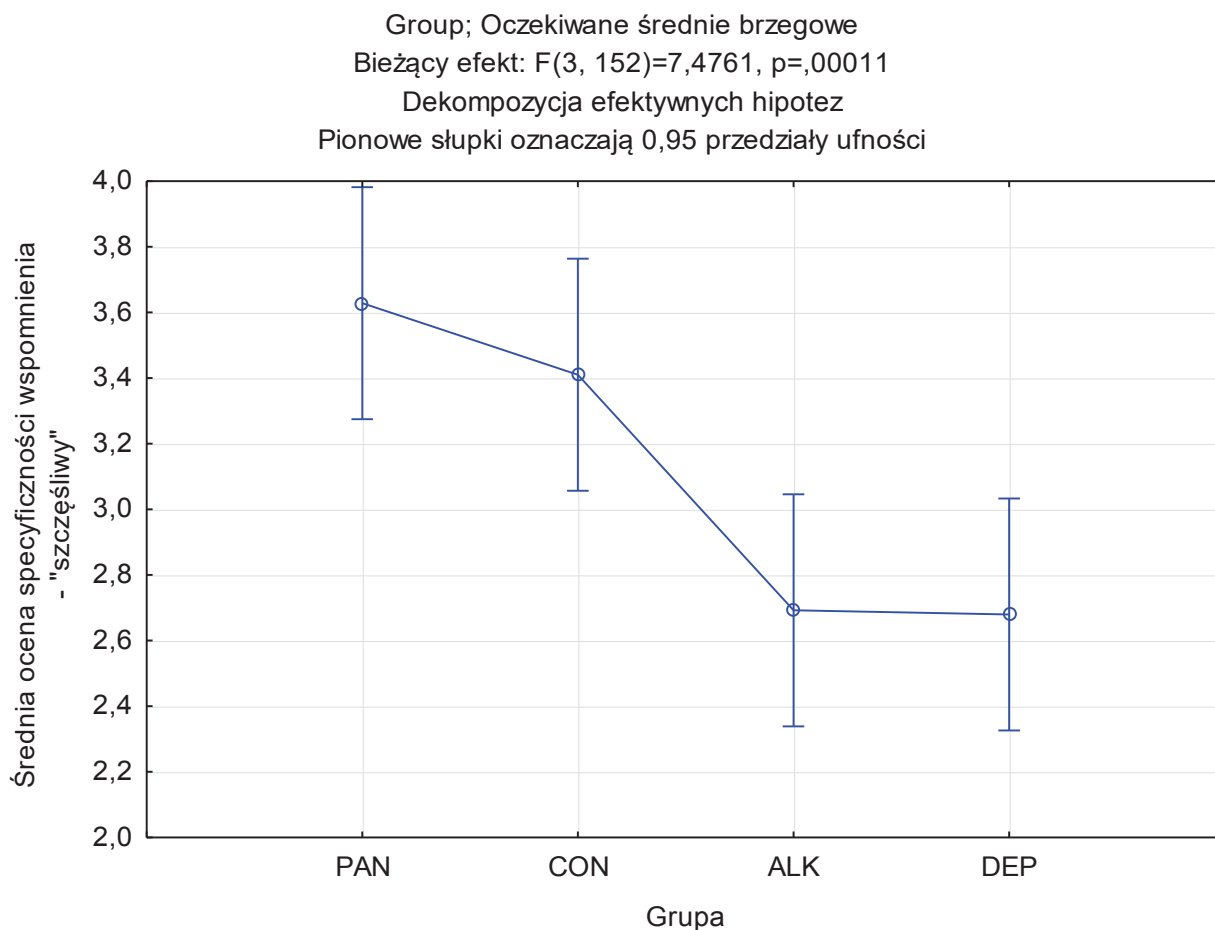
przywoływały znacząco mniej wspomnień specyficznych. Podobny wzorzec wyników występował w przypadku zarówno pozytywnych [$H(3, N = 156) = 57,287; p < ,001$], jak i negatywnych słów bodźcowych [$H(3, N = 156) = 50,398; p < ,001$]. Obie grupy kontrolne i obie kliniczne nie różniły się istotnie statystycznie między sobą.

4.4 Wyniki dotyczące specyficzności w odniesieniu do poszczególnych *cue words*

Analiza ocen specyficzności dla poszczególnych słów bodźcowych również pokazała istotne różnice w średnich pomiędzy grupami – były one obserwowalne w przypadku wszystkich badanych słów ($p < ,05$).

I. SZCZĘŚLIWY

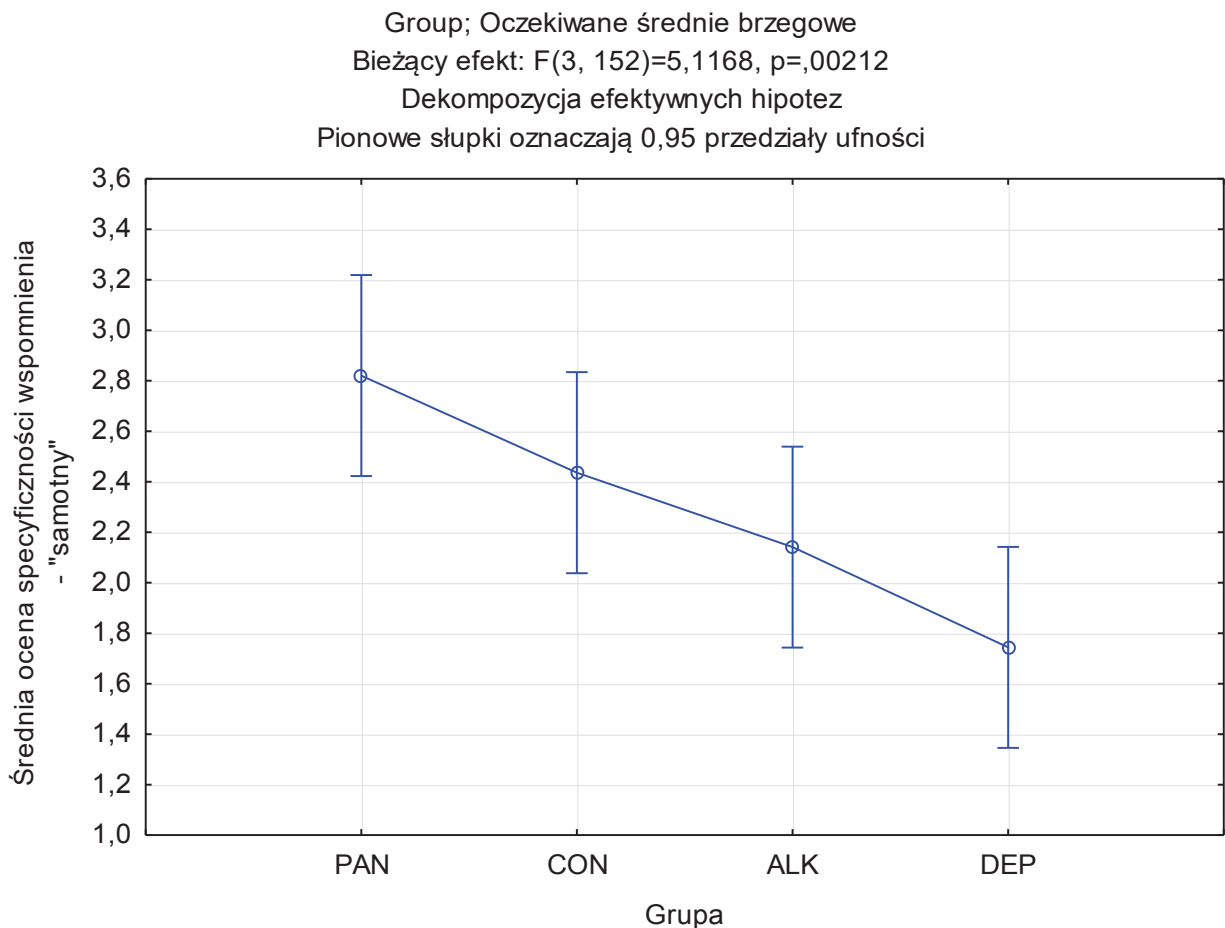
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „szczęśliwy” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 152) = 7,4761$; $p < ,001$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 3,63$), najmniej specyficzne – badani w grupie ALK ($M = 2,69$) i DEP ($M = 2,68$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 2.



Ryc. 2. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „szczęśliwy”.

II. SAMOTNY

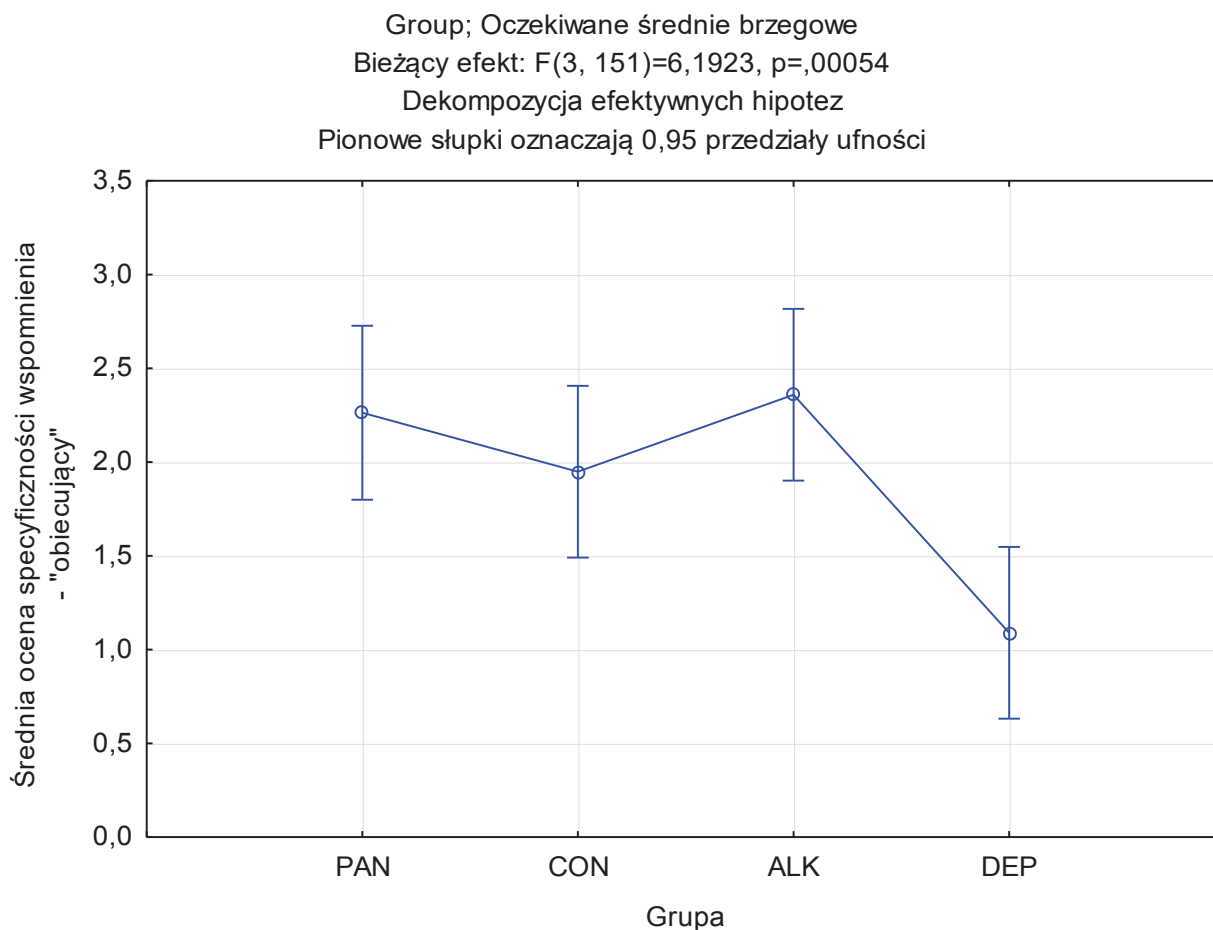
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „samotny” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 152) = 5,1168$; $p < ,005$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 2,82$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 1,74$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 3.



Ryc. 3. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „samotny”.

III. OBIECUJACY

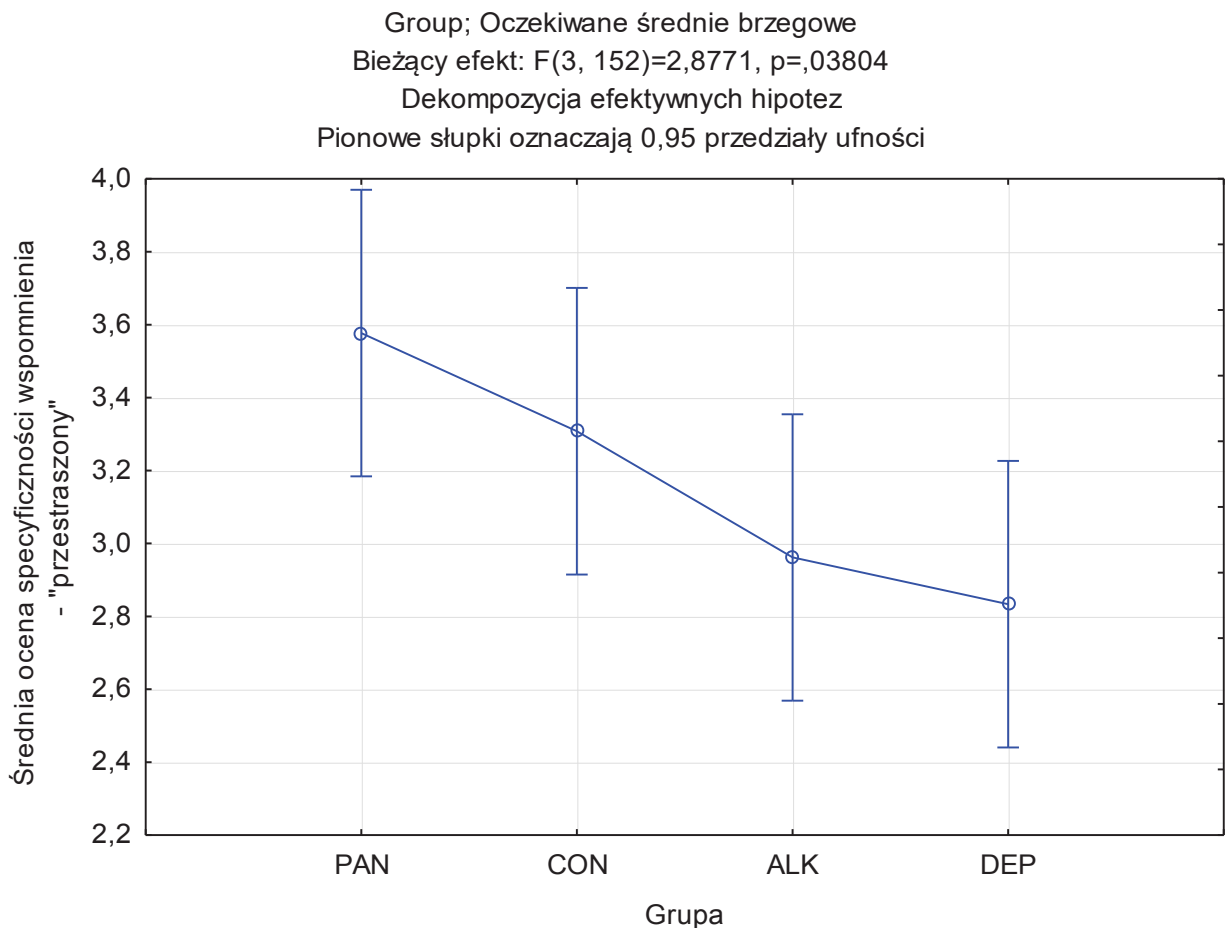
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „obiecujący” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 151) = 6,1923$; $p < ,001$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 2,26$) i badanej ALK ($M = 2,36$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 1,09$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 4. Wysoka specyficzność wspomnień przywoływanych dla tego słowa bodźcowego w grupie osób uzależnionych od alkoholu, odmienna od wzorca dla pozostałych wyrazów, może wynikać ze szczególnych skojarzeń, które pojawiały się w niej, to jest ze specyficznych wspomnień dotyczących obietnic zaprzestania picia alkoholu.



Ryc. 4. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „obiecujący”.

IV. PRZESTRASZONY

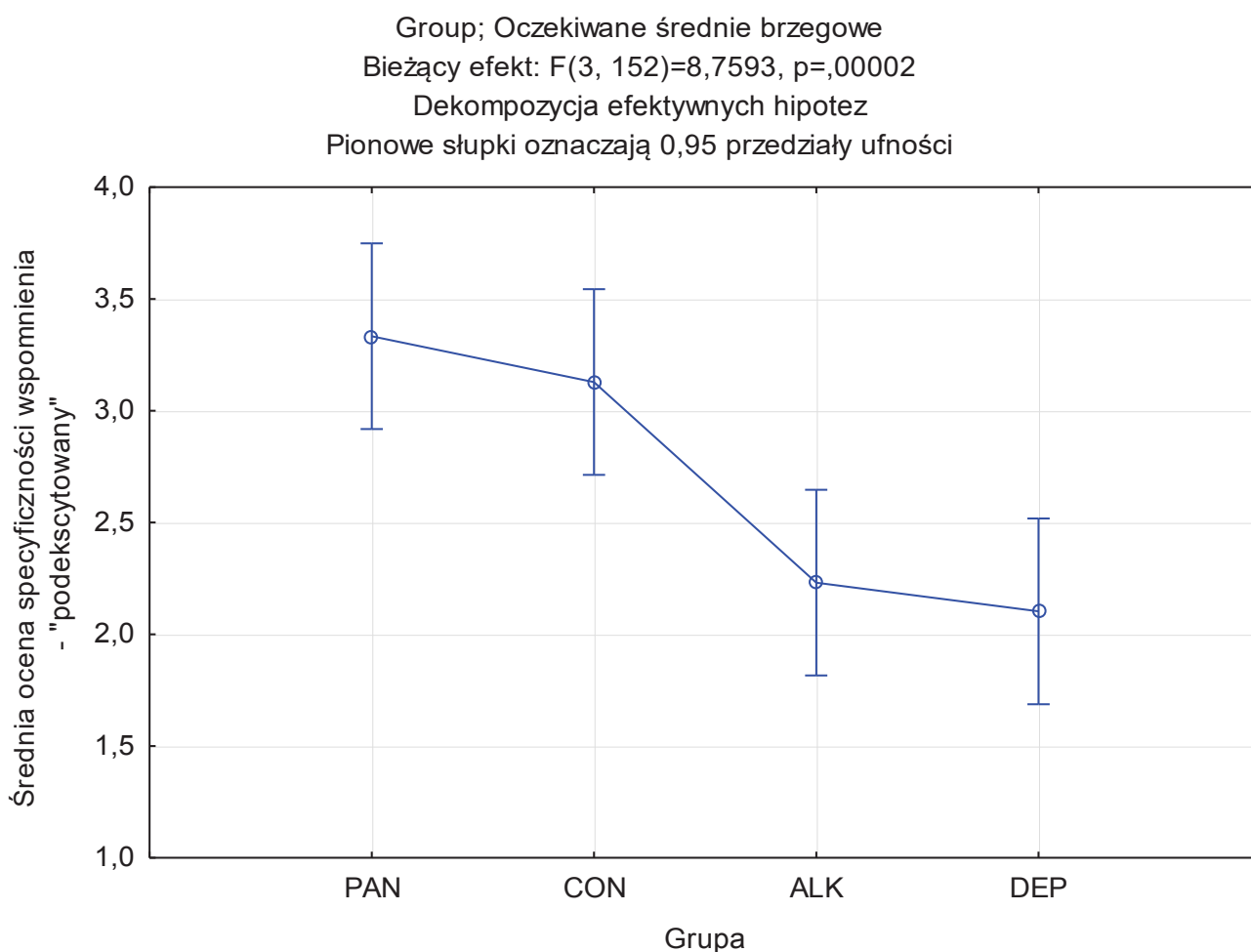
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „przestraszony” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 152) = 2,8771$; $p < ,05$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 3,58$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 2,83$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 5.



Ryc. 5. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „przestraszony”.

V. PODEKSCYTOWANY

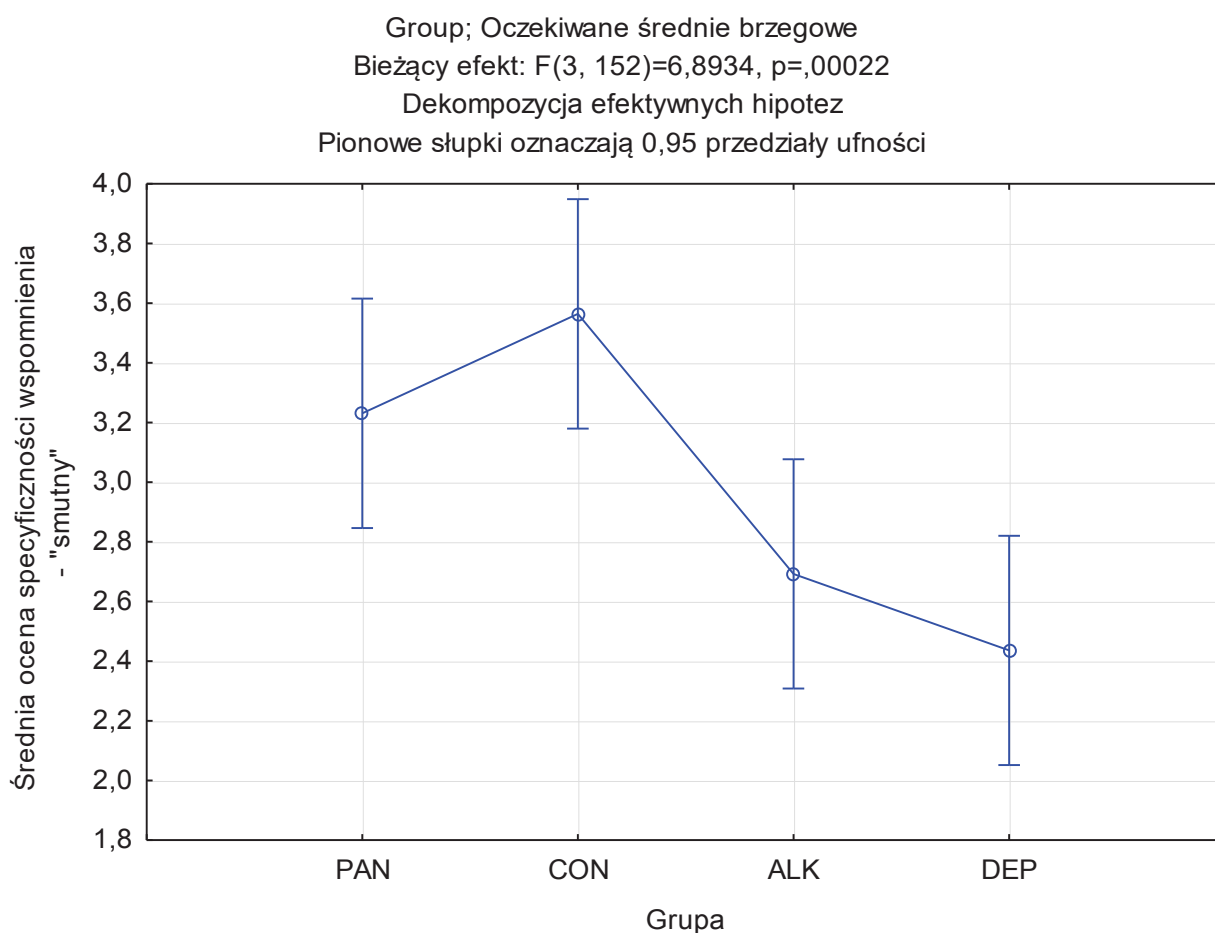
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „podekscytowany” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 152) = 8,7593$; $p < ,001$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 3,33$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 2,1$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 6.



Ryc. 6. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „podekscytowany”.

VI. SMUTNY

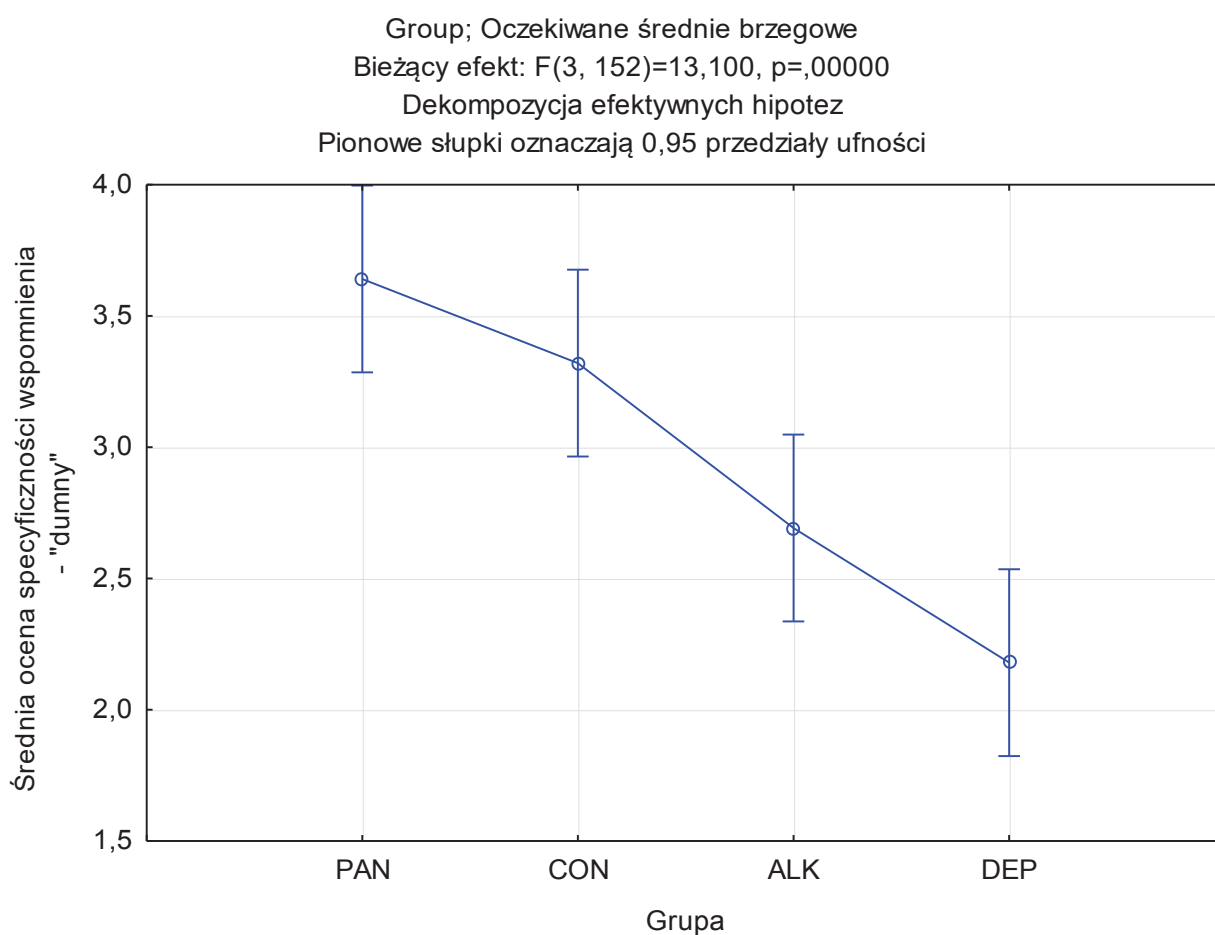
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „smutny” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 152) = 6,8934$; $p < ,001$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej CON ($M = 3,56$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 2,44$). Wynik ten może wydawać się sprzeczny z potocznym poglądem na temat depresji, w której łatwo dostępne powinny być wypełnione detalami smutne wspomnienia. Jak pokazuje, mimo patologicznego smutku, badani mają trudność z przywołaniem *konkretnej* smutnej sytuacji z przeszłości. Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 7.



Ryc. 7. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „smutny”.

VII. DUMNY

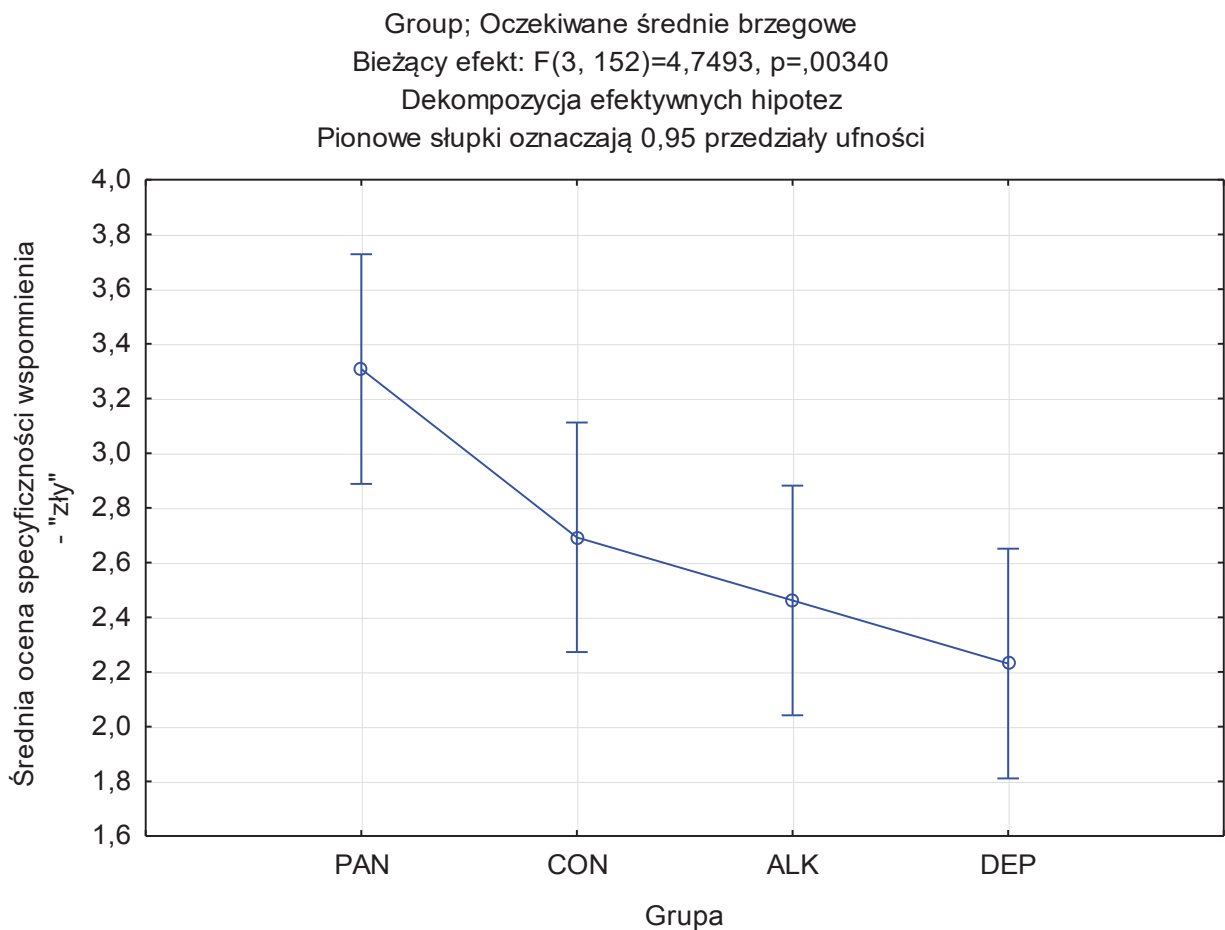
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „dumny” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 152) = 13,100$; $p < ,001$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 3,64$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 2,18$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 8.



Ryc. 8. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „dumny”.

