

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Fantová

**Autobiografická paměť u osob s depresivní
poruchou**

**Autobiographical memory of people with
depressive disorder**

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní doktorce Lonekové za trpělivé vedení a podnětné rady při psaní mé bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 23.7.2019

.....

Lucie Fantová

Abstrakt

V práci jsou vymezeny koncepty autobiografické paměti a depresivní poruchy. Autobiografická paměť obsahuje vzpomínky na zážitky z vlastního života. Depresivní porucha je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, při kterých je typické, že osoba má zhoršenou náladu, sníženou energii a fyzickou i mentální aktivitu. Termín autobiografické paměti je dále vymezen proti ostatním typům paměti, zařazen do všeobecných teorií paměti a vysvětlen i z neurobiologického hlediska. Dále je definována depresivní porucha a jsou popsány její symptomy, prevalence a etiologie, na což navazuje téma vztahu deprese s pamětí obecně. Nakonec jsou propojeny oba předchozí koncepty – jsou popsána specifika autobiografické paměti u osob s depresivní poruchou (opět i z neurobiologického pohledu) a na to je logicky navázáno možným využitím těchto poznatků v psychoterapii.

V empirické části je navržena kvantitativní výzkumná strategie k zjišťování charakteristik autobiografické paměti osob s depresivní poruchou pomocí Testu autobiografické paměti (AMT) a Beckovy škály depresivity pro dospělé (BDI – II). Respondenty bude tvořit soubor pacientů léčených pro depresivní poruchu diagnostikovanou na základě psychiatrického vyšetření a následně bude vytvořena srovnávací skupina zdravých jedinců. Výsledky mohou přispět k zjištění charakteristik autobiografické paměti u české populace osob s depresivní poruchou.

Klíčová slova

autobiografická paměť, organizace vzpomínek, depresivní porucha, nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť

Abstract

In this paper, concepts of autobiographical memory and Major depressive disorder are defined. Autobiographical memory contains memories of one's own life. Major depressive disorder is characterized by recurring depressive episodes, typically accompanied by deteriorative mood, reduced energy level and both physical and mental activity. Then the term autobiographical memory is distinguished from other types of memory, classified in general theories of memory and explained from neurobiological point of view. Furthermore, the Major depressive disorder is defined with its symptoms, prevalence and etiology continuing with the topic of the relationship between depression and memory in general. In the end, both previous concepts are linked – the specifics of autobiographical memory of people with depressive disorder are described and it is logically followed by possible implications of this knowledge in psychotherapy.

In the empirical part, quantitative research strategy is proposed for finding out the characteristics of autobiographical memory of people with depressive disorder using the Autobiographical Memory Test (AMT) and Beck depression inventory (BDI – II). Respondents will be made of a sample of patients treated for Major depressive disorder diagnosed on the basis of a psychiatric examination and then a healthy comparative group will be created. The results may contribute to determining the characteristics of autobiographical memory of Czech population with Major depressive disorder.

Keywords

autobiographical memory, memory organization, Major depressive disorder, overgeneral autobiographical memory

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část.....	8
1. Autobiografická paměť	8
1.1 Pojem autobiografická paměť	8
1.1.1 Zábleskové vzpomínky.....	10
1.1.2 Svědecké výpovědi	10
1.1.3 Dětská amnézie.....	11
1.2 Zařazení do systémů paměti	12
1.2.1 Senzorická, krátkodobá a dlouhodobá paměť	12
1.2.2 Explicitní (deklarativní) a implicitní (nedeklarativní, procedurální) paměť	13
1.2.3 Sémantická a epizodická paměť	14
1.3 Neurobiologický základ autobiografické paměti.....	15
2. Deprese	18
2.1 Deprese a paměť	19
2.1.1 Kognitivní model deprese.....	20
2.1.2 Kognitivní inhibice v depresi	21
2.1.3 Další studie	22
3. Autobiografická paměť u osob s depresivní poruchou.....	24
Návrh výzkumného projektu	30
4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky.....	31
5. Design výzkumného projektu.....	32
5.1 Typ výzkumu.....	32
5.2 Metody získávání dat.....	33
5.2.1 Beckova škála depresivity pro dospělé (Beck depression inventory, BDI – II). 33	
5.2.2. Test autobiografické paměti (Autobiographical Memory Test, AMT)	33
5.3 Metody zpracování a analýzy dat	35

5.4 Etika výzkumu.....	35
6. Výzkumný soubor	36
6.1 Skupina osob s depresivní poruchou	36
6.2 Srovnávací skupina.....	37
6. Diskuse	38
Závěr.....	40
Seznam použité literatury	41
Seznam obrázků.....	46
Seznam zkratk.....	47

Úvod

Cílem práce je zmapování teoretických a praktických poznatků o autobiografické paměti u osob s depresivní poruchou. Tato specifika jsou nejdříve na základě dosavadních výzkumných zjištění popsána teoreticky a následně je navržen i praktický výzkum k jejich zjišťování. Na dané téma se zaměřujeme z toho důvodu, že v české literatuře zatím nebylo dostatečně popsáno. Zahraniční studie poukazují na specifika autobiografické paměti u depresivních osob, v českém prostředí takovýto výzkum zatím realizován nebyl.

Obsahem literárně přehledové části je definování a vymezení konceptů autobiografické paměti a depresivní poruchy. V prvním oddílu je vymezen termín autobiografické paměti, jak je vnímán v psychologické obci i z pohledu několika konkrétních autorů (Rubin, Draaisma, aj.). Následně je vymezen proti ostatním typům paměti a zařazen do všeobecných teorií paměti. Dále v tomto oddílu můžeme nalézt neurobiologický kontext autobiografické paměti (především role hipokampu). V další kapitole je definována depresivní porucha a jsou popsány její symptomy, prevalence a krátce i etiologie. Definice vychází z MKN-10. Důležitou částí je souvislost depresivní poruchy s pamětí jako takovou. V závěru literárně přehledové části jsou propojeny oba předchozí koncepty – jsou popsána specifika autobiografické paměti u osob s depresivní poruchou. Podrobně je také popsán související fenomén „nadměrně zevšeobecňující autobiografické paměti“ (z angl. originálu *overgeneral autobiographical memory*).

V empirické části této práce je navržen kvantitativní výzkum, jehož cílem je hledání souvislostí mezi fungováním autobiografické paměti a hloubkou depresivních symptomů. Jsou stanoveny konkrétní hypotézy a vybrány metody, které budou použity ke sběru dat: (1) Test autobiografické paměti (AMT), který slouží k zjištění latence odpovědi na podnětové slovo, schopnosti vybavovat si konkrétní vzpomínky (míra zobecňování, specifická) a vztahu emočního náboje k případné patologii; (2) Beckova škála depresivity pro dospělé (BDI – II) je použita pro zjištění, zda dotazovaný vykazuje depresivní symptomy a pokud ano, jaká je jejich hloubka. Respondenti podle ní budou rozděleni do skupin s: minimální, mírnou, střední a těžkou depresivitou. Dále je popsán výběrový soubor, který tvoří lidé léčení pro depresivní poruchu diagnostikovanou na základě psychiatrického vyšetření. Také bude vytvořena srovnávací skupina zdravých osob neléčených pro depresivní poruchu (v současnosti ani minulosti) nebo jinou psychickou poruchu či neurologické onemocnění. Vzhledem k tomu, že se jedná o kvantitativní výzkum, je následně navržen postup statistické

analýzy dat. Kvůli k povaze dat bude využita testová metoda analýzy rozptylu (ANOVA). V neposlední řadě jsou zmíněny etické aspekty a případné limity tohoto výzkumu.

