



دانشگاه زنجان

دانشگاه زنجان

دانشکده علوم انسانی

گروه روان شناسی

پایان نامه اخذ مدرک کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی

عنوان:

مقایسه بازداری شناختی و ظرفیت حافظه کاری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم

پژوهشگر

جمیل محمدی

استاد راهنما

دکتر طاهره الهی

استاد مشاور

دکتر جواد صالحی

زمستان ۱۳۹۱

رسالة محمد

تقدیر و تشکر :

بر خود لازم می دانم از زحمات و تلاش های استاد راهنمای گرانقدرم خانم دکتر طاهره الهی که در تحصیلات دوره ی کارشناسی ارشد افتخار شاگردی ایشان را داشتم ، استاد مشاور جناب آقای دکتر جواد صالحی نهایت سپاسگزاری را به عمل آورم.

همچنین زحمات و تلاش های تمامی افرادی که در فرآیند تکمیل پایان نامه اینجانب را یاری نمودند، خصوصاً آقای ابراهیمی را ارج می نهم.

تقدیم به فرزند عزیزم

زاگرس

چکیده:

زمینه: به طور مشخص این پژوهش سه هدف را دنبال می کرد: ۱- مقایسه ظرفیت حافظه کاری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با افراد سالم، ۲- مقایسه عملکرد بازداری شناختی افراد دارای افسردگی اساسی با افراد سالم و ۳- بررسی رابطه بین شدت افسردگی اساسی با عملکرد حافظه کاری.

مواد و روشها: به همین منظور تعداد ۳۰ نفر افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که ملاکهای DSM-IV-TR را برای این اختلال برآورده می کردند انتخاب و با ۳۰ نفر افراد فاقد افسردگی اساسی که از نظر سن، تحصیلات و وضعیت تأهل همتا شده بودند، تحت پژوهش قرار گرفتند. برای ارزیابی افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک، مصاحبه بالینی و رجوع به تشخیص روانپزشک در پرونده آنها استفاده شد. آزمون فراخنای ارقام و کسلر بزرگسالان برای ارزیابی عملکرد حافظه کاری و آزمون استروپ هیجانی جهت سنجش بازداری، مورد استفاده قرار گرفتند. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون T و همبستگی پیرسون برای گروه های مستقل انجام شد.

یافته ها: ظرفیت حافظه کاری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پایین تر از افراد سالم بود. عملکرد بازداری اطلاعات نامربوط و مزاحم در گروه افسرده اساسی در مقایسه با گروه سالم پایین تر بود. بین شدت افسردگی اساسی و عملکرد حافظه کاری، رابطه ی معنی دار و معکوس مشاهده شد.

نتیجه گیری :

نتایج حاصل از این پژوهش که در فصل چهارم قید شده اند این بود که افراد مبتلا به MDD در مقایسه با افراد گروه کنترل نواقصی را در حافظه کاری و کارکرد بازداری شناختی از خود نشان دادند. این افراد در زیرمقیاس های فراخنای ارقام مستقیم و فراخنای ارقام معکوس حافظه کاری به طور معنی داری ضعیف تر از گروه کنترل غیر افسرده عمل کردند. بدین معنی که ظرفیت حافظه کاری بیماران MDD پایین تر از افراد غیر افسرده بود و داده های زیر مقیاس نشان می داد که هر چه شدت افسردگی بالاتر می رفت، عملکرد حافظه کاری کاهش می یافت. به عبارت دیگر، هرچه افراد مبتلا به MDD در سیاهه ی افسردگی بک نمره ی بیشتری می گرفتند در زیر مقیاس حافظه کاری نمره ی کمتری کسب می کردند. دومین یافته و نتیجه این پژوهش مربوط به بازداری شناختی بود. براساس تحلیل داده های آزمون استروپ هیجانی، به طور کلی عملکرد بازداری اطلاعات نامربوط در افراد MDD پایین تر از افراد غیر افسرده بود. بخصوص که در مؤلفه زمان واکنش به کلمات هیجانی همخوان با خلق افسرده، افراد MDD زمان بیشتری را صرف کرده اند که بیانگر توجه متمرکز بیشتر آنها بر روی این کلمات و نیز پردازش بیشتر آنها می باشد. بنابراین نتیجه

کلی این پژوهش این است که اختلال روانی افسردگی اساسی ، عملکرد حافظه کاری را تضعیف می کند و بازداری شناختی را برای ممانعت از ورود اطلاعات اضافی ، نامربوط و مزاحم کاهش می دهد.