VIII. ZŁY

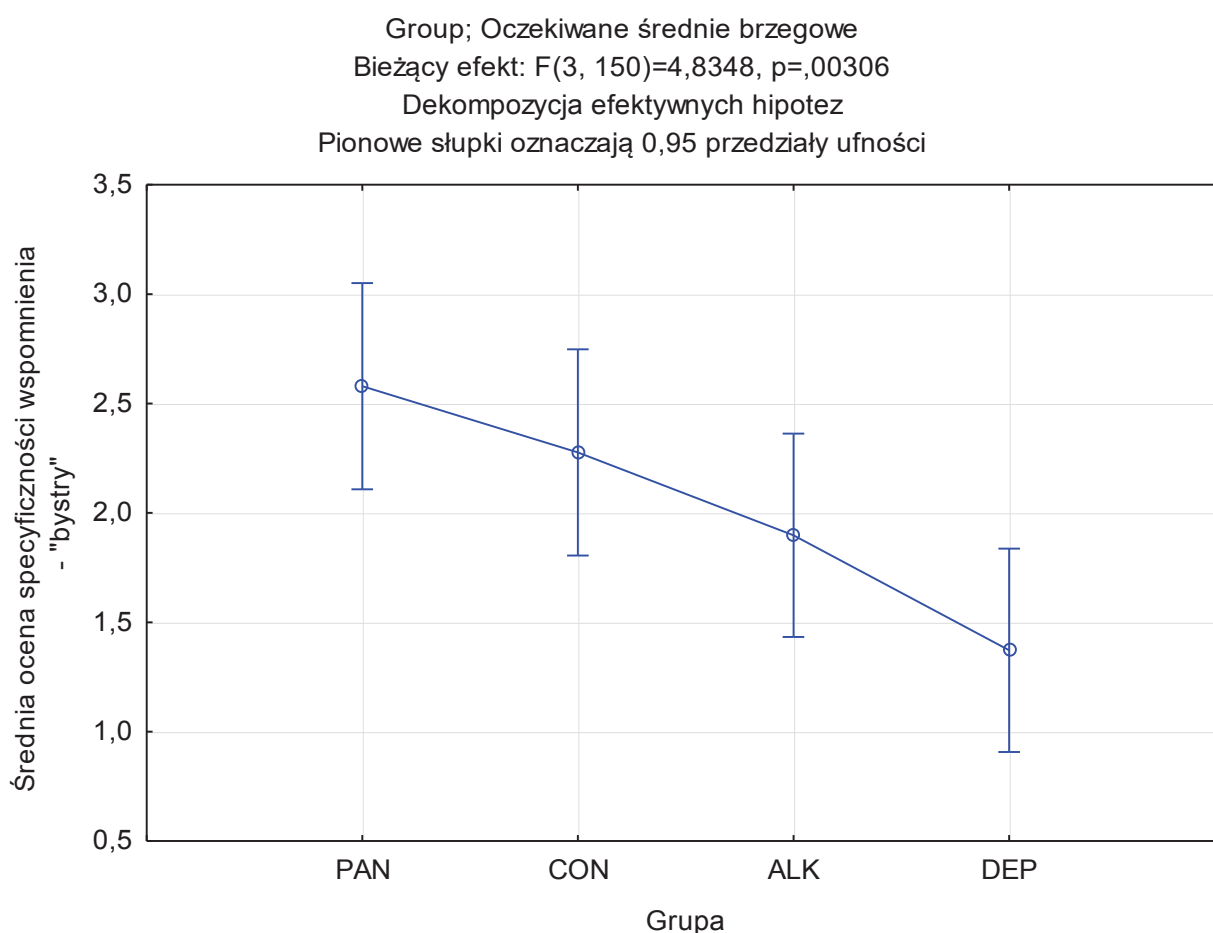
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „zły” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 152) = 4,7493$; $p < ,005$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 3,31$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 2,23$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 9.



Ryc. 9. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „zły”.

IX. BYSTRY

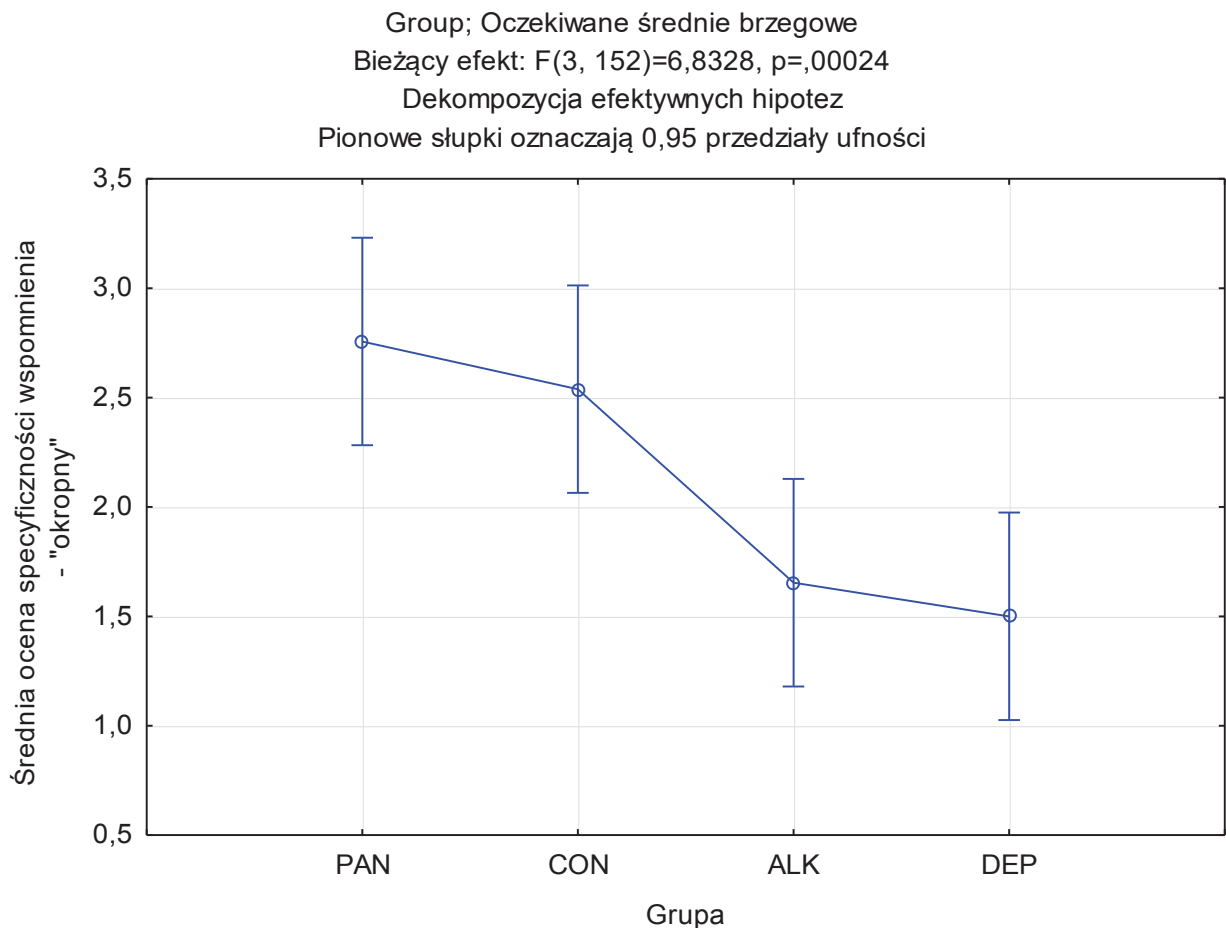
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „bystry” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 150) = 4,8348$; $p < ,005$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 2,58$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 1,37$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 10.



Ryc. 10. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „bystry”.

X. OKROPNY

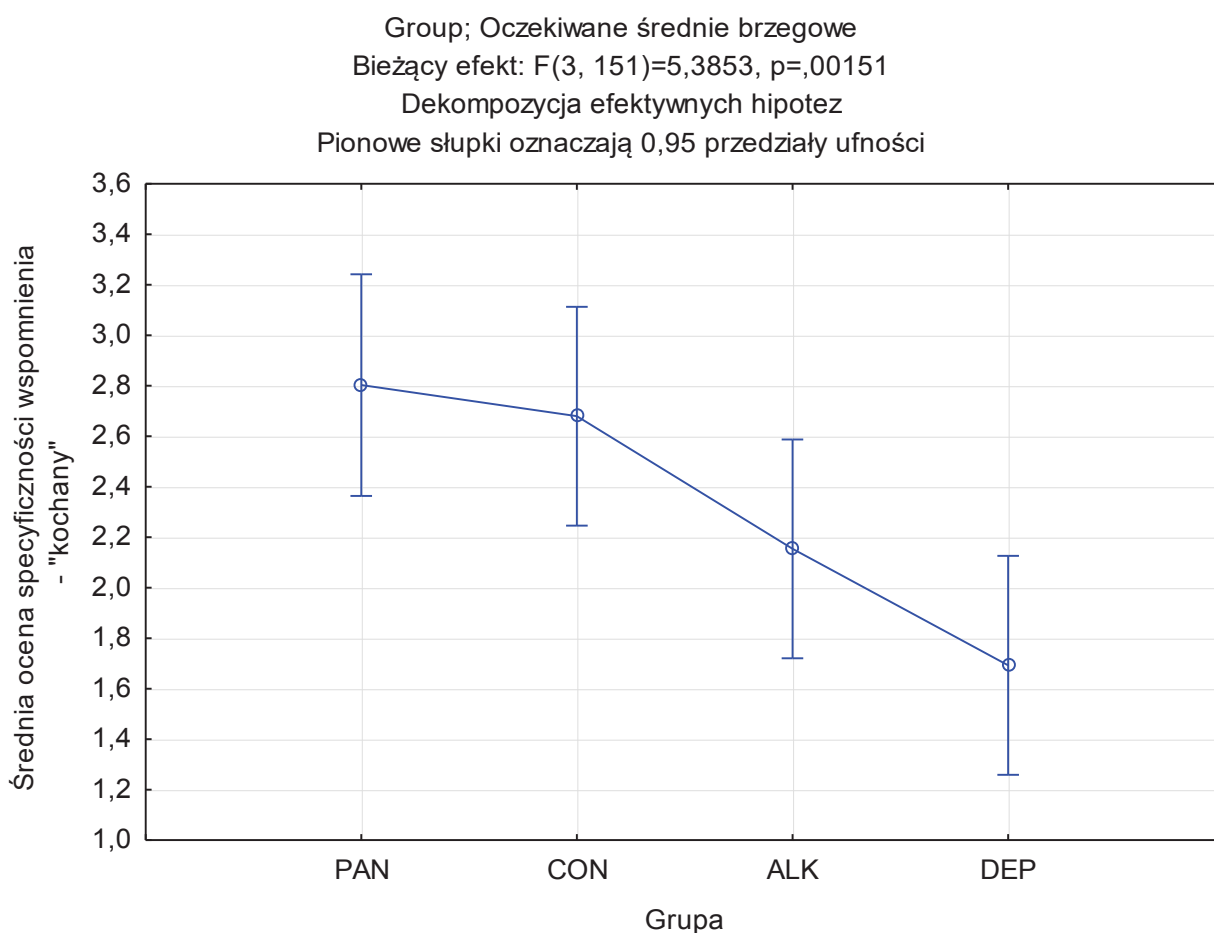
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „okropny” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 152) = 6,8328$; $p < ,001$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 2,76$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 1,5$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 11.



Ryc. 11. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „okropny”.

XI. KOCHANY

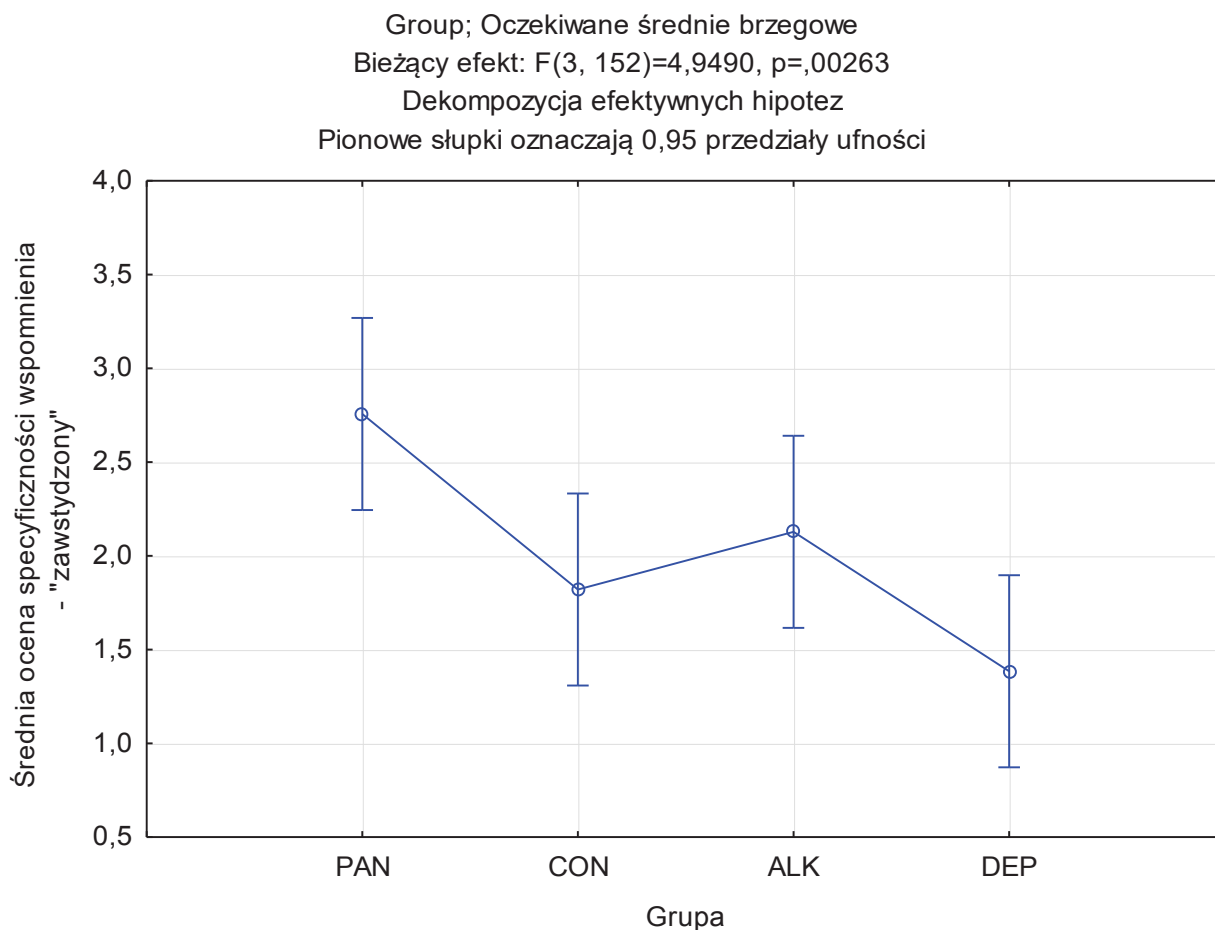
W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „kochany” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 151) = 5,3853$; $p < ,005$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 2,8$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 1,69$). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 12.



Ryc. 12. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „kochany”.

XII. ZAWSTYDZONY

W przypadku średniej oceny specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „zawstydzony” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami $F(3, 152) = 4,9490$; $p < ,005$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 2,76$), najmniej specyficzne – badani w grupie DEP ($M = 1,38$). Podwyższone wyniki średniej specyficzności w grupie badanej ALK dla tego słowa bodźcowego mogą wynikać ze zwiększonej dostępności odczuć wstydu i winy wśród osób uzależnionych (50). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 13.



Ryc. 13. Średnia ocena specyficzności wspomnienia dla słowa bodźcowego „zawstydzony”.

4.4.1 Analizy wartości predykcyjnych specyficzności wspomnień w odniesieniu do poszczególnych grup

W następnym kroku dokonano analizy wartości predykcyjnej specyficzności odpowiedzi dotyczących poszczególnych słów w odniesieniu do każdej z badanych grup. Dokonano tego analizą logistyczną (wyodrębniona grupa vs pozostałe).

Dla chorych z depresją spośród *cue words* o charakterze pozytywnym wartość predykcyjną miały obniżone specyficzności odpowiedzi dla słów: „obiecujący” (iloraz szans 1,5; 95% CI 1,11 – 2,08; $p < ,01$) i „dumny” (iloraz szans 1,53; 95% CI 1,06 – 2,17; $p < ,05$), a spośród słów o charakterze negatywnym słowo „smutny” (iloraz szans 1,36; 95% CI 1,01 – 1,82; $p < ,05$).

W przypadku grupy osób uzależnionych wartość predykcyjną miało spośród pozytywnych obniżenie specyficzności odpowiedzi na *cue word* „obiecujący” (iloraz szans 1,56; 95% CI 1,15 – 2,11; $p < ,005$) i żadne spośród negatywnych.

W odniesieniu do grupy kontrolnej nie wykazano wartości predykcyjnej żadnego *cue words* pozytywnego, spośród negatywnych – słowo „smutny”, gdzie badani odpowiadali w sposób najbardziej specyficzny (iloraz szans 0,51; 95% CI 0,33 – 0,79; $p < ,005$). Dla grupy panelowej spośród pozytywnych w skojarzeniu słów wartość predykcyjną miało słowo „dumny” (iloraz szans 0,54; 95% CI 0,32 – 0,91; $p < ,05$), spośród negatywnych słowa: „zły” (iloraz szans 0,67; 95% CI 0,47 – 0,96; $p < ,05$) i „zawstydzony” (iloraz szans 0,76; 95% CI 0,59 - 0,98; $p < ,05$), z większą ilością wspomnień specyficznych.

4.4.2 Analiza regresją krokową postępującą czynników wpływających na specyficzność wspomnień dla poszczególnych słów bodźcowych

W ostatnim etapie, wykorzystując regresję krokową postępującą, przeprowadzono serię 12 analiz dotyczących możliwości przewidywania czynników wpływających na specyficzność poszczególnych słów bodźcowych. Jako potencjalne predyktory do analizy wprowadzono 8 zmiennych: płeć, wiek, wykształcenie, wyniki skal: bMAST, BDI, HDRS, samoocenę nastroju i poziomu stresu. Czynniki wpływające na specyficzność są określane jako predyktory, ponieważ założono, że zmienne takie, jak dane demograficzne, stan psychiczny oceniony w kwestionariuszach, a także nastrój i poziom stresu są pierwotne w stosunku do zmiennej specyficzność wspomnień. W przypadku skal stresu i nastroju badani każdorazowo

ustosunkowywali się do nich przed przywołaniem wspomnień. W poniżej przedstawionych wynikach podano te zmienne spośród 9 wybranych, które przekroczyły wartość progową wraz z współczynnikami regresji beta (b^*) z wyliczonego równania regresji. Podano je w kolejności od najbardziej znaczącego statystycznie.

W interpretacji tej części wyników należy jednak mieć w pamięci sposób działania tej metody analizy. Regresja krokowa pozwala wprowadzić szereg zmiennych, zarówno ilościowych (i ciągłych, ale też i w skali nominalnej), jak i jakościowych, orientacyjnie analizuje szereg wyników, co jest jej zaletą. Jednak z drugiej strony wrażliwa jest na wewnętrzne korelacje zmiennych, niemożliwe do zupełnego ominięcia, jak również interpretacja współczynników równań regresji dla zmiennych ilościowych nominalnych i jakościowych powinna być ostrożna.

I. SZCZĘŚLIWY

Analiza krokowa postępująca dla słowa bodźcowego „szczęśliwy” [$F(8, 145) = 1,9690$; $p = ,054$] wskazała na granicy znamienności statystycznej zmienne, które pozwalają przewidywać poziom specyficzności dla wspomnień uzyskanych w odpowiedzi na nie. Są to wyniki w skali HDRS ($b^* = -0,48$; $p < ,01$), oraz bMAST ($b^* = -0,20$; $p < ,05$). Interpretując uzyskane wartości współczynników, można stwierdzić, że im wyższe wyniki w obu tych skalach, tym mniej specyficzne wspomnienie przywoływane w odpowiedzi na to słowo bodźcowe.

II. SAMOTNY

Analiza dla słowa bodźcowego „samotny” [$F(3, 150) = 5,1343$; $p < ,005$] wykazała również możliwość predykcji. Jednak oba wyodrębnione predykatory są na granicy istotności statycznej. Stanowiły je wynik w skali poziomu stresu ($b^* = -0,17$; $p = ,061$) i wynik w kwestionariuszu BDI ($b^* = -0,15$; $p = ,088$). Im wyższe wyniki w obu tych skalach, tym mniej specyficzne wspomnienie przywoływane w odpowiedzi na to słowo bodźcowe.

III. OBIECUJĄCY

Dla słowa bodźcowego „samotny” [$F(3, 149) = 8,7614$; $p < ,001$] predyktory stanowiły: wynik w kwestionariuszu HDRS ($b^* = -0,48$; $p < ,001$), wynik w skali nastroju ($b^* = -0,32$; $p < ,005$) i wiek badanego ($b^* = -0,15$; $p < ,05$). Uzyskane wartości współczynników wskazują, że im wyższe wyniki w kwestionariuszu HDRS, im bardziej podwyższony (*sic!*) nastrój

i im starszy jest badany, tym mniej specyficzne wspomnienie przywoływane w odpowiedzi na to słowo bodźcowe.

IV. PRZESTRASZONY

Analiza dla słowa bodźcowego „samotny” [F(5, 148) = 2,2310; p = ,054] wskazała jedyny predyktor – wynik w kwestionariuszu HDRS ($b^* = -0,25$; p < ,05). Jak w pozostałych, im wyższe wyniki uzyskali w nim badani, tym mniej specyficzne wspomnienie przywoływane w odpowiedzi na to słowo bodźcowe.

V. PODEKSCYTOWANY

Dla *cue word* „podekscytowany” [F(4, 149) = 3,6735; p < ,001] predykatory stanowiły: wynik w kwestionariuszu BDI ($b^* = -0,22$; p < ,01), a także na granicy istotności statystycznej wiek badanego ($b^* = -0,14$; p = ,08); interpretacja analogiczna do powyższych.

VI. SMUTNY

Analiza dla słowa bodźcowego „smutny” [F(4, 149) = 4,4847; p < ,005] predykatory to: wynik w kwestionariuszu BDI ($b^* = -0,18$; p < ,05), a także na granicy istotności statystycznej wynik w skali poziomu stresu ($b^* = -0,15$; p = ,086) – im wyższe wyniki w obu tych skalach, tym mniej specyficzne wspomnienie przywoływane w odpowiedzi na to słowo bodźcowe.

VII. DUMNY

Dla słowa bodźcowego „dumny” [F(5, 148) = 6,3200; p < ,001] predykatory stanowią: wyniki w kwestionariuszu bMAST ($b^* = -0,19$; p < ,05) i w kwestionariuszu HDRS ($b^* = - ,32$; p < ,05). Interpretacja jak w poprzednich.

VIII. ZŁY

Analiza dla słowa bodźcowego „zły” [F(4, 149) = 5,6051; p < ,001] wskazała następujące predykatory: wynik w skali poziomu stresu ($b^* = -0,27$; p < ,001) i na granicy istotności statystycznej płeć osoby badanej ($b^* = 0,15$; p = ,051). Interpretując uzyskane wartości współczynników, można stwierdzić, że im wyższe wyniki w skali stresu, tym mniej specyficzne wspomnienie przywoływane w odpowiedzi na to słowo bodźcowe, natomiast płeć męska wiąże się z większą specyficznością.

IX. BYSTRY

Dla słowa „bystry” [$F(4, 147) = 5,9576; p < ,001$] predykatory to: wykształcenie badanego ($b^* = 0,20; p < ,05$) i na granicy istotności statystycznej wynik w kwestionariuszu HDRS ($b^* = -0,15; p = ,074$). Im wyższe wykształcenie badanego, tym bardziej specyficzne wspomnienie przywoływane w odpowiedzi na to słowo bodźcowe, natomiast wyższy wynik w kwestionariuszu wiąże się z mniejszą specyficznością.

X. OKROPNY

Analiza dla słowa „okropny” [$F(5, 148) = 4,0528; p < ,005$] wskazała następujące predykatory: wynik HDRS ($b^* = -0,44; p < ,01$), wykształcenie badanego ($b^* = 0,17; p < ,05$) i na granicy istotności statystycznej wynik w kwestionariuszu bMAST ($b^* = -0,14; p = ,089$). Interpretacja dokładnie jak w poprzednich.

XI. KOCHANY

Dla słowa „kochany” [$F(4, 148) = 4,8083; p < ,005$] predykatory stanowią: wynik w kwestionariuszu HDRS ($b^* = -0,18; p < ,05$) i na granicy istotności statystycznej wykształcenie badanego ($b^* = 0,14; p = ,074$). Interpretacja jak powyżej.

XII. ZAWSTYDZONY

Analiza dla słowa bodźcowego „zawstydzony” [$F(3, 150) = 4,6230; p < ,005$] wskazała na tylko jeden predyktor – wynik w kwestionariuszu HDRS ($b^* = -0,41; p < ,01$) z tradycyjną jak powyżej interpretacją.

Kolejna tabela 4 przedstawia podsumowany wynik wszystkich analiz. Przedstawiono w niej wyniki kolejnych 12 analiz mające wartość statystyczną lub (z gwiazdką) na granicy.

Tab. 4. Wartość współczynników regresji beta dla danych wyjściowych wpływających w sposób znamienne statystycznie na stopień specyficzności *cue words*

	Płeć	Wiek	Wyksz.	bMAST	BDI	HDRS	Nastrój	Stres
Szczęśliwy				-0,20		-0,48		
<u>Samotny</u>					<u>-0,15*</u>			<u>-0,17*</u>
Obiecujący		-0,15				-0,48	-0,32†	
<u>Przestraszony</u>						<u>-0,25</u>		
Podekscytowany		-0,14*			-0,22			
<u>Smutny</u>					<u>-0,18</u>			<u>-0,15*</u>
Dumny				-0,19		-0,32		
<u>Zły</u>	<u>0,15*</u>							<u>-0,27</u>
Bystry			0,20			-0,15*		
<u>Okropny</u>			<u>0,17</u>	<u>-0,14*</u>		<u>-0,44</u>		
Kochany			0,14*			-0,18		
<u>Zawstydzony</u>						<u>-0,41</u>		

† wynik trudny do wyjaśnienia, być może będący artefaktem

* wyniki na granicy znamienności statystycznej

Podsumowując: natężenie depresji (zoperacjonalizowane jako wynik w jednym z kwestionariuszy HDRS lub BDI) miało wartość predykcyjną w stosunku do największej liczby wyrazów – wszystkich poza słowem „zły”. Pozwala to po raz kolejny sądzić, że zaburzenia depresyjne stanowią czynnik globalnie upośledzający konstruowanie specyficznych wspomnień niezależnie od rodzaju treści i jej ładunku afektywnego. Czynniki obniżające specyficzność trzech słów to: większe natężenia uzależnienia (wynik bMAST), większy poziom stresu, niższy poziom wykształcenia, natomiast starszy wiek badanego – dwóch słów bodźcowych. Pozostałe gdzie liczba słów, co do których mają własności predykcyjne, jest niższa lub mniejsza niż 2 pominięto.

W przypadku uzależnienia od alkoholu, jego większe natężenie (wynik w skali bMAST) pozwala przewidywać mniejszą specyficzność dwóch pozytywnych słów bodźcowych, tj. „szczęśliwy” i „dumny”, i negatywnego – „okropny”. W przypadku skali stresu wartość predykcyjna odnosiła się do trzech wyłącznie negatywnych *cue words*, to jest „samotny”, „smutny”, „zły”. Można w związku z tym podejrzewać, że podwyższony poziom stresu blokuje proces tworzenia specyficznych negatywnych wspomnień. Także 3 słowa „bystry”, „kochany” i „okropny” miały za czynnik predykcyjny wykształcenie.

4.4.3 Specyficzność – podsumowanie

Podsumowując: osoby w grupach kontrolnych przywoływały bardziej specyficzne wspomnienia niż osoby w grupach badanych. Innymi słowy, badani cierpiący na zespół uzależnienia i zaburzenia depresyjne mają trudności z przywołaniem wydarzeń ze swojej przeszłości w sposób równie detaliczny, jak czynią to osoby niedotknięte zaburzeniami psychicznymi. Zależność ta występuje także w przypadku negatywnych słów bodźcowych. Wskazuje to, iż pomimo obciążających emocjonalnie stanów występujących w tych zaburzeniach, które powinny sprzyjać przetwarzaniu materiału nacechowanego negatywnym afektem (27), a także tendencji do dokładnego przywoływania treści pod wpływem obniżonego nastroju (51), osoby z grup klinicznych także w ich przypadku nie są w stanie szczegółowo przywoływać swojej przeszłości. Mechanizm upośledzenia konstrukcji wspomnień jest całościowy i dotyka również wydarzeń smutnych, czy też ogólnie negatywnych.

W przypadku poszczególnych słów zazwyczaj najbardziej specyficzne wspomnienia miały osoby z grupy kontrolnej PAN, a najmniej – z grupy badanej DEP.

Ponieważ grupa kontrolna CON przywoływała nieco mniej specyficzne wspomnienia niż kontrolna PAN (różnica nieznamienna statystycznie), należy ostrożnie sądzić, że czynniki takie jak hospitalizacja, choroba fizyczna i stres z nimi związany mogą nieznacznie upośledzać mechanizm tworzenia szczegółowych wspomnień. Podobnie nieco niższe wyniki pod względem specyficzności w grupie badanej DEP w stosunku do grupy badanej ALK, pokazują, że zaburzenia depresyjne są bardziej uszkadzające dla mechanizmu formowania szczegółowych wspomnień niż zależność od alkoholu.

Tabela 5 przedstawia dane dla wszystkich *cue words* we wszystkich grupach.