V práci je věnována pozornost především aktuálním poznatkům, analýze dosavadních výzkumných zjištění a psychologickému testování obou konceptů. Vzhledem k nízkému pokrytí tohoto tématu v české literatuře, je čerpáno převážně z literatury zahraniční. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Autobiografická paměť

1.1 Pojem autobiografická paměť

V základní literatuře je pojem autobiografická paměť většinou zmíněn pouze okrajově, nicméně je platným členem typů paměti, i když někdy může být nazýván různě. V návaznosti na nejčastější definice v psychologické obci je v této práci autobiografickou pamětí v nejširším pojetí myšlena **paměť pro životní události či osobní prožitky**.

Množství autorů (téměř výhradně zahraničních) definuje a popisuje autobiografickou paměť následovně. Draaisma (2009, str. 9) označuje autobiografickou paměť „*kronikou našeho života*“, ve které můžeme nalézt vzpomínky od dětství až dodnes a ve které jsou uloženy naše osobní soudy. Také může být definována jako paměť pro informace související se self (přeloženo z angl. originálu, Brewer, 1986, str. 26). Podle Lampinena a Beikeho (2015) nám autobiografická paměť může připadat jako znovuprožívání minulosti či jako úložiště pravdy (spoléháme na ni s absolutní důvěrou). Conway a Jobsonová (2012) vytváří pro autobiografickou paměť nový termín „paměťový systém self“ (z angl. originálu „*self-memory system*“), který podle nich zahrnuje reprezentace Já, naši strukturu dosahování cílů, autobiografické znalosti a na událost silně zaměřené epizodické vzpomínky. Sternberg (2009, str. 200) se zabývá spíše funkčními aspekty autobiografické paměti a chápe ji jako „*prostředek pro interakci s reálným světem*“.

Dle Plhákové (2004) se autobiografické vzpomínky skládají převážně z vizuálních a sluchových představ, ale je možné zaznamenat i letmé prožitky chutí, vůní či citů. Jedná se tedy o smíšené formy mentálních reprezentací, které jsou zakódované zpravidla ve verbálním kódu. Plháková tvrdí, že také můžeme sledovat časovou osu autobiografických vzpomínek – když totiž vyprávíme, co se nám stalo, většinou příběh časově ukotvíme („to mi bylo x let“). Zároveň pomocí autobiografické paměti můžeme „předpovídat“, jak budou probíhat situace, které nám jsou již z minulosti známé (např. rodinné srazy apod.), nebo takto můžeme předvídat i vlastní reakce na budoucí děje.

Brewer (1986) zdůrazňuje, že téměř každá autobiografická vzpomínka kromě časového údaje obsahuje i vazbu na určité místo. Časový údaj podle něj neznamená přesné datum, ale spíše fakt, že se zážitek váže k jedinečnému času. Dalším aspektem

autobiografické vzpomínky je podle něj její spojení s Já – vzpomínka se stala v minulosti a přímo se týká osoby, která si ji vybavuje.

V laické populaci slyšíme přirovnání autobiografické paměti k videokameře, která snímá veškeré životní události (významné i nevýznamné). Oproti tomu se odborníci shodují na tom, že autobiografická paměť zachycuje situace pouze z pohledu jedince, je tedy velmi subjektivní a také může být časově i fakticky velmi nepřesná. Zkreslení paměťových stop vychází již z procesu jejich vzniku, jak popisují Lampinen a Beike (2015): nejdříve proběhne kódování, jehož základní charakteristikou je jeho selektivita, během kterého dojde ke zpracování a interpretaci vnímaného, což výrazně zredukuje realitu; takto vzniklá paměťová stopa je uložena v mozku, kde je podrobena průběžným změnám zapříčiněným nově přichozími informacemi; posledním krokem je potom vybavení nebo také podle mnohých autorů přesnější rekonstrukce. Jak je zřejmé z tohoto nejednoduchého procesu, reprodukováná paměťová stopa je jistě poněkud vzdálená původní skutečnosti. I Atkinsonová (2003) popisuje roli obecných znalostí jedince o světě, kvůli kterým konstruujeme a doplňujeme vzpomínky, aby mohly být reprodukovány v podobě vyprávění. Během této konstrukce k původní vzpomínce přidáváme naše úsudky a snažíme se ji vpassovat do stereotypů a dalších schémat.

Jedním z dalších možných vysvětlení zkreslení autobiografické paměti je podle Plhákové (2004) její souvislost se sebepojetím. Při vzpomínce na své chování jedinec přirozeně vnímá své chování jako lepší, „správnější“, než ve skutečnosti bylo. Naopak lidé, kteří mají nízké sebehodnocení, vnímají svoje chování spíše jako špatné.

Také Loftusová a Pickrell (1995) zkoumali zkreslení autobiografických vzpomínek. V jejich výzkumu byly respondentům přečteny čtyři zážitky z jejich života (sepsané za pomoci rodinných příslušníků), načež byli respondenti požádáni, aby tyto čtyři zážitky blíže popsali. Nevěděli ale, že jeden z prezentovaných zážitků byl smyšlený (zážitek ztracení se v obchodě). Z výsledků tohoto experimentu vyplynulo, že pro popis událostí, které se skutečně staly, použili respondenti více slov než pro zážitky smyšlené. Dále tazatelé zjistili, že při opakovaném rozhovoru o smyšleném zážitku, respondenti vnímali vzpomínky jasněji než poprvé a nakonec ani nechtěli věřit skutečnosti, že opravdu byly smyšlené. Z toho vychází, že jedinec může být sugescí jednoduše přesvědčen o prožití vykonstruované události.

Dále dle Plhákové (2004) hrají důležitou roli v ukládání autobiografických vzpomínek emoce – emočně silně nabitě osobní zážitky (např. významné milníky života či intimní zážitky) jsou ty, které si uchováváme nejdéle, jsou nejstálejší. I u nich ale platí, že velké množství podrobností, které si pamatujeme, podléhá s postupem času změnám a zkreslením. Na druhou stranu neutrální opakující se zážitky z paměti rychle mizí. Sternberg (2009) k této tezi přidává, že možným vysvětlením detailnosti vzpomínek na emočně silné zážitky může být i důsledek časté reprodukce vzpomínky (alespoň ve formě přemýšlení nad ní).

1.1.1 Zábleskové vzpomínky

S emocemi souvisí tzv. zábleskové vzpomínky (z angl. originálu *flashbulb memories*) objevené výzkumníky Brownem a Kulikem (1977). Jsou to velmi podrobné a detailní vzpomínky na společensky významnou událost (např. smrt princezny Diany, 11. září 2001 atd.). Samotný název zábleskové vzpomínky vychází z pocitu přesnosti a jasnosti takovéto vzpomínky, jako by byla vyfocena fotografie momentu vzniku této paměťové stopy (Baddeley, 2012). Jedinci jsou schopni si vybavit, co přesně dělali, když se o události dozvěděli, a další detaily. Silné emoce doprovázející závažné situace zvyšují pravděpodobnost, že následně bude vzpomínka vybavena přesněji a snadněji, než jiné (Sternberg, 2009). Nicméně z výzkumů vyplývá, že i tyto vzpomínky jsou výrazně zkreslené.