واژه های کلیدی : بازداری شناختی ، حافظه کاری ، افسردگی اساسی

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

فصل اول : کلیات پژوهش

مقدمه..... ۱

بیان مسئله..... ۲

اهمیت و ضرورت پژوهش..... ۶

اهداف پژوهش..... ۸

فرضیه های پژوهش..... ۸

تعریف های مفهومی و عملیاتی متغیر ها..... ۸

فصل دوم: گستره ی نظری و پیشینه پژوهش

مقدمه..... ۱۱

بخش اول: خلق و اختلال های خلقی..... ۱۱

تاریخچه اختلال های خلقی..... ۱۴

طبقه بندی اختلال های افسردگی..... ۱۵

اختلال افسردگی اساسی..... ۱۷

۱۸.....	ملاکهای تشخیصی اختلال افسردگی اساسی
۱۹.....	نشانه های اختلال افسردگی اساسی
۲۰.....	نظریه ها و عوامل علّیتی اختلال افسردگی اساسی
۳۰.....	درمان های اختلال افسردگی اساسی
۳۳.....	بخش دوم: حافظه
۳۴.....	تعریف های حافظه
۳۴.....	حافظه کاری
۳۵.....	ساختار حافظه کاری
۳۸.....	وظایف و محدودیتهای ظرفیت حافظه کاری
۴۰.....	بخش سوم: بازداری
۴۳.....	پیشینه پژوهش
۴۳.....	پژوهش های خارجی
۴۷.....	پژوهش های داخلی
۴۸.....	خلاصه و جمع بندی

فصل سوم: روش پژوهش

مقدمه.....	۵۲
طرح پژوهش.....	۵۲
جامعه آماری.....	۵۲
گروه نمونه و روش نمونه گیری.....	۵۳
ابزار جمع آوری داده ها.....	۵۳
شیوه اجرا.....	۵۶

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

مقدمه.....	۵۸
اطلاعات توصیفی.....	۵۸
اطلاعات توصیفی تحصیلات آزمودنی ها.....	۵۸
اطلاعات توصیفی سن آزمودنی ها.....	۵۹
اطلاعات توصیفی تأهل.....	۶۰
اطلاعات توصیفی آزمون حافظه.....	۶۱
اطلاعات توصیفی آزمون استروپ.....	۶۲

