

سورة الاحقاف



دانشگاه زنجان

دانشکده علوم انسانی

گروه روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

عنوان

نارسایی حافظه کاری در بیماران مبتلا به اختلال افسرده اساسی

استاد راهنما

دکتر جواد صالحی

اساتید مشاور

دکتر مینا شعبانی

دکتر مظاهر رضایی

پژوهشگر

فاطمه رضایی

تقدیم به :

همسر عزیزم به پاس مهربانی اش

پدر عزیزم به پاس صبر و بردباری اش

مادر عزیزم به پاس محبت‌های بی دریغش

تشکر و قدردانی

از کادر بیمارستان بهشتی به جهت همکاری که در امر نمونه گیری داشتند

همسر و خانواده عزیزم به جهت همراهی که در تهیه ی پایان نامه نمودند

همکلاسی های خوبم، دانشجویان کارشناسی ارشد ورودی ۸۸ رشته روانشناسی عمومی، به جهت راهنماییهایی که از ایشان گرفته ام و کلیه کسانی که اینجانب را مساعدت نمودند، نهایت تشکر را داشته و آرزوی سربلندی برای تمامی این عزیزان دارم.

چکیده

هدف: هدف عمده این پژوهش بررسی نارسایی های احتمالی موجود در حافظه کاری بیماران افسرده اساسی بود.

روش به همین منظور تعداد بیست بیمار MDD که مطابق با ملاکهای DSM-IV-TR مبتلا به اختلال بودند انتخاب و با بیست فرد عادی از نظر سن ، جنسیت ، وضعیت تاهل و تحصیلات همتاسازی شدند . از پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی به منظور ارزیابی افسردگی و آزمونهای نمایه حافظه کاری (WMI) و فراخنای ارقام و کسلر بزرگسالان نیز عملکرد حافظه کاری را مورد ارزیابی قرار دادند . تحلیل داده ها با استفاده از آزمون T برای گزروهایی مستقل و همبستگی پیرسون انجام شد.

یافته ها : بین MDD و عملکرد در آزمونهای حافظه کاری رابطه معکوس معنی دار مشاهده گردید. ($p < 0.001$) همچنین عملکرد بیماران MDD در تمامی زیر مقیاسهای حافظه کاری پایین تر از گروه کنترل بود

نتیجه گیری : افسردگی با آسیبهایی در حافظه کاری همراه بوده و با افزایش شدت نشانه های این اختلال، میزان آسیب حافظه کاری نیز افزایش می یابد . همچنین با پیچیده تر شده تکلیف مشکلات حافظه این بیماران آشکارتر می شود.

عنوان

نارسایی حافظه کاری در بیماران مبتلا به اختلال افسرده اساسی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱-۱	مقدمه	۱
۱-۲-۱	بیان مسئله	۳
۱-۳-۱	ضرورت تحقیق	۷
۱-۴-۱	اهداف تحقیق	۷
۱-۵-۱	فرضیه ها	۸
۱-۶-۱	تعاریف متغیرها	۸

فصل دوم: ادبیات تحقیق

۱-۲-۱	اختلال خلقی	۱۰
۱-۱-۲-۱	تاریخچه اختلالات خلقی	۱۰
۱-۲-۱-۲	طبقه بندی اختلالات افسردگی	۱۱
۱-۲-۲	حملات افسردگی	۱۲
۱-۲-۲-۱	افسردگی ساده	۱۲
۱-۲-۲-۲	افسردگی حاد	۱۳
۱-۲-۲-۳	افسردگی عمده	۱۳
۱-۲-۳	مشخصه های اختلال افسردگی اساسی	۱۳
۱-۲-۴	ملاکهای تشخیصی DSM در مورد اختلال MDD	۱۴
۱-۲-۵	علائم و نشانه های MDD	۱۶
۱-۲-۵-۱	نشانه های هیجانی	۱۶
۱-۲-۵-۲	نشانه های شناختی	۱۶

