

عملکرد افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در تکالیف حافظه کاذب □

Performance of Patients with Major Depressive Disorder in False Memory Task □

Ali Heydari, M.Sc.

Alireza Moradi, Ph.D. ✉

Mohammad Hosein Abdollahi, Ph.D.

Hadi Parhun, M.Sc.

Yazdan Naderi, M.Sc.

علی حیدری *

دکتر علیرضا مرادی *

دکتر محمد حسین عبداللہی *

هادی پرهون *

یزدان نادری *

Abstract

Research data indicates that major depression patients were suffering from deficits in cognitive functions such as memory, attention, information processing. False memory in depression is a challenging issue in this area of research. Investigation of auditory and visual false memory in these patients is the purpose of present article. The selected samples in this causal-comparative study include 21 patients suffering from major depression according to DSMIV-TR criteria and 21 normal subjects who were matched by age, sex, and socio-economic status. The instruments were included the Beck's Depression Inventory, the Beck's Anxiety Inventory, the Visual and Verbal False Memories Tasks which prepared according to the Deese-Roediger-McDeMott's (DRM) paradigm. The results indicate that depressed patients produced more false memories (both verbal and visual) than the normal control subjects in both verbal and visual tasks. The findings of this research are interpretable within the framework of the cognitive theories of depression.

Keywords: visual false memory, verbal false memory, major depression disorder

چکیده

هدف پژوهش حاضر شناخت وجود حافظه کاذب شنیداری و دیداری در بیماران افسرده اساسی است. در یک مطالعه علی-مقایسه ای با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۲۱ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۲۱ نفر افراد بهنجار عادی که در متغیرهای سن، جنس، هوش و سطح تحصیلات همگن شده بودند، انتخاب و در مطالعه شرکت کردند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه ساختار یافته SCID، سیاهه افسردگی بک ویراست ۲، سیاهه اضطراب بک، مقیاس هوشی وکسلر و مجموعه تکالیف حافظه کاذب شنیداری و دیداری تهیه شده بر اساس پارادایم رودریگر و مک درمورت (۱۹۹۵) بود. داده های حاصله از طریق تحلیل واریانس چند متغیری یک راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج نشان داد افراد افسرده اساسی در تکالیف مربوط به حافظه کاذب هم در بعد شنیداری و هم در بعد دیداری نسبت به افراد عادی نمرات بالایی کسب کردند که حاکی از وجود حافظه کاذب در این افراد است. به عبارت دیگر گروه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نسبت به گروه بهنجار حافظه کاذب بیشتری را تولید کردند. یافته های پژوهش جاری موبد وجود مشکلات حافظه و بویژه حافظه کاذب در بیماران مبتلا اختلال افسردگی اساسی بوده و این یافته ها در چارچوب نظریه های مربوط به شکل گیری حافظه کاذب در این بیماران قابل تفسیر است.

کلید واژه ها: حافظه کاذب شنیداری، حافظه کاذب دیداری، اختلال افسردگی اساسی

□ Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, I.R.Iran
✉ Email: moradi90@yahoo.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۷ تصویب نهایی: ۱۳۹۳/۶/۳۰
* گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی، مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، پژوهشکده علوم شناختی

● مقدمه

افسردگی اساسی یکی از شایع ترین اختلال های روانی می باشد (سرانو و همکاران، ۲۰۱۰). برآوردهای همه گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع طول عمر اختلال بین ۱۳ تا ۱۹ درصد و شیوع آن در میان زنان ۲/۷ برابر بیشتر از مردان است (هاسین و همکاران، ۲۰۰۵؛ گابیلوندو، ۲۰۱۰). بار قابل ملاحظه، اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و میزان شیوع سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد در جمعیت عمومی همراه با در نظر داشتن میزان «خطر در طول زندگی»^۱ برابر ۱۷-۱۹ درصد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳)، همچنان افسردگی را به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها ننگه داشته است. افراد مبتلا به افسردگی نقص‌های شناختی متنوعی از جمله اختلال در حافظه، توجه و حل مسئله را نشان می دهند (لوین و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که این افراد داری نواقصی در حافظه شرح حال، حافظه معنایی، حافظه کوتاه مدت و حافظه کاری می باشند (کاستاندا و همکاران، ۲۰۰۷؛ لوین و همکاران، ۲۰۰۷). فرض بر این است که علت اختلال های شناختی گسترده در میان افراد افسرده، تفاوت‌های زیستی عصبی از جمله بالا بودن میزان گلوکوکورتیکوئیدها،^۲ کاهش عملکرد قشر پری فرونتال و کاهش حجم هیپوکامپ است (کمپیل و مک کوئین، ۲۰۰۴). اما در دهه‌های اخیر مطالعه رابطه میان اختلال های هیجانی و ابعاد شناختی به طور گسترده مدنظر پژوهشگران قرار گرفته است. نتایج این مطالعات کمک قابل ملاحظه‌ای به ظهور و تکوین مدل های شناختی اختلال های هیجانی کرده است. از جمله این موارد می‌توان به مدل شبکه ای باور (۱۹۹۲)، «الگوی پردازش اطلاعاتی»^۳ ویلیامز و همکاران (۱۹۸۶)؛ به نقل از مکینگر،^۴ (۲۰۰۰)، و الگوی شناختی اختلال PTSD (۲۰۰۴) اشاره کرد، که معتقدند افراد مضطرب بیشتر حوادث تهدید کننده و افراد افسرده اغلب اطلاعات منفی را به خاطر سپرده و به نظر می رسد یادآوری چنین اطلاعاتی منجر به اضطراب و افسردگی می شود (برمر و همکاران، ۲۰۰۰). یافته‌های پژوهش‌های متعدد نشان می دهد که حالات خلقی و هیجانات، حافظه را به طرق مختلف تحت تأثیر قرار می دهند (استرویک و کل، ۲۰۰۵؛ رودر و بلس، ۲۰۰۳)، و افراد مبتلا به افسردگی در مقایسه با افراد سالم حافظه کاذب بالایی را نشان می دهند (جرمان، تیچمن و گوتلیب، ۲۰۰۹). «حافظه کاذب»^۵ یکی از انواع مشکلات حافظه است