Baddeley (2012) prohlašuje, že kromě vlivu silných emocí na tento druh vzpomínek také působí skutečnost, že jsou společensky důležité, a tudíž často probírané v médiích i v sociálních kruzích každého jedince, a to v bezprostřední návaznosti na událost i v průběhu následujících let. Jedinci jsou sice skálopevně přesvědčeni o přesnosti svých výpovědí, nicméně se zvyšujícím se počtem převyprávění, při kterém nevědomě reorganizujeme a konstruujeme vzpomínky, se sice zvyšuje živost, ale přímo úměrně také klesá přesnost vyprávěného (Sternberg, 2009).

1.1.2 Svědecké výpovědi

Toto téma je společensky velmi důležité, jelikož očitá svědectví různých trestných činů a přestupků bývala vnímána jako zásadní usvědčující materiál a dodnes mají velkou váhu v soudních řízeních. Z toho důvodu začaly být zkoumány rekonstruktivní procesy autobiografické paměti, které spočívají v dotváření útržkovitých zážitků do ucelených vzpomínek pomocí pamětních schémat, jejichž činností dochází ke konfirmačnímu zkreslení (Plháková, 2004). Naše paměťová schémata totiž zapříčiňují uchování takových údajů, které

jsou v souladu s našimi názory, zatímco potlačuje uchování těch, které jsou proti nim (Plháková, 2004).

Podle Baddeleyho (2012) je úloha výzkumu v této oblasti následující: vyhnout se zavádějícím výpovědím a evokovat přesnější vzpomínky. Konkrétně je třeba se zaměřit na potenciálně zavádějící způsoby výslechů, chybovost v rozpoznávání obličejů, sestavování řazení potenciálních podezřelých, vliv emocí na výpovědi a vliv stresové situace na zúžení pozornosti. Dále Baddeley uvádí, že zatím jedním z mála praktických pokroků v této oblasti je tzv. „kognitivní interview“, které by mělo optimalizovat proces získávání přesných informací od svědků. Nicméně Baddeley je toho názoru, že aby bylo lépe použitelné, je třeba ho výrazně zjednodušit a přizpůsobit osobám, které ho ve skutečnosti budou využívat, bez současného snížení jeho účinnosti.

1.1.3 Dětská amnézie

Poslední součástí autobiografické paměti jsou rané vzpomínky na dětství a jejich absence – dětská amnézie, kterým v minulosti byla a dodnes je věnována značná pozornost mnohými výzkumníky. Plháková (2004, str. 215) definuje dětskou amnézii jako: „*neschopnost vybavovat si vzpomínky na události prvních tří let života*“.

Prvním, kdo popsal amnézii na první roky života, byl již Freud (1991), který ji vnímal jako výsledek vytěsnění traumatických afektivních obsahů z tohoto období života do nevědomí. V moderních studiích je spíše spojena s vývojem hipokampu, který do druhého roku života ještě není zcela vyvinut, a tudíž paměťové stopy nemohou vznikat, být uloženy a později vybaveny (Plháková, 2004).

Z kognitivního pohledu Plháková (2004) vysvětluje dětskou amnézii výraznou rozdílností způsobu kódování a organizace vzpomínek dětí a dospělých. Jak je výše popsáno, autobiografické vzpomínky máme kódovány verbálně, čehož děti nejsou schopny, jelikož nemají dokončený vývoj řeči. Jejich paměťové stopy tedy vznikají v podobě názorné a citové, a tak nezapadají do budoucích novějších schémat. Nicméně právě osvojování řeči, sémantické údaje a procedurální paměť nepodléhají dětské amnézii, jelikož neuvžívají verbálního kódování.

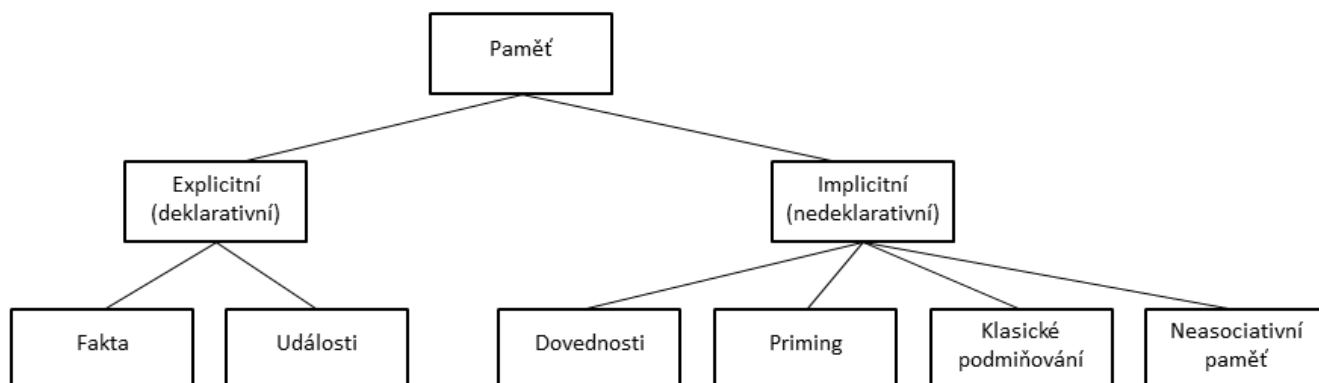
Plháková (2004) dále vysvětluje dětskou amnézii neukončeností vývoje Já. Autobiografická paměť je silně navázána právě na Já, tudíž dokud není u jedince utvořeno (k čemuž dochází kolem třetího roku života), nemohou vznikat autobiografické vzpomínky.

V neposlední řadě podle ní také hraje roli dětská dezorientace v čase a neschopnost seřazení událostí do časové osy, což také spadá mezi jedno ze specifíků autobiografické paměti.

Další důležitou otázkou je pravost raných autobiografických vzpomínek. Usher a Neisser (1993) tvrdí, že na první rok života neexistují žádné vzpomínky, které si můžeme vybavit (bez ohledu na významnost události). Plháková (2004) potom zmiňuje překryv skutečných vzpomínek a rekonstruovaných vzpomínek z vyprávění rodinných příslušníků či z fotografií rodinných alb apod.

1.2 Zařazení do systémů paměti

Z pohledu autobiografické paměti jsme vybraly jako nejdůležitější následující klasifikace: Atkinsonovo a Shiffrinovo rozdělení na senzorickou, krátkodobou a dlouhodobou paměť, dále rozdělení na explicitní/deklarativní a implicitní/procedurální paměť (např. Schacter, Scovill a Milnerová) a na závěr Tulvingovo rozdělení na paměť sémantickou a epizodickou. Tyto různé klasifikace mohou být spojeny v souhrnnou teorii, viz Obrázek 1.



Obrázek 1: Souhrnná kategorizace paměti (Squire, 1992)

1.2.1 Senzorická, krátkodobá a dlouhodobá paměť

Tato klasifikace Atkinsona a Shiffrina patří mezi nejtradičtější rozdělení paměti. Jsou zde rozlišeny struktury, tzv. sklady (z angl. originálu *stores*), a informace uložené ve skladech, tzv. paměť (Sternberg, 2009).