اطلاعات توصیفی آزمون افسردگی ۶۳

تحلیل داده ها در چهار چوب فرضیه ها ۶۳

فرضیه (۱) ۶۳

فرضیه (۲) ۶۵

فرضیه (۳) ۶۶

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری ۶۸

محدودیت های پژوهش ۷۱

فهرست جداول

جدول ۴-۱-۱ ۵۸

جدول ۴-۱-۲ ۵۹

جدول ۴-۱-۳ ۶۰

جدول ۴-۱-۴ ۶۱

جدول ۴-۱-۵ ۶۲

جدول ۴-۱-۶ ۶۳

جدول ۴-۲-۱..... ۶۳

جدول ۴-۲-۲..... ۶۴

جدول ۴-۲-۳..... ۶۵

جدول ۴-۲-۴..... ۶۷

پیشنهادات

پیشنهادات پژوهشی..... ۷۱

پیشنهادات کاربردی..... ۷۲

منابع

منابع فارسی..... ۷۳

منابع لاتین..... ۷۵

پیوست

فصل اول

کلیات پژوهش

همان گونه که قرن بیستم عصر اضطراب خوانده شد، این هزاره با عنوان «عصر مالیخولیا» خاتمه می یابد. داده های بین المللی بیانگر آن است که نوعی شیوع نوگرایانه افسردگی^۱ وجود دارد. شیوعی که پا به پای پذیرش شیوه های نوین توسعه، در سراسر دنیا گسترش می یابد (گلنن، ۲۰۰۱). آمارهای فزاینده در سراسر کشورها و نیز تجارب کلینیکی سبب شده است که متخصصان بهداشت روانی، قرن حاضر و به ویژه دو سه دهه اخیر را به عنوان دوره جدید ملانکولی^۲ و افسردگی در تاریخ پزشکی و روانپزشکی معاصر نام گذاری کنند (کلرمن، ۱۹۸۰، به نقل از گلنن، ۲۰۰۱). برآورد شده که در سده ۲۰۰۰، افسردگی از نظر سال هایی که در ناتوانی هدر رفته اند در تمام دنیا به جز آفریقا جزو پنج مشکل اول سلامتی و در برخی کشورها مثل آمریکا مشکل شماره یک خواهد بود که در مرتبه ای بالاتر از بیماری قلبی و سکته قرار خواهد گرفت (اوتسان و همکاران، ۲۰۰۴). نوسانات خلقی مثل افسردگی اساسی، آشفتگی های شدید هستند و آن قدر دوام می آورند که ناسازگارانه شده و اغلب به مشکلات جدی در روابط و عملکرد شغلی منجر می شوند. فشار بیماری افسردگی بر جامعه هم از لحاظ رنجی که مبتلایان به آن تحمل می کنند و هم از لحاظ هزینه های مالی مستقیم و غیرمستقیم بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. چرا که امروزه شایع ترین علت بستری شدن در بخش روانپزشکی بیمارستان ها، افسردگی است به گونه ای که نام سرماخوردگی بیماری های روانی را بر آن نهاده اند. اختلال های خلقی با فراوانی نگران کننده ای روی می دهند. حداقل ۱۵ تا ۲۰ برابر اسکیزوفرنی و تقریباً به میزان شیوع کل اختلال های اضطرابی. از دو نوع اختلال خلقی جدی، افسردگی اساسی یک قطبی بسیار شایع تر است و وقوع آن در چند دهه اخیر افزایش یافته است (برگلاند و همکاران، ۲۰۰۳). جدیدترین نتایج نشان می دهد که میزان شیوع افسردگی اساسی در طول عمر ۱۷ درصد و شیوع ۱۲ ماهه آن تقریباً ۷ درصد است. میزان آن در زنان تقریباً دو برابر مردان می باشد (کسلر، چيو و همکاران، ۲۰۰۵).

افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی^۳ (MDD) نه تنها از خلق ناهنجار رنج می برند، بلکه، فرآیندهای شناختی آنها مثل توانایی تصمیم گیری، سوگیری های شناختی، قدرت برنامه ریزی و انجام تکالیف و بازداری شناختی نیز مختل می گردد. علاوه بر این، انگیزه های زیستی مثل غذا خوردن، میل جنسی و ... در آنها کاهش می یابد و خواب هم مختل می شود. از لحاظ روابط بین فردی و اجتماعی مانند جلب توجه و علاقه دیگران، عشق و محبت هم به شدت آسیب پذیر می شوند. جستجوی اهداف و لذت طلبی در آنها کاهش می یابد. توانایی برخورد با موقعیتهای ناخوشایند و

1. Depression

2. Melancholia

3. Major depressive disorder

برخورد خشمگینانه با موقعیتهایی که در شرایط عادی باید او را عصبی کنند، کاهش می یابد. نهایتاً میل به زندگی خاموش می شود و جای آن را آرزوی مرگ اشغال می کند (نجفی پور، ۱۳۸۶).

در ابتدا نشانه های اختلال افسردگی را عمدتاً خلقی در نظر می گرفتند و صاحب نظران معتقد بودند اختلال افسردگی اساسی شامل نارسایی های خلقی می باشد. اما بعداً نظریه پردازان حوزه شناختی همچون بک ادعا کردند که آسیب های شناختی یکی از بارزترین ویژگی های این اختلال می باشند و اغلب اوقات آسیب های شناختی مقدم بر نارسایی های خلقی هستند. (پورتر، ۲۰۰۷؛ مینکا و هولی، ۲۰۰۷). تحقیقات متعددی کمبودها و نقص هایی را در سیستم شناختی افراد مبتلا به MDD مثل حافظه (هارمر، ۲۰۰۲). توجه و تغییر منابع توجه (راونکیلد، ۲۰۰۲). عملکرد اجرایی (هابرمن، ۲۰۰۵؛ پورتر، ۲۰۰۵). کارکرد روانی - حرکتی (موندال، ۲۰۰۷) نشان داده است. تحقیق آیراکسین (۲۰۰۴) نشان داد عملکرد شناختی بیماران MDD حتی بعد از بهبود حمله های افسردگی کاهش یافته، باقی می ماند. به نظر می رسد بیماران افسرده در بازداری^۴ اطلاعات مرتبط با هیجان های منفی و بازداری و حذف اطلاعات نامربوط از خود ناتوانی نشان می دهند (لارنس و برنارد، ۲۰۰۸). برخی از تحقیقات بیانگر این است که حالات خلقی مثل افسردگی و اضطراب، بازداری شناختی افراد را برای ممانعت از ورود اطلاعات و محرک های هیجانی منفی، مختل می کند (هاشر و همکاران، ۱۹۹۹). همچنین نتایج تحقیقات، بیانگر حضور خاطرات و یادآوری های مزاحم در افسردگی است. افسردگی اساسی با نشخوار فکری نتایج منفی گذشته و پیامدهای آنها یعنی حافظه مختل برای شخص مشخص می شود (هوکسما، ۱۹۹۸؛ واتکینز و تیزدال، ۲۰۰۱).