که بیشتر در اختلال‌هایی نظیر افسردگی و اختلال‌های تجزیه‌ای روی می‌دهد (جرمان و همکاران، ۲۰۰۹؛ جلینگ و همکاران، ۲۰۰۹). حافظه کاذب عبارت است از یادآوری وقایعی که هرگز تجربه نشده یا تحریف تجربه‌ها به طوری که افراد گاهی وقایعی را به یاد می‌آورند که هرگز رخ نداده در حالیکه جزئیات آن را به دقت بیان می‌کنند (لدینگ و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌های زیادی در اهمیت و نقش حافظه کاذب در آسیب‌های روانی انجام شده است. برای مثال، *گراسی اولیویرا* و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی متوجه شدند که زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که دارای تاریخچه «محرومیت عاطفی در دوران کودکی»^۶ (CEN) بودند نسبت به زنان سالم حافظه کاذب بیشتری تولید می‌کنند. همچنین یه و هوا (۲۰۰۹) در پژوهش خود به این یافته رسیدند که افراد افسرده در تکلیف حافظه کاذب (در هر دو ماده مثبت و منفی) نسبت به گروه سالم نمرات بیشتری گرفتند؛ به علاوه گزارش برزن و همکاران (۲۰۰۷) حاکی از این است که افسردگی و حافظه کاذب با هم ارتباط مستقیم دارند. بر اساس نظریه ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) نحوه پردازش شناختی در مبتلایان به اختلال افسردگی بدین صورت است که بیماران افسرده اولویت پردازش را در مرحله بسط به اطلاعات منطبق با خلق می‌دهند و در نتیجه در آنان سوگیری حافظه به وجود می‌آید، بر طبق نظر آنها تأثیر اختلال افسردگی بر روی فرایندهای شناختی فعال است، لذا اثرات اختلال افسردگی به طور عمده متوجه فرایند حافظه می‌گردد. از طرف دیگر نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که در حالت خلق منفی، بازشناسی حافظه در یادآوری مواردی که قبلاً مشاهده شده دچار آسیب می‌شود نه در بازشناسی مواد بر مبنای آشنا بودن آن‌ها (درکیفورد و همکاران، ۲۰۱۰). چنین مطالعاتی، نواقص حافظه در افراد افسرده را در سطح یادآوری بخش‌های مربوط به بازشناسی حافظه محدود می‌کند. به نظر می‌رسد که مشکلات حافظه افراد افسرده فراتر از چنین محدودیت‌هایی است، به ویژه زمانی که پردازش دیداری با پردازش شنیداری مقایسه می‌شود، از این رو حافظه مواد دیداری ممکن است با حافظه مواد شنیداری متفاوت باشد. برای مثال بیکر و جیساپ (۱۹۸۰) مطرح کرده‌اند که پردازش کلامی بیشتر با تفکرات افسردگی مشخص می‌شود تا پردازش دیداری و این در مطالعاتی که اطلاعات دیداری را در مقایسه با اطلاعات کلامی بکار برده‌اند مشخص شده است، چرا که اطلاعات دیداری بیشتر از اطلاعات شنیداری همراه با امیدواری و رضایت،