Senzorická paměť dle Sternberga (2009) uchovává limitované množství informací po velmi krátkou dobu (pouze několik sekund). Jedná se o jakousi vstupní paměť, kterou nejdříve projde většina informací, než jsou přesunuty do krátkodobé či dlouhodobé paměti. Sternberg zastává názor, že není možné tento druh paměti introspektivně zkoumat (na rozdíl od paměti krátkodobé. Plháková (2004) vysvětluje senzorickou paměť v souvislosti se

smyslovými vjemy – ty zachytí přesný obraz, který, pokud je vyhodnocen jako důležitý, je postoupen do dalších částí paměti.

Krátkodobou paměť podle Plhákové (2004) používáme k aktuálně probíhajícím psychickým aktivitám. Informace zde udržíme zpravidla několik vteřin až minut – v závislosti na našem snažení udržet si informaci po dobu, po kterou ji potřebujeme (např. sluchově zaznamenanou adresu si opakujeme, dokud si ji nezapišeme apod.) Řada výzkumů měřila kapacitu krátkodobé paměti, přičemž nejznámějším se stalo Millerovo „magické číslo 7 ± 2 “, nicméně roli hrají i mnemotechnické pomůcky aj.

Dlouhodobá paměť je potom téměř neomezená (kapacitně i časově) a slouží k pasivnímu uskladnění paměťových stop. Exaktnímu zkoumání není příliš přístupná, ale můžeme sledovat určitou organizaci údajů v ní uložených (viz následující dělení včetně zařazení autobiografické paměti). (Plháková, 2004)

1.2.2 Explicitní (deklarativní) a implicitní (nedeklarativní, procedurální) paměť

Rozdělení na deklarativní a nedeklarativní paměť vzniklo roku 1957 díky Scovillovi a Milnerové, kteří zkoumali pacienty s poškozením hipokampu (Hort & Rusina, 2007).

Explicitní (deklarativní) paměť obsahuje takové paměťové stopy, které dokážeme vědomě vybavit a popsat (proto tzv. explicitní). Patří k ní podtypy sémantická a epizodická paměť. Anatomicky souvisí s činností hipokampu. (Hort & Rusina, 2007) Do této kategorie můžeme zcela určitě zařadit i paměť autobiografickou.

Implicitní (nedeklarativní, procedurální) paměť obsahuje naopak takové informace, které si nedokážeme vědomě vybavit a popsat. Jsou to obvykle naučené, zautomatizované dovednosti, jako například motorické dovednosti (jízda na kole, plavání, apod.), podmíněné reflexy, emoční paměť, návyky, priming, senzitivace, habituace a další. Anatomicky jsou pro tuto paměť významná bazální ganglia, mozeček či neokortex. (Hort & Rusina, 2007)

Vzhledem k tomu, že implicitní paměť není vědomá, není ani závislá na funkci hipokampu a proto jsou implicitní paměťové stopy při poškození hipokampu zachovány, zatímco explicitní paměť podléhá např. amnéziím (Hort & Rusina, 2007).

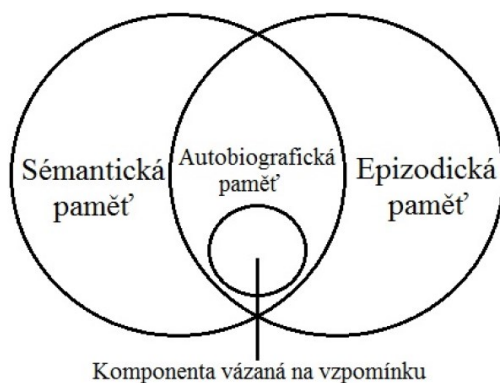
1.2.3 Sémantická a epizodická paměť

Významná klasifikace paměti vymežující epizodickou a sémantickou paměť byla navržena Endelem Tulvingem (1983). Vychází z původního rozdělení vzpomínek na propoziční (věcné) a procedurální (operacionální). Procedurální Tulving (1983) dále dělí na sémantickou a epizodickou paměť s ohledem na: (a) druh informace, který zpracovávají, (b) charakteristiku jejich operací a (c) jejich aplikaci v reálném životě (včetně paměťových laboratoří). Sternberg (2009) dodává, že podkladem pro rozlišení sémantické a epizodické paměti je dnes kognitivní výzkum i neurologické vyšetření (zahrnující stimulaci elektrickým proudem, měření krevního průtoku v mozku, či zkoumání pacientů s porušenou pamětí).

Základní jednotkou **epizodické paměti** je událost (epizoda), která se udála v konkrétní situaci a vždy má svůj počátek a konec. Zahrnuje toho, kdo si ji pamatuje jakožto původce děje nebo jako pozorovatel. Jejím zdrojem se může stát sebemenší narušení homogenity pole vnímání. Epizodické vzpomínky mají určitou časovou posloupnost – navzájem na sebe navazují či probíhají souběžně s jinými. (Tulving, 1983)

Jednotky **sémantické paměti** jsou tvořeny vědomostmi (jejich součástí jsou fakta, nápady, koncepty, pravidla, schémata aj.). Pro vznik sémantické paměťové stopy nestačí pouhé narušení homogenity zorného pole, ale je třeba pochopit a porozumět události v návaznosti na již existující vědomosti. Sémantické paměťové stopy jsou zasazovány do existující sémantické struktury. (Tulving, 1983)

Autobiografická paměť s tímto rozdělením úzce souvisí, ale přestože se může zdát, že odpovídá popisu epizodické paměti, autoři se shodují, že je součástí obou těchto typů. Například existují i sémantické autobiografické údaje jako datum a místo narození, které nemůžeme časově zařadit, ani si neuvědomujeme, kde a jak jsme se je dozvěděli (Frydrýšková, Jarmarová, Rozkocová, & Tetřev, 2016).



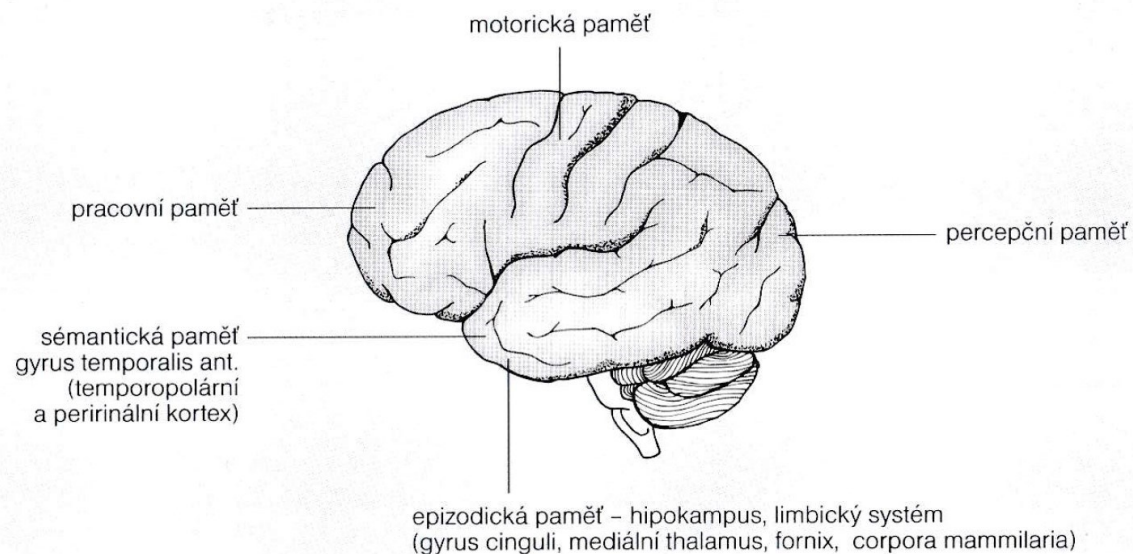
Obrázek 2: Autobiografická paměť v Tulvingově rozdělení (Baddeley v publikaci Berntsen & Rubin, 2012)