- ۱۶ دیدگاه منفی نسبت به خود ۱-۲-۵-۲
- ۱۷ اعتقاد به آینده نا امیدانه ۲-۲-۵-۲
- ۱۷ نشانه های انگیزشی ۳-۵-۲
- ۱۸ نشانه های جسمانی ۴-۵-۲
- ۱۸ نظریه های افسردگی اساسی ۶-۲
- ۱۸ دیدگاه زیستی ۱-۶-۲
- ۱۹ وراثت ۱-۱-۶-۲
- ۱۹ عوامل زیست شیمیایی ۲-۱-۶-۲
- ۲۰ شواهد کالبد شناختی ۳-۱-۶-۲
- ۲۰ دیدگاه های روانشناختی ۲-۶-۲
- ۲۰ دیدگاه روان پویایی ۱-۲-۶-۲
- ۲۰ خشمی که متوجه خود شده ۱-۱-۲-۶-۲
- ۲۱ شخصیت فرد افسرده ۲-۱-۲-۶-۲
- ۲۱ درماندگی آموخته شده ۳-۱-۲-۶-۲
- ۲۱ دیدگاه رفتاری ۲-۲-۶-۲
- ۲۱ کاهش تقویت مثبت ۱-۲-۲-۶-۲
- ۲۱ مهارت های اجتماعی معیوب ۲-۲-۲-۶-۲
- ۲۲ رویدادهای زندگی استرس زا ۳-۲-۲-۶-۲
- ۲۲ درماندگی آموخته شده ۴-۲-۲-۶-۴
- ۲۲ دیدگاه شناختی ۳-۲-۶-۲
- ۲۲ مثلث شناختی بک ۱-۳-۲-۶-۲

- ۲۲ ۲-۶-۲-۳-۲- تعریفهای شناختی
- ۲۳ ۲-۶-۲-۳-۳- اختلال در بروز رسانی محتویات حافظه
- ۲۳ ۲-۶-۲-۴- دیدگاه اجتماعی - فرهنگی
- ۲۳ ۲-۶-۲-۵- رویکرد چند مرحله ای
- ۲۳ ۲-۷-۱- درمان اختلال افسردگی اساسی
- ۲۳ ۲-۷-۱- درمانهای زیستی
- ۲۴ ۲-۷-۱-۱- بازدارنده های منوآمین اکسیداز
- ۲۴ ۲-۷-۱-۲- داروهای ضد افسردگی سه حلقوی
- ۲۴ ۲-۷-۱-۳- بازدارنده های جذب مجدد گزینشی سروتونین
- ۲۴ ۲-۷-۱-۴- ECT
- ۲۴ ۲-۷-۲- درمان روان پویشی
- ۲۴ ۲-۷-۳- درمان شناختی
- ۲۵ ۲-۸-۱- حافظه
- ۲۵ ۲-۸-۱- تعاریف حافظه
- ۲۷ ۲-۸-۲- تاریخچه کوتاهی از روانشناسی حافظه
- ۲۹ ۲-۹-۱- حافظه کاری
- ۳۰ ۲-۹-۱- الگوی حافظه کاری
- ۳۱ ۲-۹-۲- مجری مرکزی
- ۳۳ ۲-۹-۳- حلقه واج شناختی
- ۳۵ ۲-۹-۴- صفحه ثبت دیداری - فضایی
- ۳۶ ۲-۹-۵- انباره موقت رویدادی

۳۷ ۲-۹-۶- مناطق مغزی درگیر در حافظه کاری

۳۸ ۲-۹-۷- نارساییهای حافظه کاری بیماران افسرده

فصل سوم: شیوه اجرا

۴۶ ۳-۱- طرح پژوهش

۴۶ ۳-۲- جامعه آماری

۴۶ ۳-۳- گروه نمونه و روش نمونه گیری

۴۷ ۳-۴- ابزار گرد آوری اطلاعات

۴۷ ۳-۴-۱- سیاهه افسردگی بک

۴۷ ۳-۴-۲- آزمون فراخنای ارقام و کسالر

۴۸ ۳-۴-۳- نمایه حافظه فعال

۴۸ ۳-۵- شیوه اجرا

۴۹ ۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۵۰ ۴-۱- اطلاعات توصیفی مربوط به آزمودنیها