ارزش گذاری شدند. به اعتقاد بدلی (۲۰۰۷) چنین تفاوتی می تواند به این نکته برگردد که پردازش تصویری احتمالاً با مدل های حافظه کاری که برای پردازش های شنیداری پیشنهاد شده است انطباق کامل ندارد. همچنین نتایج مطالعات مختلف نشان می دهد، افراد مبتلا به اختلال های روان شناختی مانند «اختلال تنیدگی پس از سانحه» و «اختلال سوء مصرف مواد» که از نشانه های افسردگی رنج می بردند، در مقایسه با گروه کنترل بهنجار و افرادی که تنها دارای اختلال روان شناختی خاص بوده و علائم افسردگی نداشته اند در تولید حافظه کاذب تفاوت دارند و حافظه کاذب بیشتری در تولید شده است (مکینگر و همکاران، ۲۰۰۴). اغلب یافته های پژوهشی حکایت از وجود یک رابطه مثبت معنادار میان افسردگی و حافظه کاذب جمعیت های خاص با مشکلاتی مانند اختلال تنیدگی پس از سانحه یا کسانی که ربوده شده اند، وجود دارد (کلنسی و همکاران، ۲۰۰۰). همانطور که ملاحظه می شود، فهم تعامل پیچیده خلق و حافظه مهم است و می تواند نقش حیاتی در درک اختلال های هیجانی داشته باشد (جورمن و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین به نظر می رسد پژوهش در زمینه حافظه کاذب در آغاز راه بوده و برای ارائه تصویری روشن از مسئله نیاز به یافته های بیشتری دارد زیرا این مشکل به صورت مختلف در اختلال های متفاوت خود را نشان می دهد، اختلال هایی که از منظر مشکلات حافظه بسیار متفاوت است. با عنایت به وجود نقاط مبهم فراوان در چگونگی تولید حافظه کاذب در افراد مبتلا به افسردگی پژوهش حاضر قصد دارد حافظه کاذب را در دو جنبه دیداری و شنیداری در افراد مبتلا به افسردگی اساسی مورد بررسی قرار دهد. اغلب پژوهش هایی که در خصوص حافظه کاذب در بیماران مبتلا به اختلال های هیجانی انجام شده بیشتر به بررسی حافظه کاذب دیداری و کمتر به حافظه کاذب شنیداری پرداخته اند و در کمتر پژوهشی حافظه کاذب دیداری و شنیداری در یک مطالعه مد نظر قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی وجود حافظه کاذب دیداری و شنیداری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

● روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، جزء پژوهش های بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده ها از نوع مطالعه های توصیفی (علی - مقایسه ای) به شمار می رود. «جامعه آماری» پژوهش را مراجعان سرپایی مراکز خصوصی روانپزشکی و مراکز خدمات مشاوره و

روان شناختی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۱ که حداقل یکبار تشخیص اختلال افسردگی را بر اساس ملاک های DSM-IV-TR، توسط روانپزشک دریافت کرده بودند، تشکیل دادند. از میان مراجعین مراکز ۲۱ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با انجام مصاحبه ساختار یافته انتخاب شدند. سپس ۲۱ نفر فرد سالم که در متغیر های متغیرهای سن و سطح تحصیلات و جنس با گروه افسرده شده همتا شده بودند انتخاب گردید. دامنه سنی افراد نمونه انتخاب شده از ۲۶ الی ۴۸ و میانگین سنی آنها ۴۱/۷۱ سال با انحراف معیار (۴/۷) بود. در متغیر جمعیت شناختی سطح تحصیلات نمونه مورد پژوهش به چهار گروه (سیکل، دیپلم، فوق دیپلم و بالاتر) تقسیم شدند که بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلاتی سیکل و دیپلم هر کدام با ۸ نفر و کمترین فراوانی به گروه فوق دیپلم و بالاتر با ۵ نفر اختصاص داشت. همچنین در متغیر جمعیت شناختی وضعیت تأهل، ۱۶ نفر از نمونه انتخاب شده مجرد، ۲۱ نفر متأهل و ۵ نفر مطلقه بودند.

ملاک های ورود آزمودنی ها شامل: دریافت تشخیص افسردگی اساسی توسط روانپزشک، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایتنامه کتبی و داشتن تحصیلات حداقل سال سوم راهنمایی بود

● ابزار

ملاک های خروج شامل وجود اختلال و ویژگی های روان گسستگی، مصرف مواد مخدر یا شرایطی که افسردگی قابل انتساب به اثرات مصرف دارو یا مواد مخدر باشد، ابتلا به «اختلال خلقی دو قطبی»^۷، وجود عقب ماندگی ذهنی، وجود تشنج و بیماری های نورولوژیک. لازم به ذکر است که اجرای آزمون ها و تکالیف به صورت انفرادی و ترتیب ارائه به طور تصادفی بود.

□ الف: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های محوری در DSM-IV

(SCID-I): یک مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته است که برای تشخیص گذاری اختلال های عمده محوری بر اساس DSM-IV به کار می رود. SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی معیار شده دیگری در بررسی های روانپزشکی به کار رفته است، زیرا روایی و اعتبار آن خوب گزارش شده است (زانارینی و همکاران، ۲۰۰۱؛ ساجاتویک و رامیرز، ۲۰۰۱). توافق تشخیصی نسخه فارسی SCID-I بالای ۶۰ درصد، توافق کلی برای تشخیص های فعلی

۵۲ درصد و کل تشخیص های کل عمر ۵۵ درصد گزارش شده است (شریفی و همکاران، ۲۰۰۹).