۱-۲- بیان مسأله

اختلال های خلقی، نوسانات بسیار شدید خلق را برای مدت بسیار طولانی شامل می شوند. اختلالات مختلفی مثل افسردگی یک قطبی، افسردگی دوقطبی، افسردگی فصلی و ... در طبقه اختلال های خلقی قرار می گیرند که تفاوت های محسوسی در نشانه ها، عوامل علیتی و درمان دارند. شایع ترین دوره اختلال خلقی که افراد آشکار می سازند، دوره افسردگی اساسی است (باچر، ۲۰۰۷). تشخیص دوره ی افسردگی اساسی در مورد کسی داده می شود که بخش عمده ای از هر روز و بیشتر روزها برای مدت حداقل دو هفته به طور مشخصی افسرده باشد. به علاوه، او باید دست کم سه یا چهار نشانه دیگر (جمعاً پنج نشانه) را آشکار سازد که از نشانه های شناختی (مانند احساس بی ارزشی یا گناه و افکار خودکشی) تا نشانه های رفتاری (مانند خستگی یا بی قراری جسمانی) و نشانه های جسمانی (مانند تغییرات در اشتها و الگوهای خواب) گسترش دارند. نتایج همه گیر شناختی های جدید نشان می دهد که میزان شیوع افسردگی اساسی یک قطبی در طول عمر تقریباً ۱۷٪ است (کسلر، چپو و همکاران، ۲۰۰۵). اختلال افسردگی اساسی می تواند

4 . inhibition

سبب افت شدید عملکرد شده، ناتوان کننده، عود کننده و گاهی مزمن باشد. این اختلال با خطر ۱۵٪ خودکشی همراه است. بیشتر افراد در سن جوانی و میانسالی یعنی سال های فعال زندگی درگیر این اختلال می شوند (سادوک و رویز، ۲۰۰۹). در حالی که در نظریه های کلاسیک افسردگی همچون نظریه های روان پویشی، برجسته ترین نشانه های افسردگی عموماً نشانه های عاطفی یا خلقی در نظر گرفته می شدند، اما نظریه های شناختی، برجسته ترین نشانه ها را شناختی (فکری) می دانند. برای مثال، آرون بک فرض کرد که نشانه های شناختی افسردگی اغلب مقدم بر نشانه های خلقی هستند و باعث آنها می شوند و نه برعکس (باچر، ۲۰۰۷). در الگوی شناختی افسردگی تأکید اصلی بر طرحواره های دپرسوژنیک^۵ یا عقاید کژکار افسرده ساز می باشد که خشک و افراطی هستند. تصور می شود این عقاید یا طرحواره های افسرده کننده در مدت کودکی و نوجوانی در اثر تجربیات منفی فرد با والدین یا دیگر افراد مهم ایجاد می شوند و به عنوان بیماری پذیری ارثی زیربنایی یا آسیب پذیری در برابر ابتلا به افسردگی، انجام وظیفه می کنند (شر، اینگرام و سگال، ۲۰۰۵). رویکرد شناختی به شخصیت و نیز هیجان ها بر نحوه ای که افراد از محیط و خودشان آگاه می شوند، نحوه ای که آنها محیط را درک نموده، ارزیابی می کنند، یاد می گیرند، فکر می کنند و تصمیم می گیرند و مسائل را حل می کنند، تمرکز دارد. رویکرد شناختی، هیجان و خلق را به صورت فعالیت های روان شناختی مجزا از شناخت در نظر نمی گیرد. در عوض، آنها جنبه هایی از شخصیت و روان هستند که تحت کنترل فرآیندهای شناختی قرار دارند (شولتز، ۲۰۰۵). به نظر می رسد بیماران افسرده در بازداری اطلاعات مرتبط با هیجان های منفی و بازداری و حذف اطلاعات نامربوط از خود ناتوانی نشان می دهند (لارنس و برنارد، ۲۰۰۸). این اختلال بازداری شناختی احتمالاً می تواند اساس کندی شناختی و کاستی های توجه در افسردگی باشد.

اصولاً مفهوم بازداری به معنی مانع شدن یا جلوگیری کردن از شناخت ها یا جلوگیری از ورود اطلاعات است. برخی از تحقیقات بیانگر این است که حالات خلقی مثل افسردگی و اضطراب، بازداری شناختی افراد را برای ممانعت از ورود اطلاعات و محرکهای هیجانی منفی، مختل می کند (هاشر و همکاران، ۱۹۹۹). به بیان دیگر، افراد افسرده، مضطرب و وسواسی نمی توانند از ورود و پردازش بیشتر اطلاعات مرتبط با محرکهای دارای بار هیجانی منفی جلوگیری کنند (هاشر و زاکس، ۲۰۰۰).