Tab. 5. Specyficzność słów bodźcowych w grupach

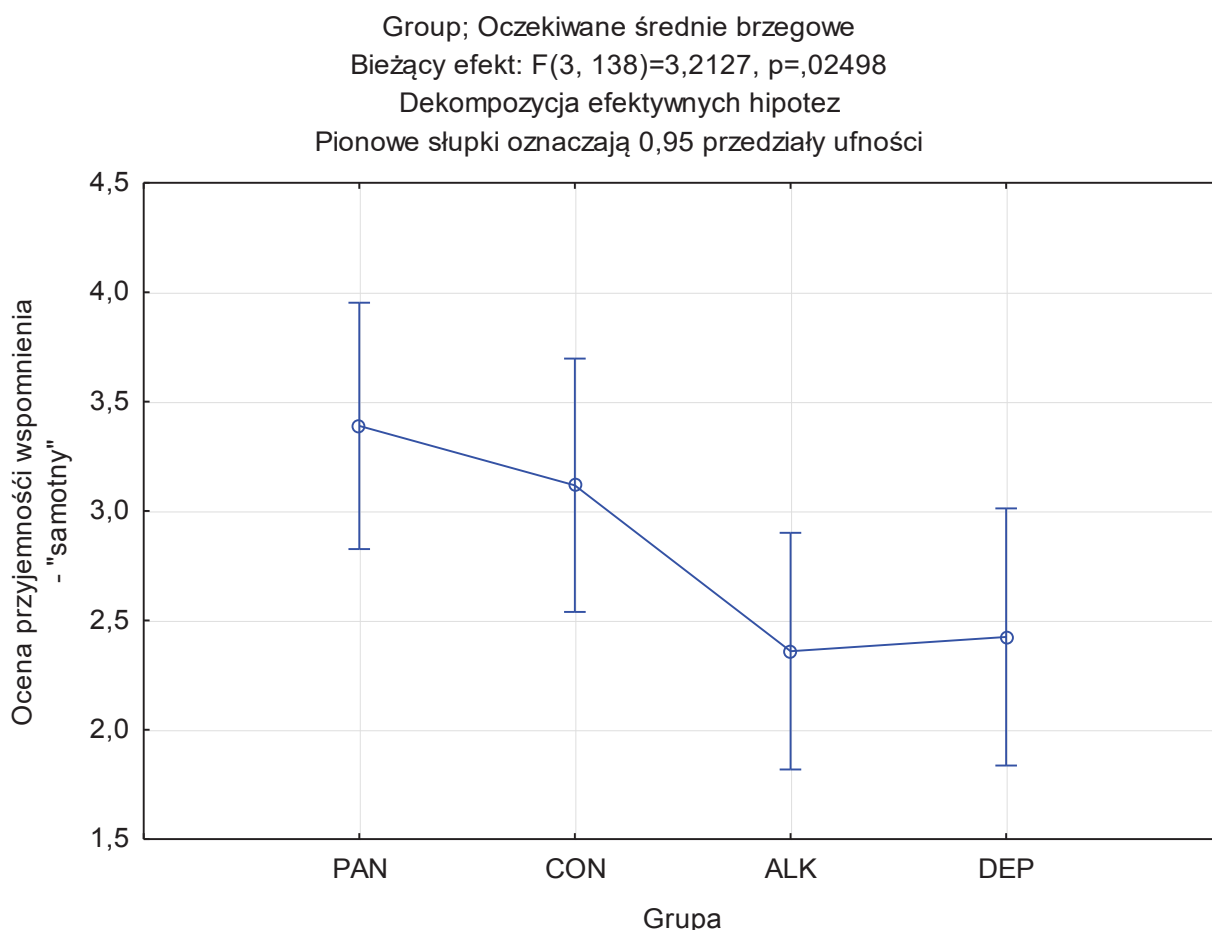
Słowo bodźcowe	Grupa badana DEP		Grupa badana ALK		Grupa kontrolna CON		Grupa kontrolna PAN	
	Średnia ± SD	95% PU	Średnia ± SD	95% PU	Średnia ± SD	95% PU	Średnia ± SD	95% PU
Szczęśliwy	2,7 ± 1,17	2,3; 3,1	2,7 ± 1,28	2,3; 3,1	3,4 ± 1,14	3,0; 3,8	3,6 ± 0,82	3,4; 3,9
Samotny	1,7 ± 1,21	1,4; 2,1	2,1 ± 1,08	1,8; 2,5	2,4 ± 1,43	2,0; 2,9	2,8 ± 1,30	2,4; 3,2
Obiecujący	1,1 ± 1,43	0,6; 1,6	2,4 ± 1,27	1,9; 2,8	1,9 ± 1,52	1,5; 2,4	2,3 ± 1,55	1,8; 2,8
Przestraszony	2,8 ± 1,34	2,4; 3,3	3,0 ± 1,37	2,5; 3,4	3,3 ± 1,32	2,9; 3,7	3,6 ± 0,86	3,3; 3,9
Podekscytowany	2,1 ± 1,55	1,6; 2,6	2,2 ± 1,45	1,8; 2,7	3,1 ± 1,12	2,8; 3,5	3,3 ± 1,06	3,0; 3,7
Smutny	2,4 ± 1,37	2,0; 2,9	2,7 ± 1,37	2,2; 3,1	3,6 ± 1,07	3,2; 3,9	3,2 ± 1,01	2,9; 3,6
Dumny	2,2 ± 1,39	1,7; 2,6	2,7 ± 1,20	2,3; 3,1	3,3 ± 1,04	3,0; 3,7	3,6 ± 0,78	3,4; 3,9
Zły	2,2 ± 1,36	1,8; 2,7	2,5 ± 1,32	2,0; 2,9	2,7 ± 1,40	2,2; 3,1	3,3 ± 1,22	2,9; 3,7
Bystry	1,4 ± 1,19	1,0; 1,8	1,9 ± 1,35	1,5; 2,3	2,3 ± 1,62	1,7; 2,8	2,6 ± 1,67	2,0; 3,1
Okropny	1,5 ± 1,47	1,0; 2,0	1,7 ± 1,52	1,2; 2,1	2,5 ± 1,53	2,0; 2,0	2,8 ± 1,48	2,3; 3,2
Kochany	1,7 ± 1,32	1,3; 2,1	2,2 ± 1,25	1,7; 2,6	2,7 ± 1,40	2,2; 3,1	2,8 ± 1,50	2,3; 3,3
Zawstydzony	1,4 ± 1,59	0,9; 1,9	2,1 ± 1,45	1,7; 2,6	1,8 ± 1,77	1,2; 2,4	2,8 ± 1,65	2,2; 3,3

4.5 Wyniki dotyczące oceny przyjemność-przykrość w odniesieniu do poszczególnych *cue words*

Kolejna analiza dotyczyła oceny przyjemności-przykrości. Krótko przypominając, oceniono to w 7 pkt. skali, gdzie 1 to zdecydowanie nieprzyjemny, a 7 to zdecydowanie przyjemny. W zakresie 4 *cue words* („szczęśliwy”, „podekscytowany”, „smutny”, „dumny”) nie zachodziła znamienna statystycznie różnica w zakresie oceny na tej skali. Dla pozostałych zachodziła, względnie wyniki zbliżone była do granicy znamienności; przedstawiono ich prezentację *expressis verbis*.

I. SAMOTNY

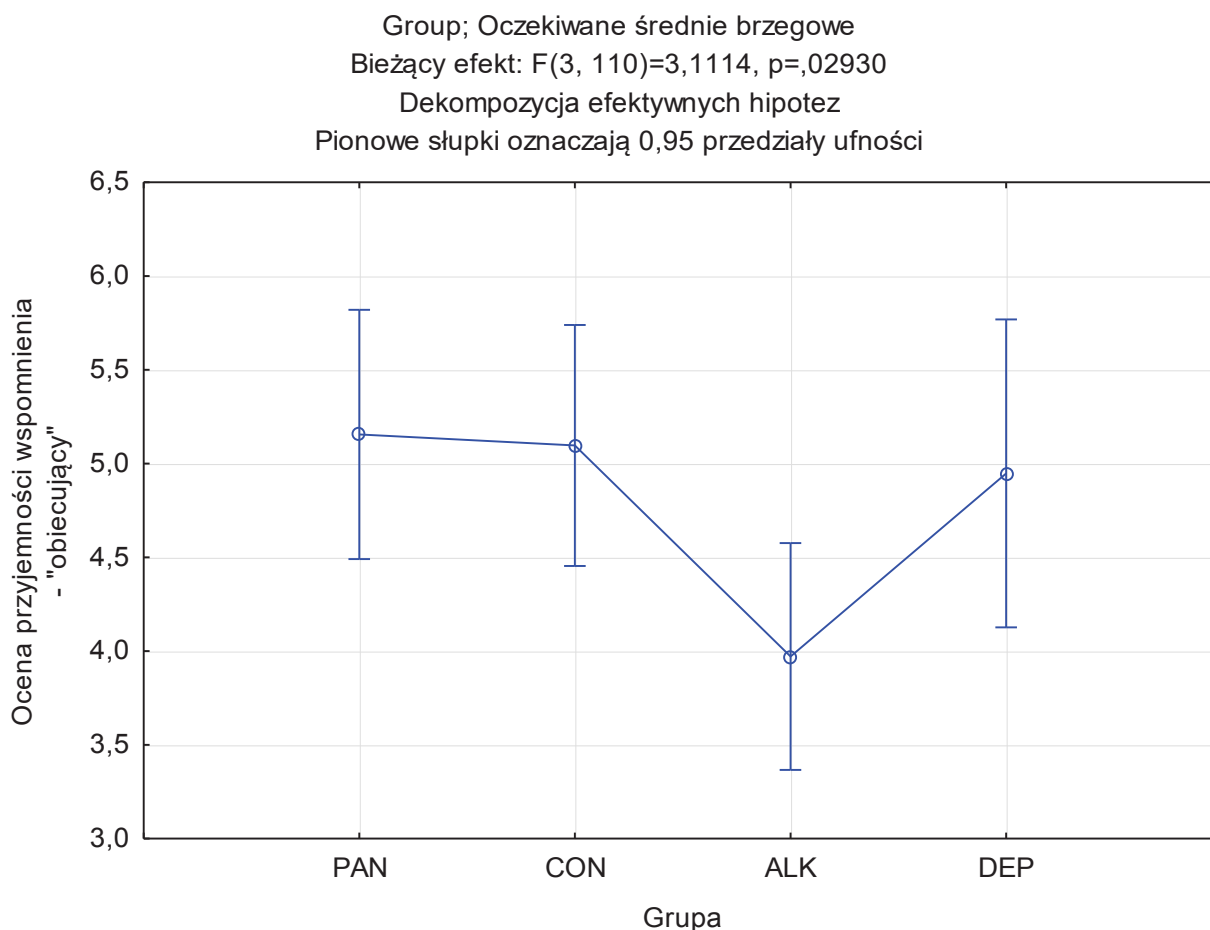
W przypadku oceny przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „samotny” na skali semantycznej wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 138) = 3,2127$; $p < ,05$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 3,39$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej przyjemne w porównaniu z pozostałymi grupami. Najniższe wyniki uzyskali badani w grupie ALK ($M = 2,36$) – oceniali o wspomnienie jako najmniej przyjemne. Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 14.



Ryc. 14. Ocena przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „samotny”.

II. OBIECUJĄCY

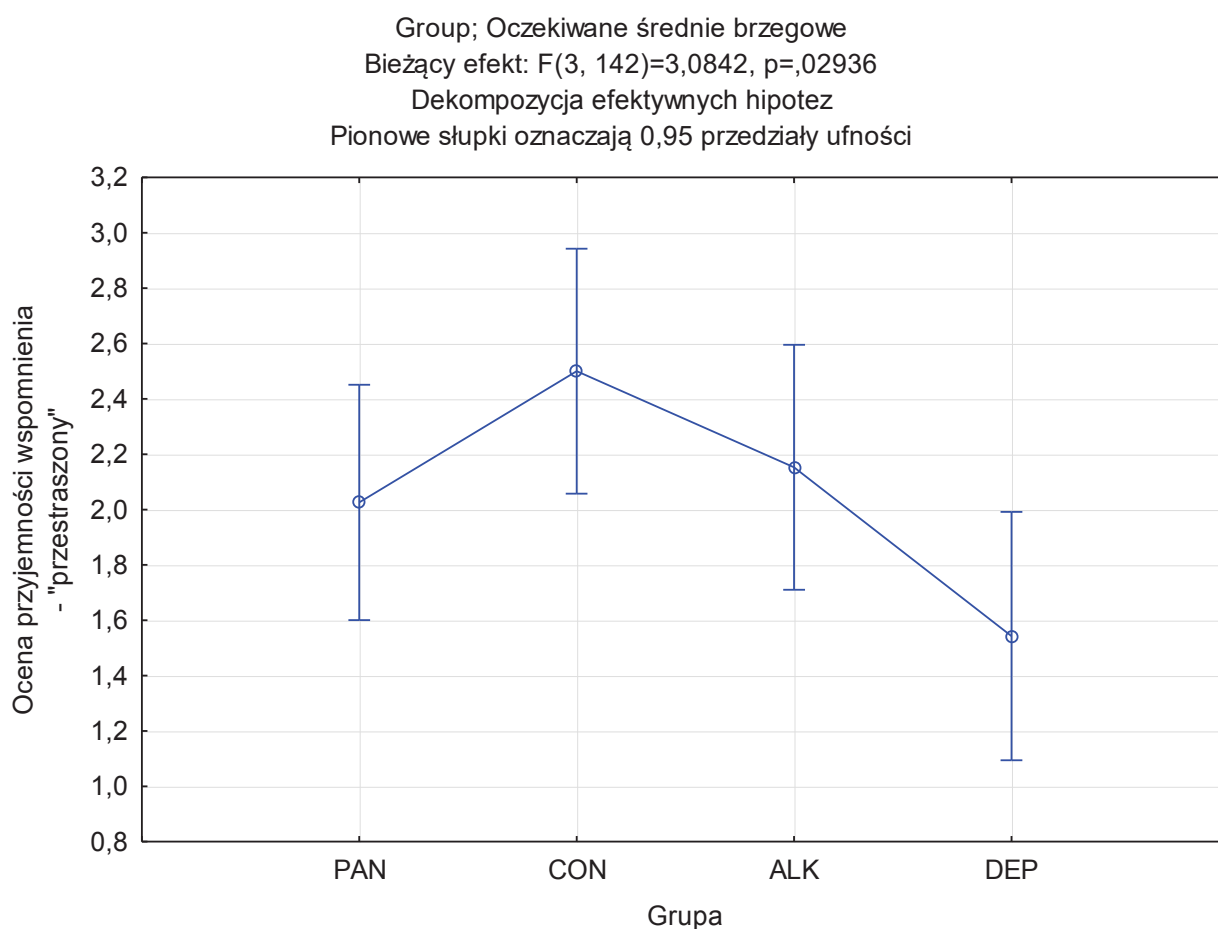
W przypadku oceny przyjemność-przykreść wspomnienia dla słowa bodźcowego „obiecujący” na skali semantycznej wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 110) = 3,1114$; $p < ,05$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 5,16$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej przyjemne. Grupy CON ($M = 5,10$) i DEP ($M = 4,95$) uzyskały zbliżone wyniki. Najniższe oceny zanotowano w grupie ALK ($M = 3,97$) – badani oznaczali to wspomnienie jako najmniej przyjemne. Jak wspomniano wyżej, wspomnienia dla tego słowa w grupie osób uzależnionych od alkoholu były nie tylko przykre, ale także wysoce specyficzne, co może się wiązać ze skojarzeniami dotyczącymi obietnic zaprzestania picia alkoholu. Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 15.



Ryc. 15. Ocena przyjemność-przykreść wspomnienia dla słowa bodźcowego „obiecujący”.

III. PRZESTRASZONY

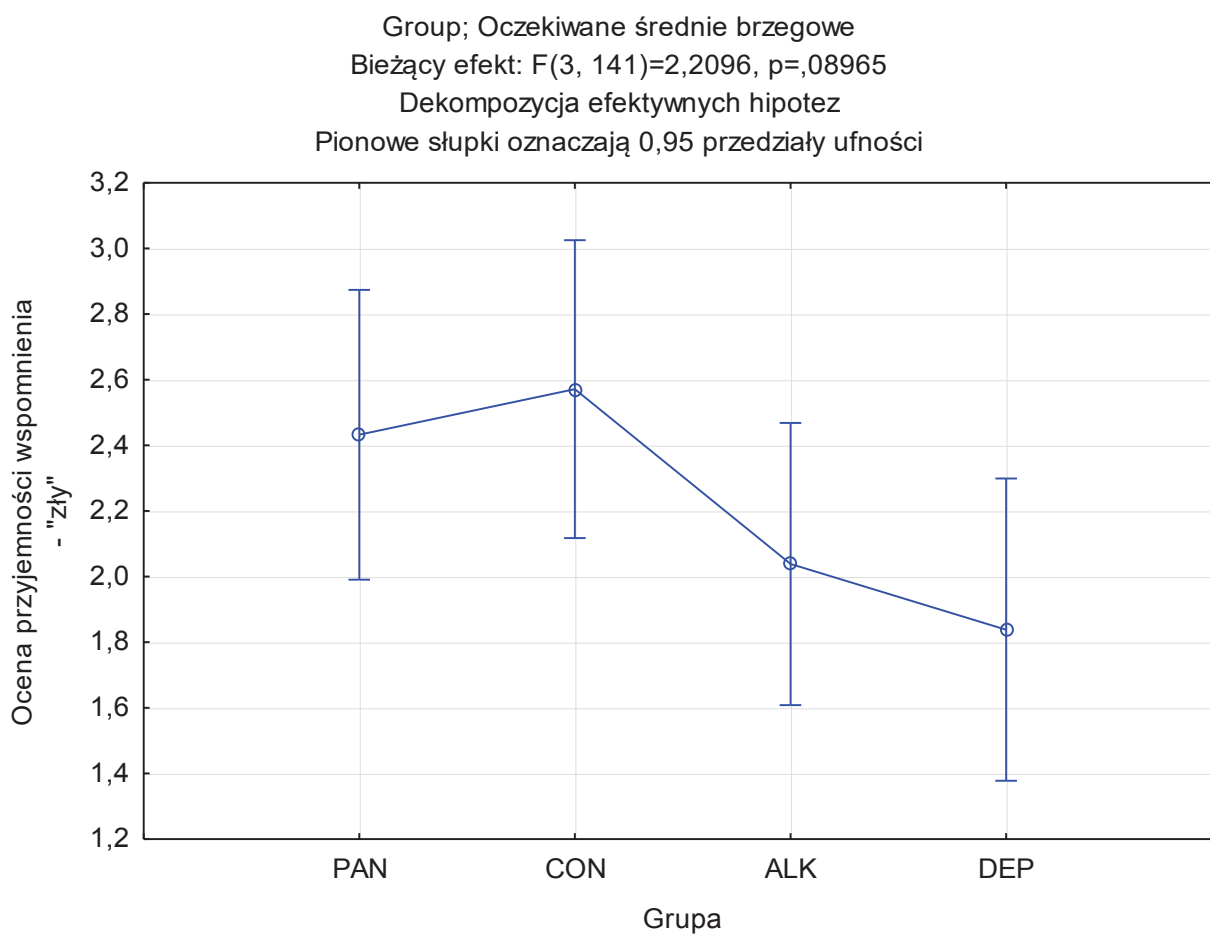
W przypadku oceny przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „przestraszony” na skali semantycznej wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 142) = 3,0842$; $p < ,05$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej CON ($M = 2,50$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej przyjemne w porównaniu z pozostałymi grupami. Najniższe wyniki uzyskali badani w grupie DEP ($M = 1,54$) – oceniali to wspomnienie jako najmniej przyjemne, mimo że jednocześnie przywoływali tutaj najmniej specyficzne odpowiedzi. Być może wynika to z komponenty lękowej, która towarzyszy depresji. W obniżonym nastroju sygnały lękowe są silniejsze, a – jak stwierdził A. Kępiński – subiektywnym objawem obniżenia dynamiki życiowej obok smutku jest niepokój przechodzący zwykle w lęk” (52). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 16.



Ryc. 16. Ocena przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „przestraszony”.

IV. ZŁY

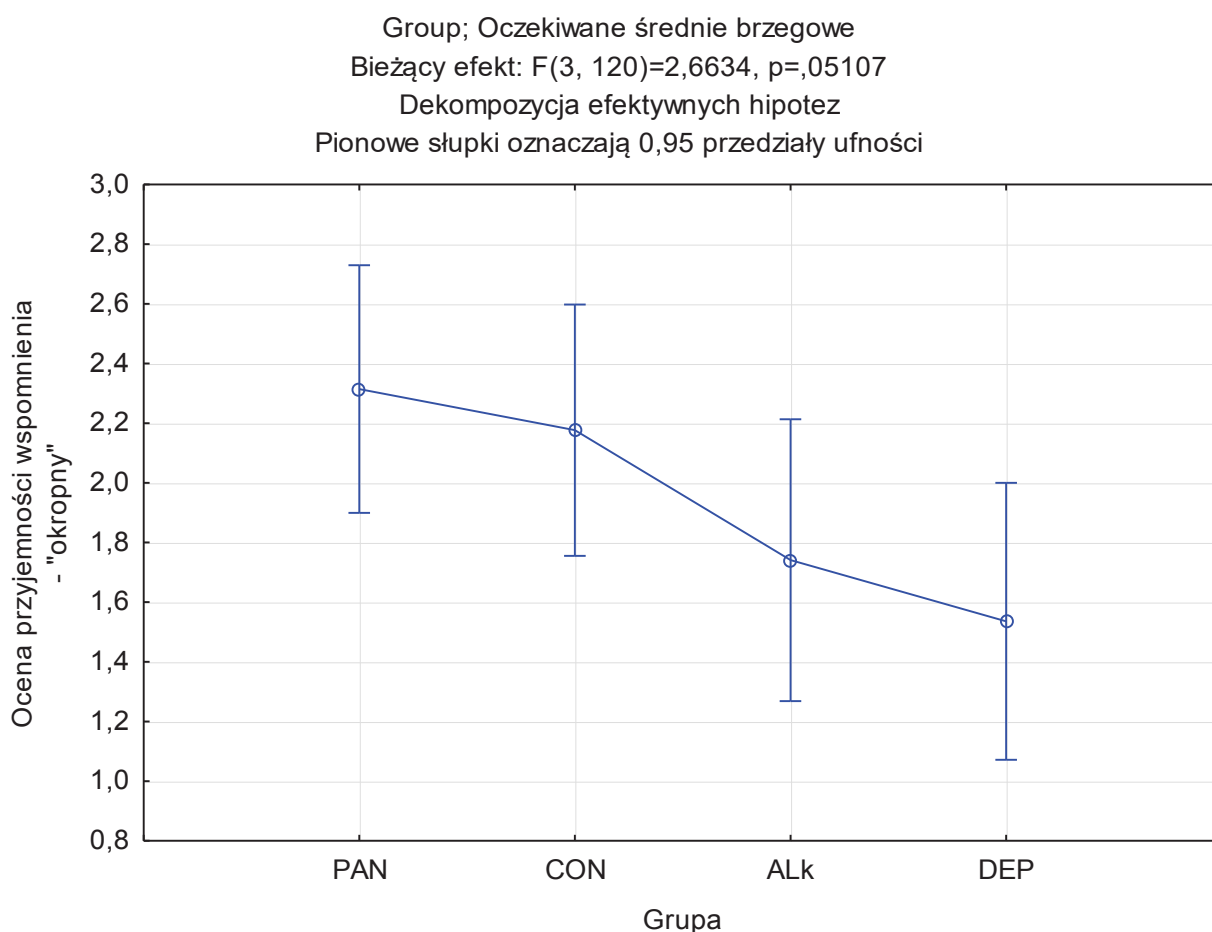
W przypadku oceny przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „zły” na skali semantycznej wystąpiły różnice pomiędzy grupami na granicy istotności statystycznej, $F(3, 141) = 2,2096$; $p = ,09$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej CON ($M = 2,57$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej przyjemne w porównaniu z pozostałymi grupami. Najniższe wyniki uzyskali badani w grupie DEP ($M = 1,84$) – oceniali o wspomnienie jako najmniej przyjemne, mimo że jednocześnie przywoływali tutaj najmniej specyficzne odpowiedzi. Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 17.



Ryc. 17. Ocena przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „zły”.

V. OKROPNY

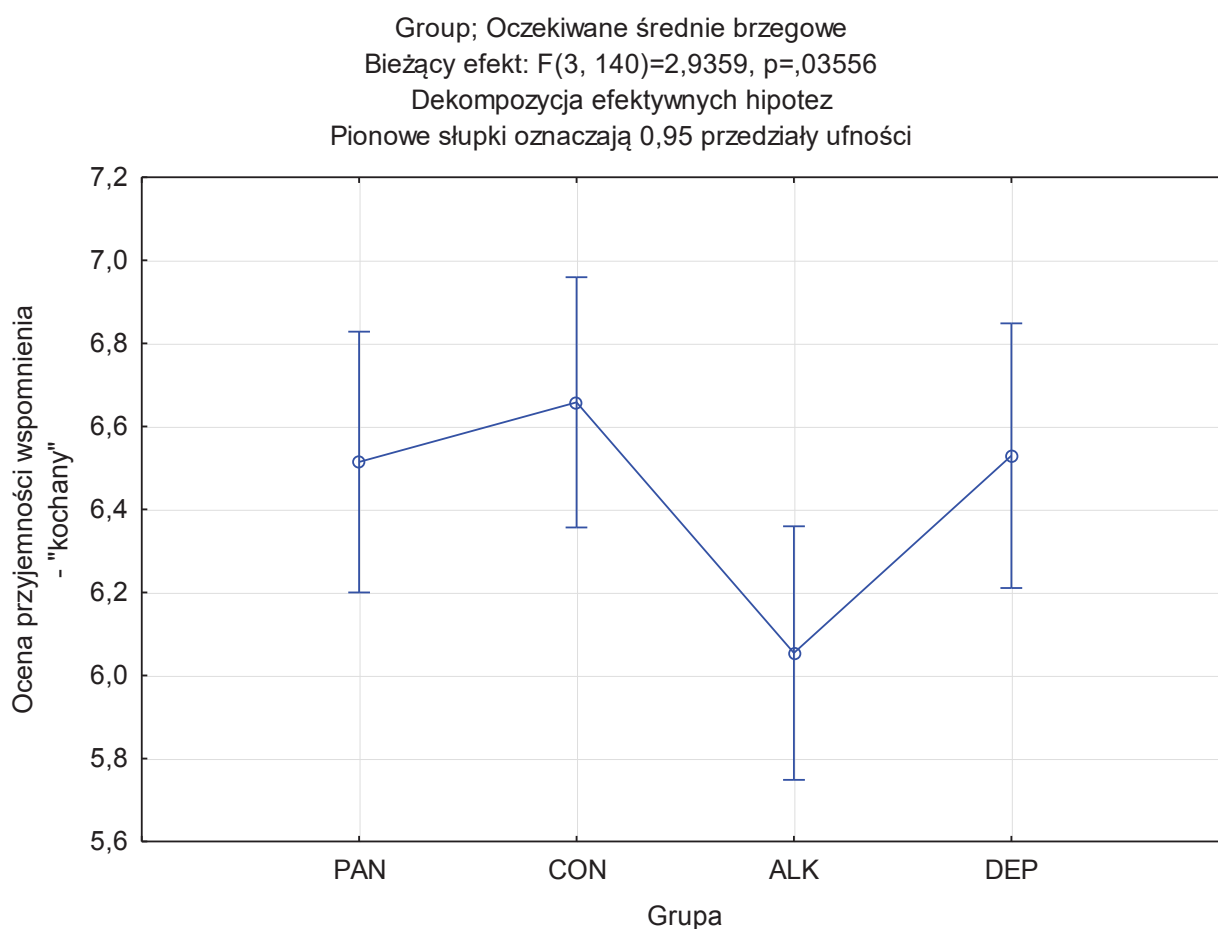
W przypadku oceny przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „okropny” na skali semantycznej wystąpiły różnice pomiędzy grupami na granicy istotności statystycznej, $F(3, 120) = 2,6634$; $p = ,051$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 2,31$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej przyjemne w porównaniu z pozostałymi grupami. Najniższe wyniki uzyskali badani w grupie DEP ($M = 1,54$) – oceniali to wspomnienie jako najmniej przyjemne, mimo że jednocześnie przywoływali tutaj najmniej specyficzne odpowiedzi. Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rysunku rycinie 18.



Ryc. 18. Ocena przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „okropny”.

VI. KOCHANY

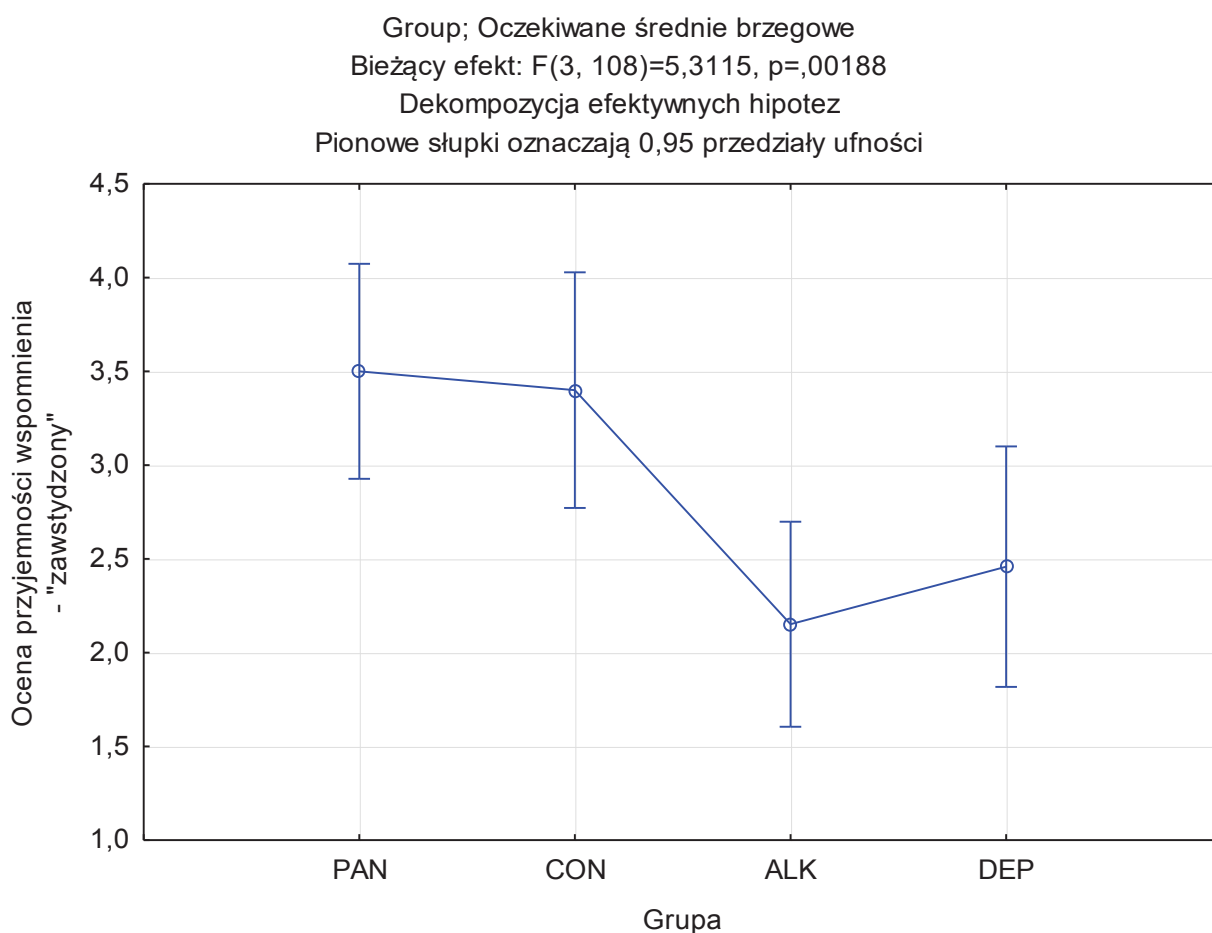
W przypadku oceny przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „kochany” na skali semantycznej wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami $F(3, 140) = 2,9359; p < ,05$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej CON ($M = 6,66$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej przyjemne w porównaniu z pozostałymi grupami. Najniższe wyniki uzyskali badani w grupie ALK ($M = 6,05$) – oceniali o wspomnienie jako najmniej przyjemne (do tego słowa badani we wszystkich grupach przywoływali zazwyczaj wspomnienia dotyczące rodziny i bliskich, a u alkoholików, zazwyczaj ta sytuacja rodzinna była najbardziej skomplikowana i trudna, stąd może niższe wyniki). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 19.



Ryc. 19. Ocena przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „kochany”.

VII. ZAWSTYDZONY

W przypadku oceny przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „zawstydzony” na skali semantycznej wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 108) = 5,3115$; $p < ,005$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 3,50$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej przyjemne w porównaniu z pozostałymi grupami. Najniższe wyniki uzyskali badani w grupie ALK ($M = 2,15$) – oceniali o wspomnienie jako najmniej przyjemne. Uzyskali oni także podwyższone wyniki średniej specyficzności. Podwyższona specyficzność, jak wyżej wspomniano, oraz negatywna ocena afektywna wspomnienia mogą wynikać z większej dostępności odczuć wstydu i winy wśród osób uzależnionych (50). Uzyskane wyniki przedstawiono w formie graficznej na rycinie 20.



Ryc. 20. Ocena przyjemność-przykrość wspomnienia dla słowa bodźcowego „zawstydzony”.