Baddeley vysvětluje svůj pohled na autobiografickou paměť v rámci Tulvingova rozdělení paměti na následujícím příkladu (Baddeley, 2012, str. 72):

- a) Sémantická paměť, např. „Paříž je hlavní město Francie.“
- b) Epizodická paměť, např. „Právě bylo zmíněno slovo Francie.“
- c) Autobiografická paměť: „Já jsem navštívil Francii,“ která může a nemusí obsahovat:
- d) Komponenta vázaná na vzpomínku: „Vzpomínám si, že byla bouřka, když jsem byl naposled v Paříži.“

1.3 Neurobiologický základ autobiografické paměti

Z neurologického pohledu je obecně paměť „*jedním ze základních projevů plasticity nervového systému*“ a disponuje dvěma hlavními úkony: (1) konsolidace, tedy ukládání informace (z krátkodobé do dlouhodobé paměti) a; (2) retrieval, neboli vybavení paměťové stopy, tzv. engramu (Hort & Rusina, 2007, str. 26). Neurobiologické výzkumy primárně vychází z poškození mozku, důsledkem čehož je možné sledovat změny psychiky a tedy i paměti. Ze všech dostupných výzkumů vyplývá, že zcela klíčovou roli ve fungování deklarativní (tedy i autobiografické) paměti hraje hluboko v temporálním laloku ukrytý **hipokampus**, zatímco vědomí nepřístupná nedeklarativní paměť je asociována spíše s bazálními ganglii, mozečkem a amygdalou (Hort & Rusina, 2007). Na Obrázku 3 můžeme vidět jednotlivé druhy paměti a oblasti mozku s nimi asociovanými.



Obrázek 3: Lokalizace paměti v mozku (Hort & Rusina, 2007)

Podle Horta a Rusiny (2007) jsou deklarativní paměťové stopy uloženy v těch částech mozku, které se podílejí na jejich vnímání a zpracování. Hipokampus potom pro nově přichozí informace představuje „vstup“ do dlouhodobé paměti. Vzhledem k tomu, že u autobiografické vzpomínky je důležité její časové a místní zařazení (tzv. paměť zdrojová, z angl. *source memory*), hipokampus spolupracuje s frontálními laloky, aby mohla být uložena celá informace (zatímco u sémantických informací stačí k uložení do kůry pouze hipokampální aktivita). Při poškození hipokampu není možné učit se novým informacím a zároveň narušení vzniká i u starších paměťových stop. Tato narušení se řídí tzv. Ribotovým pravidlem, podle kterého existuje určitá hierarchie v poškození paměťových stop a to od nejnovějších (recentních) po ty nejstarší.

Hort a Rusina také popisují biochemické děje spojené s pamětí – v případě deklarativní je podle nich kromě role hipokampu absolutně nezbytná dlouhodobá potenciace (z angl. *long term potentiation* – LTP), aby byla informace přepsána z krátkodobé do dlouhodobé paměti. Ta závisí na aktivaci glutamátových NMDA receptorů. Dalšími důležitými biochemickými látkami jsou acetylcholin a modulační systémy ostatních mediátorů. V neposlední řadě s autobiografickou pamětí souvisí také amygdala a s ní spojené struktury mediálního temporálního kortexu, které nejsou nezbytné a hrají významnou roli při vybavování si emocionálně zabarvených paměťových stop (vycházejících z kontextu jejich uložení či spojení se strachem nebo radostí).

Ze Sternbergova (2009) pohledu kognitivního psychologa lze podpořit myšlenku dlouhodobého ukládání paměťových stop v příslušných oblastech mozkové kůry, kde dochází ke zpracování konkrétních druhů počitků. Souhlasně také řadí do hlavních funkcí hipokampu „*integraci a konsolidaci oddělených senzorických informací a přenos nově syntetizovaných informací do dlouhodobých struktur*“ (Sternberg, 2009, str. 206). Dle jeho názoru jsou nervovými přenašeči zvyšujícími míru neurálního přenosu serotonin a acetylcholin (možná noradrenalin). Role acetylcholinu byla výzkumně zjištěna jeho vysokou koncentrací u zdravých jedinců v porovnání s velmi nízkou koncentrací u pacientů trpících Alzheimerovou nemocí. V závěru Sternberg zmiňuje roli některých hormonů (asociovaných s nabuzujícími událostmi jako jsou úspěchy, úrazy či krize apod.), které zvyšují míru využití glukózy v mozku, a tím tak zlepšují i fungování paměti.

Z pohledu Atkinsonové (2003) je proces kódování informace spojen s funkcí levé hemisféry, zatímco během vybavování je aktivována primárně pravá hemisféra. Zvýšení neurální aktivity v odpovídajících oblastech potom sleduje při činnosti explicitní paměti, zatímco k implicitní paměti se váže pokles neurální aktivity v oblastech s ní spojených.

Nejnovější studie se také zabývají neurobiologickým základem autobiografické paměti. K jejímu zkoumání jsou dnes používány nejnovější zobrazovací metody, takže zkoumání již nezávisí pouze na sledování změn chování jedinců po poškození některé mozkové struktury.

Sheldon, Fenerci a Gurguryan (2019) zkoumali dva odlišné způsoby vybavení stejné autobiografické vzpomínky v rámci hipokampu. První způsob vybavení je založen konceptuálně – využíváme ho u nejednoznačných rozhodnutí, kdy nám pomáhá se rozhodnout. Druhý způsob je založen percepčně, což využíváme v dobře strukturovaných úkolech (které jsme již v minulosti prožili). Výzkumníci zjistili, že s těmito dvěma ději je spojena činnost anteriorní a posteriorní části hipokampu. V jiné studii (Hodgetts et al., 2017) je zdůrazňována jednak role fornixu (vstupní/výstupní cesta hipokampu) ve spojitosti s množstvím epizodických autobiografických vzpomínek, zatímco se sémantickými autobiografickými vzpomínkami se pojí inferiorní longitudinální fasciculus, který spojuje okcipitální a anteriorní temporální lalok.

2. Deprese

Deprese je onemocnění, kterým v běžné populaci trpí odhadem 5-16 % lidí, přičemž často je spojována s dalšími, hlavně chronickými somatickými, onemocněními (např. onkologická, kardiovaskulární, neurologický, infekční, revmatická). Přibližně dvakrát častěji se objevuje u žen než u mužů. Jejimi hlavními příznaky je dlouhodobý pocit smutku či pokleslé nálady, neschopnost cítit potěšení při aktivitách (i takových, které v minulosti potěšení přinášely) a snížení zájmu o ně. Snížené množství energie vede k zvýšené únavnosti (i po malém úsilí) a také snížení aktivity. (Laňková & Raboch, 2018)

Deprese se dále může vyskytovat v rámci bipolární afektivní poruchy, nicméně tou se v této práci nebudeme zabývat vzhledem k povaze výzkumu. Také doprovází trvalé poruchy nálad (u kterých symptomy nedosahují hloubky deprese) a jiné psychické poruchy, přičemž v takových případech se již nejedná o diagnózu depresivní poruchy.