نتایج تحقیقات مختلف بیانگر حضور خاطرات مزاحم در افسردگی است. افسردگی با نشخوار فکری نتایج منفی گذشته و پیامدهای آنها برای شخص مشخص می شود (هوکسما، ۱۹۹۸؛ واتکینز و تیزدال، ۲۰۰۱). یافته های مناسبی برای حمایت از این دیدگاه وجود دارد که هیجان های مجزا تمایلات ارزیابی (لرنر و کلنتر، ۲۰۰۰). و تمایلات رفتاری (فریجدا، ۱۹۸۷، به نقل از ماتیوس، ۲۰۰۵) ای را فرا می خوانند که بر پردازش، رمزگردانی و بازیابی اطلاعات به شیوه

⁵. Depressogenic

ای هماهنگ با دیگر کارکردهای متفاوتشان تأثیر می گذارد. از میان سیستم های متعدد حافظه و مفاهیم گوناگون مرتبط با آن، مفهوم حافظه کاری^۶، مفهومی نسبتاً جدیدتر می باشد که توسط بدلی و هیچ (۱۹۷۴) و بدلی (۱۹۸۶) ارائه شد. دیدگاه بدلی و هیچ نوعی الگوی تلفیقی محسوب می شود. هسته اصلی این الگو مفهوم حافظه کاری می باشد (استرنبرگ، ۲۰۰۶).

حافظه ی کاری جدیدترین بخش فعال شده ی حافظه بلند مدت را نگهداری می کند و این عناصر فعال شده را به داخل و خارج انبار موقت حافظه می فرستد (دوشر، ۲۰۰۳). حافظه کاری از دیدگاه بدلی شامل چهار عنصر است: اولین عنصر، لوح ثبت دیداری - فضایی است که برای مدت کوتاهی برخی از تصاویر دیداری را نگهداری می کند. دومین عنصر، حلقه واج شناسی است که گفتار درونی را برای درک کلامی و تمرین صوت شناختی نگهداری می کند. بدون حلقه واج شناسی، اطلاعات صوت شناختی بعد از دو ثانیه زایل می شود. سومین عنصر، سازوکار اجرایی مرکزی است که هم فعالیت های مربوط به توجه را هماهنگ می سازد و هم بر پاسخ ها نظارت دارد. مکانیسم اجرایی مرکزی همچون سازوکار دروازه تصمیم می گیرد کدام منابع به کدام حافظه و تکالیف مرتبط با آن اختصاص یابد و چگونه اختصاص یابد. مکانیسم اجرایی مرکزی همچنین درگیر استدلال و درک سطح عالی تر است و در هوش انسان نقش محوری دارد. بدلی در سال ۲۰۰۰، مولفه دیگری را به حافظه ی کاری خود افزود. این مولفه میانجی یا حایل رویدادی است. میانجی رویدادی سامانه ای با ظرفیت محدود است که قادر می باشد اطلاعات را از سامانه های فرعی و نیز از حافظه بلند مدت به شکل باز نمود یکپارچه ای از رویداد درآورد (استرنبرگ، ۲۰۰۶). به بیان دیگر، میانجی رویدادی، اطلاعات دیگر عناصر حافظه کاری را گرفته و آنها را به نحوی که برای ما معقول به نظر آید، تلفیق و یکپارچه می کند.

هرچند که امروزه در مورد رابطه حافظه، شناخت و هیجان، اختلافات و دیدگاه های بعضاً متناقضی وجود دارد، اما رابطه میان خلق، هیجان و شناخت بدیهی به نظر می آید.

کشفیات ژوزف لی دوکس (۱۹۹۶) نشان می دهد که در واقع دو ذهن وجود دارد: ذهن شناختی و ذهن هیجانی. این دو ذهن اغلب با هم هماهنگ بوده و برای تنظیم و برانگیختن پاسخ های هیجانی مناسب با هم کار می کنند. تفاوت های فردی در تهیج پذیری و خلق، بر روی حافظه تأثیرگذار می باشد و این یکی از عواملی است که حافظه افراد را دستخوش تغییرات مثبت و منفی می سازد. این تأثیرات هیجانی می توانند براساس اهمیت محرکها و رویدادهای عادی و یا هیجانی توجیه گردند (ماتئوس، ۲۰۰۵). برای مثال، افراد مضطرب به احتمال بیشتری، رویدادها را براساس تهدید بالقوه رمزگردانی شناختی می کنند و توجه متمرکز آنها بر محتوای هیجانی مرکزی تصاویر تهدیدآمیز است و یا افراد