4.5.1 Analizy wartości predykcyjnych oceny przyjemność-przykrość w odniesieniu do poszczególnych grup

Analogicznie do specyficzności, także i w odniesieniu do oceny przyjemność-przykrość przeprowadzono analizę logistyczną wartości predykcyjnej dla poszczególnych słów.

Dla chorych z depresją spośród *cue words* o charakterze pozytywnym słowo „podekscytowany” miało wartość predykcyjną (iloraz szans 0,54; 95% CI 0,29 – 0,99; $p < ,05$). Słowa o charakterze negatywnym nie miały wartości predykcyjnej.

W przypadku grupy osób uzależnionych nie wykazano wartości predykcyjnej żadnego *cue words* ani pozytywnego, ani negatywnego.

W odniesieniu do grupy kontrolnej spośród słów o pozytywnym ładunku emocjonalnym słowo „kochany” miało znaczącą statystycznie wartość predykcyjną (iloraz szans 12,0; 95% CI 1,14 – 125,27; $p < ,05$), spośród negatywnych słowo „zawstydzony” (iloraz szans 2,60; 95% CI 1,24 – 5,44; $p < ,001$).

Dla grupy panelowej żadne słowo nie miało wartości predykcyjnej.

4.5.2 Ocena przyjemność-przykrość – podsumowanie

Wspomnienia przywoływane w odpowiedzi na negatywne słowa bodźcowe były oceniane rzeczywiście jako mniej przyjemne niż te przywoływane w odpowiedzi na pozytywne *cue words*. Najwyżej oceniane przez wszystkie grupy były wspomnienia przywoływane dla słów „szczęśliwy”, „dumny” i „kochany” ze średnim wynikiem plasującym się zawsze powyżej 6. Najniżej – „smutny” – z punktacją dla wszystkich grup poniżej 2.

Ponadto, zazwyczaj (z pewnymi wyjątkami) osoby z grup klinicznych oceniały swoje wspomnienia niżej na skali przyjemności niż osoby z grup kontrolnych. Tendencja ta jest zauważalna zarówno dla pozytywnych, jak i negatywnych słów bodźcowych. Wskazuje to, że badani z grup klinicznych postrzegają swoją przeszłość bardziej negatywnie niż badani z grup kontrolnych, nawet wówczas, kiedy odnoszą się do pozytywnych wydarzeń ze swojej biografii.

Tabela 6 przedstawia zsumowane powyższe dane dla wszystkich *cue words* we wszystkich grupach.

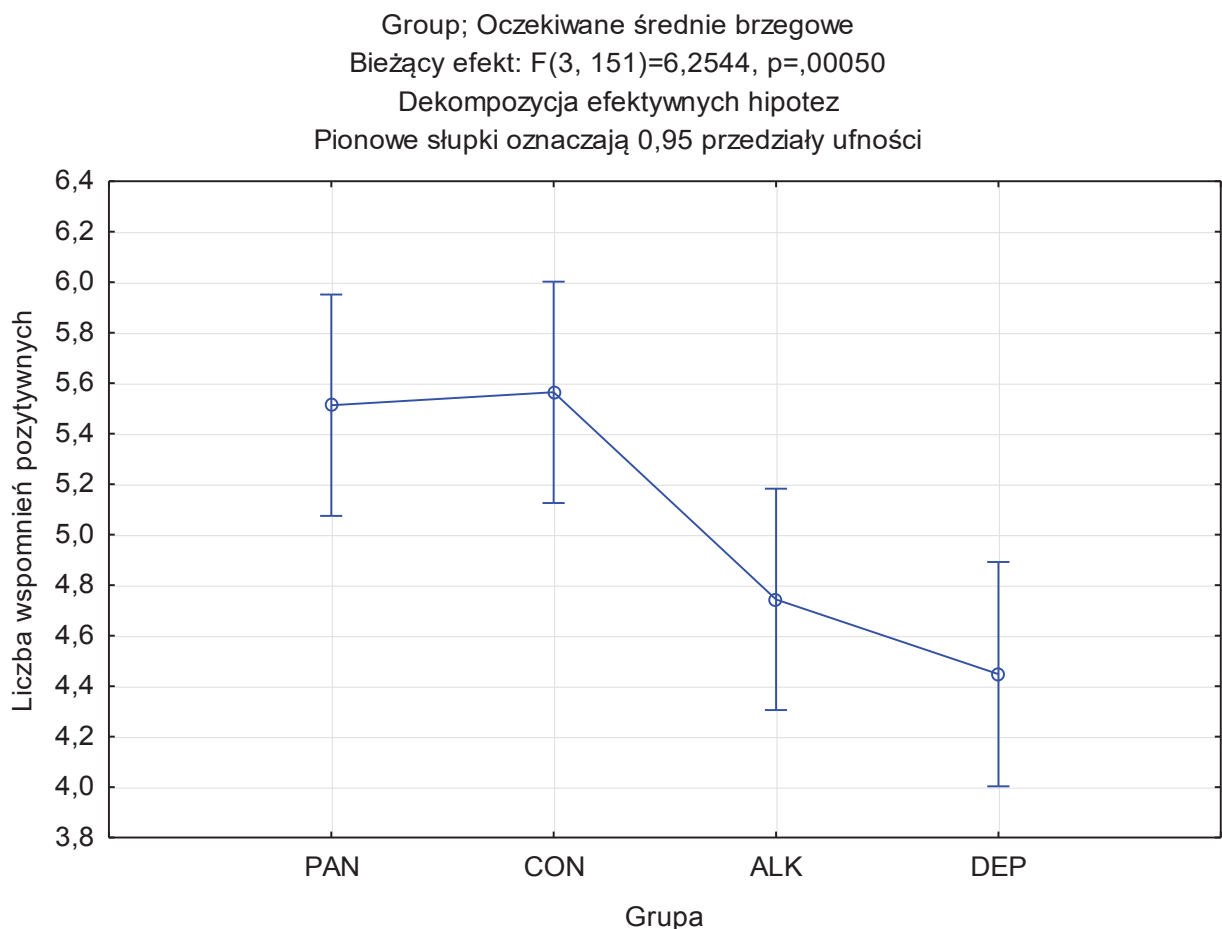
Tab. 6. Ocena przyjemność-przykrość dla poszczególnych słów bodźcowych w grupach

Słowo bodźcowe	Grupa badana DEP		Grupa badana ALK		Grupa kontrolna CON		Grupa kontrolna PAN	
	Średnia ± SD	95% PU	Średnia ± SD	95% PU	Średnia ± SD	95% PU	Średnia ± SD	95% PU
	Szczęśliwy	6,7 ± 0,69	6,5; 6,9	6,4 ± 1,25	5,9; 6,8	6,6 ± 0,79	6,3; 6,8	6,5 ± 0,76
Samotny	2,4 ± 1,82	1,8; 3,1	2,4 ± 1,47	1,9; 2,9	3,1 ± 1,77	2,5; 3,7	3,4 ± 1,78	2,8; 4,0
Obiecujący	4,9 ± 1,90	4,0; 5,9	4,0 ± 1,96	3,3; 4,6	5,1 ± 1,80	4,4; 5,8	5,2 ± 1,53	4,6; 5,7
Przestraszony	1,5 ± 1,17	1,1; 1,9	2,2 ± 1,45	1,7; 2,6	2,5 ± 1,28	2,1; 2,9	2,0 ± 1,44	1,6; 2,5
Podeksytowany	5,7 ± 1,72	5,0; 6,4	5,9 ± 1,33	5,4; 6,4	5,8 ± 1,50	5,3; 6,3	6,1 ± 1,01	5,8; 6,3
Smutny	1,4 ± 0,73	1,2; 1,7	1,8 ± 1,01	1,5; 2,1	1,7 ± 1,00	1,4; 2,1	1,8 ± 1,23	1,4; 2,2
Dumny	6,4 ± 1,00	6,0; 6,7	6,4 ± 1,23	5,9; 6,8	6,6 ± 0,72	6,3; 6,8	6,5 ± 0,82	6,2; 6,7
Zły	1,8 ± 1,13	1,4; 2,2	2,0 ± 1,28	1,6; 2,5	2,6 ± 1,61	2,0; 3,1	2,4 ± 1,37	2,0; 2,9
Bystry	5,8 ± 1,39	5,3; 6,4	6,0 ± 1,26	5,5; 6,5	6,0 ± 1,10	5,6; 6,4	5,3 ± 1,28	4,8; 5,8
Okropny	1,5 ± 0,88	1,2; 1,9	1,7 ± 0,90	1,4; 2,1	2,2 ± 1,34	1,7; 2,6	2,3 ± 1,57	1,8; 2,9
Kochany	6,5 ± 1,08	6,2; 6,9	6,1 ± 1,31	5,6; 6,5	6,7 ± 0,53	6,5; 6,8	6,5 ± 0,61	6,3; 6,7
Zawstydzony	2,5 ± 1,47	1,8; 3,1	2,2 ± 1,46	1,6; 2,7	3,4 ± 1,57	2,6; 4,0	3,5 ± 1,80	2,8; 4,2

4.6 Wyniki dotyczące liczby wspomnień nacechowanych afektywnie

I. WSPOMNIENIA POZYTYWNE

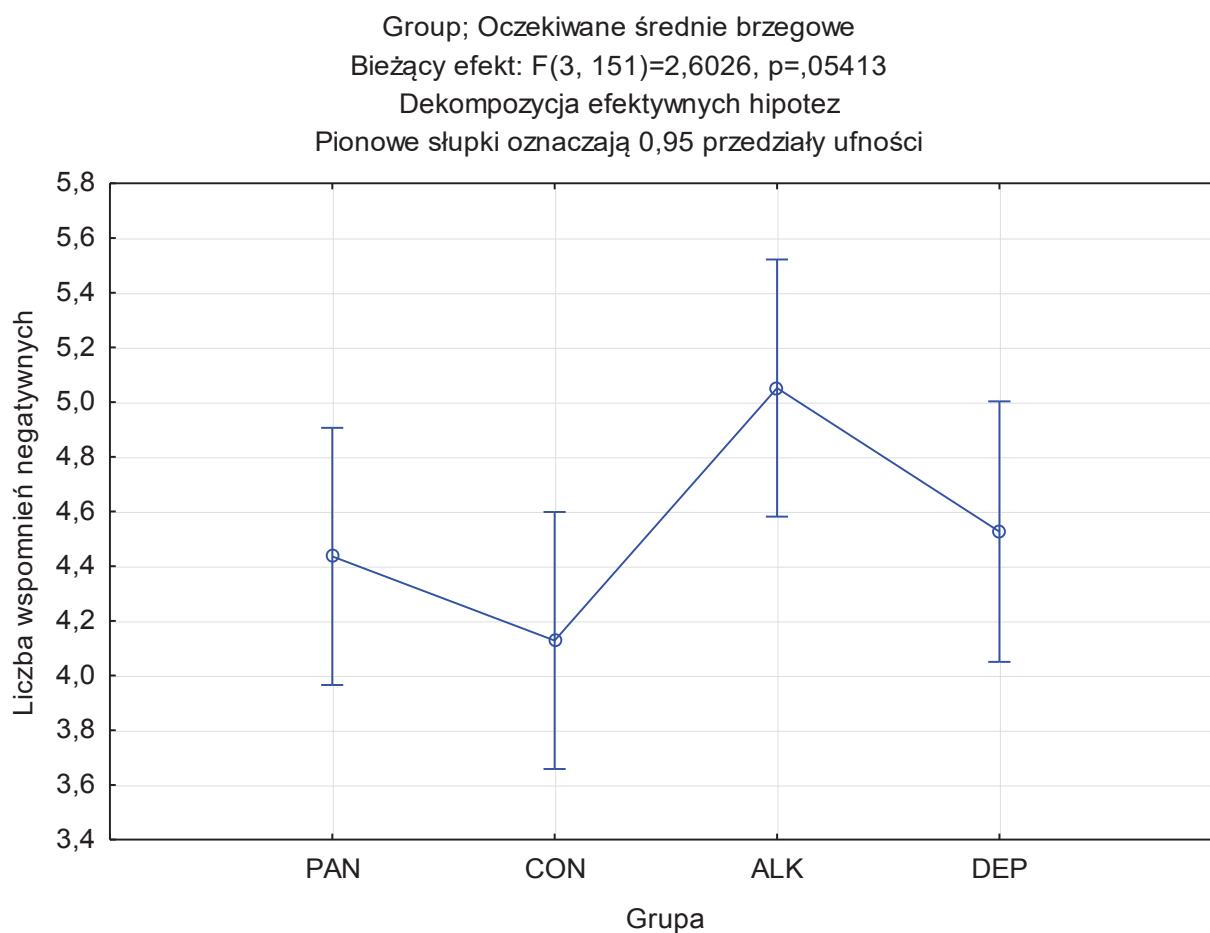
Analizę różnic pomiędzy grupami w liczbie wspomnień pozytywnych przeprowadzono przy pomocy testu ANOVA rang Kruskala-Wallisa. Badane grupy różniły się pod względem liczby wspomnień pozytywnych, $H(3, N = 155) = 17,46147$; $p < ,001$. Porównania wielokrotne pokazały istotne różnice pomiędzy obiema grupami kontrolnymi, a grupą DEP – osoby cierpiące na depresję przywoływały znacząco mniej wspomnień ocenianych jako przyjemne niż osoby zdrowe ($p < ,05$) i doświadczające dolegliwości fizycznych, czyli CON ($p < ,01$). Grupa ALK nie różniła się istotnie statystycznie od pozostałych. Zaobserwowany wzorzec wskazuje na przywoływanie mniejszej liczby wspomnień pozytywnych, względnie ich słabsze odczuwanie w badanych grupach DEP w porównaniu ze zdrowymi osobami. Wyniki dotyczące średniej liczby wspomnień przedstawiono graficznie na rycinie 21.



Ryc. 21. Średnia liczba wspomnień pozytywnych w grupach.

II. WSPOMNIENIA NEGATYWNE

Analiza różnic pomiędzy grupami w zakresie liczby wspomnień negatywnych pokazała wyniki na granicy istotności statystycznej ($p = ,067$) z najwyższą sumą rang ($\Sigma = 3624,5$) i średnią rangą ($M = 92,9$) w grupie ALK. Wyniki, które obserwujemy w przypadku badanych uzależnionych od alkoholu zwracają uwagę. Osoby te przywołują mniej pozytywnych wspomnień, więcej negatywnych, a jednocześnie ich wspomnienia są mało specyficzne (jednak w mniejszym stopniu niż w przypadku badanych z depresją). Wyniki dotyczące średniej liczby wspomnień przedstawiono graficznie na rycinie 22.



Ryc. 22. Średnia liczba wspomnień negatywnych w grupach.

Wspomnienia przywoływane przez badanych z grup klinicznych są afektywnie bardziej obciążone niż u osób z grup kontrolnych, jednak w przypadku każdego z tych zaburzeń w inny sposób. Osoby z grupy DEP charakteryzuje w większym stopniu niedobór wspomnień pozytywnych, a z grupy ALK – znaczna liczba negatywnych.

4.6.1 Liczba wspomnień nacechowanych afektywnie – podsumowanie

Statystyki opisowe liczby wspomnień pozytywnych i negatywnych zostały przedstawione w tabeli 7. Prezentuje ona liczbę wspomnień dla danej osoby, które zostały ocenione na 7-punktowej semantycznej skali przyjemności-przykrości odpowiednio powyżej i poniżej mediany wynoszącej 4 punkty. Najwyższą średnią liczbę wspomnień pozytywnych uzyskano w grupie kontrolnej CON, a zbliżoną w grupie PAN; najniższą uzyskała grupa DEP. W przypadku średniej liczby wspomnień negatywnych wyróżnia się grupa ALK – jako jedyna z wynikiem powyżej 5.

Tab. 7. Charakterystyka liczby wspomnień pozytywnych i negatywnych w grupach

	Liczba wspomnień pozytywnych (> 4)		Liczba wspomnień negatywnych (< 4)	
	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres
Grupa kontrolna PAN	5,5 ± 1,4	3 – 10	4,4 ± 1,4	0 – 7
Grupa kontrolna CON	5,6 ± 1,2	3 – 8	4,1 ± 1,6	1 – 7
Grupa badana ALK	4,7 ± 1,5	2 – 9	5,1 ± 1,5	1 – 8
Grupa badana DEP	4,4 ± 1,4	1 – 7	4,5 ± 1,4	1 – 7
łącznie	5,1 ± 1,5	1 – 10	4,5 ± 1,5	0 – 8

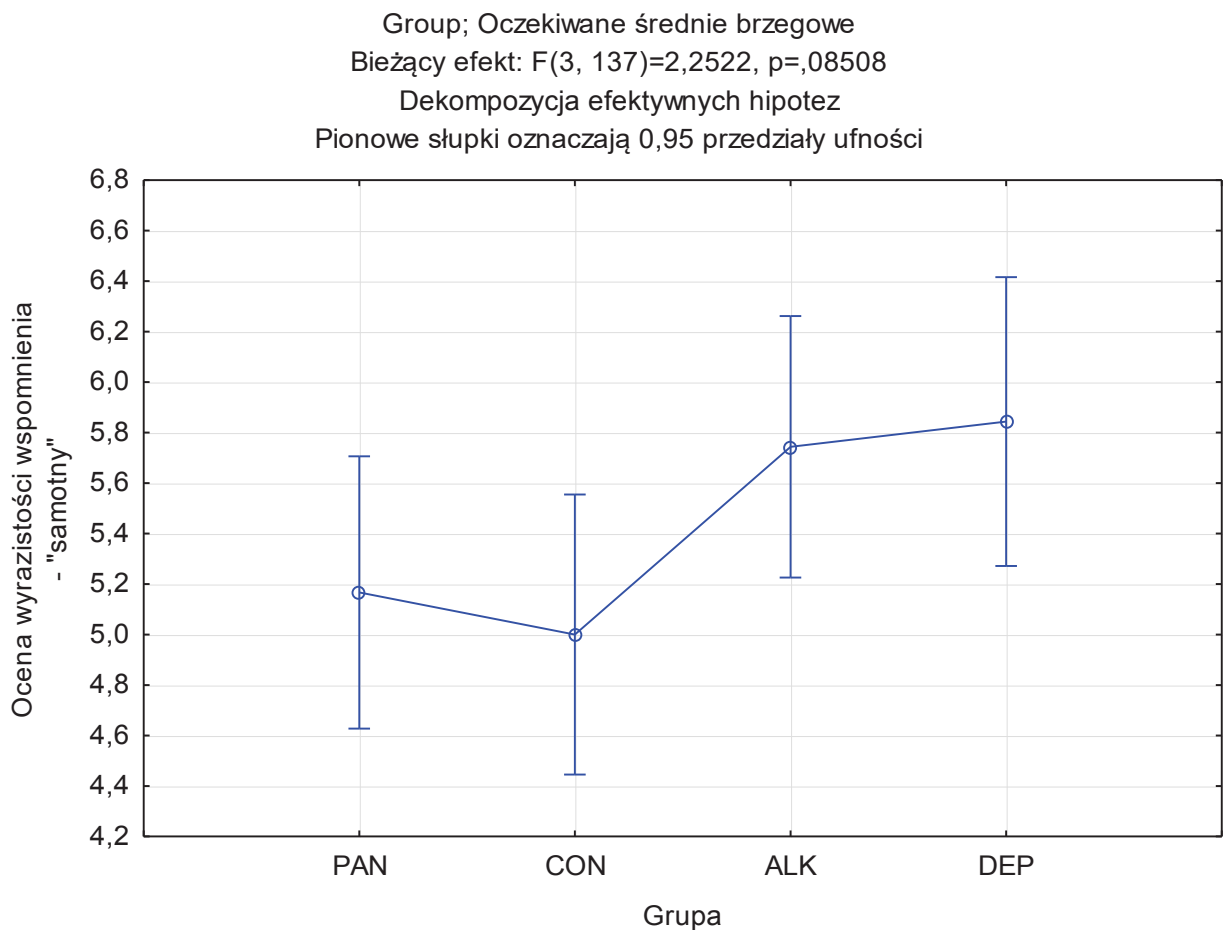
4.7 Wyniki dotyczące oceny wyrazistości wspomnienia w odniesieniu do poszczególnych *cue words*

Następna analiza dotyczyła oceny wyrazistości. Jak opisano wcześniej, badany szacował, w jakim stopniu dane wspomnienie jest dla niego żywe i wyraziste, na skali od 1 do 7, gdzie 1 to niewielkim stopniu wyraziste, a 7 – w dużym stopniu wyraziste. W przypadku słowa „samotny” uzyskano wyniki na granicy istotności statystycznej, w przypadku słowa „smutny” – istotne statystycznie. Wyniki dla pozostałych słów były nieznamienne statystycznie.

I. SAMOTNY

W przypadku oceny wyrazistości wspomnienia dla słowa bodźcowego „samotny” na skali semantycznej wystąpiły różnice pomiędzy grupami na granicy istotności statystycznej, $F(3, 137) = 2,2522$; $p = ,085$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie DEP ($M = 5,4$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej żywe i wyraziste w porównaniu z pozostałymi grupami, tylko nieznacznie niżej badani w grupie ALK ($M = 5,74$) Najniższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej CON ($M = 5,00$) – oceniali to wspomnienie jako mało wyraziste. Uzyskany wzorec wyników może wskazywać na dostępność do bardziej intensywnych wspomnień dotyczących odczucia samotności w grupach klinicznych.

Graficzne przedstawienie wyników znajduje się na rycinie 23.

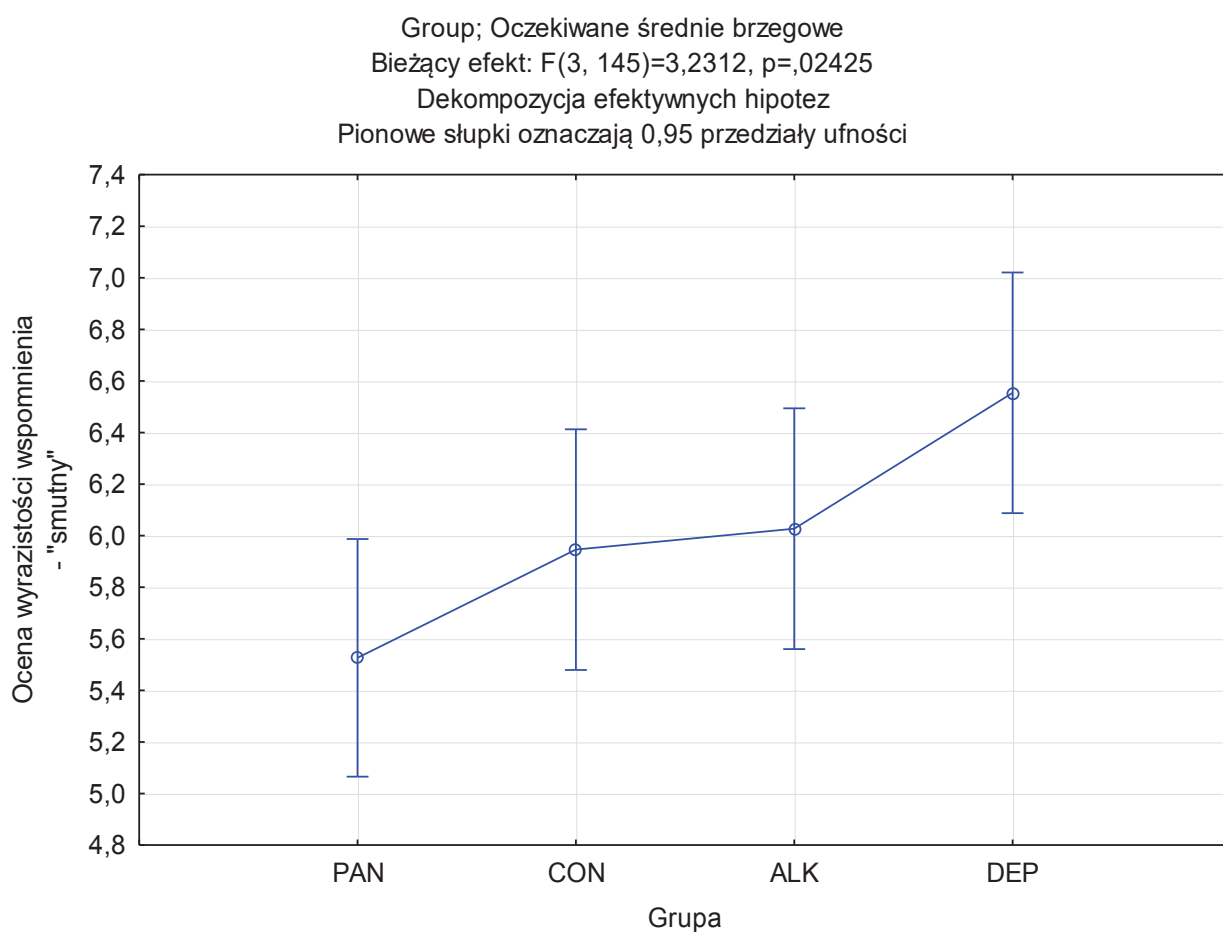


Ryc. 23. Ocena wyrazistości wspomnienia dla słowa bodźcowego „samotny”.

II. SMUTNY

W przypadku oceny wyrazistości wspomnienia dla słowa bodźcowego „smutny” na skali semantycznej wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 145) = 3,2312$; $p < ,05$. Najwyższe wyniki uzyskali badani w grupie DEP ($M = 6,55$), to jest oceniali wspomnienia przywołane do tego słowa jako najbardziej żywe i wyraziste w porównaniu z pozostałymi grupami. Najniższe wyniki uzyskali badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 5,53$) – oceniali to wspomnienie jako mało wyraziste.

Wyniki zostały przedstawione na rycinie 24.



Ryc. 24. Ocena wyrazistości wspomnienia dla słowa bodźcowego „smutny”.

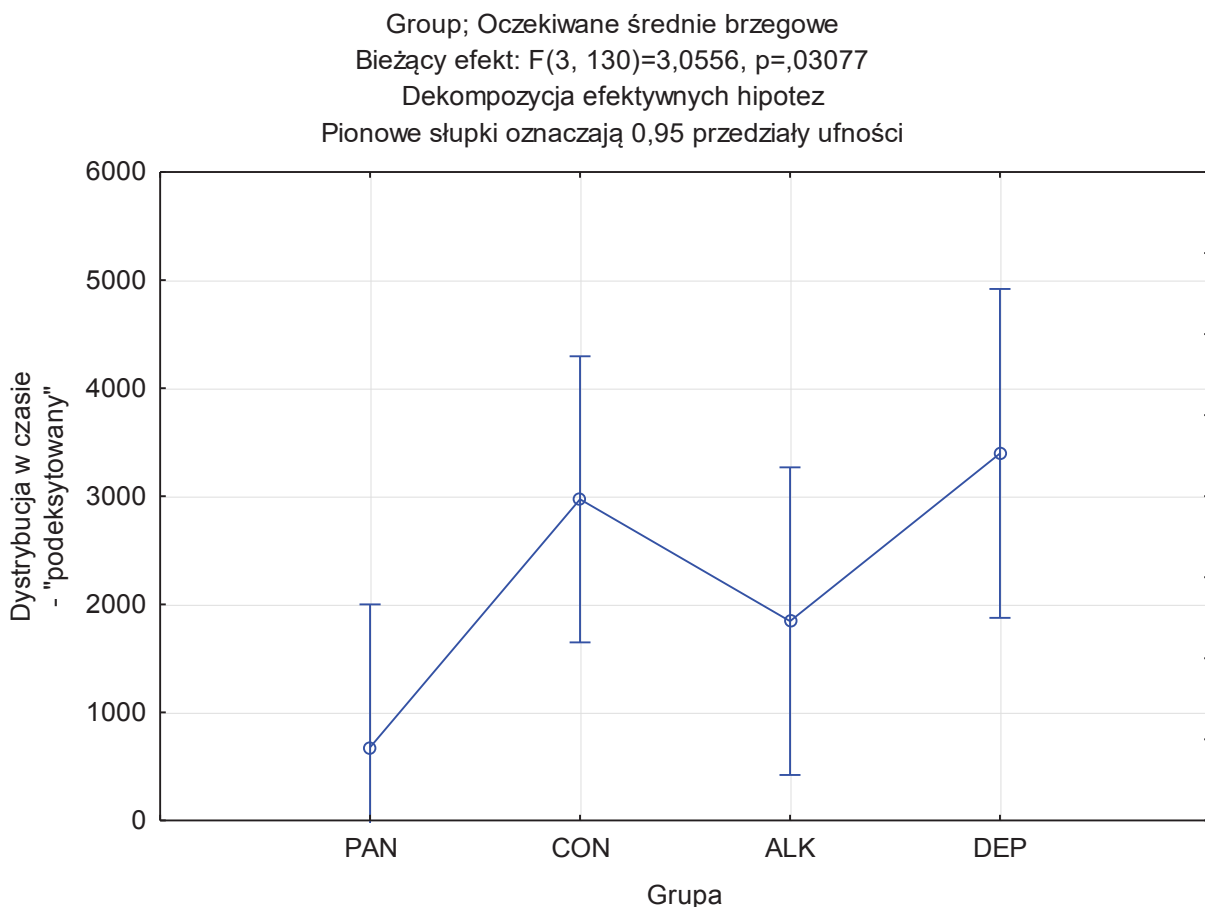
Biorąc pod uwagę, iż różnice znamienne statystycznie znaleziono zaledwie dla dwóch słów, z których jedna była nawet na granicy znamienności, trudno potraktować wyrazistość wspomnień jak cechę posiadającą zasadnicze znaczenie w analizie wspomnień badanych chorych.

4.8 Wyniki dotyczące dystrybucji wspomnień w czasie w odniesieniu do poszczególnych cue words

W badaniu analizowano także dystrybucję wspomnień w czasie. Jako zmiennej zależnej użyto czasu (przeliczonego na dni, z zaokrągleniem do 100), który upłynął od podanego przez osobę badaną momentu, w którym wystąpiło wydarzenie do chwili badania. Podobną technikę przyjęto w innych badaniach nad rozproszeniem wspomnień w czasie (13).