□ **ب: سیاهه افسردگی بک^۸ (ویرایش دوم):** شکل بازنگری شده سیاهه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و شامل ۲۱ ماده است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت افسردگی است انتخاب می کند. چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. بنابراین نمره کل این سیاهه در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. این ویرایش در مقایسه با نسخه اول از همخوانی با معیار های DSM-IV بیشتری برخوردار است. تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی بک را پوشش می دهد. این ابزار با مقیاس درجه بندی هامیلتون، همبستگی ۰/۷۱ دارد و اعتبار بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۹۱ می باشد، همسانی درونی این سیاهه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۵). مشخصات روان سنجی آن در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه، ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ بوده است (فتی و همکاران، ۲۰۰۵).

□ **ج: سیاهه اضطراب بک^۹:** این سیاهه یک ابزار خود گزارشی برای اندازه گیری شدت اضطراب بوده و شامل ۲۱ ماده است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می کند. چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. هر یک از مواد یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند. بنابراین نمره کل این ابزار در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. در پژوهشی که کاویانی و موسوی بر روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ نفر بیمار مبتلا به اضطراب بالینی) انجام دادند روایی ($r=0/72, p<0/001$)، اعتبار ($r=0/83, p<0/001$) و ثبات درونی ($\text{Alpha}=0/92$) به دست آمد (کاویانی و موسوی، ۲۰۰۸).

□ **د: مقیاس هوش و کسلر (نسخه کوتاه):** برای ارزیابی بهره هوش آزمودنی ها از نسخه کوتاه مقیاس هوشی و کسلر استفاده شد. این نسخه شامل خرده آزمون های گنجینه لغات و طراحی مکعب بود که یکی از متداول ترین اشکال نسخ کوتاه مقیاس هوشی و کسلر است. متوسط زمان اجرای آن ۲۰ دقیقه است و همبستگی های آن با هوشبهر مقیاس کامل

حدود ۰/۹۰ گزارش شده است (هافمن^{۱۰} و نلسون^{۱۱}، ۱۹۸۸). از نظر مفهومی، گنجینه لغات و طراحی مکعب ها آزمون های مناسبی به شمار می آیند، زیرا هر دو شاخص خوبی از عامل g بوده و تا اندازه زیادی معتبر هستند، و نمونه های مناسب از خرده آزمون های کلامی و عملی را شامل می شوند.

□ ه: تکلیف حافظه کاذب رودیگر و مک درمورت (۱۹۹۵): شامل دو بخش حافظه کاذب شنیداری و حافظه کاذب دیداری است.

○ ۱: تکلیف حافظه کاذب شنیداری: شکل اصلی آزمون شامل ۲۴ فهرست ۱۵ کلمه ای است که توسط آزمونگر خوانده شده و سپس از آزمودنی خواسته می شود تا کلمات را یادآوری کند. در این روش بر اساس تعداد پاسخ های غلط، یا تحریف شده حافظه کاذب شنیداری ارزیابی می شود. این آزمون به فرهنگ خاصی بستگی نداشته و به دلیل ساختار معنایی آن در همه جوامع، مناطق و فرهنگ ها قابل اجرا است. تکالیف این مطالعه بر اساس الگوی رودیگر و مک درمورت (DRM) تهیه گردید. برای سنجش حافظه کاذب مواد منفی از ۵ فهرست واژگان با محتوی افسردگی (برای مثال گریه، تنها و نابود) گردید. اعتبار مواد کلامی به روش آزمون - بازآزمون با فاصله یک هفته با استفاده از روش کوردر-ریچاردسون برابر ۰/۷۸ حاصل شد. اجرای آزمون با استفاده از رایانه انجام گردید. از آزمودنی ها خواسته شد که پس از مشاهده واژه ها در صفحه رایانه کلماتی را که به خاطر می آورد، یاد آوری کنند. لازم به ذکر است که فاصله زمانی میان ارائه هر واژه با واژه بعدی فقط یک ثانیه بود. حداکثر زمانی که به آزمودنی ها داده شد تا واژه ها را بازخوانی کند، دو دقیقه برای هر فهرست در نظر گرفته شد. در مرحله بازشناسی (حداکثر ۳۰ دقیقه پس از مرحله بازشخوانی) به آزمودنی ها گفته شد که اکنون فهرستی را می بینید که باید مشخص کنید که کدام واژه را قبلاً شنیده اید.