⁶. Working memory

مبتلا به افسردگی، احتمالاً در راستای تأیید و تقویت طرحواره های دپرسوژنیک خود اطلاعات مرتبط با محرکهای بیرونی را پردازش می کنند. ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) معتقدند که اختلال های هیجانی، خلق و شخصیت، فرآیندهای شناختی ما به ویژه توجه و حافظه را تحت تأثیر قرار می دهند. برای مثال، اختلال های هیجانی توجه متمرکز افراد به رویدادهای استرس زا را افزایش می دهند و باعث افزایش بازیابی و یادآوری این رویدادها و محرکهای همراه آنان می شوند. طبق دیدگاه ویلیامز، افسردگی اساسی با استفاده سوگیرانه از سرنخ های حافظه همراه است. شواهد حاکی است که افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در توجه، حافظه کاری و کارکردهای اجرایی شامل بازداری شناختی، برنامه ریزی، تکلیف و حل مسأله اختلال دارند (برنارد و لارنس، ۲۰۰۸). اختلال در بازداری شناختی روی هم رفته سه جنبه از فرآیند بازداری را شامل می شود: دسترسی، جلوگیری و حذف اطلاعات. در کل، مطالعه حافظه و شناخت در بیماران MDD، اهمیت ویژه ای دارد، چرا که حافظه زیربنای فرآیندهای شناختی از جمله تفکر بوده و خصوصاً نقش بازداری شناختی بسیار مهم می باشد. مطالعات پورتر و همکاران (۲۰۰۷) نشان داده است که حدود ۵۰ الی ۷۵ درصد بیماران MDD نقص شناختی و حافظه دارند که گاهی اوقات « دمانس کاذب افسردگی » نامیده می شود. پلوسی و همکاران (۲۰۰۱) معتقدند مهمترین مشکل بیماران افسرده اساسی کاهش فعالیت و حتی برخی اوقات توقف فعالیت حافظه ی کاری به هنگام انجام تکالیف دارای ابعاد چندگانه است. هوکسما و همکاران (۲۰۰۹) روابط میان حافظه کاری، افسردگی و نشخوار را مطالعه کرده و احتمال داده اند که فرآیندهای زیربنایی این سه مقوله با یکدیگر پیوند داشته باشد و آسیب های حافظه کاری در بیماران مبتلا به MDD ممکن است زیربنای فرآیندهای نگه داری مواد هیجانی منفی باشد که در پاسخ های نشخوار فکری آنها مشاهده می شود (دونالد، ۲۰۰۵). براساس نظریه بدلی فعالیت بازداری شناختی توسط سیستم مجری مرکزی حافظه کاری کنترل می گردد (انگل و همکاران، ۱۹۹۹). چون فرآیندهای بازداری شناختی دسترسی به اطلاعات را محدود می کنند و محتویات حافظه ی کاری را از طریق حذف اطلاعات نامرتبط به روز رسانی می کند در نتیجه عملکرد حافظه کاری و فرآیندهای بازداری در ارتباط با هم قرار می گیرند (انگل و همکاران، ۱۹۹۹). هاشر و زاکس (۱۹۸۸، به نقل از برنارد، ۲۰۰۸) نشان داده اند که بازداری شناختی و حافظه کاری در افسردگی مختل می گردد و از این رو این سه مقوله یعنی بازداری، حافظه کاری و افسردگی اساسی به احتمال زیاد باید با هم ارتباط داشته باشند.

در مطالعات پیشین بیماران افسرده به طور کلی مدنظر قرار گرفته است و افسردگی یک قطبی از سایر اختلال های خلقی همایند و نیز اضطراب متمایز نشده است. این مسأله که آیا می توان افسردگی و اضطراب را به صورت مطمئن و معتبر از یکدیگر متمایز کرد، در سالهای اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است.

پژوهشگران در همین اواخر به پیشرفت های مهمی در آگاهی یافتن از حیطه ی واقعی این مشکل دست یافته اند. همپوشی بین مقیاس های افسردگی و اضطراب در تمامی سطوح تحلیل یافت می شود: گزارش شخصی بیمار، ارزیابی متخصص بالینی، تشخیص و عوامل خانوادگی/ژنتیکی (بارلو، ۲۰۰۲؛ مینکا و همکاران، ۱۹۹۸). یعنی افرادی که خود را از نظر نشانه های اضطراب بالا ارزیابی می کنند، از لحاظ نشانه های افسردگی نیز بالا هستند. از این رو پژوهش حاضر به دنبال بررسی حافظه کاری و توان بازداری شناختی در افرادی است که فقط به اختلال افسردگی اساسی مبتلا هستند.