I. PODEKSYTOWANY

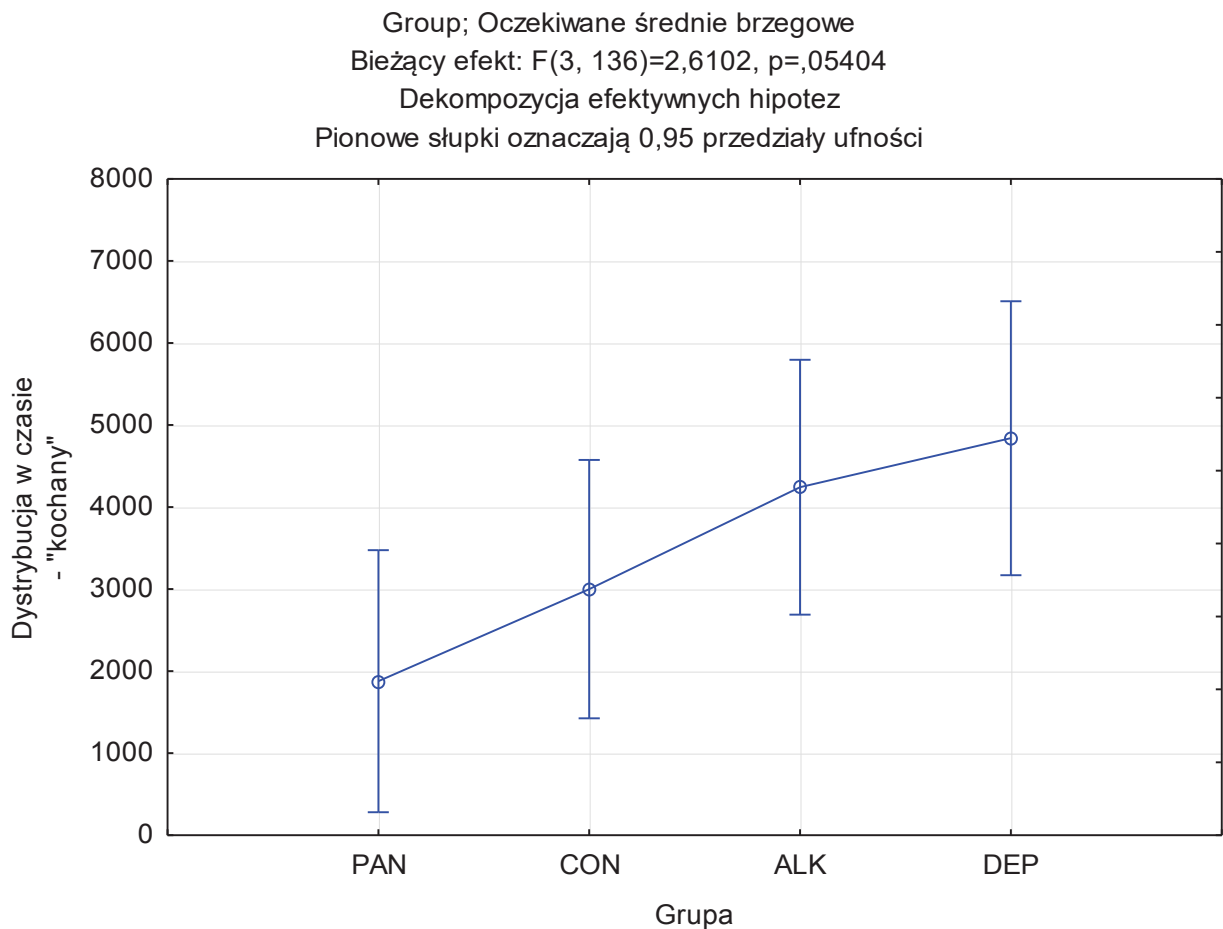
W przypadku dystrybucji w czasie wspomnienia dla słowa bodźcowego „podeksytowany” wystąpiły istotne różnice pomiędzy grupami, $F(3, 130) = 3,0556$; $p < ,05$. Najbardziej odległe w czasie wspomnienia przywoływali badani w grupie DEP ($M = 3400$), najmniej odległe – badani w grupie kontrolnej PAN ($M = 700$), co prawdopodobnie wskazuje u nich na zwiększoną dostępność wspomnień niedawnych, ekscytujących zdarzeń. Wyniki przedstawia rycina 25.



Ryc. 25. Dystrybucja w czasie wspomnienia dla słowa bodźcowego „podeksytowany”.

II. KOCHANY

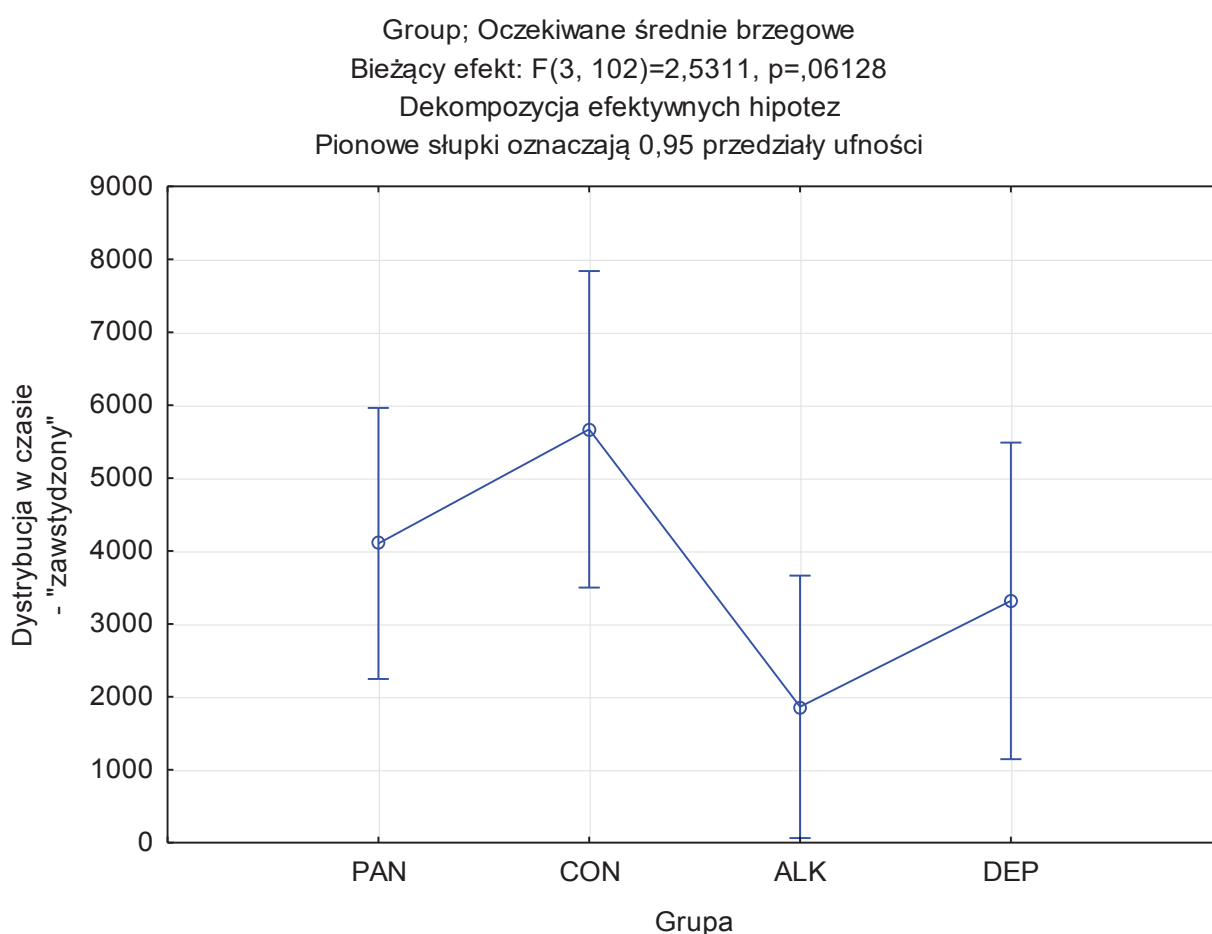
W przypadku dystrybucji w czasie wspomnienia dla słowa bodźcowego „kochany” wystąpiły różnice pomiędzy grupami na granicy istotności statystycznej, $F(3, 136) = 2,6102$; $p = ,054$. Najbardziej odległe w czasie wspomnienia przywoływali badani w grupie DEP ($M = 4800$), a następnie w grupie ALK ($M = 4200$). Badani w grupach kontrolnych przywoływali mniej odległe wspomnienia [CON ($M = 3000$), PAN ($M = 1900$)], co prawdopodobnie wskazuje u nich na zwiększoną dostępność wspomnień niedawnych zdarzeń kojarzących się z tym słowem bodźcowym. Badani z grup klinicznych, przywołując wspomnienia, cofają się bardziej w przeszłość. Wyniki przedstawia rycina 26.



Ryc. 26. Dystrybucja w czasie wspomnienia dla słowa bodźcowego „kochany”.

III. ZAWSTYDZONY

W przypadku oddalenia w czasie wspomnienia dla słowa bodźcowego „zawstydzony” wystąpiły różnice pomiędzy grupami na granicy istotności statystycznej, $F(3, 102) = 2,5311$; $p = ,061$. Najbardziej odległe w czasie wspomnienia przywoływali badani w grupie kontrolnej CON ($M = 5700$), a najmniej w grupie ALK ($M = 1900$), co wskazuje u nich na zwiększoną dostępność do wspomnień niedawnych zdarzeń przywołujących związanych z odczuciem wstydu. Pozwalają o tym także przypuszczać podwyższone wyniki średniej specyficzności i negatywna ocena afektywna wspomnienia (50). Wyniki zostały graficznie zaprezentowane na rycinie 27.



Ryc. 27. Dystrybucja w czasie wspomnienia dla słowa bodźcowego „zawstydzony”.

Różnice w dystrybucji wspomnień w czasie dla pozostałych, niewymienionych, słów bodźcowych nie uzyskały statystycznej istotności. Podobnie jak w przypadku wyrazistości wspomnień i tutaj otrzymane wyniki zawężają się do pojedynczych, czyli dokładnie 3 *cue words*.

4.9 Wyniki dotyczące odpowiedzi niespecyficznych

Statystyki opisowe odsetka rodzajów niespecyficznych odpowiedzi zostały przedstawione w tabeli 8. Przypominając sposób kategoryzacji wspomnień, które nie były ocenione jako specyficzne – mogły one zostać zaklasyfikowane jako:

- „rozszerzone” (ang. *extended*), czyli dotyczące wydarzeń trwających dłużej niż jeden dzień,
- „kategoryczne” (ang. *categoric*), odnoszące się do powtarzalnych aktywności,
- „skojarzenia semantyczne” (ang. *semantic association*), do których przypisano także wydarzenia teraźniejsze i przyszłe,
- „to samo wydarzenie” (ang. *same event*), jeśli badany powtórzył wcześniejsze wspomnienie,
- „brak odpowiedzi” (ang. *no response*), gdy w ciągu 60 sekund nie przywołał żadnego.

Procent odpowiedzi dla danej osoby był liczony w stosunku do wszystkich odpowiedzi (N = 12). Najwyższy średni procent „wspomnień rozszerzonych” i „kategorycznych” miała grupa ALK w porównaniu z pozostałymi grupami. Natomiast grupa DEP uzyskała najwyższe wyniki w zakresie „skojarzeń semantycznych”, „powtórzeń” i „braku odpowiedzi”.

Tab. 8. Charakterystyka procentów niespecyficznych odpowiedzi w grupach

	Procent wspomnień „rozszerzonych”		Procent wspomnień „kategorycznych”		Procent „skojarzeń semantycznych”		Procent „tych samych wydarzeń”		Procent „braku odpowiedzi”	
	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres	Średnia ± SD	Zakres
Grupa 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
Grupa 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
Grupa badana 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
Grupa badana 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

Analizę różnic pomiędzy grupami przeprowadzono przy pomocy testu ANOVA rang Kruskala-Wallisa; istotne różnice wystąpiły w zakresie procentu wspomnień „rozszerzonych”, „kategorycznych” i „skojarzeń semantycznych”.

Badane grupy różniły się pod względem procentu wspomnień „rozszerzonych”, $H(3, N = 156) = 12,94474$; $p < ,005$. Porównania wielokrotne pokazały istotne różnice pomiędzy grupą ALK a grupą CON ($p < ,005$) – pierwsza przywoływała więcej wspomnień „rozszerzonych”. Zaobserwowano także istotne różnice pod względem wspomnień „kategorycznych”, $H(3, N = 156) = 13,63923$; $p < ,005$. Grupa ALK przywoływała ich więcej niż obie grupy kontrolne (každorazowo $p < ,05$). Istotne różnice w zakresie skojarzeń semantycznych [$H(3, N = 156) = 20,10134$; $p < ,001$] wiązały się natomiast z wyższymi wynikami w grupie DEP niż w grupie PAN ($p < ,001$).

Podsumowując, w zakresie błędnych odpowiedzi ZZA częściej wiąże się z błędami bliższymi prawidłowej odpowiedzi (wspomnienia „rozszerzone” i „kategoryczne”), niż zaburzenia depresyjne, gdzie częściej pojawiają się odpowiedzi, które nie są wspomnieniem („skojarzenia semantyczne”, „powtórzenia”, „brak odpowiedzi”).

4.10. Wyniki dotyczące korelacji stanu psychologicznego i oceny skalami badanych z charakterystykami pamięci

4.10.1 Nastroj i poziom stresu – ocena subiektywna

W kolejnym etapie sprawdzono zależności aktualnego stanu psychologicznego badanych, tj. nastroju i poziomu napięcia (stresu) na wybrane charakterystyki pamięci autobiograficznej; wykonano w tym celu analizę korelacji R-Spearmana.

Najbardziej znaczące korelacje uzyskano w zakresie liczby wspomnień pozytywnych oraz specyficznych. Uzyskane dane przedstawia tabela 9.

Tab. 9. Współczynniki korelacji R-Spearmana nastroju i poziomu stresu ocenionych na 7-punktowej skali semantycznej z liczbą wspomnień i ich specyficznością

Zmienna	Nastrój	Poziom stresu
Liczba wspomnień pozytywnych*	0,260†	-0,124
Liczba wspomnień negatywnych*	-0,128	0,077
Odsetek wspomnień specyficznych (wszystkich)	0,353†	-0,373†
Odsetek wspomnień specyficznych pozytywnych**	0,300†	-0,309†
Odsetek wspomnień specyficznych negatywnych**	0,332†	-0,354†
Odsetek wspomnień „rozszerzonych” (<i>extended</i>)	-0,191†	0,126
Odsetek wspomnień „kategorycznych” (<i>categoric</i>)	-0,037	0,046
Odsetek „skojarzeń semantycznych” (<i>semantic association</i>)	-0,209†	0,248†
Odsetek „tych samych wydarzeń” (<i>same event</i>)	-0,071	0,113
Odsetek „braku odpowiedzi” (<i>no response</i>)	-0,022	0,070

* „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.

† $p < ,05$

Wystąpiła słaba dodatnia korelacja pomiędzy wzmożonym nastrojem a liczbą wspomnień pozytywnych ($R = 0,26$). Lepszy nastrój sprzyja przywoływaniu wspomnień ocenianych jako pozytywne, ale jego obniżenie – w świetle przedstawionych danych – nie powoduje automatycznego przywoływania wspomnień negatywnych. Nie wystąpiła natomiast prawie żadna korelacja liczby przywoływanych pozytywnych/negatywnych wspomnień z poziomem stresu.

Odnośnie odsetka wspomnień specyficznych występuje dodatnia korelacja z nastrojem ($R = 0,35$), przy czym jest ona obserwowalna zarówno dla pozytywnych ($R = 0,30$), jak i negatywnych słów bodźcowych ($R = 0,33$). Zatem im bardziej pozytywny aktualny nastrój, tym bardziej specyficzne wspomnienia przywołują badani, niezależnie od tego, czy słowo bodźcowe ma negatywne czy też pozytywne zabarwienie.

W przypadku stresu obserwujemy podobny efekt, gdzie także wystąpiły korelacje z jego poziomem ($R = -0,37$ dla wszystkich, $R = -0,31$ dla pozytywnych, $R = -0,35$ dla negatywnych, ujemny znak wynika z przeciwnego do nastroju kierunku skalowania). Im większy poziom napięcia, tym mniej specyficzne wspomnienia przywołują badani.

W zakresie wyrazistości nie zaobserwowano wyraźniejszych korelacji [korelacje niezamienne statystycznie zakres $R (-0,10: +0,12)$], z jednym wyjątkiem. Mianowicie natężenie stresu wpływa także na mniejszą liczbę wyrazistych negatywnych wspomnień, co może wynikać z nastawienia obronnego – wystąpiła tu niewielka, ale znacząca statystycznie ujemna korelacja ($R = -0,16$).

Również tylko z jednym wyjątkiem nie obserwowano korelacji nastroju i poziomu stresu z odległością w czasie przywoływanych wspomnień [korelacje niezamienne statystycznie zakres $R (-0,11: +0,15)$]. Wyjątek to nieznaczna dodatnia korelacja pomiędzy poziomem stresu, a odległością w czasie wspomnień przywoływanych w odpowiedzi na pozytywne słowa bodźcowe ($R = 0,17$). Im wyższy poziom stresu wskazywali u siebie badani, tym bardziej oddalone w czasie mieli pozytywne wspomnienia.

Podsumowując otrzymane wyniki można zauważyć, że im badani mieli lepszy nastrój i mniejszy poziom stresu, tym bardziej adekwatne w kontekście badania i przystosowawcze wspomnienia przywoływali.

4.10.2 Wyniki w kwestionariuszach BDI, HDRS i bMAST

Podobnie porównano przy pomocy analizy korelacji R-Spearmana te same charakterystyki pamięci z wynikami uzyskanymi w kwestionariuszach oceniających nasilenie depresji (BDI, HDRS) i uzależnienie (bMAST) od alkoholu. Uzyskane dane przedstawia tabela 10.

Tab. 10. Współczynniki korelacji R-Spearmana wyników kwestionariuszy bMAST, BDI i HDRS z liczbą wspomnień i ich specyficznością

Zmienna	bMAST	BDI	HDRS
Liczba wspomnień pozytywnych*	-0,100	-0,272†	-0,299†
Liczba wspomnień negatywnych*	0,215†	0,154	0,099
Odsetek wspomnień specyficznych (wszystkich)	-0,174†	-0,443†	-0,510†
Odsetek wspomnień specyficznych pozytywnych**	-0,151	-0,396†	-0,470†
Odsetek wspomnień specyficznych negatywnych**	-0,157	-0,388†	-0,431†
Odsetek wspomnień „rozszerzonych” (<i>extended</i>)	0,202†	0,172†	0,175†
Odsetek wspomnień „kategorycznych” (<i>categoric</i>)	0,269†	0,043	0,006
Odsetek „skojarzeń semantycznych” (<i>semantic association</i>)	-0,070	0,265†	0,310†
Odsetek „tych samych wydarzeń” (<i>same event</i>)	-0,001	0,085	0,168†
Odsetek „braku odpowiedzi” (<i>no response</i>)	-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.

† $p < ,05$

Jak pokazuje tabela 10 wyniki w kwestionariuszach depresji – zarówno samooceny (BDI), jak i ze zbiektyzowaną oceną badającego (HDRS) – korelują z: liczbą wspomnień pozytywnych, odsetkami wspomnień specyficznych niezależnie od znaku emocjonalnego oraz odsetkiem wspomnień „rozszerzonych” i „skojarzeń semantycznych”. W przypadku wyników w skali HDRS występuje także słaba dodatnia współzależność z błędnymi odpowiedziami typu powtórzenia i brak odpowiedzi. Im więcej wskaźników depresji, tym więcej niespecyficznych odpowiedzi – również tych, które (jak wyżej opisano) nie stanowią wspomnienia *sensu stricto*.

Wyniki w skali bMAST wykazują słabą ujemną korelację z procentem wspomnień specyficznych i słabe dodatnie z dwoma rodzajami błędnych odpowiedzi – odsetkiem wspomnień „rozszerzonych” i „kategorycznych”. Ponadto występuje słaba dodatnia korelacja

z liczbą wspomnień ocenianych jako negatywne. Im wyższy wskaźnik uzależnienia, tym mniej specyficzne i bardziej przykre wspomnienia zostają przywoływane przez badanych.

W odniesieniu do skal oceniających nasilenie depresji (BDI, HDRS) i uzależnienie (bMAST) przeprowadzono również ocenę korelacji z dystrybucją wspomnień i liczbą wspomnień wyrazistych i niewyrazistych. Odpowiednie dane przedstawia kolejna tabela.

Tab. 11. Współczynniki korelacji R-Spearmana wyników kwestionariuszy bMAST, BDI i HDRS z dystrybucją wspomnień i liczbą wspomnień wyrazistych i niewyrazistych

Zmienna	bMAST	BDI	HDRS
Średnia dystrybucja wspomnień w czasie	-0,015	0,072	0,093
Średnia dystrybucja wspomnień pozytywnych*** w czasie	0,045	0,168†	0,177†
Średnia dystrybucja wspomnień negatywnych*** w czasie	-0,063	-0,045	-0,012
Liczba wspomnień wyrazistych*	0,110	-0,032	-0,035
Liczba wspomnień niewyrazistych**	0,042	-0,009	-0,160†
Liczba wspomnień pozytywnych*** wyrazistych*	0,099	-0,123	-0,160
Liczba wspomnień negatywnych*** wyrazistych*	0,091	0,067	0,084
Liczba wspomnień pozytywnych*** niewyrazistych**	0,011	-0,008	-0,079
Liczba wspomnień negatywnych*** niewyrazistych**	0,024	-0,010	-0,174†

* Wynik w 7-punktowej skali semantycznej wyrazistości powyżej mediany wynoszącej 4 punkty.

** Wynik w 7-punktowej skali semantycznej wyrazistości poniżej mediany wynoszącej 4 punkty.

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

† $p < ,05$

W przypadku obu kwestionariuszy depresji wystąpiła także słaba dodatnia korelacja z odległością w czasie rozgrywania się wspomnień przywoływanych w odpowiedzi na pozytywne słowa bodźcowe.

Ponadto – co przedstawiono w tabeli 10 – wyniki w obu kwestionariuszach wykazują słabą ujemną korelację z liczbą wspomnień ocenionych jako przyjemne. Zatem im większe nasilenie depresji, tym bardziej odległe pozytywne wspomnienia mają badani i tym jest ich mniej.

Zanotowano również słabą ujemną korelację kwestionariusza HDRS z liczbą wspomnień ocenionych jako mało wyraziste. Wynik ten dotyczy jedynie negatywnych (tj. uzyskanych w odpowiedzi na negatywne słowa bodźcowe) wspomnień ocenionych jako mało wyraziste, ponieważ w przypadku pozytywnych nie uzyskano istotnej statystycznie korelacji. Im większe nasilenie depresji, tym rzadziej negatywne wspomnienia oceniane są jako mniej wyraziste.

Podsumowując, zaburzenia depresyjne w większym stopniu korelują z obniżoną specyficznością wspomnień niż ZZA. W zakresie błędnych odpowiedzi ZZA częściej wiąże się z błędami występującymi wyżej w hierarchii, tj. bliższymi prawidłowej odpowiedzi (wspomnienia „rozszerzone” i „kategoryczne”), niż zaburzenia depresyjne, gdzie częściej pojawiają się odpowiedzi, które nie są wspomnieniem („skojarzenia semantyczne”, „powtórzenia”, „brak odpowiedzi”). ZZA wyróżnia bardziej nadmiar wspomnień negatywnych, a depresję niedobór pozytywnych, które jeśli występują, mają tendencję być oddalone w czasie. Podobne zależności uzyskano w wynikach analizy wariancji.

5. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

5.1 Sumaryczne zestawienie uzyskanych wyników

Na początku omówienia krótko przypomniane zostaną uzyskane wyniki.

1/ Zbadano 4 równoliczne, nieróżniące się demograficznie grupy – 2 kliniczne (DEP – chorzy z depresją, ALK – z zespołem zależności alkoholowej bez depresji) i 2 porównawcze (CON – osoby oczekujące na zaplanowany zabieg ze schorzeniem niezagrażającym życiu i PAN, czyli osoby zdrowe). Ocena nastroju objawów depresji i poziomu stresu potwierdziły trafność doboru materiału klinicznego.

2/ Zaplanowana procedura badawcza wykazała, iż osoby z obu grup badanych przywoływały znacząco mniejszy procent wspomnień specyficznych niż osoby w grupach kontrolnych. Zachodziło to dla całości, jak i po rozdzieleniu dla negatywnych oraz – co należy podkreślić – dla pozytywnych słów bodźcowych.

3/ W zakresie oceny przyjemność-przykreść w odniesieniu do poszczególnych *cue words* wspomnienia przywoływane dla negatywnych słów bodźcowych były oceniane jako bardziej przykre niż te dla pozytywnych. Najwyżej we wszystkich grupach ocenione zostały odpowiedzi dla słów „szczęśliwy”, „dumny” i „kochany”, najniżej – dla słowa „smutny”.

Rozpatrując liczebność wspomnień nacechowanych afektywnie, osoby z grupy DEP przywoływały mniej wspomnień ocenianych jako przyjemne niż grupy kontrolne. W przypadku przykrych wspomnień wystąpiły różnice na granicy istotności statystycznej. W zakresie dystrybucji wspomnień w czasie zachodziły jedynie minimalne różnice w grupach.

4/ W wymiarze wyrazistości wspomnienia w odniesieniu do poszczególnych *cue words* grupy różnicowała jedynie wyrazistość wspomnień przywoływanych do słów „smutny” i „samotny” (na granicy istotności statystycznej); najwyższe wyniki zaobserwowano w grupie DEP.

5/ Wystąpiły dodatnie korelacje wzmożonego nastroju z liczbą wspomnień pozytywnych oraz z procentem wspomnień specyficznych. Wyższy poziom stresu korelował ujemnie z procentem wspomnień specyficznych i z obniżeniem liczby wspomnień wyrazistych negatywnych oraz

dotatnio – z odległością w czasie wspomnień przywoływanych w odpowiedzi na pozytywne słowa bodźcowe.

Korelacje stopnia nasilenia depresji w obu skalach (BDI i HDRS): ujemna z liczbą wspomnień pozytywnych; dodatnia z czasem wspomnień przywoływanych w odpowiedzi na pozytywne słowa bodźcowe; ujemne z procentem wspomnień specyficznych niezależnie od znaku emocjonalnego; dodatnie z odsetkiem wspomnień „rozszerzonych” i „skojarzeń semantycznych”. Ponadto skala HDRS koreluje dodatnio z „powtórzeniami” i „brakami odpowiedzi” oraz ujemnie – z liczbą wspomnień ocenionych jako mało wyraziste (ogólnie oraz w odpowiedzi na negatywne słowa bodźcowe).

Nasilenie uzależnienia (bMAST) koreluje dodatnio z liczbą wspomnień negatywnych; ujemnie – z procentem wspomnień specyficznych i dodatnio – z procentem wspomnień „rozszerzonych” i „kategorycznych”.

5.2 Specyficzność wspomnień – dane badawcze

5.2.1 Zaburzenia nastroju

Badania funkcjonowania PA w zaburzeniach nastroju i zbliżonych tzn. związanych z negatywnym afektem wskazują na istnienie stałego elementu – nadmiernie generalnych wspomnień. Odkryli go Williams i Broadbent (1986), o czym wspomniano w rozdz. 1.3. Porównywali oni grupę 25 pacjentów po próbie samobójczej z dwiema równolicznymi – hospitalizowaną z powodu dolegliwości fizycznych i zdrową. Ci pierwsi byli osobami o niejednorodnej diagnozie, jednakże stan psychiczny w większości spełniał kryteria epizodu depresyjnego o rozmaitej etiologii. Ponadto opisywali u siebie występowanie szeregu negatywnych stanów emocjonalnych związanych z pogorszeniem funkcjonowania: zmęczenia, złości, napięcia, depresji, dezorientacji, zamartwiania się, ruminacji, zmniejszonej energii i poczucia beznadziejności, które różnicowały ich od grup porównawczych. Wśród wspomnień przywoływanych przez nich wystąpiła większa proporcja nadmiernie generalnych niż w grupach kontrolnych. Efekt zaobserwowano zarówno w przypadku pozytywnych, jak i negatywnych słów bodźcowych, ale więcej wspomnień o obniżonej specyficzności wystąpiło w przypadku odpowiedzi przywoływanych dla pozytywnych *cue words* (29).

Mimo, że od publikacji badania Broadbenta i Williamsa minęły blisko trzy dekady, zainteresowanie NGW nie zmalało. Wprost przeciwnie – stopniowo co raz lepiej zaczyna być rozumiana ich rola w zaburzeniach depresyjnych oraz zblizonych – lękowych, dysforycznych, a nawet i w reakcji na zwykły stres. Najlichniesz literatura raportująca o wspomnieniach typu NGW dotyczy epizodów depresji (30, 53-57). Produkcja NGW jednak nie tylko zawężona jest do „czystych” zaburzeń nastroju. W badaniu Cláudio i wsp. (2012) porównano chorych z epizodem depresji z osobami doświadczającymi lęku napadowego i zdrową grupą kontrolną. Badacze zaobserwowali przywoływanie wspomnień o charakterze NGW – „kategorycznych” przez osoby z depresją w przypadku około 70% słów bodźcowych, a „rozszerzonych” – przez osoby z lękiem napadowym w przypadku około 60% słów (23).

Badanie Ricarte i wsp. (2016) wykazało zależność między obniżoną specyficnością wspomnień, ruminacją i lękiem w grupie 210 zdrowych osób. Badacze mierzyli dwa podtypy ruminacji – rozmyślanie (ang. *brooding*; „czemu się tak czuję”) oraz refleksję (ang. *reflection*; „jak mogę to rozwiązać”). Wykryli negatywną zależność specyficzności wspomnień z rozmyślaniem, ale nie bezpośrednio z lękiem i funkcjonalnym unikaniem (ang. *functional avoidance*, opisane w rozdz. 1.4), jednak rozmyślanie i lęk były ze sobą dodatnio skorelowane. Badacze wnioskują, że lęk jest związany z aktywowaniem rozmyślania, a to w konsekwencji prowadzi do NGW (58).

Ponadto Lenaert i wsp. (2015) badali różne fazy uczenia skojarzeniowego (ang. *associative learning*), które odgrywa rolę w powstawaniu zaburzeń lękowych. W procesie tym neutralne bodźce zostają powiązane z awersyjnym doświadczeniem i następnie same wzbudzają lęk. Badani z zaburzeniem lękowym, którzy przywoływali wspomnienia o obniżonej specyficzności, mieli trudności w uczeniu się różnicującym (ang. *discrimination learning*, tj. uczeniu się różnych reakcji na różne bodźce), w porównaniu z osobami przywołującymi wysoce specyficzne wspomnienia.

Z kolei badanie Liu i wsp. (2016) sprawdzało, czy poziom NGW u pacjentów doświadczających pierwszego epizodu depresji będzie wiązał się z ich późniejszym stanem psychicznym (12-miesięczny *follow up*). Pacjenci, u których nie nastąpiła poprawa mieli wyjściowo wyższy poziom NGW niż ci, których stan uległ poprawie (59).

W jednym z najświeższych badań Champagne i wsp. (2016) w grupie adolescentów (11-18 lat) wykazali, że obniżenie specyficzności nie jest przejściową zmianą, lecz staje się cechą lub stylem funkcjonowania poznawczego jednostki. Badacze porównywali osoby: aktualnie doświadczające epizodu depresji, które go doświadczyły, ale aktualnie są w remisji oraz bez zaburzeń nastroju – aktualnie i w anamnezie. Adolescenti z doświadczeniem depresji, zarówno

aktualnym, jak i w przeszłości nie różnili się między sobą; przywoływali mniej specyficznych wspomnień dla pozytywnych i negatywnych słów bodźcowych niż w pełni zdrowi nastolatki (60). Także Kuyken i Dalgleish (2011) wskazywali na występowanie NGW formowanych w odpowiedzi na negatywne *cue words* u adolescentów, którzy wcześniej cierpieli na depresję, a także z podwyższonym poziomem neurotyzmu (40).

Zbliżone zjawisko zachodzi być może i w innych postaciach depresji. Scott i wsp. (2000) analizując wspomnienia eutymicznych pacjentów cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową (ChAD), odkryli podwyższony poziom NGW w porównaniu z grupą kontrolną (61). Podobne wyniki uzyskano w badaniu Mowlds i wsp. (2010) – osoby z ChAD będące w remisji przywoływały wspomnienia o zbliżonym poziomie NGW do raportowanego w depresji. Nie odnotowano natomiast związku NGW z nasileniem ChAD, bieżącym nastrojem badanych oraz traumatycznymi zdarzeniami w dzieciństwie (62).

Van Lier i wsp. (2014) kierują uwagę na pośrednie mechanizmy związane z NGW, takie jak nadmierna generalizacja wydarzeń (ang. *overgeneralization*). Występuje ona, gdy jednostka ma tendencję do rozszerzania roli pojedynczych negatywnych doświadczeń, na szerszą gamę zdarzeń w swoim życiu (np. doznanie zawodu od jednej osoby sprawia, że wszyscy wokół stają się niegodni zaufania). Badacze zaobserwowali, że adolescenty z dysforią wykazywali się większą tendencją do generalizacji w przypadku wariantu eksperymentu indukującego abstrakcyjne myślenie niż w przypadku wariantu indukującego konkretne myślenie. Dotyczyło to jednak tylko negatywnych bodźców. Badacze wnioskuje w związku z tym o roli interwencji terapeutycznych dotyczących abstrakcyjnego stylu myślenia, które uczą pacjentów przyjmować bardziej konkretny, a tym samym adaptacyjny jego styl. Nadmiernie abstrakcyjny styl myślenia traktują natomiast, jako potencjalny wyznacznik wymienionych negatywnych emocji (63)².