۵۲ ۴-۲- تجزیه و تحلیل داده ها در چار چوب فرضیه ها

۵۲ ۴-۲-۱- فرضیه اول: عملکرد حافظه کاری بیماران افسرده ضعیف تر از افراد غیر افسرده است

۵۳ ۴-۲-۲- فرضیه دوم: بین شدت افسردگی و عملکرد حافظه کاری همبستگی وجود دارد

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۵۴ ۵-۱- بحث و نتیجه گیری

۵۷ ۵-۲- جمع بندی کلی

۵-۳- محدودیت های پژوهشی ۵۸

۵-۴- پیشنهادات پژوهشی ۵۸

۵-۵- منابع ۶۰

فصل اول

کلیات پژوهش

افسردگی^۱ به عنوان یک اختلال روانی رایج میلیونها نفر از مردم را در سر تا سر جهان تحت تاثیر خود قرار داده است(اندرو^۲، ۲۰۰۵، آستین^۳، ۲۰۰۴، مورای^۴، ۱۹۹۶). از زمانی پیش و هم اکنون نیز به اشخاصی برخوردیم که از دردهای گوناگون جسمانی و روانی شکوه داشته و هیچ نمی دانستند که دردشان چیست، تا آنکه پس از ماهها دست به گریبان بودن با درد خویش پایشان به مطب پزشک اعصاب و روان گشوده می شود و از او می شنوند که " افسرده اند"^۵ و در این میان در چنگ درد جسم و رنج روان دست و پا می زنند با این حال پس از آنکه نامی برای درد خود می یابند نیز معنایی برایشان روشن نمی شود، زیرا پزشک نیز با وقت محدودی که به هر بیمار اختصاص می دهد نمی تواند تصویر دقیقی از افسردگی بر آنها عرضه بدارد، در نتیجه درمان دارویی نیز به خودی خود چاره ساز قطعی و همیشگی آنان نمی تواند بود، زیرا برای مقابله کارآمد با اختلال افسردگی باید آن را شناخت و با ترفند هایش آشنا شد. این موضوع به ویژه زمانی پر اهمیت می شود که افسردگی خود را به شکلهایی بروز می دهد، چه جسمانی و چه روانی که شناختش مستلزم دقت و فراست بیشتری است. مشکل عمده ای که افراد افسرده با آن مواجه هستند آن است که اطرافیان و نزدیکان آنها نیز به سبب آن که آنان نیز از افسردگی چیزی نمی دانند، به سختی می پذیرند که این افراد افسرده اند، که واقعا بیمارند.

گرچه افسردگی از دیرباز به عنوان یکی از نابسامانی های روانی عمده شناخته شده است، اما در دو دهه ی اخیر اهمیت این بیماری هم از حیث رنج و آزاری که مبتلایان به آن متحمل می شوند و هم از لحاظ بار سنگینی که این ناراحتی بر منابع درمانی ملتها تحمیل می نماید، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. ابعاد وسیع آمارهای به دست آمده در کشورهای مختلف و نیز تجارب کلینیکی باعث شده است که متخصصان فن از دو دهه اخیر به عنوان دوره جدید ملانکولی^۶ یا افسردگی در تاریخ پزشکی معاصر نام ببرند(کلرمن^۷، ۱۹۸۰ به نقل از مهریار، ۱۳۸۶). به نظر این محققان، در دهه اخیر افسردگی جای تشویش و اضطراب را که در دهه های بعد از جنگ بین المللی دوم به عنوان مهمترین عارضه روانی تلقی می شد، گرفته است و اینک رایجترین ناراحتی روانی افراد بالغ را تشکیل می دهد. یک سوم کسانی که به روانپزشک مراجعه می کنند، افسرده هستند. شایع ترین علت بستری شدن در بخش روانپزشکی، افسردگی است. از هر

1 -depression
 2 -Andrews
 3 - Austin
 4 -Murray
 5 -depress
 6 - Melancholia
 7 -Clerman

ده مرد و از هر چهار زن، یک نفر در طول زندگی افسردگی را تجربه می کنند، که این آمار در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته بالاتر است (مهاریار، ۱۳۸۶).

بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی^۱ (MDD) تنها از اختلال خلق رنج نمی برند، بلکه در این گروه از افراد، انگیزه های اولیه زیست شناختی، مانند غذا خوردن، میل جنسی و... خاموش می شود، خواب این بدیهی ترین نیاز انسان، مختل می گردد، غریزه های اجتماعی مانند جلب توجه و علاقه دیگران، عشق و محبت از بین می روند. اصل لذت، هدفهای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد جای خود را با هم عوض می کنند. نه تنها ظرفیت لذت بردن کاهش می یابد، بلکه قربانیان این موقعیت به ظاهر عجیب، چنان رفتار می کنند که گویی می خواهند بر شدت درد و رنج خود بیافزایند. توانایی شخص افسرده در برخورد با موقعیتهای ناخوشایند و برخورد خصمگینانه با موقعیتهایی که در شرایط عادی باید او را عصبی کنند، کاهش می یابد. سرانجام میل به زندگی خاموش می شود و جای آن را آرزوی مرگ اشغال می کند.

برای درک بهتر این اختلال نویسندگان مختلف هر کدام به جنبه ای از آن توجه نموده اند، در این میان گروهی نیز توجه خود را بر نارسایی های شناختی این افراد متمرکز نموده اند (پورتر^۲، ۲۰۰۷، آستین، ۱۹۹۲).

اگرچه این اختلال در ابتدا شامل نارسایی هایی در خلق به نظر می رسید، آسیبهای شناختی امروزه یکی از بارزترین ویژگی های آن به شمار می رود (پورتر، ۲۰۰۷، آستین، ۱۹۹۲). با وجود این که نیمرخ عصب شناختی این اختلال دقیقاً روشن نیست، پژوهشها نارسایی های شناختی در موارد زیر را در بیماران MDD را به قطعیت رسانده است: عملکرد اجرایی (الیوت^۳، ۱۹۹۷، آستین، ۱۹۹۲، پورتر، ۲۰۰۵) توجه و تغییر منابع توجه (پیورسل^۴، ۱۹۹۷، راونکیلد^۵، ۲۰۰۲) حافظه (آستین، ۱۹۹۲، هارمر^۶، ۲۰۰۲) فرایند های های پردازش دیداری- فضایی و عملکرد روانی - حرکتی (موندال^۷، ۲۰۰۷). تحقیق آیراکسین^۸ (۲۰۰۴) نشان نشان داد عملکرد شناختی بیماران MDD حتی بعد از بهبود حمله های افسردگی کاهش یافته باقی می ماند. بنابراین شواهد موجود نشان می دهد که MDD اثرات نافذ و طولانی مدت بر عملکرد شناختی افراد

1 - Major depressive disorder
2 -Portter
3 -Elliott
4 -Pursell
5 -Ravnkild
6 -Harmer
7 -Mondal
8 -Airaksin

باقی می گذارد، گرچه شفاف شدن کامل این رابطه نیازمند زمان بیشتر و بررسی های دقیقتری است (گرن١، ٢٠٠١، میلر^٢، ١٩٩١).

٢-١- بیان مسئله

بیماریهای روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و افراد از طبقات مختلف اجتماعی و اقتصادی در برابر آن مصونیت نداشته اند، بنابراین ابتلاء به یکی از انواع اختلالات روانی خطری است که مرتباً بشر امروز را تهدید می کند. تاریخچه شناخت اختلالات خلق به ٢٠٠٠ سال قبل بر می گردد زمانی که بقراط اصطلاح ملانکولی یا مانیا^٣ را به کار برد (کاپلان^٤، ٢٠٠٠). بیش از ٢٥٪ افراد در طول زندگیشان ابتلا به یکی از انواع انواع اختلالات روانی را تجربه می کنند و افسردگی در این میان فراوانی ١٠/٧٪ را دارا می باشد. شایعترین نوع این اختلال نیز اختلال افسردگی اساسی است (مهر طلب و عریضی، ١٣٨٥).