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

اختلال های خلقی مثل افسردگی اساسی شدید هستند و آن قدر ادامه می یابند که بسیار شدید شده و اغلب به مشکلات جدی در روابط و عملکرد شغلی منجر می شود. مطالعه حافظه دارای اهمیت ویژه ای می باشد، زیرا اندیشه ها و تصورات ما حاصل کار حافظه است و پدیده های بیشمار هستی ما را در کل و احدی یکپارچه می سازد. هیجان و خلق می توانند حافظه را تحت تأثیر قرار دهند. مثلاً، هیجان های منفی می توانند سبب بازداری شناختی و سوگیری توجه شوند. بنابراین بررسی تأثیر حالت های خلقی در پردازش اطلاعات می تواند به شناخت بهتر مسأله کمک کند و سرانجام اینکه این موضوع می تواند در خدمت درمان شناختی افسردگی قرار گیرد. از سوی دیگر، تأثیر توانایی های شناختی بر پیشگیری از ابتلا به اختلال های روانی و مخصوصاً نقش آنها در درمان اختلال های روانی از مباحث جدید در حیطه ی پژوهش های علمی می باشد و در صورت تعیین تأثیر قطعی آنها و شناسایی ناتوانایی های شناختی افراد افسرده می توان پیشنهادات کاربردی اساسی برای درمان این اختلال ارائه کرد و گام مهمی در پیشرفت درمان های شناختی برداشت.

وقتی کسی دچار افسردگی مرضی می شود، احساس غمگینی می کند، اغلب به گریه می افتد. احساس گناه عذابش می دهد و معتقد می شود که در حق دیگران کوتاهی می کند. بیش از حد معمول تحریک پذیر می شود و احساس اضطراب و تنش می کند. وقتی افسردگی به شدید ترین سطح خود برسد، آن قدر ناتوان کننده می شود که فرد توانایی واکنش هیجانی را از دست می دهد و دیگر احساس های خوب و بد چندان برایش فرقی ندارد. لذت بردن از زندگی و علاقه مند شدن به انجام کارهای روز مره، برای این عده دشوار می گردد. انرژی کم می شود و انجام هر چیزی به نظر، کاری شاق می رسد. بنابراین سعی می کنند خود را از چیزهایی که معمولاً انجام می دادند دور نگه دارند و ممکن است ساعتها قوز کرده روی صندلی بنشینند و یا در رختخواب بمانند و زندگی بسیار محدودی دارند. کارهای لذت بخش روزانه مانند خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون دشوار و تحمل ناپذیر می شود. اشتغال ذهنی شان این است که حالشان چه قدر بد است و با چه مشکلات به ظاهر غیر قابل حلی، روبه رو گشته اند. خواب دشوار می شود. رسیدگی

به امور شستشو و نظافت بسیار کند می گردد، اشتها کم می شود. در نتیجه، ناامیدی، آرزوی مرگ و افکار خودکشی به سراغ فرد می آیند (کوریل و وینو کور، ۱۹۸۲؛ به نقل از هاوتون و کرک، ۱۹۸۹).

علاوه بر نقش افسردگی در محدود کردن و دشوار ساختن زندگی، یکی دیگر از دلایل ضرورت این پژوهش، نقش عملکردهای شناختی مختل در افسردگی می باشد. با ظهور انقلاب شناختی در علم روان شناسی، نظریه پردازان حوزه شناختی ادعا نمودند که افکار و آسیب های شناختی یکی از بارزترین ویژگیها و حتی آغازگر اختلال های خلقی همچون افسردگی هستند. تحقیقات متعددی کمبودها و نقص هایی را در سیستم شناختی افراد افسرده مثل حافظه، توجه، عملکرد اجرایی و بازداری شناختی نشان داده است. آرون تی بک با مطرح کردن افکار منفی نسبت به خود، دنیا و آینده و مارتین سلیگمن نیز با معرفی الگوی درماندگی آموخته شده جایگاه برتر شناخت ها در افسردگی را ثابت کردند. طبق دیدگاه شناختی، افراد در صورتی دچار اختلال های افسردگی می شوند که تجربیات اولیه، آنها را طوری حساس کرده باشد که به نوع بخصوصی از ضایعه یا رویداد استرس زا به شیوه ی شناختی و فکری خاصی پاسخ دهند (بک، ۱۹۶۷؛ به نقل از هالچین، ۲۰۰۳). در نظریه شناختی بک، فعال شدن یک رشته افکار تحت عنوان مثلث شناختی منفی و نیز خطاهایی که افراد افسرده هنگام نتیجه گیری از تجربیاتشان مرتکب می شوند یعنی تحریفهای شناختی عامل ایجاد افسردگی اند. از سوی دیگر بازداری شناختی ضعیف یا مختل یعنی این مسأله که افراد افسرده نمی توانند از ورود و پردازش بیشتر اطلاعات هیجانی منفی در سیستم شناختی خود جلوگیری کنند و یا اطلاعات مزاحم و نامربوط را حذف کنند و وجود نشخوارهای فکری، اهمیت بررسی عملکردهای شناختی در افراد افسرده را دو چندان می کند. وجود خاطرات و یادآوری های منفی بیشتر در مقایسه با خاطرات مثبت یعنی حافظه مختل و به ویژه رابطه منفی و معکوس بین عملکرد حافظه کاری و افسردگی دلیل دیگری جهت پرداختن به عملکردهای شناختی در افراد افسرده می باشد.