Lenaert i wsp. (2012) wskazują, iż istnieje związek między specyficznością wspomnień a rozmiarem generalizacji. Jego uczestnicy, którzy przywoływali wspomnienia o obniżonej specyficzności, jednocześnie wykazywali silniejszą uwarunkowaną odpowiedź na bodźce wzbudzające generalizację (ang. *generalization stimuli*) w przeciwieństwie do tych, którzy

² Jako ciekawostkę warto nadmienić, iż wynik tego badania w pewien sposób antycypowała W. Szymborska w wierszu „Ostrzeżenie”. Słynne stwierdzenie „Nie bierzcie w kosmos kpiarzy dobrze radzę...” wraz z późniejszą treścią wyraźnie łączy skłonność do rozważania spraw „odwiecznych” z ponurym usposobieniem; to jakby swoiste ostrzeżenie przed zbyt abstrakcyjnym widzeniem świata – zdaniem poetki – unieszczęśliwiającym (64). W. Szymborska, świadomie bądź nie, w pewien sposób odwołuje się do jeszcze starszego, średniowiecznego zapatrywania, określającego osoby depresyjne jako „dzieci Saturna”, ruminacyjnie rozważające sprawy odległe od codzienności. Znalazło to m.in. swój wyraz w okładce pierwszego wydania „Anatomy of melancholy” Burtona.

konstruowali wspomnienia wysoce specyficzne (65). Tak więc prawdopodobnie generalizacja, NGW i obniżony nastrój są wzajemnie powiązаныmi zjawiskami.

Kolejne badanie Sumner i wsp. (2011) również wskazuje na możliwą relację depresji, stresu i NGW. Uczestniczyli w nim adolescenty (16-18 lat), którzy przeżyli wcześniej epizod depresji. Obniżona specyficzność wspomnień i wysoki poziom stresu były związane z wystąpieniem epizodu depresji w okresie 16 miesięcy od badania. Sam poziom stresu nie stanowił predyktora nawrotu depresji, dopiero w interakcji z NGW okazywał się potencjalnym czynnikiem ryzyka. Jego wpływ na wystąpienie kolejnego epizodu ograniczał się tylko do chronicznego stresu związanego z interpersonalnym obszarem funkcjonowania, a nie z innymi sferami, np. osiągnięciami w nauce. Tak więc NGW w połączeniu z chronicznym stresem interpersonalnym stanowią predyktor nawrotu depresji (66).

Mackinger i wsp. (2004) w swoim badaniu dwukrotnie zbadali alkoholików, przy przyjęciu na oddział detoksykacyjny oraz około trzech tygodni później. Po skontrolowaniu wyjściowego poziomu depresji, stanu psychicznego i nasilenia uzależnienia, poziom specyficzności dla wspomnień przywoływanych w odpowiedzi na pozytywne i agresywne (ale nie na negatywne) słowa bodźcowe pozwalał przewidywać zmiany afektywne u badanych – im bardziej specyficzne wspomnienia, tym nastąpiła większa redukcja depresji (67).

Badanie Brewina i wsp. (1998) dotyczyło pacjentów z chorobą nowotworową – cierpiących na depresję i bez zaburzeń nastroju – ci pierwsi przywoływali więcej NGW niż grupa kontrolna. Osoby z depresją miały więcej wspomnień intruzywnych. Istniał także związek pomiędzy nimi a trudnością w przywoływaniu specyficznych wspomnień. Wszyscy uczestnicy badania rekrutowani byli z grupy narażonej na znaczny stresor, jakim jest diagnoza choroby nowotworowej (68).

Podsumowując: obecne badania potwierdzają obecność NGW w zaburzeniach depresyjnych oraz wskazują na możliwość ich występowania w szeregu zaburzeń związanych z negatywnymi emocjami (dysforyczne, lękowe, stresowe). Trudność w podsumowaniu stanowi heterogeniczność materiału klinicznego. Część z nich dotyczy depresji, część pewnych jej wyizolowanych objawów (np. myśli suicydalnych), z których niektóre (jak wielokrotnie wymieniona dysforia) mogą być jednym z objawów depresji, ale również i innych jednostek chorobowych. Czasami dodatkowo wyizolowany objaw szacowany jest jedynie skalami psychologicznymi [np. *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS 21)], jako przesłanka do podziału na grupę badaną i kontrolną.

Niejasnym pozostaje, czy do produkcji NGW przyczynia się epizod depresji jako cały syndrom kliniczny, czy pojedyncza składowa (może właśnie dysforia?). Trudność w zgeneralizowaniu wyników badań, które pokazują rolę NGW i związane z nimi mechanizmy stanowi także niekiedy młody wiek badanych osób i/ lub nadmierna homogeniczność grupy w pojedynczym badaniu, jak np. w przypadku, gdy badani są studenci pierwszego roku psychologii (40, 63, 65, 66). Van Vreeswijk i de Wilde (2004) w metaanalizie 14 badań dotyczących NGW wskazują na trudności w ich porównywaniu ze zbliżonych do wymienionych powyżej względów, a także z powodu innych różnic, np. metodologicznych. Badacze potwierdzają, że występują różnice pomiędzy grupami klinicznymi i nieklinicznymi, jak również, że depresyjny nastrój określony samoopisowo wiąże się z obniżeniem specyficzności PA. Jednocześnie na podstawie zebranych przez nich danych nie jest możliwe stwierdzić, czy uzyskane wyniki są rezultatem wyłącznie (współistniejącej) diagnozy depresji (69). Williams i wsp. (2007) w zestawieniu badań wskazują na bliski związek NGW z zaburzeniami nastroju, próbami samobójczymi, dysforią w grupach nieklinicznych, a także z PTSD (22).

Jednak niezależnie od niejasności, cytowane prace wyraźnie sugerują, iż trudności z przywołaniem wspomnień specyficznych w depresji powinny być brane pod uwagę przez terapeutów, a nacisk na ich „wypracowanie” może być środkiem przezwyciężenia depresyjnego zniekształcenia treści myślenia. Wnioskują również, że obecność nadmiernie generalnych wspomnień może stanowić potencjalne narzędzie do oceny obecności i nasilenia zaburzeń depresyjnych (23), a nawet można było dzięki niemu je przewidywać w przyszłości. NGW stanowią czynnik podatności w utrzymywaniu się zaburzeń depresyjnych (59, 60). Określenie ich poziomu może również pomóc lekarzowi w podjęciu decyzji o włączeniu środków antydepresyjnych podczas detoksykacji i leczenia osób uzależnionych od alkoholu (67). Należy także spodziewać się znacznego związku NGW z nadmierną generalizacją wydarzeń (63, 65).

5.2.2 Uzależnienie od alkoholu

Odnotowano również skłonność do produkcji NGW w uzależnieniu od alkoholu. We wspomnianym badaniu Whiteley i wsp. (2009) porównano 26 osób z ZZA po detoksykacji z 29 osobami spożywającymi alkohol, ale bez ZZA. Osoby uzależnione od alkoholu generowały mniej specyficznych wspomnień niż nieuzależnione. Co prawda osoby z ZZA miały większe nasilenie objawów depresji (wg skali BDI wynoszące $19,5 \pm 10,8$, czyli już

klinicznej), jednak różnice dotyczące specyficzności pozostały istotne po statystycznym uwzględnieniu tej zmiennej jako kofaktora (35).

Badanie D'Argembeau i wsp. (2007) porównało funkcjonowanie pamięci u 20 uzależnionych od alkoholu z równoliczną zdrową grupą kontrolną. Koncentrowało się ono na NGW oraz na subiektywnym doświadczeniu uczestników, w czasie kiedy przypominają sobie wspomnienie i myślą o sobie w kontekście przyszłych wydarzeń. Osoby z zespołem uzależnienia przywoływały częściej generalne wspomnienia. Gdy jednak udawało im się uzyskać dostęp do wspomnienia specyficznego oceniali, że były wysyczone taką samą ilością szczegółów (sensorycznych, kontekstualnych, odnoszących się do siebie i do innych), co u osób zdrowych. W związku z tym badacze wnioskują, że trudności u osób z ZZA dotyczą głównie uzyskania dostępu do materiału pamięciowego, a nie jego odmiennej treści, co przypisują to zmianom w funkcjonowaniu płątów czołowych związanych z alkoholizmem. Zarządzają one dostępem do pamięci zdarzeń specyficznych (ang. *event-specific knowledge*) umiejscowionej w regionach skroniowych i potylicznych przez bardziej abstrakcyjną wiedzę (pamięć okresów życia, ang. *lifetime periods*; pamięć zdarzeń ogólnych, ang. *general events*) umiejscowioną w przednich regionach czołowo-skroniowych (6, 25).

Badanie Poncin i wsp. (2015) rzuca światło na trwałość obniżenia specyficzności wspomnień w ZZA. Wnioski z badań nad NGW i zaburzeniami nastroju wskazują na utrzymywanie się trudności w wydobywaniu specyficznych wspomnień nawet po wyleczeniu, które wręcz stają się częścią mało adaptacyjnego stylu poznawczego osoby. Badaniu poddano 41 osób z zależnością alkoholową po niedawnej detoksykacji, 20 osób z ruchu Anonimowych Alkoholików niepijących od 6 miesięcy i 20 zdrowych osób w grupie kontrolnej. Osoby po detoksykacji przywoływały mniej specyficznych wspomnień niż pozostałe grupy, co wskazuje na poprawę w zakresie NGW poprzez już 6-miesięczną abstynencję. Jednocześnie nie zaobserwowano u osób z ZZA większej specyficzności dla wspomnień generowanych w odpowiedzi na bodźce związane z alkoholem, co sugeruje globalność deficytu. Badacze dostrzegli również negatywną zależność między specyficznością wspomnień a świadomością nasilenia uzależnienia, co wskazuje, że NGW może być powiązane z trudnościami w adekwatnej ocenie własnej sytuacji przez osoby z ZZA i w rezultacie podjęciu decyzji o leczeniu (70).

Badanie Cuervo-Lombard i wsp. (2016) wykazało zmniejszoną specyficzność wspomnień definiujących Ja (ang. *self-defining memories*) u osób z ZZA (w abstynencji od 10 dni do 6 miesięcy) w porównaniu ze zdrową grupą kontrolną. Są to wspomnienia autobiograficzne szczególnie związane z poczuciem tożsamości i ciągłości w historii życia

jednostki. Ponadto u alkoholików częściej zawierają one odniesienia do alkoholu, mają większą intensywność emocjonalną oraz negatywny znak (walencję afektywną) (71).

Podsumowując: w ZZA produkcja NGW jest obecna, ale w mniejszym nasileniu niż w zaburzeniach depresyjnych. Pozostaje jednak wiele niejasności. Być może NGW wynikają z upośledzonego dostępu do wspomnień w uszkodzonym alkoholem mózgu (72). Nie jest jasne, jakiej kategorii wspomnień najbardziej dotyczą, dane dotyczące odniesień do alkoholu są sprzeczne.

5.2.3 Stres

Prace oceniające relacje pomiędzy NGW i chorobami somatycznymi oraz (towarzyszącym im) stresem są nieliczne. Jedną z nich jest badanie Anderssona i wsp. (2013), które porównywało 20 osób doświadczających szumów usznych, 20 osób z depresją i 20 zdrowych osób. W obu grupach klinicznych odnotowano zbliżoną, obniżoną proporcję wspomnień specyficznych, różną od grupy kontrolnej. Grupy te różniły się jednak rodzajem błędnych i niespecyficznych odpowiedzi. Osoby z depresją miały więcej NGW niż osoby z grupy kontrolnej, natomiast uczestnicy doświadczający szumów usznych – więcej skojarzeń semantycznych i odpowiedzi, które nie były wspomnieniami niż pozostałe. Badacze nie są jednak pewni roli, jaką odgrywa dystres związany z szumami usznymi – czy to on przyczynia się do obniżenia specyficzności, czy też sama dolegliwość (73).

Liu i wsp. (2014) wykryli obniżoną specyficzność wspomnień i ich wolniejsze przywoływanie u pacjentów z chronicznym bólem w porównaniu ze zdrową grupą. Jednak grupa cierpiąca na chroniczny ból różniła się od grupy kontrolnej także nasileniem depresji (średni wynik w BDI – około 17; grupa kontrolna – 7) i lęku (średni wynik w *Beck Anxiety Inventory* – 12, grupa kontrolna – 4) (74).

Debeer i wsp. (2012) badali poziom specyficzności wspomnień przed ekspozycją na stresor, bezpośrednio po ekspozycji i 40 min po. Okazało się, że styl radzenia sobie oparty na unikaniu poznawczym (ang. *cognitive avoidant coping*) znacząco koreluje ze wzrostem wspomnień kategoriycznych, bezpośrednio po wystąpieniu stresora. Wyniki te wskazują, zdaniem badaczy, na rolę funkcjonalnego unikania (ang. *functional avoidance*) polegającego na nadmiernej poznawczej kontroli podczas wydobywania wspomnienia, która ma chronić jednostkę przed dostępem do treści potencjalnie negatywnych i zagrażających (75).

Komplementarne rezultaty przedstawili w dwóch badaniach Raes i wsp. (2003). Oba badania dotyczyły zdrowej populacji studentów. W pierwszym pokazali, że w grupie zdrowych osób negatywne wydarzenie wywołuje większy stres wśród tych, którzy przywołują wysoce specyficzne wspomnienia w porównaniu z przywołującymi NGW oraz, że mimowolne wspomnienia owego wydarzenia w grupie wysoce specyficznej są mniej przyjemne. Wskazują, że obniżenie specyficzności może wiązać się z mniejszym emocjonalnym wpływem negatywnego wydarzenia, co także tłumaczy produkcję NGW w depresji jako formę unikania przez chorych negatywnych emocji (44). W kolejnym artykule Raes i wsp. (2006) opisali jedno badanie, którego wyniki replikują wcześniejsze oraz drugie, w którym uczestnicy po indukcji przywoływania NGW doświadczyli – odwrotnie – więcej dystresu niż po indukcji przywoływania specyficznych wspomnień. Badacze wnioskują, że NGW używane do regulowania emocji w obecności mniejszego stresora poprzez unikanie może być krótkoterminowo użyteczne, ale w dłuższej perspektywie i/ lub w obecności poważniejszych stresorów staje się dezaptacyjną strategią, która zwiększa koszty emocjonalne (41).

Wobec skąpości doniesień literaturowych oraz niejednoznaczności wyników trudno wyciągnąć wnioski w opływie stresu na NGW, w szczególności w odniesieniu do prawdziwych, „życiowych” stresorów. Prezentowany w pracy materiał stara się wypełnić lukę w dotychczasowych badaniach.

5.2.4 Specyficzność wspomnień – uzyskane dane

W badaniu potwierdziło się, iż osoby z grup klinicznych rzadziej przywoływały specyficzne wspomnienia w porównaniu z grupami kontrolnymi. Cierpiący na depresję i zespół uzależnienia mają trudność z przypomnieniem sobie specyficznych wspomnień opisujących pojedyncze, konkretne wydarzenia.

Chociaż różnica była nieznamiennie statystycznie, zaburzenia depresyjne okazały się bardziej upośledzające proces tworzenia specyficznych wspomnień niż ZZA. U osób z zaburzeniami nastroju wspomnienia specyficzne stanowiły około jednej piątej odpowiedzi, u alkoholików plasowały się bliżej jednej czwartej.

Wybierając grupy chorych bez zaburzeń współistniejących sprawdzono, w jakim stopniu obniżenie specyficzności pamięci wynika z ZZA, albowiem wyeliminowano przypadki, gdzie NGW są pochodną współwystępujących zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń nastroju.

Podobnie w przypadku osób z depresją możemy podejrzewać, że obniżenie specyficzności jest li tylko związane z zaburzeniem nastroju, a nie z innymi, które mogą jej towarzyszyć.

Bardziej znacząca rolę trudności w przywoływaniu specyficznych wspomnień w zaburzeniach nastroju niż w ZZA wydają się wspierać również uzyskane wyniki dotyczące błędnych w kontekście badania, niespecyficznych odpowiedzi. Osoby uzależnione od alkoholu częściej przywoływały wspomnienia, które były bliższe właściwej odpowiedzi, tj. wspomnienia „rozszerzone” i „kategoryczne”. Natomiast w przypadku osób z depresją częściej występowały odpowiedzi niebędące wspomnieniem, tj. „skojarzenia semantyczne”, „powtórzenia” i „braki odpowiedzi”. Tak więc proces wydobywania wspomnienia przebiegający od bardziej generalnych treści do bardziej specyficznych (5, 6) został prawdopodobnie u osób z ZZA zatrzymany na zbyt wczesnym etapie. U osób z depresją upośledzone konstruowanie wspomnień specyficznych również miało miejsce, jednak liczne odpowiedzi, które nie były wspomnieniami sugerują, że często niemalże w ogóle nie doszło u nich do procesu wydobywania wspomnienia autobiograficznego i przeszukiwania zasobów pamięci.

Należy sadzić, że występują jakościowe różnice w funkcjonowaniu pamięci w obu tych zaburzeniach, o czym zdają się świadczyć także wyniki opisanych wyżej badań wskazujące na uporczywość NGW mimo remisji w zaburzeniach nastroju i stosunkowo szybką poprawę w przypadku ZZA (60, 70). Wskazuje to, że NGW jest większym problemem w tych pierwszych, wśród których stanowi czynnik ryzyka nawrotu i w stosunku, do których należałoby podejmować interwencje służące poprawie NGW także po wyleczeniu zaburzenia.

W przypadku ZZA obniżenie specyficzności pamięci stanowi głównie problem u osób aktualnie pijących i w trakcie leczenia, ponieważ utrudnia im adekwatne wyodrębnianie doświadczeń z własnej przeszłości, a tym samym może odgrywać negatywną rolę w terapii (35, 70). Osoby, które utrzymują abstynencję są już mniej obciążone, co pozwala przypuszczać, że nie jest to czynnik ryzyka nawrotu picia.

W przypadku porównania obu grup kontrolnych wyniki uzyskane przez osoby zdrowe były każdorazowo wyższe niż uzyskane przez chorych czekających na drobny zabieg. Ci pierwsi mieli średnio zawsze ponad połowę specyficznych odpowiedzi, ci drudzy – niemal dokładnie połowę. Pozwala to podejrzewać, że czynniki takie, jak choroba, hospitalizacja i stres z nimi związany nieznacznie zaburzają mechanizm konstrukcji specyficznych wspomnień.

NGW występowały w przypadku odpowiedzi na pozytywne i negatywne słowa bodźcowe. Mimo, że zaburzenia depresyjne i ZZA wiążą się z negatywnymi stanami emocjonalnymi, które aktywizują negatywny materiał pamięciowy (27), a obniżony nastrój

powinien sprzyjać dokładnemu przetwarzaniu treści (51), osoby z grup badanych nie są w stanie szczegółowo przywoływać swojej przeszłości, także tej przykrej – upośledzenie wydobywania wspomnień jest całościowe oraz niezależne od rodzaju afektu bodźca.

Porównując badanych pod kątem oceny specyficzności dla poszczególnych słów bodźcowych, w przypadku większości z nich najbardziej specyficzne wspomnienia występowały w grupie kontrolnej panelowej, a najmniej – w grupie osób z depresją. Wśród tych ostatnich interesujące wydają się NGW przywoływane dla słowa bodźcowego „smutny”. Kontrastują bowiem z potocznym myśleniem o depresji, według którego badany szczegółowo „rozgrzebuje” smutne doświadczenia. Osoby z tej grupy, mimo znacznie obniżonego nastroju i negatywnej oceny afektywnej własnej przeszłości, mają trudności z przypomnieniem *konkretnych*, pojedynczych smutnych wydarzeń. Zwykle, zdroworozsądkowe wyobrażenie depresji często uwypukla negatywne stany jej towarzyszące; w społecznej świadomości choroba ta jest kojarzona z negatywną samooceną, wyolbrzymianiem problemów, uporczywymi negatywnymi myślami czy ideacją suicydalną. Można by się na tej podstawie spodziewać, że osoba nią dotknięta ma doskonały wgląd w historię swoich niepowodzeń czy przykrych doświadczeń. Sami chorzy często szukają związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wcześniejszymi negatywnymi doświadczeniami, a zapadnięciem na depresję. Jednakże warto by klinicyści mieli świadomość, że poznawcze mechanizmy, które są związane z depresją wskazują na bardziej złożony obraz procesów pamięciowych – negatywny afekt nie zawsze idzie w parze ze zdolnością do przypominania sobie jednostkowych negatywnych wydarzeń z własnej biografii.

Zwraca wśród nich uwagę także podwyższona specyficzność odpowiedzi dla słowa „obiecujący” u osób uzależnionych od alkoholu, które mogą wiązać się z szczególnymi skojarzeniami, które dotyczyły obietnic zaprzestania spożywania alkoholu. Podwyższone wyniki specyficzności słowa „zawstydzony” można interpretować w kontekście częstego przeżywania tych odczuć w grupie osób z ZZA. Ponieważ słowa te wyróżniały się w tej grupie także pod kątem oceny na skali przyjemność-przykrość, w następnym rozdziale zostały szerzej omówione.

5.3 Nastrój wspomnień – dane badawcze

Istnieje generalnie tendencja do odtwarzania przeszłości z pozytywną inklinacją. Wynika ona ze sposobu, w jaki ludzie postrzegają przydarzające się im zdarzenia – raczej jako przyjemne niż przykre, jak również z wzorca błędnięcia afektywnego (ang. *fading affect bias*) – emocje związane z nieprzyjemnymi wydarzeniami słabną szybciej niż te związane z pozytywnymi (76).

Pokazało to badanie Fijałkowskiej i Gruszczyńskiego (2009). Najszybciej przywoływane były wspomnienia w odpowiedzi na pozytywną wskazówkę emocjonalną. Było ich także najwięcej. Wspomnień generowanych w odpowiedzi na negatywną wskazówkę emocjonalną było najmniej i były przywoływane wolniej, a najwolniej – te w odpowiedzi na wskazówkę ambiwalentną. W badaniu wykazano również zbieżność walencji wspomnień z rodzajem wskazówki – przywoływanie głównie pozytywnych w odpowiedzi na pozytywną wskazówkę, w większości negatywnych – na negatywną i różnych z przewagą pozytywnych – na ambiwalentną. Ta ostatnia wiązała się także z przypominaniem zdarzeń niezgodnych z aktualnym nastrojem badanych (77).

Badania Gawineckiej i wsp. (2009) pokazały zmiany w emocjonalnej intensywności wspomnień na przestrzeni od 1 do 5 tygodni w zdrowej populacji, głównie tych o negatywnej walencji. W ich przypadku następowało początkowo błędnięcie afektywne, a później wzrost intensywności afektywnej, co badacze przypisują obniżeniu emocjonalnej kontroli albo tzw. ironicznym efektom kontroli polegającym na większej dostępności treści, które jednostka stara się intencjonalnie stłumić (78, 79).

Wzorzec ten zmienia się już w przypadku dysforii. U osób nawet w niewielkim stopniu drażliwych zostaje on przerwany – negatywne wydarzenia błędą afektywnie wolniej, a pozytywne szybciej. W wyniku tego zniekształcenia osoby dysforyczne mogą mieć nieproporcjonalnie krytyczną percepcję własnej przeszłości, w której przytłacza nadmiar negatywnych i niedostatek pozytywnych doświadczeń (80).

Błędnięcie afektywne zostaje zmienione także przez poziom lęku. Walker i wsp. (2014) w serii trzech badań wykazali, że lęk (rozumiany jako cecha) wiąże się z mniejszym błędnięciem dla pozytywnych i negatywnych zdarzeń. Wskazuje to, że podwyższony poziom lęku może wytwarzać pobudzenie, które wzmacnia emocjonalne charakterystyki pamiętanych zdarzeń. Dla osób o większym lęku – w przeciwieństwie do ich „odpowiedników” z grup kontrolnych – emocje z przeszłości zanikają w mniejszym stopniu (81).

A jak wygląda to w przypadku osób z depresją? Już w pierwszym doniesieniu odkrywającym zjawisko NGW, czyli w wielokrotnie cytowanym badaniu Williamsa i Broadbenta, poza NGW zaobserwowano asymetrię dotyczącą nastroju (ang. *mood-biasing effect*) podczas przywoływania wspomnień. Badani po próbie samobójczej generowali wspomnienia dla pozytywnych słów bodźcowych wolniej niż pozostałe grupy, natomiast w przypadku słów negatywnych nie zaobserwowano przyspieszonego przywoływania wspomnień (29).

Prawdopodobnie asymetryczne przypominanie z preferencją pozytywnych bodźców, będące normalnym wzorcem funkcjonowania pamięci u osób zdrowych, jest w zaburzeniach nastroju zmienione. U osób subklinicznie depresyjnych występuje symetryczny wzorzec przywoływania pozytywnego i negatywnego materiału. Osoby ze zdiagnozowaną depresją przywołują natomiast wspomnienia zgodnie z (negatywnym) nastrojem. Metaanaliza Matta i wsp. (1992) wskazuje jednak na możliwą rolę błędu próby w owych wynikach (82).

W badaniu Claúdio i wsp. (2012), opisanym powyżej pod kątem NGW, badacze zaobserwowali przeważające przywoływanie negatywnych wspomnień i niedostatek pozytywnych u osób z epizodem depresji, co wiązało z występowaniem negatywnych treści w schematach Ja (ang. *self-schemas*), które przyczyniają się do przetwarzania i przywoływania informacji z nimi zbieżnych. Parry i O’Kearney (2014) podobnie interpretują uzyskane w swoim badaniu autodeprecjonujące treści we wspomnieniach osób z depresją (badanie opisane szerzej w rozdz. 1.3), wskazując także na aktywację negatywnych schematów Ja (23).

Werner-Seidler i Moulds (2011) opisują wyniki dwóch badań, które porównują charakterystyki pamięci autobiograficznej po wprowadzeniu w obniżony nastrój osób, które w przeszłości doświadczyły epizodu depresji z grupą kontrolną niedotkniętą zaburzeniami nastroju. W pierwszym badaniu grupy nie różniły się pod kątem wspomnień negatywnych zarówno po indukcji smutnego, jak i neutralnego materiału. W przypadku wspomnień pozytywnych osoby, z doświadczeniem depresji oceniały je jako mniej żywe (na 5-punktowej skali) niż grupa kontrolna. Drugie rozszerzone badanie zreplikowało wyniki uzyskane w pierwszym. Badacze wskazują, że depresja może być związana z deficytami w przetwarzaniu pozytywnego materiału, a cechy fenomenologiczne wspomnień pozytywnych mogą stanowić czynnik podatności na depresję (83).

Natomiast Wisco i Nolen-Hoeksema (2010) raportowały o związku dysforii z (jedyne) negatywnym afektem przywoływanych wspomnień. Badanie obejmowało również wpływ strategii regulacji nastroju na walencję afektywną wspomnień. Poznawcza reinterpretacja (ang. *cognitive reappraisal*; tj. próba spojrzenia na sytuację z innej, bardziej pozytywnej,

perspektywy) wiązała się z pozytywnymi wspomnieniami, a jej tłumienie ze zwiększoną dostępnością negatywnych wspomnień, mierzoną czasem odpowiedzi (84).

Badanie Mitchella (2016) dotyczyło charakterystyk wspomnień autobiograficznych u studentów z depresją w anamnezie i całkowicie zdrowych. Uczestnicy byli porównywani przed i po wprowadzeniu w negatywny nastrój. Zaobserwowano efekt interakcji między przebytą depresją a nastrojem po negatywnej indukcji w przypadku cech wspomnień, takich jak typowość, ruminacja i osobiste znaczenie. U osób, które cierpiały na depresję nastąpił większy wzrost ocen w zakresie tych trzech cech niż w grupie kontrolnej (85).

Podsumowując – istnieją doniesienia mówiące o łatwiejszej indukcji wspomnień dla *cue words* o negatywnym zabarwieniu emocjonalnym w depresji. Pomimo braku zgodności rezultatów badań można spodziewać się występowania kontinuum coraz znaczącego przywoływania negatywnych treści – od osób bez zaburzeń nastroju, przez dysforyczne, do cierpiących na depresję (26, 82).

5.3.1 Nastrój wspomnień – uzyskane dane

W niniejszym badaniu osoby z grupy DEP i ALK przywoływały mniej wspomnień pozytywnych oraz więcej negatywnych niż badani z grup kontrolnych, co można zaobserwować w przypadku wyników średnich oraz dla pojedynczych słów bodźcowych. Osoby z zaburzeniami nastroju i ZZA oceniają i odbierają wydarzenia z własnej biografii bardziej negatywnie niż osoby bez zaburzeń psychicznych.

Analizując wyniki dotyczące poszczególnych słów bodźcowych, osoby uzależnione od alkoholu oceniały wspomnienia przywołane do słowa „zawstydzony” jako bardziej przykre niż pozostałe grupy. Wydaje się to interesujące w kontekście częstego doświadczania przez nich poczucia winy i wstydu, które wiążą się z gorszym wychodzeniem z nałogu. Przeżywanie wstydu prawdopodobnie wpływa negatywnie na terapię uzależnienia – zwiększa skupienie osoby na negatywnych odczuciach i zmniejsza zdolność wybaczenia sobie (50). Także oceny dla wspomnień przywoływanych do słowa „obietujący” były najbardziej przykre (choć jednocześnie wysoce specyficzne), co może wynikać ze szczególnych skojarzeń przywoływanych przez tę grupę, tj. wcześniejszych obietnic zaprzestania picia alkoholu. Niskie oceny pojawiały się w tej grupie także do wspomnień kojarzonych ze słowem „kochany”, które zwykle dotyczyły rodziny i bliskich, co może wiązać się z częstą trudną sytuacją rodzinną osób z ZZA.

Oceny zabarwienia emocjonalnego różnicowały także badanych w przypadku słowa „przestraszony”. Jako najmniej przykre oceniali wspomnienie przywołane do tego słowa badani z grupy CON. Być może jest to przejaw radzenia sobie z lękiem (tłumienia), który może być indukowany w sytuacji choroby i hospitalizacji. Badani z zaburzeniami depresyjnymi oceniali to wspomnienie jako najbardziej przykre, choć jednocześnie najmniej specyficzne. Można podejrzewać, że ocena ta może wynikać z przeżywanego lęku, który niemal zawsze towarzyszy depresji i często jest jednym z jej głównych objawów. A. Kepiński twierdził nawet, że „Obniżenie nastroju zawsze łączy się z lękiem przed życiem” (52).

Analiza *post hoc* liczby wspomnień nacechowanych afektywnie wskazała na istotne różnice uzyskane w zakresie wspomnień pozytywnych w grupie DEP w porównaniu z grupami kontrolnymi, a w zakresie negatywnych na granicy istotności statystycznej – z najwyższymi wynikami dla grupy ALK. Tak więc wzorzec wyników dla grup klinicznych nie jest jednakowy – obejmuje zmniejszoną liczbę wspomnień pozytywnych u osób z depresją, a zwiększoną negatywnych u osób z ZZA. O deficytach w przetwarzaniu pozytywnych treści w depresji raportowali, m.in. Williams i Broadbent oraz Werner-Seidler i Moulds (29, 83).

Dillon (2015) proponuje neuropsychologiczne wyjaśnienie deficytu wspomnień pozytywnych w depresji – może on wynikać z zaburzonej komunikacji pomiędzy mezolimbicznym szlakiem dopaminowym a systemami pamięci w przyśrodkowym płacie skroniowym podczas fazy kodowania materiału pamięciowego. Uwolniona w układzie nagrody dopamina w hipokampie bierze udział w przekształcaniu wspomnień krótkoterminowych na długotrwałe, a aktywacja mezolimbicznego układu nagrody usprawnia kodowanie i zdolność pamiętania. Charakterystyczna dla jednobiegunowej depresji anhedonia jest tłumaczona dysfunkcją układu nagrody, która może być efektem oddziaływania stresu na mezolimbiczny szlak dopaminowy. Upośledzenie pamięci pozytywnych wydarzeń jest więc konsekwencją pozbawienia przyśrodkowego płata skroniowego wzmacniających sygnałów związanych z nagrodą (86).