از نظر سنی بیشترین شیوع این اختلال در گروه سنی زیر ٤٥ سال و سن متوسط آن ٤٠ سالگی می باشد (سادوک^٥، ٢٠٠٠، به نقل از رفیعی فر و همکاران، ١٣٨٢). این عارضه که افسردگی تک قطبی^٦ نیز نامیده می شود، بدون سابقه ای از دوره های مانیا، هیپومانیا یا مختلط رخ می دهد. دوره افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته طول بکشد، بیماری که دچار دوره افسردگی اساسی تشخیص داده می شود باید علاوه بر خلق افسرده و کاهش لذت، حداقل چهار علامت تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، بلاتصمیمی و افکار عود کننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد (سادوک، ١٣٨٢). این اختلال می تواند سبب افت شدید عملکرد شده و ناتوان کننده، عود کننده و گاهی مزمن باشد. این اختلال همچنین با خطر ١٥٪ خودکشی همراه است. بیشتر افراد در سن جوانی و میانسالی (سالهای فعال زندگی) درگیر این اختلال می گردند (پور افکاری، ١٣٨٩).

امروزه گرچه در مورد رابطه شناخت و هیجان اختلافاتی وجود دارد، لیکن در اصل قضیه رابطه میان شناخت و هیجان توافق کامل به وجود آمده است. کشفیات مهم ژوزف لی دوکس^٧ (١٩٩٦) 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 پاسخهای هیجانی مناسب با هم کار می کنند.

١ - Grant
٢ - Miller
٣ - Manic
٤ - Kaplan
٥ - Sadock
٦ - Unipolar depression
٧ - LeDoux. j

ویلیامز^۱ و همکاران (۱۹۹۷) معتقدند که اختلالات هیجانی از چند طریق فرایندهای شناختی از جمله توجه و حافظه را تحت تاثیر قرار می دهند؛ اختلالات هیجانی ممکن است : الف) میزان توجه افراد به رویدادهای تنیدگی را افزایش دهند، ب) تاثیر این رویدادها را بر عملکرد شناختی بالا ببرند، ج) فراوانی دفعاتی را که این رویدادها بازیابی می شوند، افزایش دهند. طبق دیدگاه ویلیامز افسردگی اساسی، با استفاده سوگیرانه از سرنخهای حافظه همراه است.

با توجه به اهمیت این زمینه در دو دهه اخیر تحقیقات فراوانی را در زمینه ارتباط افسردگی و حافظه شاهد بوده ایم، که نتایج بعضاً متناقضی را نیز به دست داده اند. در کل می توان گفت مطالعه حافظه اهمیت ویژه ای دارد، چرا که حافظه زیر بنای فرایندهای شناختی از جمله تفکر بوده و نقص در حافظه نقص در سایر فرایندها را در پی خواهد داشت. مطالعات پورتر (۲۰۰۷) و ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) نشان داده اند که حدود ۷۵-۵۰ درصد بیماران MDD نقص شناختی و حافظه دارند که گاهی اوقات "دمانس کاذب افسردگی"^۲ نامیده می شود.

این بیماران معمولاً از مشکلاتی چون فراموشکاری و ناتوانی در تمرکز رنج می برند. براساس نتایج مطالعات مختلف افراد مبتلا به افسرده اساسی سوگیری توجه به مواد هیجانی منفی در مقایسه با افراد بهنجار نشان می دهند. یک تحریف شناختی مثل تعمیم بیش از حد می تواند نتیجه ای از تمایل افراد افسرده برای بازیابی بیشتر مواد منفی و ناخوشایند باشد و لذا منجر به تعمیم های منفی و نادرست در مورد زندگی شان گردد. مطالعات نشان داده اند که نقص حافظه در بیماران MDD هم از لحاظ کمی و هم از لحاظ کیفی است. تغییرات کمی با توجه به نقص عملکرد حافظه مشخص می شوند، این نوع نقص زمانی تشخیص داده می شود که تکلیف به کار رفته نیازمند تلاش بیشتری باشد (کوهن^۳ و همکاران، ۱۹۹۷). در مقابل تغییرات کیفی به این صورت است که اگر بین زمان یادگیری و یادآوری اطلاعات هماهنگی خلقی وجود داشته باشد، این اطلاعات بهتر یادآوری می گردند (دانیون و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از پور افکاری، ۱۳۸۹).