○ ۲: تکلیف حافظه کاذب دیداری: برای سنجش حافظه کاذب دیداری، از چهار کلیپ با محتوی هیجانی مختلف شامل مثبت، خنثی و منفی که توسط هاروستیلر و همکاران (۲۰۱۲) استفاده شد. در بازشناسی علاوه بر ۱۲ ماده ی قبلی، ۱۳ ماده جدید نیز که در کلیپ ها وجود نداشت، اضافه گردید. به آزمودنی ها گفته شد که به چهار کلیپ به دقت توجه کنند، زیرا بعداً باید جزئیاتی از هر کلیپ را بازشناسی و بازگو کنند. هر چهار کلیپ برای آزمودنی ها در مکانی ساکت و بدون عوامل مزاحم به نمایش در آمد.

پس از اجرای پژوهش، داده‌های بدست آمده با روش‌های آماری توصیفی انحراف استاندارد و میانگین و آمار استنباطی تحلیل واریانس چند متغیری یک راهه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

● یافته‌ها

در جدول ۱ با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی عملکرد آزمودنی‌های دو گروه در سیاهه افسردگی بک، سیاهه اضطراب بک و مقیاس هوش و کسلسر نشان داده شده است. و همچنین برای مقایسه دو گروه در متغیرهای مورد نظر از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به نمرات سن، هوش، افسردگی و اضطراب در دو گروه پژوهش

سطح معناداری	F	گروه کنترل سالم		گروه افسرده		شاخص‌ها متغیرها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۹۳	۰/۱۴۴	۴/۱۳	۴۰/۸۵	۵/۳۶	۴۲/۵۷	خودآگاهی
۰/۶۵	۱۲/۵۳	۵/۴۴	۱۰۲/۰۰	۳/۶۹	۹۸/۱۴	راهبردهای شناختی
۰/۰۰۱	۲۳۲/۶۸	۲/۵۴	۵/۷۶	۸/۴۲	۳۹/۵۲	برنامه ریزی
۰/۰۰۱	۶۶/۰۲	۲/۷۹	۵/۳۳	۹/۰۹۱	۲۱/۱۹	بررسی خود

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) نشان داد که دو گروه تفاوت معناداری در متغیرهای سن و هوش ندارند، اما گروه بیمار همانطور که انتظار می‌رفت، در مقیاس افسردگی و اضطراب به طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به گروه کنترل بدست آوردند.

نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که به جز تکلیف «حافظه کاذب دیداری خنثی» در بقیه تکالیف حافظه کاذب میان دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت. این نتیجه نشان دهنده حافظه کاذب شنیداری، دیداری منفی و دیداری خنثی بیشتر، در گروه افسرده اساسی نسبت به گروه سالم می‌باشد. بنابراین تحلیل نتایج مربوط به تکالیف مختلف حافظه کاذب نشان داد که تفاوت معناداری در خرده آزمون‌های حافظه کاذب بین گروه افسرده اساسی و گروه بهنجار وجود دارد. (جدول ۲)

جدول ۲. شاخص های آمار توصیفی و استنباطی مربوط به نمرات حافظه کاذب دیداری و شنیداری در دو گروه

سطح معناداری	Sig	F	گروه کنترل سالم		گروه افسرده		شاخص ها متغیرها
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۱/۸۲		۰/۳۳۸	۱/۹۰۴	۲/۰۷	۵	حافظه کاذب شنیداری
۰/۰۰۱	۱/۱۲۷		۱/۹۰	۳/۹۵	۲/۱۴	۴/۷۱	حافظه کاذب دیداری منفی
۰/۰۰۱	۱/۹۰۹		۲/۶۷	۳/۴۷	۲/۷۸	۳/۶۱	حافظه کاذب دیداری مثبت
۰/۰۶۸	۰/۴۷۲		۲/۶۱	۵/۶۱	۲/۷۸	۴/۳۳	حافظه کاذب دیداری خنثی

● بحث و نتیجه گیری

○ در این پژوهش عملکرد افراد مبتلا به افسردگی اساسی با افراد سالم در «تکالیف حافظه کاذب» (دیداری و شنیداری) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد افراد مبتلا به افسردگی اساسی در مقایسه با گروه بهنجار میزان حافظه کاذب (شنیداری و دیداری) بیشتری را گزارش کرده اند. این یافته ها با نتایج پژوهش هایی که نشان دادند که افسردگی با آسیب های حافظه از جمله ناتوانی در یادآوری همراه می باشد همخوان است (لوین و همکاران، ۲۰۰۷، و کمپبل و مک کوئین، ۲۰۰۴) برای تبیین این نتایج می توان به مواردی از ویژگی های شناختی افراد افسرده مانند نشخوارهای ذهنی، سبک های شناختی ناشی از افسردگی و تحریف های شناختی (نظیر انتزاع گزینشی و بیش تعمیم دهی، کمینه سازی و بیشینه سازی) که موجبات تضعیف حافظه و بروز تحریف در حافظه را فراهم می آورد اشاره کرد. نشخوار فکری به عنوان یکی از نشانه های افسردگی می تواند نقش کلیدی در مشکلات حافظه این بیماران داشته باشد. بنابراین نشخوار فکری در این بیماران می تواند منجر به ایجاد حافظه کاذب منفی شود زیرا نشخوار باعث می شود که فرد تمرکز و نظارت کافی بر وقایع اطراف خود نداشته باشد و در نتیجه منجر به تولید حافظه کاذب در آنها گردد. همچنین وجود «حافظه شرح حال کاذب»^{۱۲} در اختلال های اضطرابی و خلقی (بولن و همکاران، ۲۰۱۰)، ممکن است افزایش حافظه کاذب در افراد افسرده را تبیین کند. یافته های پژوهشی نشان می دهد که افراد مبتلا به افسردگی اساسی دارای سوگیری حافظه نسبت به اطلاعات هیجانی می باشد (واتکینز و همکاران، ۱۹۹۶). به نظر می رسد که الگوی نظری اصلی در مورد چنین سوگیری هایی، حافظه همساز با خلق است که گرایش به فراخوانی و یادآوری اطلاعاتی را که از نظر معنایی همساز و هماهنگ با خلق شناخته می شوند را نشان می دهد