۱-۴- اهداف پژوهش

به طور مشخص این پژوهش سه هدف مهم زیر را دنبال می کند.

- ۱- مقایسه ظرفیت حافظه ی کاری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با افراد سالم.
- ۲- مقایسه توانایی بازداری شناختی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم.
- ۳- بررسی رابطه شدت افسردگی و ظرفیت حافظه کاری

۱-۵- فرضیه های پژوهش

- ۱- ظرفیت حافظه کاری بیماران MDD پایین تر از افراد سالم است.
- ۲- عملکرد بازداری اطلاعات نامربوط و مزاحم در افراد MDD پایین تر از افراد سالم است.
- ۳- شدت افسردگی اساسی با کاهش عملکرد در حافظه کاری ارتباط دارد.

۱-۶- تعریف های مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱-۶-۱- تعریف مفهومی

افسردگی اساسی: عبارت است از اختلالی که در آن فرد به مدت دو هفته حداقل پنج مورد از علایمی چون، خلق افسرده در اکثر اوقات روز، کاهش واضح علاقه مندی یا احساس لذت، کاهش وزن، کم خوابی یا پر خوابی، کاهش قدرت تمرکز، افکار عودکننده احساس گناه، افکار خودکشی و کندی روانی - حرکتی را دارا بوده و این علایم به علت مصرف مواد، نقص جسمی و داغدیدگی به وجود نیامده باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۲).

حافظه کاری: سامانه ای ذهنی است که اطلاعات را در حالی که روی آن کار و به آن توجه می کنیم، ذخیره و پردازش می کند (کالات، ۲۰۰۷). حافظه کاری جدیدترین بخش فعال شده ی حافظه بلند مدت را به همراه اطلاعات دریافتی جدید در خود نگهداری می کند و شامل چهار مؤلفه می باشد: لوح ثبت دیداری - فضایی، حلقه واج شناختی، ساز و کار اجرایی مرکزی، و میانجی رویدادی (استرنبرگ، ۲۰۰۶). حافظه کاری (فعال) آن بخش از حافظه بلند مدت است که شامل همه ی دانش مربوط به واقعیتها و رویه هایی است که اخیراً در حافظه فعال شده است، از جمله حافظه خلاصه، زودگذر، کوتاه مدت و محتوای آن (استرنبرگ، ۲۰۰۶).

بازداری شناختی: اصولاً مفهوم بازداری به معنی مانع شدن یا جلوگیری کردن از شناخت ها یا ممانعت از ورود اطلاعات است. افراد افسرده بازداری تضعیف شده ای دارند یعنی نمی توانند از ورود و پردازش بیشتر اطلاعات نامربوط و مزاحم در سیستم شناختی خود جلوگیری کنند (هاشر و زاکس، ۲۰۰۰).

۱-۶-۲- تعریف عملیاتی

افسردگی اساسی: در این پژوهش شخصی مبتلا به افسردگی اساسی تشخیص داده می شود که ملاکهای تشخیص این اختلال را با ابزارهای سنجشی همچون تست افسردگی بک (نمرات ۶۳-۲۹) و نیز تأیید یک متخصص روانپزشک برآورده کند.

حافظه کاری: توانایی ذخیره و یادآوری اطلاعات موقتی که در این پژوهش توسط آزمون فراخنای ارقام مستقیم و معکوس و کسلر بزرگسالان سنجیده شد.

بازداری شناختی: جلوگیری و حذف اطلاعات نامربوط و مزاحم که در پژوهش حاضر توسط آزمون استروپ هیجانی سنجیده شد.