W aspekcie psychologicznym ów deficyt może stanowić odbicie nie tylko wspomnianej anhedonii, ale również odzwierciedlać mniej pozytywne przekonania chorych na własny temat. Taylor i Brown (1988) opisali tzw. pozytywne iluzje, które konstytuują przekonania zdrowych osób, takie jak nazbyt pozytywna samoocena, nadmierne poczucie kontroli i nadmierny optymizm dotyczący przyszłych wydarzeń. Zaburzenia depresyjne wiążą się z brakiem lub obniżeniem występowania tych zniekształceń (87-89). Badania w tym obszarze przyczyniły się

do powstania hipotezy depresyjnego realizmu postulującej, że osoby z depresją wyciągają bardziej realistyczne (bo pozbawione owych iluzji) wnioski niż osoby zdrowe. Znajduje ona pewne poparcie w badaniach, lecz wyniki są niejednoznaczne, wskazując, że poprawność osądu u osób zdrowych i z depresją nie jest dychotomicznym zjawiskiem (90-92). Niezależnie jednak od tego, czyja ocena rzeczywistości jest „realniejsza”, brak pozytywnych iluzji u osób z depresją ma dezadaptacyjny wpływ dla ich funkcjonowania i może przekładać się na mniej pozytywną ocenę własnej przeszłości.

Natomiast dostępność negatywnych wspomnień u osób z ZZA może wiązać się z zaburzeniem tożsamości zwanym rozdwojeniem Ja. Mechanizm ten wiąże się z powstaniem dwóch biegunowych wersji własnej osoby. Jedna z nich ujawnia się zazwyczaj pod wpływem alkoholu; alkoholik doświadcza poczucia mocy, jest „duszą towarzystwa”, bez skrępowania zawiera kontakty. Nie uważa, że ma problem z uzależnieniem i wymaga leczenia. Drugi biegun tożsamości ujawnia się, gdy słabnie działanie alkoholu. Pojawia się tzw. „kac moralny”, osoba z ZZA uświadamia sobie konsekwencje swojego postępowania, ocenia siebie surowo, odczuwa poczucie winy i wstyd (93). Można podejrzewać, że nadmiar negatywnych wspomnień przywoływanych przez leczących się alkoholików wiąże się z przeżywaniem właśnie tego drugiego bieguna osobowości.

Jakie wnioski płyną z wyników dotyczących nastroju wspomnień? Można je spróbować powiązać z dwustronną relacją pomiędzy nastrojem a wspomnieniami – aktualny nastrój może wpływać na znak afektywny treści, które sobie przypominamy (27), ale również przypominanie sobie nacechowanych emocjonalnie wspomnień wpływa na bieżący nastrój. Myślenie o pozytywnych wspomnieniach jest również efektywną metodą poprawy nastroju, o czym pisał Gillihan (94). Możemy się spodziewać, że u osób z depresją ta strategia będzie miała mniejsze szanse wystąpienia, a gdyby jednostka jej próbowała – mniejsze szanse powodzenia. We wcześniejszych doświadczeniach wyszukujemy przykłady działań, które poprawiły nam nastrój – osoby z depresją mogą mieć trudność w ich znalezieniu (26, 95). Zatem deficyt wspomnień pozytywnych, podobnie jak NGW, jawi się jako kolejny element depresyjnego *circulus vitiosus*. U osób z ZZA, u których (na podstawie uzyskanego materiału) występowały wysyczone afektywnie odpowiedzi, zarówno negatywne, jak i pozytywne należy spodziewać się, że zawartość pamięci może predestynować do występowaniu pewnej labilności emocjonalnej – obecność intensywnych wspomnień o różnej walencji, może aktywizować zarówno przyjemne, jak i przykre stany emocjonalne. Koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia Mellibrudy wyróżnia m in. nałogowe regulowanie uczuć, które

wiąże się ze stopniową zmianą emocji w głód alkoholowy (96). Wyostrożony negatywny biegun przeżyć (w porównaniu ze zdrowymi osobami) obecny u (leczących się) alkoholików może odgrywać rolę w podtrzymywaniu zaburzenia, zwiększając potrzebę poprawy nastroju, a co się z tym wiąże – głód alkoholowy.

W opisanym we wstępie Systemie Pamięci Ja wskazano na wzajemną zależność pamięci i motywacji (4-6), a część Ja roboczego stanowi Hierarchiczny zbiór bieżących celów. Funkcja motywacyjno-emocjonalna PA dotyczy realizacji celów i regulacji nastroju. Wiedza odnośnie zdarzeń pozytywnych wskazuje, co przynosiło jednostce w przeszłości zyski, a odnośnie negatywnych – straty (95). Uwzględniając zniekształcenia w materiale pamięciowym, które cechują osoby z grup klinicznych, możemy podejrzewać u nich także trudności w efektywnym ustanawianiu i realizowaniu celów. Osoby z depresją mogą mieć trudności w znalezieniu w swojej biografii przykładów pozytywnych doświadczeń, na których mogłyby oprzeć przyszłe, korzystne dla nich działania. U osoby z ZZA realizacja celów może być z kolei zaburzona przez uwypuklenie życiowych doświadczeń wskazujących, iż wiele działań ma negatywny finał.

Nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami klinicznymi i kontrolnymi pod kątem średniej dystrybucji (odległości w czasie) wspomnień dla większości słów. Znamienne statystycznie różnice wystąpiły jedynie w przypadku trzech słów bodźcowych: „podekscytowany”, „kochany”, „zawstydzony”.

W przypadku dwóch pierwszych, mających pozytywne zabarwienie emocjonalne, najbardziej odległe wyniki mieli badani z grupy DEP, a najświeższe z grupy PAN, czyli osoby z depresją mają utrudniony dostęp do niedawnych wspomnień kojarzących się z tymi słowami. Pewnych informacji dostarczają także wyniki korelacji; zaobserwowano dodatnią współzmienność pomiędzy nasileniem depresji (wynikami kwestionariuszy BDI i HDRS), a czasem wspomnień przywoływanych w odpowiedzi na pozytywne słowa bodźcowe. Można więc stwierdzić, że im większe nasilenie depresji, tym odleglejsze pozytywne wspomnienia. Podobnie, jak wyniki dotyczące oceny afektywnej, także te odnoszące się do dystrybucji wspomnień pokazują, że tym, co wyróżnia depresję nie jest dostępność negatywnych wspomnień, a niedostatek pozytywnych.

W przypadku słowa „zawstydzony” najbardziej odległe wspomnienia mieli badani z grupy CON, a najświeższe z grupy ALK, co może wiązać się u nich ze zwiększoną dostępnością do wspomnień niedawnych zdarzeń związanych z odczuciem wstydu. Pozwalają o tym także przypuszczać podwyższone wyniki średniej specyficzności i negatywna ocena

afektywna wspomnienia (50). Zwraca uwagę, iż wyniki dotyczące słów „podekscytowany”, „kochany”, „zawstydzony” korespondują z niedostatkiem odczuć pozytywnych w depresji i nadmiarem negatywnych w ZZA.

Dostępność odczuć wstydu można wyjaśnić również w kontekście omówionego wyżej mechanizmu rozdławiania Ja (93). Odmienny wzorzec wyników uzyskiwany u alkoholików przy wspomnieniach do słowa „zawstydzony” prawdopodobnie wiąże się z biegunem osobowości, który charakteryzuje „kac moralny”, surowe oceny, poczucie winy i wstyd.

5.4 Wyrazistość i specyficzność wspomnień

W opisanym powyżej badaniu Werner-Seidler i Moulds (2011) zaobserwowano, że osoby, które cierpiały wcześniej na depresję oceniają przywołane wspomnienia jako mniej „żywe” w porównaniu z grupą kontrolną (83).

Badanie Janssena i wsp. (2011) pokazuje różnice w ocenie, na ile „żywe” (ang. *vivid*) i ponownie przeżywane (ang. *reliving*) są wspomnienia w zależności od ich dystrybucji w czasie oraz wieku jednostki. Aktualne wspomnienia były oceniane na tych wymiarach wyżej niż odległe. Prawdopodobnie mają one epizodyczny charakter; wspomnienia oddalone w czasie stają się bardziej semantyczne. Wymiary „żywości” i ponownego przeżywania nie wyróżniały natomiast wspomnień z wczesnego okresu życia; istnieje więc związek z opisanym wcześniej zjawiskiem aktualności, ale nie z reminiscencją (por. rozdz. 1.1). Ponadto wspomnienia starszych osób w porównaniu z młodszymi były oceniane w obu wymienionych wymiarach wyżej (97).

O tym, iż „żywość” nie jest li tylko abstrakcyjną konstrukcją wskazuje badanie Sheldona i Levine’a (2013). Ukazuje ono różne wzorce aktywności neuronalnej w zależności od tego, jak „żywe” jest dane wspomnienie. Porównywano aktualne (mające ok. 1 miesiąca) i odległe (ok. 1,5 roku) wspomnienia dotyczące codziennych doświadczeń. Badani oceniali, na ile wspomnienia są „żywe” na 10-stopniowej skali. Wszystkie bieżące wspomnienia zostały ocenione jako „żywe” (powyżej mediany), natomiast w przypadku odległych porównywalną ocenę uzyskała połowa. Przy pomocy obrazowania metodą rezonansu magnetycznego badano czasowo-przestrzenne wzorce aktywności neuronalnej. Zarówno aktualne, jak i starsze „żywe” wspomnienia wiązały się z aktywnością w regionach: prawym czołowym, lewym ciemieniowym i limbicznym, zauważalną we wczesnej fazie wydobywania wspomnienia. Natomiast odległe wspomnienia ocenione jako w małym stopniu „żywe” (ang. *non-vivid*)

więzały się z późniejszym wystąpieniem obustronnej aktywacji obejmującej regiony płatów czołowych, ciemieniowych i skroniowych. Analiza połączeń funkcjonalnych wskazała, że w przypadku „żywych” wspomnień, niezależnie od ich wieku, podczas wczesnej fazy wydobywania był aktywowany lewy tylny hipokamp wraz z obustronnymi regionami czołowymi, przyhipokampalnymi i ciemieniowymi. Z kolei wspomnienia o małej żywości oraz bieżące wykazywały późniejszą i szerszą aktywację wraz z regionami czołowymi, ciemieniowymi, potylicznymi i skroniowymi (98).

W niniejszym badaniu w kontekście średniej wyrazistości (tj. „na ile żywe i wyraziste jest wspomnienie”) nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami klinicznymi i kontrolnymi dla większości słów bodźcowych. Wystąpiły jedynie w przypadku dwóch *cue words*: „samotny” i „smutny”, które każdorazowo okazały się najbardziej wyraziste w grupie osób z zaburzeniami depresyjnymi. Być może niespójność między specyficznością i wyrazistością wynika z rodzaju oceny – w pierwszym przypadku dokonywanej przez badacza wg obiektywnych kryteriów, w drugim – dokonywanej przez badanego.

Możliwe również, że nadmierna generalizacja wspomnienia nie wyklucza, by jego doświadczenie było subiektywnie żywe i wyraziste, zwłaszcza w przypadku potencjalnie bolesnych treści, które mogą stanowić wyzwanie dla systemu kontroli. Jak powszechnie wiadomo i wspomnienia niejasne, niedopowiedziane, niesprecyzowane czy przeczucia mogą być bardzo wesołe czy też przygnębiające w charakterze, podobnie do „prawdziwych” wspomnień. Osoby cierpiące na depresję, co oczywiste, często doświadczają smutku i samotności, często bezprzedmiotowego w charakterze. Do jego wystąpienia nie jest niezbędne konkretne wspomnienie, dlatego mogą go prowokować również myśli i wspomnienia mające znamiona NGW (99-101).

Występowanie NGW, jak opisano we wstępie, jest związane ze zmianami w funkcjonowaniu procesów poznawczych, które opisuje model CaRFAX, tj. aktywizowaniem uogólnionych negatywnych schematów Ja, które przyczyniają się do ruminacji, zmniejszonymi zasobami wykonawczymi, a także funkcjonalnym unikaniem, które wpływa hamująco na konstrukcję wspomnienia. Mechanizmy te zabezpieczają jednostkę przed informacjami, które mogą potencjalnie pogarszać nastrój lub zaburzać aktualną hierarchię celów (22, 26, 34). Wspomnienia intruzywne u osób dotkniętych zaburzeniami nastroju powstają, kiedy mechanizm kontroli zawiedzie i nie udaje się uniknąć dostępu do danej treści, zwykle

po zetknięciu z bodźcem, który dotyczy bieżących kwestii i/ lub celów w pamięci roboczej (6, 102).

Być może słowa bodźcowe „smutny” i „samotny” generujące potencjalnie przykre skojarzenia były dla osób z depresją bodźcem, z którym ich system kontroli nie był w stanie sobie poradzić, w związku z czym mimo, że przywołane wspomnienia nie dotyczyły jednostkowych wydarzeń, miały potencjał, by przywoływać u badanych przykre i wyraziste obrazy i detale. Przykład ten pokazuje, że funkcjonowanie systemu kontroli w konstrukcji wspomnienia, jak i zawartość pamięci osób z zaburzeniami nastroju wymaga dalszych badań.

5.5 Potencjalne konsekwencje kliniczne

Uzyskane wyniki potwierdzają odmienne funkcjonowanie procesów PA w przypadku zaburzeń depresyjnych i ZZA w porównaniu ze zdrową populacją, przy czym charakter zakłóceń w każdym z nich jest odrębny. Opisane zmiany w PA mogą stymulować swoiste *circulus vitiosus*, a tym samym destabilizować proces leczenia i sprzyjać nawrotom zaburzeń. W związku z tym wydaje się istotne, by diagności i terapeuci byli świadomi zniekształceń w funkcjonowaniu PA osoby z omawianymi zaburzeniami, a także by mógł zrozumieć je pacjent, np. dzięki psychoedukacji w tym zakresie. Dla klinicystów informacja o nasileniu NGW u pacjenta może stanowić wsparcie w procesie diagnozy oraz dostarczać wskazówki odnośnie rokowania.

NGW są też potencjalnym obszarem do działań terapeutycznych – wydaje się, że praca z pacjentem nad zaburzeniami PA potencjalnie mogłaby je poprawić. Zwłaszcza należałoby usuwać nieprawidłowości będące „pożywką” dla depresji, takie jak np. skłonność do oddalania się od spraw codziennych, myślenie nadmiernie generalne i abstrakcyjne. W zakresie ZZA można starać się przekształcić dysfunkcyjne schematy sprzyjające poczuciu nieskuteczności swojego działania, zwłaszcza podtrzymujące negatywny biegun obrazu Ja. Praca nad tym obszarem może potencjalnie pomóc w integracji rozszczepienia tożsamości na skrajnie pozytywną i negatywną, a tym samym urealnić postrzeganie siebie.

Możliwości pracy terapeutycznej opartej na usprawnianiu PA wymagają dalszych badań, jednakże obiecujące wydają się być doniesienia dotyczące relatywnie nowej interwencji związanej ze zwiększaniem specyficzności – *Memory Specificity Training* (MEST), której efektem, poza obszarem pamięci, jest także złagodzenie objawów zaburzeń nastroju i PTSD (103-106).

5.6 Ograniczenia metodologiczne pracy i perspektywy badawcze

Najważniejsze ograniczenie pracy to stosowanie stosunkowo prostych – jednoskalowych – miar nastroju i stresu, które ponadto są miarami subiektywnymi. Nie można zatem wykluczyć dyssymulacji bądź agravacji. „Ekonomia” tych skal, a także całego badania, wynika z próby jego zbalansowania. Starano się zebrać maksimum danych i jednocześnie nie obciążać nadmiernie uczestników pod kątem poświęconego czasu i wysiłku, tak by badani, szczególnie z grup klinicznych, mogli mu podołać.

Wyniki, zwłaszcza te nowatorskie (głównie wpływ stresu), wymagają potwierdzenia na większym materiale, należałoby również rozważyć badanie innego typu stresora. Być może przy większej liczbie osób wystąpiłyby istotne statystycznie różnice pomiędzy wszystkimi grupami, co pozwoliłoby w bardziej zdecydowany sposób wnioskować, m. in. o roli stresu, choroby fizycznej i hospitalizacji w konstrukcji wspomnień specyficznych.

W odniesieniu do chorych z epizodem depresji, poza wykluczeniem współchorobowości nie stosowano innych kryteriów, w tym etiologicznych. Przy liczniejszym materiale istotnym byłoby podzielenie na osoby z zaburzeniami nastroju jedno- i dwubiegunowymi, izolowanymi i przewlekłymi, co pozwoliłoby na znalezienie cech wspólnych i różnicujących przy zróżnicowanej etiologii. Należy nadmienić, iż pewna heterogeniczność badanych grup jest wspólna „skazą” wielu cytowanych prac, wliczając w to pracę Williamsa i Broadbenta, inicjującą badania nad NGW.

6. WNIOSKI

W świetle przedstawionych danych można stwierdzić, że nadrzędna hipoteza o odmienności grup klinicznych okazała się prawdziwa pod względem charakterystyk jakościowych wspomnień. Różnice w charakterystykach czasowych mają mniejsze poparcie w uzyskanych wynikach.

Hipoteza 1. Potwierdziło się, że osoby z depresją i z ZZA przywołują mniej wspomnień pozytywnych oraz więcej negatywnych niż osoby z grup kontrolnych.

Hipoteza 2. Osoby z grup badanych przywoływały mniej specyficznych wspomnień. Hipoteza o mniejszej wyrazistości wspomnień w grupach klinicznych nie zyskała potwierdzenia – przeciwnie, w przypadku dwóch słów bodźcowych mogących indukować smutne wspomnienia, osoby z zaburzeniami depresyjnymi oceniały, że przywołane zdarzenia są żywe i wyraziste.

Także poza pojedynczymi wyjątkami nie potwierdziło się założenie o bardziej odległych wspomnieniach u osób z ZZA i większej liczbie bliskich negatywnych wspomnień u osób z depresją w porównaniu z grupami kontrolnymi.

Hipoteza 3. Potwierdziła się dodatnia korelacja między pozytywnym nastrojem a specyficznością wspomnień oraz liczbą wspomnień pozytywnych. Stwierdzono ujemną korelację nasilenia depresji z poziomem specyficzności wspomnień. W zakresie wyrazistości odnotowano korelację – przeciwną do założonej w hipotezie – wyniku kwestionariusza HDRS z liczbą negatywnych wspomnień ocenionych jako mało wyraziste. Nasilenie stresu koreluje ujemnie ze specyficznością wspomnień. Nasilenie uzależnienia koreluje ujemnie z procentem wspomnień specyficznych. W zakresie współzależności nasilenia uzależnienia i wyrazistości wspomnień nie uzyskano istotnych statystycznie wyników.

Hipoteza 4. Potwierdził się brak różnic w zakresie specyficzności i dystrybucji wspomnień w czasie między grupami kontrolnymi.

7. STRESZCZENIE

Pamięć autobiograficzna (PA) odnosi się do osobistej przeszłości i zawiera informacje istotne dla tożsamości jednostki. Jest zależna od motywacji i wspiera realizację celów. Zaburzenia psychiczne, m. in. zaburzenia nastroju, zespół stresu pourazowego, zespół zależności alkoholowej (ZZA), wiążą się ze zmianami w funkcjonowaniu PA. Jedną z nich stanowią Nadmiernie Generalne Wspomnienia (NGW), czyli przywoływanie wspomnień o uogólnionym i semantycznym charakterze, zamiast pojedynczych i specyficznych wydarzeń.

Celem pracy było zbadanie właściwości PA u osób hospitalizowanych z powodu epizodu depresji (DEP) oraz ZZA (ALK), których porównano z osobami hospitalizowanymi ze względu na dolegliwości gastroenterologiczne (CON) i z całkowicie zdrowymi (PAN). Ze wszystkich grup wyeliminowano osoby ze współistniejącymi schorzeniami, które mogłyby zaburzać PA.

Uczestnicy wypełniali kwestionariusze mierzące: nasilenie depresji – BDI (ocena subiektywna) i HDRS (ocena dokonywana przez badacza), występowanie i nasilenie uzależnienia – bMAST, właściwości PA – Test Pamięci Autobiograficznej Marka Williama. Jest to modyfikacja metody kierowanych skojarzeń Crovitz i Schiffmana. Polega na przywoływaniu wspomnień do podanych słów bodźcowych. Ponadto badani otrzymali polecenie określenia wyrazistości, intensywności i znaku afektywnego wspomnienia oraz czasu wydarzenia, którego dotyczy wspomnienie. Oceniali również swój nastrój i poziom stresu oraz podawali dane demograficzne. W każdej z grup znajdowało się 39 osób, których nie różnicowały czynniki demograficzne. Badani różnili się natomiast danymi charakteryzującymi stan psychiczny (nastrój, punktacja BDI i HDRS, poziom stresu). W grupie DEP wyniki w kwestionariuszach potwierdziły diagnozę zaburzeń nastroju. Natomiast punktacja grupy ALK mieściła się każdorazowo pomiędzy grupami kontrolnymi, a grupą DEP, jednak nie osiągając progu zaburzeń depresyjnych w skalach BDI i HDRS.

Zaobserwowano różnice w specyficzności wspomnień, grupy badane przywoływały mniej wspomnień specyficznych niż kontrolne ($p < ,001$), z najniższymi wynikami w grupie DEP. Zbliżony układ wyników występował przy rozdzieleniu na pozytywne ($p < ,001$) i negatywne ($p < ,001$) słowa bodźcowe.

W przypadku przeważającej większości *cue words* wyniki dotyczące specyficzności układały się w powtarzający się wzorzec – od najwyższych w grupie PAN, następnie CON, ALK, z najniższymi w grupie DEP.

Analizując regresją krokową potencjalne czynniki wpływające na obniżenie specyficzności wspomnień (płeć, wiek, wykształcenie, wyniki skal: bMAST, BDI, HDRS, samoocenę nastroju i poziomu stresu) zaobserwowano, że natężenie depresji miało wartość predykcyjną dla wszystkich słów z wyjątkiem jednego; większe natężenie uzależnienia, większy poziom stresu i niższy poziom wykształcenia badanego – dla trzech słów bodźcowych, a wyższy wiek badanego – dla dwóch.

Osoby z grup DEP i ALK miały również więcej wspomnień negatywnych (wynik na granicy istotności statystycznej), a mniej pozytywnych ($p < ,001$) niż badani w grupach kontrolnych, przy czym w grupie z epizodem depresji odpowiadał za to głównie niedobór pozytywnych, a w ZZA – nadmiar negatywnych.

Analiza odpowiedzi niespecyficznych ujawniła, że grupa ALK przywoływała więcej wspomnień „rozszerzonych” niż CON ($p < ,005$) i „kategorycznych” niż grupy kontrolne (każdorazowo $p < ,05$). Grupa DEP przywoływała więcej „skojarzeń semantycznych” niż grupa PAN ($p < ,001$).

Analiza korelacji stanu psychologicznego badanych z charakterystykami pamięci ujawniła dodatnią współzmiennność między pozytywnym nastrojem a specyficznością wspomnień oraz liczbą wspomnień pozytywnych. Nasilenie depresji koreluje ujemnie z poziomem specyficzności wspomnień. Nasilenie stresu koreluje ujemnie ze specyficznością wspomnień. Nasilenie uzależnienia koreluje ujemnie z procentem wspomnień specyficznych; wskaźniki korelacji są niższe niż w przypadku kwestionariuszy mierzących depresję.

Uzyskane wyniki potwierdziły, iż osoby z grup badanych mają trudność z przypominaniem wspomnień opisujących pojedyncze, konkretne wydarzenia. Różnice w rodzaju przywoływanych błędnych odpowiedzi sugerują odrębność mechanizmów zaburzeń pamięci u osób z depresją i ZZA. Wyniki korelacji i analizy wariancji, pozwalają sądzić, że ZZA zaburza mechanizm tworzenia wspomnień specyficznych w mniejszym stopniu niż zaburzenia nastroju. Ponadto osoby z grup badanych oceniają swoją przeszłość bardziej pesymistycznie niż z grup kontrolnych. Wzorzec wyników obejmuje zmniejszoną liczbę wspomnień pozytywnych u osób z depresją, a zwiększoną negatywnych – u osób z ZZA.

Ograniczeniem badania jest stosowanie prostych skal, jeszcze ciągle niewielka liczebność grup oraz brak rozdzielenia chorych z depresją na podtypy schorzenia. Informacja o nasileniu NGW może stanowić wsparcie w procesie diagnozy, dostarczać także wskazówki odnośnie rokowania. Są one też potencjalnym obszarem do interwencji terapeutycznych.

Słowa kluczowe: pamięć autobiograficzna, depresja, uzależnienie od alkoholu, choroba somatyczna, stres, nastrój, specyficzność pamięci autobiograficznej, nadmierne generalne wspomnienia

8. SUMMARY

Qualitative and temporal characteristics of autobiographical memories in individuals with depressive disorders and alcohol use disorder

Autobiographical memory (AM) refers to an individual's past and consists of information relevant to one's identity. It is related to motivation and supports goal achievement. Mental disorders, i.a. mood disorders, Posttraumatic Stress Disorder and alcohol use disorder (AUD) have been observed to be associated with changes in the functioning of AM. One such change is overgeneral memory (OGM), i.e. recalling generalized and semantic memories, instead of singular and specific ones.

The objective of the study was to investigate AM features of hospitalized patients suffering from depression (DEP) and AUD (ALK), compared with controls hospitalized due to gastroenterological conditions (CON), and healthy individuals (PAN). Subjects with comorbid conditions, which could possibly interfere with AM, were eliminated from all groups.

Participants completed questionnaires to assess: the severity of depression – BDI (subjective assessment) and HDRS (assessment by researcher), the occurrence and severity of addiction – bMAST, and the AM characteristics – Autobiographical Memory Test by Mark Williams. This is a modification of the Crovitz-Schiffman cue-word technique. Furthermore, the subjects were instructed to assess memories in terms of: vividness, affective intensity and valence, and the time of the event described by the memory. They also evaluated their mood and stress level, and gave demographic details. Each group consisted of 39 people, who did not differ demographically. The subjects differed in mental state characteristics (mood, BDI and HDRS score, and stress level). The results of the questionnaires confirmed the diagnosis of mood disorders in the DEP group. The ALK results ranged in scope between the control and DEP groups, yet not reaching the threshold for depressive disorders in BDI and HDRS scores.

Differences in the specificity of memories were observed. The study groups recalled fewer specific memories than the controls ($p < ,001$), with the lowest results in the DEP group. A similar pattern of results was obtained separately for the positive ($p < ,001$) and the negative ($p < ,001$) cue-words.

For the majority of cue-words, the specificity results displayed a repetitive pattern – from the highest in the PAN group, followed by CON and ALK, with the lowest in the DEP group.

The stepwise regression analysis revealed the potential factors affecting a reduction of memory specificity (sex, age, education, results of the scales: bMAST, BDI, HDRS, mood and stress level self-assessment): depression was of predictive value for all words except one; a greater severity of addiction, higher stress levels and a lower level of education in the subject – for three cue-words; and a higher test age – for two.

The subjects from the DEP and ALK groups also recalled more negative and less positive memories ($p < ,001$) than the controls, with a deficit of positive ones in the depression group and an excess of negative ones in the AUD group.

An analysis of non-specific responses revealed that the ALK group recalled more "extended" memories than CON ($p < ,005$) and more "categorical" ones than control groups ($p < ,05$). The DEP group remembered more "semantic associations" than the PAN group ($p < ,001$).

The correlation analysis of the psychological state of the subjects and the characteristics of memory showed a positive association between a positive mood and the specificity of memories, and also the number of positive memories. The severity of depression negatively correlates with the level of specificity of memories. Stress intensity correlates negatively with the specificity of memories. The severity of addiction correlates negatively with the percentage of specific memories, but the correlation coefficients are lower than for questionnaires measuring depression.

The results confirmed that subjects from the study groups have difficulties remembering memories describing single, specific events. However, the differences in the type of improper responses suggest a distinct mechanism of memory impairment in people with depression and AUD. The correlation results and the analysis of variance allow us to presume that AUD disrupts the mechanism of generating specific memories to a lesser extent than mood disorders. In addition, subjects from the study groups assess their past more pessimistically than the controls. The pattern of results for clinical groups includes a reduced number of positive memories in people with depression, and increased negativity in people with AUD.

The limitations of the study are: the use of simple scales; a limited sample size; the lack of a division of the depressive patients into subtypes. Information about the level of OGM could be helpful in the diagnostic process, and could also provide guidance on the prognosis. OGM is also a potential area for therapeutic intervention.

Key words: autobiographical memory, depression, alcoholism, disease, stress, mood, autobiographical memory specificity, overgeneral memory

9. PIŚMIENICTWO

1. Maruszewski T. Podstawowe właściwości pamięci autobiograficznej. Pamięć autobiograficzna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. str. 18-21.
2. Tulving E. Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*. 2002;53:1-25.
3. Maruszewski T. Autobiographical memory - New data. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2010;5(3-4):122-9.
4. Conway MA; Williams HL. 2.46: Autobiographical Memory. *Learning and Memory: A Comprehensive Reference, Four-Volume Set*. 2008:893-909.
5. Conway MA. Memory and the self. *Journal of Memory and Language*. 2005;53:594-628.
6. Conway MA; Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*. 2000;107(2):261-88.
7. Maruszewski T. Formy pamięci autobiograficznej. Pamięć autobiograficzna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. str. 50-72.
8. Howe ML; Courage ML. The Emergence and Early Development of Autobiographical Memory. *Psychological Review*. 1997;104(3):499-523.
9. Jagodzińska M. Amnezja dziecięca a zapominanie zdarzeń z pierwszych lat życia. *Przegląd psychologiczny*. 2002;45(1):19-38.
10. Schaffer HR; Wojciechowski A; Brzezińska A. Dzieci jako osoby przetwarzające informacje. *Psychologia dziecka*: Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2014. Wyd. 1, 9 dodr.; 2014. str. 246-292.
11. Kolb B; Wishaw IQ. The frontal lobes. *Fundamentals of human neuropsychology*: New York: Worth Publishers, 2003. Wyd. 5; 2003. str. 391-425.
12. Berntsen D; Rubin DC. Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychology and Aging*. 2002;17(4):636-52.
13. Rybak AM. Idealizowanie przeszłości – różnica w dystrybucji pozytywnych i negatywnych wspomnień na przestrzeni czasu. *Przegląd Psychologiczny*. 2012;55(1):29-40.
14. Holmes DS. Differential change in affective intensity and the forgetting of unpleasant personal experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1970;15(3):234-9.
15. Svoboda E; McKinnon MC; Levine B. The functional neuroanatomy of autobiographical memory: a meta-analysis. *Neuropsychologia*. 2006;44(12):2189-208.
16. Gawinecka M; Łucka I; Cebella A. Memory of traumatic events. *Psychiatria*. 2008;5(2):65-9.
17. Robinson SR; Jobson LA. Brief Report: The Relationship between Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Overgeneral Autobiographical Memory in Older Adults. *Clinical Psychologist*. 2013;17(1):26-30.
18. Lind SE. Memory and the Self in Autism: A Review and Theoretical Framework. *Autism: The International Journal of Research and Practice*. 2010;14(5):430-56.
19. Crane L; Pring L; Jukes K; Goddard L. Patterns of Autobiographical Memory in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*. 2012;42(10):2100-12.
20. Riutort M; Cuervo C; Danion J-M; Peretti CS; Salamé P. Reduced levels of specific autobiographical memories in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2003;117:35-45.
21. Cuervo-Lombard C; Jovenin N; Hedelin G; Rizzo-Peter L; Conway MA; Danion JM. Autobiographical memory of adolescence and early adulthood events: An investigation in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2007;13(2):335-43.