(بلینی^{۱۳}، ۱۹۸۶؛ مکولی^{۱۴}، ۱۹۹۱، به نقل از یه و همکاران، ۲۰۰۹). سوگیری‌های حافظه همساز با خلق حاکی از وجود چارچوب شناختی خاص در تبیین حفظ و نگهداری اطلاعات هماهنگ با خلق را در اختلال‌های هیجانی بویژه اضطراب و افسردگی است (تیزدل، ۱۹۸۳، به نقل از یه و همکاران، ۲۰۰۹). طی این فرآیند در افراد افسرده میزان بازشناسی‌های کاذب همساز با خلق را که طی آن، حادثه یا اتفاقی را که واقعاً رخ نداده است را به خاطر می‌آورند، افزایش قابل ملاحظه‌ای می‌یابد. از سوی دیگر در افراد مبتلا به مشکلات خلقی به مقدار زیادی نقص در حافظه فعال (که محل نگهداری و دستکاری اطلاعات است) مشاهده شده است و این نقص با بازبینی ضعیف همراه است. در بررسی *مارتن* و همکاران (۲۰۰۷) دو آزمایش انجام شد که به بررسی عملکرد حافظه فعال و حافظه کاذب پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که عملکرد ضعیف در حافظه فعال (تکلیف ساده) با میزان تولید حافظه کاذب بالاتری همراه است. در آزمایش دوم آن‌ها دریافتند افرادی که عملکرد بهتری در حافظه فعال (تکلیف پیچیده) داشتند حافظه کاذب کمتری را نشان دادند. بنابراین از مطالعه *مارتن* و همکاران (۲۰۰۷) می‌توان نتیجه گرفت که حافظه فعال ضعیف با میزان بالایی از حافظه کاذب در ارتباط است. همچنین مطالعات صورت گرفته با افراد افسرده نشان داد که وجود نشخوار فکری اختصاصی بودن حافظه را تحت تاثیر قرار داده و موجب کاهش و نقص در آن می‌گردد (واتکین و تیزدل، ۲۰۰۱) و در نتیجه احتمال ایجاد حافظه کاذب را افزایش می‌دهد. سبک‌های شناختی بیش‌تعمیم‌دهی و نشخوار فکری، خاطرات کاذب را برای به خاطر آوردن عملی‌تر کرده، و در نتیجه بازشناسی کاذب بیشتری ایجاد می‌شود.

○ همانطور که پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند افراد افسرده از حافظه شرح‌حال کلی برخوردار هستند و در مقایسه با افراد سالم کمتر قادر به بازیابی جنبه‌های اختصاصی خاطرات هستند (برای مثال ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). از طرفی از عوامل موثر در بروز اختلال افسردگی اساسی می‌توان به فقدان‌ها و تجربه‌های منفی اشاره کرد که می‌تواند تبیین‌کننده حافظه کلی شرح‌حال در آنها باشد. در کنار این مفروضه‌ها برخی مطالعات دیگر (برای مثال روبین^{۱۵}، برنتسن^{۱۶} و بونی^{۱۷}، ۲۰۰۸) موضوع مربوط به هیجانات را با اهمیت تلقی می‌کنند که افراد مبتلا به افسردگی اساسی از نظر هیجانی دچار مشکلات جدی هستند و به نظر می‌رسد که حافظه مربوط به افسردگی تحت تاثیر هیجان ناشی از تجربه حوادث