بررسی های باور (۱۹۸۷)^۴ ویلیامز، وات و مک^۵ (۱۹۹۷) حافظه را به انواع متفاوتی تقسیم نموده اند، و هریک را جداگانه مورد بررسی قرار داده اند. یکی از انواع حافظه نیز حافظه کاری^۶ است (بدلی^۷ ۱۹۷۴).

1-Williams
2 Depression unnatural demance
3-Cohen
4-Bawer
5-Watt & Mac
6- Working memory
7- Baddely

کاستی های شناختی افراد MDD را می توان به منابع و فرایند نادرست پردازش اطلاعات در این دسته از افراد نسبت داد؛ از جمله منابعی که در فرایند پردازش اطلاعات دخالت دارند، حافظه کاری می باشد. حافظه کاری " کارگاه " ^۱ " نظام حافظه یا مولف رابط حافظه است که در آن اطلاعات تازه موقتا نگه داری شده و با اطلاعات حافظه بلند مدت ترکیب می شود حافظه کاری همانند فضای کار یا صفحه نمایشگر یک دستگاه رایانه است. این سیستم شامل سه مولفه مجری مرکزی ^۲ برای نگه داری و پردازش کوتاه مدت مواد کلامی و غیر کلامی، دو سامانه زیردست به نام مدار آوایی ^۳ و صفحه دیداری - فضایی ^۴ می باشد. ذخیره موقت رویدادی ^۵ در سال ۲۰۰۰ به این الگو اضافه شد که میان مولفه های حافظه کاری و حافظه بلند مدت تحت کنترل مجری مرکزی ارتباط ایجاد می کند و باعث یکپارچگی اطلاعات پردازش شده می شود (بدلی، ۱۹۸۶، ۱۹۹۹).

پیلوسی ^۶ و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند مهمترین مشکل بیماران افسرده اساسی افت فعالیت و حتی برخی اوقات توقف فعالیت حافظه کاری به هنگام انجام تکالیف دارای ابعاد چندگانه است، چرا که بر اساس یافته های پژوهشی عملکرد حافظه افراد MDD نسبت به افزایش ابعاد تکلیف حساس است. به این معنی که با افزایش ابعاد تکلیف نسبت به تکالیف تک بعدی و ساده عملکرد حافظه این افراد افت شدیدی پیدا می کند.

هوکسما ^۷ و نالن (۲۰۰۱) روابط بین حافظه کاری، افسردگی و نشخوار فکری را مطالعه کرده و احتمال داده اند که فرایندهای زیربنایی این سه مقوله با یکدیگر پیوند داشته باشد. این محققان آسیبهایی حافظه کاری در این بیماران را امری شایع دانسته و نشان داده اند که مشکلات در بروزرسانی محتویات حافظه کاری ممکن است زیر بنای فرایندهای نگه داری مواد هیجانی منفی باشد که در پاسخ های نشخوار فکری آنها مشاهده می گردد (هرتل ^۸، ۱۹۹۸).

خلق منفی عموماً با فعالیت الگوهای همسان با خلق در حافظه کاری مرتبط است که منجر به توجه انتخابی به محرکهای منفی، دسترسی بیشتر به یادسپرده های منفی و افکار منفی مکرر می گردد (آیزن ^۹، و سیمر، ۱۹۸۴).