Z hlediska etiologie depresivní poruchy, rozlišujeme dvě základní skupiny příčin: faktory biologické a faktory psychosociální. Faktory psychosociální se podílí nejen na vzniku depresivní poruchy, ale i na jejím průběhu (zhoršování či udržování). Z biologického pohledu hraje roli mimo jiné genetická predispozice schopnosti snášet stres. (Anders & Skopová, 2006)

V rámci MKN-10 (2018) patří depresivní porucha do páté kapitoly – Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). V této kapitole se deprese zásadně týkají dva kódy: F32 (Depresivní fáze) a F33 (Periodická depresivní porucha). Obě tyto skupiny zahrnují několik následujících podtypů:

Depresivní fáze

- Lehká depresivní fáze (F32.0)
- Středně těžká depresivní fáze (F32.1)
- Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2)
- Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3)
- Jiné depresivní fáze (F32.4)
- Depresivní fáze NS (F32.5)

Periodická depresivní porucha

- Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká (F33.0)

- Periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká (F33.1)
- Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů (F33.2)
- Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky (F33.3)
- Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi (F33.4)
- Jiné periodické depresivní poruchy (F33.5)
- Periodická depresivní porucha NS (F33.6)

Pro definování periodické depresivní poruchy je třeba nejdříve vymezit **depresivní fázi**, která je hlavní součástí periodické depresivní poruchy. V MKN-10 (2018) je tato depresivní fáze charakterizována zhoršením nálady, větší únavností (i po minimální námaze), obecně sníženou energií, schopností koncentrace a narušením spánku (možné probouzení hodiny před obvyklou dobou probouzení). Objevují se pocity viny a beznaděje, ztráta zájmů, libida i chuti k jídlu.

Periodická depresivní porucha je v MKN-10 (2018) „*charakterizována opakovanými fázemi deprese [...], aniž jsou v anamnéze samostatné fáze zvýšené nálady a energie (manie). Mohou být však přítomny krátké fáze lehkého zvýšení nálady a zvýšené aktivity (hypomanie), které se dostavují bezprostředně po depresivní fázi, někdy vyvolané antidepressivní léčbou.*“

2.1 Deprese a paměť

„*Faktorem uchovávajícím depresi může být skutečnost, že si depresivní jedinec snadněji vybavuje vzpomínky na předchozí smutné zkušenosti, což podporuje další trvání deprese.*“ (Sternberg, 2009, str. 235) Toto tvrzení vychází z fenoménu zvaného efekt kongruence, který spočívá v souvislosti nálady s obsahem vzpomínek – ve špatné náladě si budeme spíše vybavovat vzpomínky negativní, zatímco v dobré náladě jsou to spíše ty pozitivní, s kladným citovým nábojem (Plháková, 2004).

Z mnohých výzkumů vyplývá, že je s depresivní poruchou také spojován prokazatelný kognitivní deficit. Uvádí se, že až 50 % depresivních pacientů trpí kognitivním deficitem, který zhoršuje jejich zdravotní stav, průběh léčby i fungování v sociálním i osobním životě (Příkrylová Kučerová, Preiss, Navrátilová, & Příkryl, 2010). Deficit je možné sledovat v několika oblastech – nejčastěji jsou uváděny oblasti exekutivních funkcí, pozornosti,

psychomotorického tempa a paměti (Hammar & Årdal, 2009). Z paměti jsou postiženy konkrétně krátkodobá a pracovní paměť (např. Gelonch et al., 2018).

2.1.1 Kognitivní model deprese

Mezi nejvýznamnější výzkumníky kognice osob s depresivní poruchou bezesporu patří Aaron T. Beck. Popsal tzv. kognitivní model deprese, ve kterém zmiňuje následující vzájemně interagující kognitivní konstrukty: negativní kognitivní triáda, negativní automatické myšlenky, kognitivní zkreslení, nefunkční postoje, schémata, přesvědčení a maladaptivní či zaujatá pozornost, zpracování informací a paměť (Auerbach, Webb, Gardiner, & Pechtel, 2013).

Beck (2016) ve své shrnující publikaci o modelu deprese z roku 2016 popisuje kognitivní triádu a její části: pohled na sebe sama (milující/nemilující), pohled na svět (přátelský/nepřátelský) a očekávání budoucnosti (nadějná/beznadějná). Zatímco obecně nedepresivní jedinci v těchto třech sférách vykazují pozitivní zkreslení, což může vést k vyšší snaze této zkreslené reality dosáhnout a ve výsledku jí doopravdy dosáhnou, u osob s depresivní poruchou je tomu naopak. Ke svému modelu Beck také přikládá neurobiologické důkazy: (1) hipokampus – trauma či neštěstí prožité na počátku života je spojeno se sníženým objemem hipokampu, který hraje zásadní formativní roli v oblasti paměti a učení; (2) amygdala – centrum spojované se zpracováním emocí, které dle důkazů reaguje na stres (konkrétně například na týrání v dětském věku) a následně ovlivňuje způsob, jak zpracováváme informace. Uznává ale, že ne každé trauma z dětství vede k závažné depresi a ne u každé deprese můžeme mluvit o traumatické události.

Co se týče specifického způsobu zpracování informací depresivních jedinců, Beck (2016) zmiňuje, že ti zaměřují svou pozornost na negativní informace a pozitivní ignorují. Navíc jsou citlivější k negativní zpětné vazbě, vykazují narušení v učení formou odměn a dále v oblasti paměti si spíše pamatují negativní informace a je pro ně náročné vybavit si specifické autobiografické vzpomínky (více v následující kapitole). V konečném důsledku může depresivní porucha ústít v hodnocení životních zkušeností jako negativních a časem změnit jedincův pohled na svět i jeho očekávání.

Dle kognitivního modelu tedy vnitřní reprezentace já a našeho okolí ovlivňují to, čím se zabýváme, jak nakládáme s novými informacemi, i co si později pamatujeme (Disner, Beevers, Haigh, & Beck, 2011). U pacientů s depresivní poruchou lze sledovat negativní tendence těchto vnitřních reprezentací, což vede k negativnímu zpracování informací

(Beevers et al., 2019). Negativní schémata vedou negativně zaujatou pozornost, což ústí ve vybavování si spíše negativních (depresogenních) informací z paměti (Beck, 2008).

2.1.2 Kognitivní inhibice v depresi

Joormann, Yoon, & Zetsche (2007) ve své přehledové studii vysvětlují teorii kognitivní inhibice v depresi. Vychází ze zkrácení paměti a pozornosti, což následně souvisí se zvýšenou ruminací. Důležitými koncepty této teorie jsou inhibice, pracovní paměť a kognitivní kontrola. Pracovní paměť má omezenou kapacitu a krátkodobě ukládá právě ty informace, na které se zaměřuje pozornost. Pro udržení koherentního myšlení hrají inhibiční procesy zásadní roli v aktualizování pracovní paměti odstraňováním informací, které již nejsou pro jedince relevantní. Za inhibiční procesy jsou označovány například inhibice reakce, kognitivní inhibice a emoční inhibice. Pozornost jedinců, kteří mají tyto inhibiční procesy narušeny, může být lehko odvedena irelevantními informacemi a myšlenkami. To je jednou z možných příčin malé kapacity pracovní paměti.