22. Williams JMG; Barnhofer T; Crane C; Herman D; Raes F; Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*. 2007;133(1):122-48.
23. Cláudio V; Garcez Aurélio J; Machado PPP. Autobiographical memories in major depressive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2012;19(5):375-89.
24. Fitzgerald JM; Shifley-Grove S. Memory and Affect: Autobiographical Memory Distribution and Availability in Normal Adults and Recently Detoxified Alcoholics. *Journal of Adult Development*. 1999;6(1):11-9.
25. D'Argembeau A; Van der Linden M; Verbanck P; Noel X. Autobiographical memory in non-amnesic alcohol-dependent patients. *Psychological Medicine*. 2006;36(12):1707-15.
26. Gotlib IH; Joormann J. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, vol 6. 2010;6:285-312.
27. Bower GH. Mood and memory. *American Psychologist*. 1981;36(2):129-48.
28. Rawal A; Rice F. New research: Examining Overgeneral Autobiographical Memory as a Risk Factor for Adolescent Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51:518-27.
29. Williams JMG; Broadbent K. Autobiographical Memory in Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Psychology*. 1986;95(2):144-9.
30. Williams JMG; Scott J. Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*. 1988;18(3):689-95.
31. Irving J. *Modlitwa za Owena*. Warszawa: Prószyński Media Sp. z o.o.; 2016. str. 50.
32. Berntsen D; Hall NM. The episodic nature of involuntary autobiographical memories. *Memory & Cognition*. 2004;32(5):789-803.
33. Barzykowski K; Niedźwieńska A. Przegląd badań nad mimowolnymi wspomnieniami autobiograficznymi. *Perspektywy badawcze. Roczniki psychologiczne: Towarzystwo Naukowe KUL*. 2012;1:55-74.
34. Parry L; O'Kearney R. A comparison of the quality of intrusive memories in post-traumatic stress disorder and depression. *Memory*. 2014;22(4):408-25.
35. Whiteley C; Wanigaratne S; Marshall J; Curran HV. Autobiographical memory in detoxified dependent drinkers. *Alcohol And Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2009;44(4):429-30.
36. Williams JMG. Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition & Emotion*. 2006;20(3/4):548-68.
37. Raes F; Hermans D; Williams JMG; Demyttenaere K; Sabbe B; Pieters G, et al. Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression? *Memory*. 2006;14(5):584-94.
38. Geraerts E; Dritschel B; Kreplin U; Miyagawa L; Waddington J. Reduced specificity of negative autobiographical memories in repressive coping. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012;43(Supplement 1):S32-S6.
39. Watson LA; Berntsen D; Kuyken W; Watkins ER. Involuntary and voluntary autobiographical memory specificity as a function of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013;44:7-13.
40. Kuyken W; Dalgleish T. Overgeneral autobiographical memory in adolescents at risk for depression. *Memory*. 2011;19(3):241-50.
41. Raes F; Hermans D; Williams JMG; Eelen P. Reduced autobiographical memory specificity and affect regulation. *Cognition & Emotion*. 2006;20(3-4):402-29.
42. Crovitz HF; Schiffman H. Frequency of episodic memories as a function of their age. *Bulletin of the Psychonomic Society*. 1974;4(5):517-8.

43. Maruszewski T. Metody badania pamięci autobiograficznej. Pamięć autobiograficzna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. str. 38-49.
44. Raes F; Hermans D; de Decker A; Eelen P; Williams JMG. Autobiographical Memory Specificity and Affect Regulation: An Experimental Approach. *Emotion*. 2003;3(2):201-6.
45. Steer RA; Clark DA; Beck AT; Ranieri WF. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37:183-90.
46. Schneibel R; Brakemeier E-L; Wilbertz G; Dykieriek P; Zobel I; Schramm E. Sensitivity to detect change and the correlation of clinical factors with the Hamilton Depression Rating Scale and the Beck Depression Inventory in depressed inpatients. *Psychiatry Research*. 2012;198:62-7.
47. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal Of Neurology, Neurosurgery, And Psychiatry*. 1960;23:56-62.
48. Shields AL; Howell RT; Potter JS; Weiss RD. The Michigan alcoholism screening test and its shortened form: A meta-analytic inquiry into score reliability. *Substance Use and Misuse*. 2007;42(11):1783-800.
49. Connor JP; Grier M; Feeney GFX; Young RM. The validity of the Brief Michigan Alcohol Screening Test (bMAST) as a problem drinking severity measure. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007;68(5):771-9.
50. McGaffin BJ; Lyons GCB; Deane FP. Self-Forgiveness, Shame, and Guilt in Recovery from Drug and Alcohol Problems. *Sunstance Abuse*. 2013;34(4):396-404.
51. Bower B. The bright side of sadness: Bad moods can have unappreciated mental upsides. *Science News*. 2013;184(9):18.
52. Kępiński A. Lęk depresyjny. Lęk. Warszawa: Wydawnictwo Literackie Sp. z o.o.; 2015. str. 125-33.
53. Puffet A; Jehin-Marchot D; Timsit-Berthier M; Timsit M. Autobiographical memory and major depressive states. *European Psychiatry*. 1991;6(3):141-5.
54. Park RJ; Goodyer IM; Teasdale JD. Categorical overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder. *Psychological Medicine*. 2002;32(2):267-76.
55. Kuyken W; Dalgleish T. Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*. 1995;34(1):89-92.
56. Peeters F; Wessel I; Merckelbach H; Boon-Vermeeren M. Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(5):344-50.
57. Wessel I; Merckelbach H; Meeren M; Arntz A; Peeters F. Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(4):409-21.
58. Ricarte JJ; Ros L; Latorre JM; Muñoz MD; Aguilar MJ; Hernandez JV. Role of anxiety and brooding in specificity of autobiographical recall. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2016;57(6):495-500.
59. Liu Y; Zhang F; Wang Z; Cao L; Wang J; Na A, et al. Overgeneral autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression. *Psychiatry Research*. 2016;243:123-7.
60. Champagne K; Burkhouse KL; Woody ML; Feurer C; Sosoo E; Gibb BE. Brief report: Overgeneral autobiographical memory in adolescent major depressive disorder. *Journal of Adolescence*. 2016;52:72-5.
61. Scott J; Stanton B; Garland A; Ferrier IN. Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*. 2000;30(2):467-72.

62. Mowlds W; Shannon C; McCusker CG; Meenagh C; Robinson D; Wilson A, et al. Autobiographical memory specificity, depression, and trauma in bipolar disorder. *The British Journal Of Clinical Psychology*. 2010;49(Pt 2):217-33.
63. Van Lier J; Vervliet B; Vanbrabant K; Lenaert B; Raes F. Abstract Thinking about Negative Events in Dysphoric Students Leads to Negative Generalization. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2014;5:314-28.
64. Szymborska W. Nic dwa razy. Wybór wierszy. Nothing Twice. Selected Poems. Kraków: Wydawnictwo Literackie, 2016. Wyd. 2; 2016. str. 212-215.
65. Lenaert B; Claes S; Raes F; Boddez Y; Joos E; Vervliet B, et al. Generalization of conditioned responding: Effects of autobiographical memory specificity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012;43(Supplement 1):S60-S6.
66. Sumner JA; Griffith JW; Mineka S; Rekart KN; Zinbarg RE; Craske MG. Overgeneral autobiographical memory and chronic interpersonal stress as predictors of the course of depression in adolescents. *Cognition & Emotion*. 2011;25(1):183-92.
67. 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. *Journal of Affective Disorders*. 2004;78(1):61-5.
68. Brewin CR; Watson M; McCarthy S; Hyman P; Dayson D. Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research And Therapy*. 1998;36(12):1131-42.
69. van Vreeswijk MF; de Wilde EJ. Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: a meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2004;42:731-43.
70. Poncin M; Neumann A; Luminet O; Vande Weghe N; Philippot P; de Timary P. Disease recognition is related to specific autobiographical memory deficits in alcohol-dependence. *Psychiatry Research*. 2015;230:157-64.
71. Cuervo-Lombard C; Raucher-Chéné D; Barrière S; Van der Linden M; Kaladjian A. Self-defining memories in recently detoxified alcohol-dependent patients. *Psychiatry Research*. 2016;246:533-8.
72. Fowler A-K; Thompson J; Chen L; Dagda M; Dertien J; Dossou KSS, et al. Differential sensitivity of prefrontal cortex and hippocampus to alcohol-induced toxicity. *Plos One*. 2014;9(9):e106945-e.
73. Andersson G; Hesser H; Cima RFF; Weise C. Autobiographical Memory Specificity in Patients with Tinnitus Versus Patients with Depression and Normal Controls. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2013;42(2):116-26.
74. Liu X; Liu Y; Li L; Hu Y; Wu S; Yao S. Overgeneral autobiographical memory in patients with chronic pain. *Pain Medicine (Malden, Mass)*. 2014;15(3):432-9.
75. Debeer E; Raes F; Claes S; Vrieze E; Williams JMG; Hermans D. Relationship between cognitive avoidant coping and changes in overgeneral autobiographical memory retrieval following an acute stressor. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*. 2012;43 Suppl 1:S37-S42.
76. Walker WR; Skowronski JJ; Thompson CP. Life is pleasant - and memory helps to keep it that way! *Review of General Psychology*. 2003;7(2):203-10.
77. Fijalkowska A; Gruszczynski W. Organization of emotional memories in autobiographical memory. *Psychiatria Polska*. 2009;43(3):341-51.
78. Gawinecka M; Wojciechowska J; Maruszewski T. Blednięcie afektywne wspomnień autobiograficznych. *Czasopismo psychologiczne*. 2009;15(1):43-55.
79. Cichoń E; Szczepanowski R. Mechanizmy tłumienia niepożądanych odczuć i myśli w ujęciu metapoznawczym. *Yearbook of Cognitive Science/ Rocznik Kognitywistyczny*. 2015;8:79-89.

80. Walker WR; Skowronski J; Gibbons J; Vogl R; Thompson R. On the emotions that accompany autobiographical memories: Dysphoria disrupts the fading affect bias. *Cognition & Emotion*. 2003;17(5):703-723.
81. Walker WR; Yancu CN; Skowronski JJ. Trait anxiety reduces affective fading for both positive and negative autobiographical memories. *Advances in Cognitive Psychology*. 2014;10(3):81-9.
82. Matt GE; Vazquez C; Campbell WK. Mood-congruent recall of affectively toned stimuli – a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 1992;12(2):227-55.
83. Werner-Seidler A; Moulds ML. Autobiographical memory characteristics in depression vulnerability: Formerly depressed individuals recall less vivid positive memories. *Cognition & Emotion*. 2011;25(6):1087-103.
84. Wisco BE; Nolen-Hoeksema S. Valence of autobiographical memories: The role of mood, cognitive reappraisal, and suppression. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(4):335-40.
85. Mitchell AEP. Phenomenological characteristics of autobiographical memories: Responsiveness to an induced negative mood state in those with and without a previous history of depression. *Advances in Cognitive Psychology*. 2016;12(2):105-14.
86. Dillon DG. The neuroscience of positive memory deficits in depression. *Frontiers in Psychology*. 2015;6:1-12.
87. Taylor SE; Brown JD. Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychological Bulletin*. 1988;103(2):193-210.
88. Noble RN; Heath NL; Toste JR. Positive Illusions in Adolescents: The Relationship Between Academic Self-Enhancement and Depressive Symptomatology. *Child Psychiatry & Human Development*. 2011;42(6):650-65.
89. Taylor SE; Brown JD. Positive Illusions and Well-Being Revisited: Separating Fact From Fiction. *Psychological Bulletin*. 1994;116(1):21-7.
90. Moore MT; Fresco DM. Depressive realism: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2012;32:496-509.
91. Haaga DAF; Beck AT. Perspectives on depressive realism: Implications for cognitive theory of depression. *Behaviour Research and Therapy*. 1995;33(1):41-8.
92. Carson RC; Hollon SD; Shelton RC. Depressive realism and clinical depression. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48:257-65.
93. Mellibruda J. Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia; 2002: Available from: <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/675-psychologiczna-koncepcja-mechanizmow-uzaleznienia.html>.
94. Gillihan SJ; Kessler J; Farah MJ. Memories affect mood: Evidence from covert experimental assignment to positive, neutral, and negative memory recall. *Acta Psychologica*. 2007;125:144-54.
95. Maruszewski T. Funkcje pamięci autobiograficznej. *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. str. 73-89.
96. Mellibruda J. Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*. 1997;3(28):277-306.
97. Janssen SMJ; St. Jacques PL; Rubin DC. The temporal distribution of autobiographical memory: Changes in reliving and vividness over the life span do not explain the reminiscence bump. *Memory and Cognition*. 2011;39(1):1-11.
98. Sheldon S; Levine B. Same as it ever was: Vividness modulates the similarities and differences between the neural networks that support retrieving remote and recent autobiographical memories. *Neuroimage*. 2013;83:880-91.

99. Lalayants M; Prince JD. Loneliness and Depression or Depression-Related Factors Among Child Welfare-Involved Adolescent Females. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2015;32(2):167-176.
100. Houtjes W; van Meijel B; van de Ven PM; Deeg D; van Tilburg T; Beekman A. The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: a longitudinal study in the community. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. 2014;29(10):1010-7.
101. Medora NP; Woodward JC. Loneliness and alcoholism. *Wellness Perspectives*. 1990;6(3):42.
102. Rybak-Korneluk A; Wichowicz HM; Żuk K; Dziurkowski M. Pamięć autobiograficzna i jej znaczenie w wybranych zaburzeniach psychicznych. *Psychiatria Polska*. 2016;50(5):959-72.
103. Eigenhuis E; Seldenrijk A; van Schaik A; van Oppen P; Raes F. Feasibility and Effectiveness of Memory Specificity Training in Depressed Outpatients: A Pilot Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2017;24(1):269-77.
104. 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. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;56:68-74.
105. Arjmandnia A; Namjoo S. Efficacy of memory specificity training (MEST) on underlying mechanisms of overgeneral autobiographical memory (OGM) in people with major depression and childhood traumatic experience. *Journal of Isfahan Medical School*. 2015;33(329).
106. Raes F; Williams JMG; 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;40(1):24-38.

10. ZAŁĄCZNIKI

10.1 Kwestionariusz Test Pamięci Autobiograficznej

Wiek:

Płeć: K/ M

Wykształcenie: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe – właściwe podkreślić

Określ swój aktualny nastrój, przy czym 1 to zdecydowanie negatywny, a 7 to zdecydowanie pozytywny.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Określ swój aktualny poziom stresu (napięcia), przy czym 1 to zdecydowanie zrelaksowany, a 7 to zdecydowanie zestresowany.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

TEST PAMIĘCI AUTOBIOGRAFICZNEJ

Instrukcja

Jestem zainteresowany(a) Twoją pamięcią wydarzeń, które miały miejsce w Twoim życiu. Przeczytam Ci pewne słowa. Dla każdego kolejnego słowa chcę, abyś pomyślał o zdarzeniu, które Ci się przydarzyło, a o którym przypomina Ci to słowo. Wydarzenie to mogło mieć miejsce ostatnio (np. wczoraj, w zeszłym tygodniu) lub dawno temu. Mogło to być ważne albo banalne zdarzenie.

Jeszcze jedno: wspomnienie, które przywołasz powinno być konkretnym wydarzeniem – wydarzeniem, które trwało mniej niż jeden dzień i wystąpiło w określonym miejscu i czasie. Jeśli podałabym słowo „dobry”, odpowiedź „Zawsze świetnie się bawię na dobrej imprezie” nie byłaby poprawna, ponieważ nie dotyczy konkretnego zdarzenia. Ale poprawną odpowiedzią byłoby "Dobrze się bawiłem na przyjęciu Asi", bo jest to konkretne zdarzenie. Ważne jest, żebyś spróbował(a) przywołać inne wspomnienie lub wydarzenie dla każdego słowa. Spróbujmy dwóch słów dla poćwiczenia:

deszcz

gazeta

Podpowiedź: *Czy możesz pomyśleć o konkretnym czasie? Jednym określonym wydarzeniu?*

1. szczęśliwy		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

2. samotny		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

3. obiecujący		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

4. przestraszony

<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event			Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3	

5. podekscytowany

<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event			Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3	

6. smutny

<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event			Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3	

7. dummy		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

8. zły		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

9. bystry		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

10. okropny		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

11. kochany		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

12. zawstydzony		
<input type="checkbox"/> specific <input type="checkbox"/> extended <input type="checkbox"/> categoric <input type="checkbox"/> semantic association <input type="checkbox"/> no response <input type="checkbox"/> same event		Prompt for clarification <input type="checkbox"/>
1	2	3

Proszę, żebyś określił teraz na ile były **przyjemne lub przykre** były podane przez Ciebie wspomnienia. Podaj przy każdym wspomnieniu (w kolumnie tabeli oznaczonej nr 1) cyfrę od 1 do 7, gdzie:

*1 to zdecydowanie **nieprzyjemny**,
a 7 to zdecydowanie **przyjemny**.*

Spróbuj określić przy każdym wspomnieniu, na ile jest ono **żywe i wyraziste**, to jest czy przypominają Ci się obrazy i szczegóły z nim związane. Podaj przy każdym wspomnieniu (w kolumnie tabeli oznaczonej nr 2) cyfrę od 1 do 7, gdzie

*1 to **niewielkim stopniu wyraziste**,
a 7 w **dużym stopniu wyraziste**.*

Pomyśl ponownie o wymienionych przez Ciebie zdarzeniach i postaraj się przypomnieć sobie, kiedy się wydarzyły lub ile miałeś lat w tych wspomnieniach. Podaj swój wiek lub datę przy każdym z nich (w kolumnie tabeli oznaczonej nr 3) na tyle szczegółowo, na ile potrafisz sobie przypomnieć. Jeżeli wspomnienie dotyczy wydarzenia, które trwało przez dłuższy okres czasu, podaj swój wiek, gdy się ono zaczęło.

Dziękujemy za udział w badaniu.

Oznaczenia (dla badacza)

4 – specific – odpowiedź odnosi się do jednego specyficznego momentu lub określonego czasu

3 – extended – odpowiedź odnosi się do dłuższego okresu czasu (trwającego dłużej niż jeden dzień)

2 – categoric – odpowiedź dotyczy powtarzającej się aktywności lub kategorii podobnych zdarzeń bez określonego dokładnego czasu

1 – semantic association – odpowiedź to skojarzenie semantyczne

0,5 – same event – odpowiedź to zdarzenie wymienione wcześniej

0 – no response – brak odpowiedzi

Prompt for clarification – podpowiedź dla doprecyzowania („Czy możesz pomyśleć o konkretnym czasie? Jednym określonym wydarzeniu?”)

10.2 Skala Depresji Becka

Data badania
Imię i nazwisko pacjenta
.....
Data urodzenia
.....
BDI
W każdym punkcie proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.
Ocena dotyczy ostatniego miesiąca.
A. 0. Nie jestem smutna /smutny ani przygnębiona /przygnębiony. 1. Odczuwam często smutek, przygnębienie. 2. Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć. 3. Jestem stale tak smutna/ smutny i nieszczęśliwa /nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.
B. 0. Nie przejmuję się zbytnio przyszłością. 1. Często martwię się o przyszłość. 2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka. 3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.
C. 0. Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań. 1. Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni. 2. Kiedy spoglądam na to, co robiłam /robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań. 3. Jestem zupełnie niewydolna /niewydolny i wszystko robię źle.

<p>D. 0. To, co robię sprawia mi przyjemność.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie cieszy mnie to, co robię. 2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia. 3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży.
<p>E. 0. Nie czuję się winny / winna ani wobec siebie ani wobec innych.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dość często miewam wyrzuty sumienia. 2. Często czuję, że zawiniłam / zawiniłem. 3. Stale czuję się winna / winny.
<p>F. 0. Sądzę, że nie zasługuję na karę.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sądzę, że zasługuję na karę. 2. Spodziewam się ukarania. 3. Wiem, że jestem karana / karany.
<p>G. 0. Jestem z siebie zadowolona / zadowolony.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie jestem z siebie zadowolona / zadowolony. 2. Czuję niechęć wobec siebie. 3. Nienawidzę siebie.
<p>H. 0. Nie czuję się gorsza / gorszy od innych ludzi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolna / nieudolny i popełniam błędy. 2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy. 3. Winię siebie za wszystko zło, które istnieje.
<p>I. 0. Nie myślę o odebraniu sobie życia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Myślę o samobójstwie, ale nie mogłabym / nie mógłbym tego zrobić. 2. Pragnę odebrać sobie życie. 3. Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność.

<p>J. 0. Nie płaczę częściej niż zwykle.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Płaczę częściej niż dawniej. 2. Ciągłe chce mi się płakać. 3. Chciałbym / chciałabym płakać, ale nie jestem w stanie.
<p>K. 0. nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej. 2. Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony. 3. Wszystko, co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne.
<p>L. 0. Ludzie interesują mnie tak, jak dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej. 2. Utraciłem / łąm większość zainteresowań innymi ludźmi. 3. Utraciłem / łąm wszelkie zainteresowania innymi ludźmi.
<p>M. 0. Decyzje podejmuję łatwo, tak, jak dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji. 2. Mam dużo trudności z podjęciem decyzji. 3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji.
<p>N. 0. Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nie atrakcyjnie. 2. Czuję, że wyglądam gorzej. 3. Jestem przekonany / przekonana, że wyglądam okropnie i odpychająco.
<p>O. 0. Mogę pracować, jak dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność. 2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek. 3. Nie jestem w stanie nic robić.

<p>P. 0. Sypiam dobrze, jak zwykle.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sypiam gorzej niż dawniej. 2. Rano budzę się 1-2 godziny za wcześnie i trudno jest mi ponownie zasnąć. 3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć.
<p>Q. 0. Nie męczę się bardziej niż dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio. 2. Męczę się wszystkim, co robię. 3. Jestem zbyt zmęczona /zmęczony, by robić cokolwiek.
<p>R. 0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mam trochę gorszy apetyt. 2. Apetyt mam wyraźnie gorszy. 3. Nie mam w ogóle apetytu.
<p>S. 0. Nie tracę na wadze (w ostatnim miesiącu)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Straciłam / straciłem na wadze więcej niż 2 kg. 2. Straciłam / straciłem na wadze więcej niż 4 kg. 3. Straciłam / straciłem na wadze więcej niż 6 kg. <p>Jadam specjalnie mniej, aby stracić na wadze: 1. tak 2. nie</p>
<p>T. 0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle. 2. Stan mojego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę. 3. Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć.
<p>U. 0. Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jestem mniej zainteresowana / zainteresowany sprawami płci / seksu. 2. Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują. 3. Utraciłam / utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksu.
<p>SUMA PUNKTOW:</p> <p>UWAGI</p>

Skala Depresji Becka (BDI)

za graniczną przyjmuje się zwykle wartość 10 lub 12 pkt. W Polsce raczej przyjmuje się granicę 12 punktów.

Należy zwrócić uwagę na pytanie S: jeśli pacjent chudnie, bo stosuje dietę na przykład zalecaną przez lekarza to nie należy traktować tego, jako objaw depresji i wówczas punktów nie wliczamy. Namysłu wymaga natomiast sytuacja, kiedy mamy do czynienia z osobą, u której podejrzewamy zaburzenia odżywiania się.

	normy niemieckie	normy amerykańskie
brak depresji	0 – 11	0 – 9
łagodna	12 – 19	10 – 15
umiarkowana	20 – 25	16 – 23
ciężka	26 i powyżej	24 i powyżej
(max. 63 pkt)		

10.3 Skala Depresji Hamiltona

Skala Depresji Hamiltona (HAM-D) (1960)

~ najczęściej stosowana skala (złoty standard) w ocenie zaburzeń depresyjnych w psychiatrii ogólnej

~ badanie przeprowadzone przez doświadczonego klinicystę zajmuje około 20-30 minut

~ wersja 21-punktowa i wersja 17-punktowa (ostatnie cztery punkty nie mierzą nasilenia depresji, więc częściej stosuje się skale krótszą)

~ ocena od 0 do czterech punktów

~ ocena skali 17-punktowej: 0-7 bez zaburzeń depresyjnych, 8-12 łagodna depresja, 13-17 depresja o nasileniu umiarkowanym, 18-29 ciężka depresja, 30-52 bardzo ciężka depresja

~ niektóre z punktów skali mogą powodować fałszywie dodatnie wyniki (*overdiagnose*) u pacjentów w wieku podeszłym (np. dotyczące problemów somatycznych), dlatego uważa się, że jest to skala mało specyficzna dla depresji wieku podeszłego

1. Nastrój depresyjny

0 = *Nie stwierdza się*

1 = *Ujawniany przez pacjenta dopiero po zapytaniu*

2 = *Ujawnia depresję spontanicznie*

3 = *Stwierdza się niewerbalne przejawy depresji (wyraz twarzy; głos, płacz)*

4 = *Depresja stanowi jedyny typ nastroju ujawniany drogą werbalną i niewerbalną*

2. Poczucie winy

0 = *Nie stwierdza się*

1 = *Poczucie sprawienia zawodu innym, wymówki wobec siebie*

2 = *Rozważania o winie, błędach popełnionych w przeszłości*

3 = *Przekonanie, że obecna choroba jest karą, urojenie winy*

4 = *Omamy słuchowe o treści oskarżającej pacjenta, denuncjującej*

3. Zniechęcenie do życia, myśli, tendencje samobójcze

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Poczucie, że nie warto żyć*
- 2 = *Pragnienie (życzenie) śmierci, np. drogą naturalną*
- 3 = *Myśli o samobójstwie, zamiary*
- 4 = *Próby samobójcze (brać pod uwagę jedynie poważne)*

4. Zaburzenia zasypiania

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Sporadyczne trudności z zasypianiem (oczekiwanie na sen ponad 0,5 godziny)*
- 2 = *Częste, znaczne trudności z zasypianiem*

5. Sen płytki, przerywany

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Płytki, niespokojny sen*
- 2 = *Budzenie się w nocy; opuszczanie łóżka (nie oceniać budzenia się w związku z potrzebami fizjologicznymi)*

6. Wczesne budzenie się

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Budzenie się nad ranem i ponowne zasypianie*
- 2 = *Budzenie się zbyt wczesne z niemożnością ponownego uśnięcia*

7. Aktywność złożona, praca

- 0 = *Nie stwierdza się zaburzeń aktywności*
- 1 = *Poczucie obniżonej wydolności, niechęć do podejmowania aktywności złożonej*
- 2 = *Utrata zainteresowań i chęci do działania, wykonywania pracy; hobby*
- 3 = *Zmniejszenie liczby godzin przeznaczonych na aktywność złożoną (praca, rozrywki, hobby); w szpitalu: gdy pacjent zajmuje się aktywnością złożoną poniżej 3 godzin dziennie*
- 4 = *Niezdolność do pracy, przerwa pracy, w oddziale brak przejawów spontanicznej aktywności*

8. Spowolnienie, zahamowanie

(myślenia, mowy, upośledzenie koncentracji uwagi, obniżenie aktywności ruchowej w czasie badania)

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Nieznaczone*
- 2 = *Wyraźne spowolnienie*
- 3 = *Na skutek zahamowania – trudności w przeprowadzeniu badania*
- 4 = *Ośłupienie*

9. Niepokój, podniecenie ruchowe

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Zaznaczony niepokój manipulacyjny*
- 2 = *Wyraźny niepokój manipulacyjny; przebieranie palcami, bawienie się włosami*
- 3 = *Niepokój ruchowy; niemożność przebywania w jednym miejscu*
- 4 = *Podniecenie ruchowe, wykręcanie rąk, obgryzanie paznokci, wyrywanie włosów, przygryzanie warg*

10. Lęk - objawy depresyjne

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Subiektywne: napięcie, rozdrażnienie*
- 2 = *Martwienie się drobiazgami*
- 3 = *Cechy lęku w wyrazie twarzy i w wypowiedziach*
- 4 = *Lęk i obawy ujawniane spontanicznie przez pacjenta*

11. Lęk - objawy somatyczne

(oceniać: suchość w jamie ustnej, biegunki, wzdęcia, palpacje, objawy hiperwentylacji, pocenie się, częste oddawanie moczu, zawroty głowy, nieostre widzenie)

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Łagodnie (nieznacznie) nasilone*
- 2 = *Umiarkowanie nasilone*
- 3 = *Znaczne (ciężkie) nasilenie*
- 4 = *Nasilenie bardzo duże, dominuje*

12. Przewód pokarmowy, brak apetytu, zaparcia

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Brak apetytu, ale pokarmy spożywa bez pomocy personelu*
- 2 = *Jada mało, pod namową lub przy pomocy personelu, stałe zaparcia (potrzeba stosowania laxantia)*

13. Objawy somatyczne ogólne

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Uczucie ciężaru w głowie, karku, barkach, wzmożona męczliwość, utrata energii*
- 2 = *Znaczne nasilenie dolegliwości wymienionych w punkcie 1*

14. Utrata libido, popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Nasilenie łagodne*
- 2 = *Nasilenie znaczne*
- x = *Nie dotyczy*

15. Hipochondria

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Zaabsorbowanie problemem własnego ciała*
- 2 = *Nadmierna dbałość o zdrowie, obawy przed chorobą*
- 3 = *Narzekanie i skargi na złe zdrowie, żądanie pomocy, leczenia*
- 4 = *Urojenia hipochondryczne*

16. Ubytek masy ciała

A = Ocena danych z wywiadu (przeszłość)

- 0 = *Nie stwierdza się*
- 1 = *Prawdopodobnie wystąpiła utrata masy w związku z obecną chorobą*
- 2 = *Potwierdzona utrata masy ciała*

B = Ocena stanu aktualnego (oceniać okres 1 tygodnia)

- 0 = *Poniżej 0,5 kg*
- 1 = *Od 0,5 do 1 kg (na tydzień)*
- 2 = *Powyżej 1 kg (na tydzień)*

17. Krytycyzm (wgląd)

O 0 = *Poczucie obecności depresji jako choroby (krytycyzm zachowany)*

O 1 = *Krytycyzm częściowo zachowany – poczucie obecności choroby; ale jest ona następstwem np. wadliwej diety; infekcji przemęczenia itp.*

O 2 = *Brak krytycyzmu*

10.4 Test bMAST

bMAST

Udzielenie co najmniej 5 twierdzących odpowiedzi na pytania zawarte w skróconej wersji testu MAST (bMAST) jest, zdaniem niektórych badaczy, wystarczającym kryterium do rozpoznania uzależnienia od alkoholu. Pytania te brzmią:

1. Czy uważasz, że pijesz w taki sam sposób jak większość ludzi?
2. Czy Twoi przyjaciele bądź krewni uważają, że Twoje picie nie mieści się w normie?
3. Czy kiedykolwiek brałeś udział w spotkaniu Anonimowych Alkoholików?
4. Czy straciłeś kiedykolwiek przyjaciela lub dziewczynę z powodu picia?
5. Czy miałeś kiedykolwiek kłopoty w pracy z powodu alkoholu?
6. Czy z powodu picia zaniedbałeś kiedykolwiek swoje obowiązki, sprawy rodzinne lub opuściłeś pracę kilka dni pod rząd?
7. Czy miałeś kiedykolwiek *delirium tremens* (majaczenie alkoholowe), nasilone drżenia czy po nadużyciu alkoholu słyszałeś głosy lub widziałeś nie istniejące rzeczy?
8. Czy z powodu picia zwracałeś się kiedykolwiek do kogokolwiek z prośbą o radę?
9. Czy przebywałeś kiedykolwiek w szpitalu z powodu picia?
10. Czy byłeś kiedykolwiek zatrzymany za prowadzenie pojazdu po użyciu alkoholu lub czy kiedykolwiek prowadziłeś pojazd po wypiciu alkoholu?