¹ Workbench
²-central executive
³-phonological loop
⁴-visual-spatial sketch
⁵- episodic buffer
⁶-Pelosi
⁷ Hokesma
⁸ Hertel
⁹ Isen & simer

کاستاندا^۱ و همکاران (۲۰۰۸) با مرور مطالعات مربوط به تاثیر افسردگی بر کارکردهای شناختی به این نتیجه رسیدند که کارکردهای اجرایی به ویژه حافظه کاری در هر دو بخش دیداری و کلامی با مشکل مواجه می گردد. هاشر و زاکس^۲ (1988) نشان داده اند که بازداری شناختی در افسردگی مختل می گردد. امروزه مشخص شده است که فعالیت بازداری توسط سیستم مجری مرکزی حافظه کاری کنترل می گردد. زمانی که فعالیت این سیستم مختل می گردد، اطلاعات نامرتبب زیادی وارد حافظه کاری شده و بین این اطلاعات و مواد مرتبط پیوند برقرار شده و این اطلاعات در حافظه بلند مدت تثبیت می گردند، در نتیجه می توان گفت کاهش توانایی بازداری الگوهای غیرمرتبط، به عنوان منبع ظرفیت محدود حافظه کاری در افسردگی فرض می گردد (انگل، ۱۹۹۹)

برخی از محققان نیز نارساییهای موجود در قشر سینگولیت قدامی، قشر پیش پیشانی خلفی - جانبی و قشر آهیانه ای افراد افسرده را از طریق FMRI نشان داده اند که این نواحی در حافظه کاری درگیر می باشند (اوکادا^۳ و همکاران ۲۰۰۳، وایدیچ^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

در مقابل گروهی از محققان نیز نشان داده اند که حافظه کاری افراد افسرده سالم و دست نخورده باقی می ماند (والش^۵، ویلیامز، برامر^۶، برلمور^۷، کیم^۸، ۲۰۰۷)

بنابراین با توجه به نقش برجسته حافظه کاری در کارکردهای شناختی افراد و تاثیر پذیری حافظه کاری از اختلال افسردگی و نیز گستردگی و شیوع فراوان این اختلال، بررسی ابعاد گوناگون آسیبها در افراد مبتلا ضرورت ویژه ای دارد. از طرف دیگر فقدان پژوهشهای مرتبط با موضوع پژوهش نیز ما را بر آن داشت تا به بررسی نارساییهای احتمالی حافظه کاری این افراد بپردازیم.

بنابراین این پژوهش در پی پاسخگویی به دو پرسش عمده زیر بود:

آیا بین عملکرد حافظه کاری بیماران MDD و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد؟

آیا بین شدت افسردگی (نمره افسردگی که فرد در آزمون بک کسب می کند) و نمرات آزمونهای حافظه کاری همبستگی وجود دارد؟

1 Kastaneda
2 Hasher & zackes
3 Okada
4 Vaidebech
5 Walsh
6 Bramer
7 Bullmor
8 Kim

۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش

در خصوص اهمیت پژوهش‌های این چینی دلالی به شرح زیر را می‌توان مطرح کرد: نخست این که با توجه به شیوع اختلالات عاطفی از جمله افسردگی، که عنوان سرماخوردگی اختلالات روانی را به خود اختصاص داده است، ضروری است تا در خصوص ویژگی‌های این اختلال، عوامل زیر بنایی آن و نواقصی که در فرایندهای شناختی آنها به وقوع می‌پیوندد؛ از جمله نارسایی‌های حافظه، اطلاعات جامع تری کسب نماییم. دوم آنکه مطالعه حافظه دارای اهمیت ویژه‌ای است، زیرا تفکر (از جمله قضاوت، ادراک، حل مساله و...) وابسته به حافظه است. نقص در حافظه می‌تواند نقص در تفکر و شناخت را ایجاد نماید. و دیگر اینکه هیجانات می‌توانند در چند حالت حافظه را تحت تاثیر قرار دهند: زمانی که خاطرات شکل می‌گیرند (مرحله رمزگردانی) زمانی که خاطرات ذخیره می‌گردند (مرحله اندوزش) و زمانی که خاطرات به یاد آورده می‌شوند (مرحله بازیابی) (لوئیس^۱، هاویلند^۲، جونز^۳، ۲۰۰۰، به نقل از راونکیلد، ۲۰۰۲). بنابراین مطالعه تاثیر حالت‌های هیجانی در پردازش اطلاعات مختلف هیجانی و غیر هیجانی می‌تواند به شناخت بهتر مساله کمک نماید. و دست آخر این که این موضوع می‌تواند در خدمت شناخت درمانی قرار گیرد که امروزه وسیعاً در درمان اختلالات هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به لزوم شناخت بیشتر نارسایی‌های حافظه کاری بیماران MDD که تئوری‌های مختلف پیش بینی‌های متفاوتی در خصوص آن داشته‌اند و هم چنین ضرورت مقایسه این نارساییها در گروه بهنجار و افسرده این مطالعه صورت گرفت تا نهایتاً با آشکار شدن نقش نارسایی حافظه کاری، بتوان به استخراج چگونگی تعامل و مشارکت آن در آسیب شناسی اختلال افسردگی اساسی پی برد.