Joormann, Yoon, & Zetsche (2007) dále popisují konkrétní kognitivní deficity související s depresivní poruchou. Jedním z nich je například poškození ve vybavování emočně neutrálních informací (nejen u depresivní poruchy, ale i u dalších). K jejich překvapení ale nenašli přesvědčivé množství kvalitních empirických důkazů, které by toto tvrzení podpořily – deficit je prokazatelný v kontrole pozornosti, nikoliv v schopnosti vybavování si emočně neutrálních informací. Změny jsou ale znatelné v testech založených na volném vybavování si či rekognici. Větší poškození paměti potom sledují v oblastech, kdy: (1) pozornost není limitována úkolem; (2) je požadován vyšší kognitivní výkon; (3) pozornost může být lehko přesměrována na osobní zájmy a další myšlenky nesouvisející s úkolem. Z toho vyplývá, že jedinci s depresivní poruchou si povedou stejně jako zdraví jedinci v jasně strukturovaných situacích, ale mají problém v aktivitách vyžadujících vlastní iniciativu a nemajících danou strukturu a omezení. Tento typ úkolů totiž vyžaduje kognitivní flexibilitu a kontrolu v podobě zaměření pozornosti na relevantní stimuly a zároveň inhibici nerelevantního materiálu.

V neposlední řadě se Joormann, Yoon, & Zetsche (2007) zabývají otázkou záměrného zapomínání. V testu řízeného zapomínání za užití sebehodnotících položek, jedinci s depresivní poruchou uchovali negativně laděné položky, které měly být zapomenuty, zatímco zdravá kontrolní skupina byla pozitivně zaměřena. Zároveň respondenti s vysokými skóry ve škále ruminace měli sníženou míru zapomínání pozitivních i negativních slov

v testu řízeného zapomínání, a naopak vybavovali i negativní slova, která jim nikdy během testu nebyla prezentována.

Tímto problémem se zabývali též Xie, Jiang, & Zhang (2018), kteří zkoumali obtíže jedinců s depresivními tendencemi zapomenout negativní materiál. Respondenti byli nejdříve podrobeni úloze řízeného zapomínání a poté s nimi provedli „old or new discrimination task“. Respondenti s tendencemi k depresi měli problémy potlačit uchování negativních podnětových slov, zatímco potlačení uchování neutrálních podnětových slov bylo neporušené. Navíc si lépe vybavovali negativní podnětová slova, a to i v případech, kdy měly být položky zapomenuty (na rozdíl od respondentů bez depresivních tendencí). V závěru výzkumníci navrhuji dva mechanismy, které přispívají k neschopnosti depresivních jedinců zapomenout negativní materiál: nedostatečné potlačování paměti spojené se zaměřenou pozorností a excesivní předběžné zpracování.

2.1.3 Další studie

Ve výzkumu pracovní paměti osob s depresivní poruchou, Li et al. (2016) zaznamenali poškození v zapamatování pozice obrázku, ale nikoliv v zapamatování obrázku jako takového. Nejednalo se o problém přesnosti pracovní paměti. Také reakční čas odpovědi byl signifikantně vyšší než u zdravé kontrolní skupiny. Emoční dopad na pracovní paměť nebyl rozdílný od zdravé kontrolní skupiny, tudíž útlum prostorové pracovní paměti nevycházel z negativních emocí. Poškození pracovní paměti ale vychází ze zhoršeného vybavování a může dále ovlivňovat i kódování paměťové stopy a její uchování. Další poznatky této studie se týkají efektu emoční kongruence paměti, který je typický u depresivních osob (nehledě na hloubku depresivních symptomů). Zhoršená kognitivní kontrola vychází z nedostatečné kapacity zpracovávat vnitřní negativní emoce a v důsledku vede k potížím regulovat a potlačit navenek vyjadřované emoce.

Hort a Rusina (2007) popisují častý případ, kdy je deprese kvůli svému dopadu na paměť mylně diagnostikována jako demence. Tento typ demence označují za tzv. pseudodemenci. Stává se tak podle nich u pacientů relativně mladšího věku, kteří si stěžují na zapomnětlivost, ale jejich vizuospaciální funkce jsou relativně zachovány. Tito pacienti mají problém vzpomenout si na konkrétní informaci, která se jim později z ničeho nic vybaví, když už jí nepotřebují. S těžkou depresí je podle Horta a Rusiny vázán problém vybavování (ne ukládání) deklarativních paměťových stop, a to hlavně verbálního

charakteru. Narušení bývá v krátkodobé paměti a dále v pozornosti a soustředění. Autoři mimo jiné zmiňují, že u motorické paměti nejsou sledovány změny.

Deprese není pouze zaměňována s demencí, ale často skutečnou demenci doprovází. Může se dokonce stát prvním příznakem nastupující demence, jako například v situacích, kdy Alzheimerova nemoc neurologicky nezačíná typicky v temporálním laloku, ale první postižení jsou zaznamenána ve frontálních oblastech mozku, nebo dochází k ischemickým změnám v bílé hmotě hemisfér. Množství takovýchto pacientů vykazuje kognitivní změny, které v tomto stádiu nelze vázat k Alzheimerově chorobě. (Hort & Rusina, 2007)

Velká část studií na téma specifik paměti u depresivních osob nerozlišuje věk, který ale právě v otázce paměti hraje výraznou roli. Finští výzkumníci (Castaneda, Tuulio-Henriksson, Marttunen, Suvisaari, & Lönnqvist, 2008) provedli studii kognitivních deficitů u mladých dospělých s depresivní poruchou. Největší problém u nich shledali v exekutivních funkcích, v pozornostním deficitu, v psychomotorických schopnostech a v krátkodobé a pracovní paměti – ve verbálních i vizuálních úkolech. Tyto problémy nesouvisí se změnami paměti v důsledku vysokého věku. Dále zdůrazňují, že je důležité rozlišovat depresivní poruchu bez od depresivní poruchy s psychotickými příznaky, která je doprovázena závažnějšími kognitivními deficity.

Oproti tomu opačně zaměřený výzkum provedli Zlatar, Muniz, Galasko, & Salmon (2018), ve kterém zkoumali populaci ve věku 60-90 let a dospěli k závěru, že subjektivně vnímaný kognitivní deficit jedinců s depresí nekoreluje s jejich souběžným objektivním výkonem. Subjektivní kognitivní deficit se váže k depresivním symptomům, tudíž u depresivních starších pacientů nelze spoléhat na jejich subjektivní vnímání kognitivního deficitu a je nutné kognici otestovat objektivními metodami. Je zřejmé, že deficit je u nich významný (o to více v kombinaci vysokého věku a deprese), ale zpravidla nemusí být tak závažný, jak těmto jedincům připadá.

Další aktuální debata probíhá na téma, zda ke kognitivnímu deficitu dochází pouze v akutní depresivní fázi, či zda poškození přetrvává i ve fázi remise, nebo po uzdravení (Hammar & Årdal, 2009). Odpovědi se v různých studiích liší. Podle všeho nelze sledovat přetrvávání kognitivního deficitu u osob s mírnou depresí, ale pouze u těžké formy deprese, a to v oblastech verbální paměti a učení (Castaneda, Tuulio-Henriksson, Marttunen, Suvisaari, & Lönnqvist, 2008).