منفی از شکل متعادل خود خارج شده است و برای فهم آن احتیاجی به مکانیسم ویژه‌های نیست. با این وجود اکثر دیدگاه‌ها در رابطه با نقش مرکزی حافظه شرح حال در جهت فهم و شناسایی افسردگی اساسی و درمان آن اتفاق نظر دارند و در سال‌های اخیر گستره بررسی اجزاء حافظه شرح حال در نمونه‌های متفاوت برای نیل به نتایج جدیدتر و بیشتر در حال افزایش است. با توجه به نکات ذکر شده این احتمال وجود دارد که افراد افسرده به صورت خودکار برای چبران نقائص حافظه و یا جزئیات آن تلاش می‌کنند بخش‌ها و مواد دیگری را بازیابی کنند که در حافظه اصلی وجود نداشته است. یافته‌های پژوهش حاضر نیز موید این نکته بوده و با نتایج مطالعات مربوط به نقص در بازیابی حافظه شرح حال همخوانی دارد. با اینحال یافته‌ها پژوهش‌های آتی در خصوص جنبه‌های مختلف حافظه کاذب می‌تواند مکانیزم بروز و ظهور این پدیده را در اختلال‌های هیجانی مشخص کند. مطالعات عصب‌روان‌شناختی نشان می‌دهد که میان بدکارکردی هیپوکامپ و مشکلات حافظه در افراد افسرده ارتباط وجود دارد (برمنر و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین به نظر می‌رسد که افزایش تولید حافظه کاذب در افراد مبتلاء به افسردگی بخاطر بدکارکردی نواحی خاصی از مغز است. مدل‌های شبکه قشری افسردگی به نقش کرتکس بطنی-میانی و پیش‌پیشانی، کرتکس کمربندی پسین، و ساختار بادامه-هیپوکامپ، در فرایندهای عصب‌شناختی دارند اختلال افسردگی اشاره دارند (میرگ و همکاران، ۱۹۹۹). زوال قشر خاکستری در افسردگی بخصوص بخش هیپوکامپ (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۲) که نقش عمده‌ای در حافظه رویدادی دارد می‌تواند در افزایش حافظه کاذب موثر باشد (اسکوایر و زولا، ۱۹۹۶؛ به نقل از موریتز و همکاران، ۲۰۰۵).

○ موضوع دیگری که می‌تواند توجیه‌کننده یافته‌های پژوهش حاضر باشد این است که «تحریف حافظه» در افراد افسرده بیشتر از افراد سالم است (متیوز و همکاران، ۲۰۰۵). چنین الگوهای شناختی افراد افسرده در تفسیر منفی رویدادها، موجب بروز تحریف در حافظه آنها شده (هرتل و بروزویچ، ۲۰۱۰) و همراه با بازیابی رویدادها مولفه‌های حافظه کاذب شنیداری و دیداری-در ذهن پدیدار می‌شود و به از این رو می‌توان انتظار داشت که بیماران افسرده نمره بالاتری در حافظه کاذب بدست بیاورند. همانطور که قبلاً هم اشاره شد یک عامل مهم در آسیب‌شناسی شناختی افسردگی نشخوار ذهنی بالا در این بیماران نسبت

به وقایع گذشته می باشد (پاپاگوریو و ولز، ۲۰۰۴) که سبب می شود تا افراد افسرده میزان بالایی از حافظه کاذب تولید کنند.



یادداشت ها

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. life time risk | 2. glucocorticoids |
| 3. information processing model | 4. McKinger |
| 5. false memory | 6. childhood emotional neglect |
| 7. bipolar mood disorder | 8. Beck Depression Inventory- II |
| 9. Beck Anxiety Inventory | 10. Hoffman |
| 11. Nelson | 12. false autobiographical memory |
| 13. Blaney | 14. Macaulay |
| 15. Rubin | 16. Berntsen |
| 17. Bohni | |

● منابع

- Baddeley, A. D. (2007). *Working memory, thought and action*. Oxford: Oxford University Press.
- Baker, L., & Jessup, B. (1980). The psychophysiology of affective verbal and visual information processing in dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 4(2), 135-148 doi: 10.1007/BF01173645
- Beak, A. T, Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression . *Arch Gen Psychology*, 4, 561-571.
- Boelen, P. A., Huntjens, R. J., van Deursen, D. S., & van den Hout, M. A. (2010). Autobiographical memory specificity and symptoms of complicated grief, depression, and posttraumatic stress disorder following loss. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 41 (4), 331-337. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.03.003
- Bower, G. H. (1992). *The handbook of emotion and memory: Research and theory*. Sven-Åke Christianson: Psychology Press.
- Bremner, J. D., Shobe, K. K., & Kihlstrom, J. F. (2000). False memories in women with self-reported childhood sexual abuse: An empirical study. *Psychol Sci*, 11(4), 333-337.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Afzal, N., & Vythilingam, M. (2004). Deficits in verbal declarative memory function in women with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal Nerv Ment Dis*, 192(10), 643-649.
- Brennen, T., Dybdahl, R., & Kapidzic, A. (2007). Trauma-related and neutral false memories in war-induced Posttraumatic Stress Disorder. *Conscious Cogn*, 16 (4), 877-885. doi: 10.1016/j.concog.2006.06.012