۴-۱- اهداف پژوهش

عموماً علل و عوامل موجود در طبیعت و مسائلی که در ذهن بشر شکل می‌گیرد، او را بر آن می‌دارد که به فکر چاره‌جویی و پاسخگویی به سوالات خود برآید و در راستای پاسخگویی به این سوالات و ندانسته‌هاست که پژوهش‌های مختلف را طراحی کرده و به مرحله اجرا می‌رساند. در رابطه با موضوع این پژوهش نیز مطالعه و بررسی‌های مختلفی در خارج صورت گرفته است (کریستوفر، مک دونالد، ۲۰۰۵، کنون همکاران^۴، والش و همکاران، ۲۰۰۷). ولی متأسفانه تعداد پژوهش‌های صورت گرفته در داخل اندک بوده بوده (نظربلند و فرزانه، ۱۳۸۸) و نتایج آنها نیز بعضاً متناقض می‌باشد. بنابراین به منظور تعمیم پذیری

¹Lewis.j

²-Hawiland

³- Joonse

⁴-Walsh

نتایج پژوهش‌های قبلی و همچنین بررسی تناقض‌های احتمالی موجود در این رابطه و با توجه به ضرورت توجه به حافظه کاری که زیربنای فرایندهای شناختی از جمله تفکر، ادراک و... می باشد و به شدت تحت تاثیر حالت خلقی افراد قرار می گیرد (رز و ابمیر، ۲۰۰۶) این پژوهش طراحی و اجرا گردید.

باتوجه به گستردگی و شیوع اختلال افسردگی اساسی ضروری است چنین مطالعاتی صورت گیرد تا ابعاد گوناگون آسیب‌هایی که افراد مبتلا دچار می گردند، به ویژه آسیب در فرایندهای شناختی چون حافظه آشکار گردد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی ادعاهای نظریه‌های مختلف در خصوص وجود یا عدم وجود نقص حافظه کاری در افراد MDD می باشد و به طور مشخص پژوهش زیر دو هدف عمده زیر را دنبال می کند:

مقایسه ی عملکرد حافظه ی کاری افراد MDD با افراد به هنجار.

بررسی نحوه ی ارتباط میزان افسردگی با عملکرد حافظه ی کاری.

۱-۵- فرضیه های پژوهش

فرضیه های پژوهش حاضر عبارت بودند از :

- فرضیه ی اول: عملکرد حافظه کاری بیماران افسرده اساسی ضعیف‌تر از افراد غیر افسرده است.

- فرضیه ی دوم: بین شدت افسردگی و عملکرد حافظه کاری رابطه ی معکوس وجود دارد.

۱-۶- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

الف) تعاریف مفهومی :

- افسردگی اساسی: عبارتست از اختلالی که در آن فرد به مدت دو هفته حداقل پنج مورد از علائمی

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 علائم به علت مصرف مواد، نقص جسمی و داغدیدگی

به وجود نیامده باشد(سادوک، به نقل از رفیعی و همکاران، ۲۰۰۰).

- حافظه کاری: سامانه ای ذهنی است که وظیفه اندوزش و پردازش موقتی اطلاعات را برای انجام

دادن یک رشته از تکالیف پیچیده شناختی نظیر، استدلال کردن، محاسبه کردن، فهمیدن،

اندیشیدن و یادگرفتن را برعهده داشته و شامل اطلاعاتی است که هم اکنون فعال شده اند. این