- Campbell, S., & Macqueen, G. (2004). The role of the hippocampus in the pathophysiology of major depression. *J Psychiatry Neurosci*, 29(6), 417-426.
- Castaneda, A. E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., & Lonnqvist, J. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *J Affect Disord*, 106(1-2), 1-27. doi: 10.1016/j.jad.2007.06.006
- Clancy, S. A., Schacter, D. L., McNally, R. J., & Pitman, R. K. (2000). False recognition in women reporting recovered memories of sexual abuse. *Psychol Sci*, 11(1), 26-31.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychol Bull*, 130(2), 228-260. doi: 10.1037/0033-2909.130.2.228
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (2002). Depression: Perspectives from affective neuroscience. *Annu Rev Psychol*, 53, 545-574. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135148
- Drakeford, J. L., Edelstyn, N. M., Oyebode, F., Srivastava, S., Calthorpe, W. R., & Mukherjee, T. (2010). Recollection deficiencies in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Res*, 175(3), 205-210. doi: 10.1016/j.psychres.2008.08.010
- Fata, L., Birashk, B., Atif Waheed, M. K., & Dobson, K. (2005). By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2, 20-25.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernandez, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*, 120(1-3), 76-85. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.016
- Grassi-Oliveira, R., de Azevedo Gomes, C. F., & Stein, L. M. (2011). False recognition in women with a history of childhood emotional neglect and diagnose of recurrent major depression. *Conscious Cogn*, 20(4), 1127-1134. doi: 10.1016/j.concog.2011.03.005
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 62(10), 1097-1106. doi: 10.1001/archpsyc.62.10.1097
- Hauschildt, M., Peters, M. J. V., Jelinek, L., & Moritz, S. (2012). Veridical and false memory for scenic material in posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition*, 21, 80-89.

- Hertel, P. T., & Brozovich, F. (2010). Cognitive habits and memory distortions in anxiety and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 155-160.
- Jelinek, L., Hottenrott, B., Randjbar, S., Peters, M. J., & Moritz, S. (2009). Visual false memories in post-traumatic stress disorder (PTSD). *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 40(2), 374-383. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.02.003
- Joormann, J., Teachman, B. A., & Gotlib, I. H. (2009). Sadder and less accurate? False memory for negative material in depression. *J Abnorm Psychol*, 118(2), 412-417. doi: 10.1037/a0015621
- Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, 65(2), 136-140.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . National Comorbidity Survey, R. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095-3105. doi: 10.1001/jama.289.23.3095
- Leding, J. K., & Lampinen, J. M. (2009). Memory conjunction errors: The effects of presentation duration and study repetition. *Memory*, 17(5), 597-607. doi: 10.1080/09658210902984518
- Levin, R., Heller, W., Mohanty, A., Herrington, J., & Miller, G. (2007). Cognitive deficits in depression and functional specificity of regional brain activity. *Cognitive Therapy and Research*, 31(2), 211-233. doi: 10.1007/s10608-007-9128-z
- Maarten, J. V., Peters, M. J., Hilde, V., & Harald, M. (2007). Poor working memory predicts false memories. *European Journal of Cognitive Psychology*, 19(2), 213-232. doi: 10.1080/09541440600760396
- Mayberg, H. S., Liotti, M., Brannan, S. K., McGinnis, S., Mahurin, R. K., Jerabek, P. A., ... Fox, P. T. (1999). Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *Am J Psychiatry*, 156(5), 675-682.
- Moritz, S., Glascher, J., & Brassen, S. (2005). Investigation of mood-congruent false and true memory recognition in depression. *Depress Anxiety*, 21(1), 9-17. doi: 10.1002/da.20054
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. New York: Wiley.
- Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 24(4), 803-814.

- Ruder, M., & Bless, H. (2003). Mood and the reliance on the ease of retrieval heuristic. *J Pers Soc Psychol*, 85(1), 20-32.
- Sajatovic, M., & Ramirez, L. F. (2001). *Rating scales in mental health*. Hudson, Ohio: Lexi-Comp, Inc.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernandez, A., ... Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(2), 201-210. doi: 10.1007/s00127-009-0056-y
- Sharifi, V., Asaadi, M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., ... Jalali Roodsari, M. (2009). Reliability and functionality of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV. *New Journal of Cognitive Science*, 4, 1-2.
- Storbeck, J., & Clore, G. L. (2005). With sadness comes accuracy; with happiness, false memory: Mood and the false memory effect. *Psychol Sci*, 16(10), 785-791. doi: 10.1111/j.1467-9280.2005.01615.x
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *J Abnorm Psychol*, 110(2), 353-357.
- Watkins, P. C., Vache, K., Verney, S. P., Muller, S., & Mathews, A. (1996). Unconscious mood-congruent memory bias in depression. *J Abnorm Psychol*, 105(1), 34-41.
- Williams, J. M., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull*, 133(1), 122-148. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122
- Yeh, Z.-T., & Hua, M.-S. (2009). Effects of depressive disorder on false memory for emotional information. *Depression and Anxiety*, 26(5), 456-463. doi: 10.1002/da.20453
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attention and maintenance of reliability of axis I and II disorder: A longitudinal study. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 42, 416-425.