Fenomén kognitivního deficitu u depresivních jedinců byl zkoumán i na symptomatické úrovni. Beevers et al. (2019) zjistili, že ne všechny dílčí depresivní symptomy mohou být asociovány s negativním smýšlením či negativně zaměřenou pozorností. Soudí tedy, že se kognitivní zkreslení neváže nutně k depresivní poruše jako takové, ale pouze k některým jejím symptomům. Dokonce tvrdí, že naopak kognitivní zkreslení přispívá k udržování depresivních symptomů, jako jsou pocit smutku, pocit nelibosti vůči své osobě, pesimismus, nerozhodnost a trestání se.

V českém prostředí se tímto problémem zabývali Příkrylová Kučerová, Preiss, Navrátilová a Příkryl (2010). Z jejich pohledu je nelehké určit konkrétní příčinu kognitivního deficitu (pravděpodobně úzce souvisí se vznikem depresivní poruchy jako takové), nicméně zcela určitě je kolísání kognitivního výkonu ovlivňováno pravohemisférovou dysfunkcí, sníženou motivací a vysokou unavitelností osob s depresivní poruchou. Také předpokládají, že mezi příčiny vzniku depresivní poruchy patří i nedostatek některých neurotransmiterů v mozku, narušení neuroplasticity a atrofie či jiné dysfunkce mozkových struktur souvisejících s kognitivními funkcemi či emocemi (hipokampus, ventrální striatum, prefrontální kortex, amygdala, aj.). Tyto změny podle nich lze zaznamenat před rozvinutím depresivní poruchy a během ní pouze akcelerují. Klinické faktory jako hloubka a typ deprese, medikace nebo také věk osoby s depresivní poruchou mají přímo úměrný vliv na kognitivní deficit.

Co se týče souvislosti léčby deprese s kognitivní dysfunkcí, česká lékařka Eva Češková (2017) prováděla výzkum různých typů antidepresiv. Vysvětluje, že tricyklická antidepresiva mají negativní účinek na lidskou kognici, ale naopak nejběžněji užívané selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) vykazují mírné zlepšení kognitivních funkcí u osob s depresivní poruchou. Ještě lépe potom fungují látky činné v noradrenergním systému. Nejvíce prokognitivně z jejího výzkumu vyšlo multimodální antidepresivum vortioxetin.

3. Autobiografická paměť u osob s depresivní poruchou

V otázce specifík autobiografické paměti u osob s depresivní poruchou se ve studiích nejčastěji objevuje problém snížené konkrétnosti autobiografické paměti a tzv. nadměrně zevšeobecňující autobiografické paměti. V této kapitole budou tyto i další koncepty blíže vysvětleny.

Obecnou premisou je, že jedinci s depresivní poruchou mají narušenou činnost autobiografické paměti, což samo o sobě vede k udržování depresivních symptomů (Wilson & Gregory, 2017). Například negativní nálada podporuje vzpomínání na nepříjemné zážitky tím, že zjednodušuje aktivaci negativních vzpomínek nebo znemožňuje vybavení si vzpomínek jiných (Williams, 1996). Dalgleish a Werner-Seidler (2014) popisují dokonce čtyři oblasti narušení autobiografické paměti u depresivních jedinců:

- 1) **zkreslené vybavování negativních vzpomínek** – vzpomínky na negativní zážitky jsou systematicky favorizovány při vybavování a vedou k negativnímu vnímání sebe sama, světa okolo i možné budoucnosti;
- 2) **ochuzené pozitivní vzpomínky** – pozitivní vzpomínky nepřichází na mysl velmi často a pokud ano, nemají příznivý dopad na náladu (naopak mohou být až škodlivé);
- 3) **kategorické vzpomínky** – vybavování si spíše obecných a často negativně laděných vzpomínek tak, že je popis možný aplikovat na většinu událostí tohoto typu;
- 4) **pozměněný vztah k emocionálním autobiografickým vzpomínkám** – snaha emočně silné a nepříjemné vzpomínky potlačit.

Williams (1996) navrhuje dva typy možných hierarchií, do kterých jsou autobiografické vzpomínky organizovány (a následně v nich i vybavovány). První je uložení po životních obdobích, druhá je uložení do různých kategorií (např. lidé, místa, činnosti). U depresivních jedinců jsou abnormálně zvýšeny právě kategorické vzpomínky, což můžeme nazvat **nadměrně zevšeobecňující autobiografickou pamětí** (z angl. originálu *overgeneral autobiographical memory*). Přestože Williams původně měřil nadměrně zevšeobecňující autobiografickou paměť u jedinců po suicidálním pokusu, zjistil, že je možné tento fenomén sledovat u všech pacientů trpících depresivní poruchou, ale na druhou stranu ho nelze sledovat u všech poruch nálad – např. u anxiózních jedinců tento fenomén shledán nebyl. Dále z jeho výzkumů vyplynulo, že se nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť mimo jiné váže i k narušení schopnosti řešení problémů. V otázce příčin vzniku nadměrně zevšeobecňující autobiografické paměti Williams poukazuje na tendence k nadměrně zevšeobecňující autobiografické paměti u pozitivních i negativních podnětových slov a na výskyt nadměrně zevšeobecňující autobiografické paměti u pacientů se strukturálním poškozením mozku.

Řešení sociálních problémů vychází primárně z autobiografické paměti, tudíž dysfunkční povaha kategorických vzpomínek u depresivních jedinců v tomto případě hraje významnější roli než konkrétnost vzpomínek (Goddard, Dritschel & Burton, 1996)

Nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť dle výzkumů (např. Williams, 1996; Wilson & Gregory, 2017) přetrvává i ve chvílích, kdy je depresivní fáze ukončena a pacient se nachází ve fázi remise, přičemž se stává jedincovou slabinou pro rozvinutí další depresivní fáze. Dle Wilsona a Gregoryho (2017) existují tři procesy, které samostatně či v kombinaci přispívají k výskytu nadměrně zevšeobecňující autobiografické paměti: (1) ve chvíli, kdy je podnětové slovo asociováno s negativní vzpomínkou, se jedinec uchýlí k ruminaci nad negativitou této vzpomínky, což přeruší proces vyhledávání specifické vzpomínky; (2) nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť může v počátku sloužit k vyhnutí se nepříjemné (až traumatické) vzpomínce, než se z ní stane generalizovaný styl vybavování; (3) snížená kapacita exekutivních funkcí přispívá nadměrně zevšeobecňující autobiografické paměti tak, že znemožňuje udržet pozornost natolik dlouho, aby byla vybavena specifická vzpomínka. Dále zmiňují, že nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť může být chápána jakožto vyhýbavá strategie, ale závisí to na rozdílu vysoké obecnosti a nízké konkrétnosti paměti. Vybavování malého množství konkrétních vzpomínek totiž může mít protektivní charakter, zatímco vybavování velkého množství zevšeobecňujících vzpomínek zvyšuje distres.

Tento rozdíl byl zkoumán také u narativní diferenciaci jakožto ukazatele zaměření se na sebe, přičemž bylo zjištěno, že tato diferenciaci je nepřímo úměrná konkrétnosti a přímo úměrná nadměrnému zevšeobecňování autobiografických vzpomínek (obzvláště těch negativních). Řečené však bylo potvrzeno pouze u jedinců s depresivní poruchou, zatímco u zdravé kontrolní skupiny nikoliv. (Bender, Carrera, & Alonso-Arbiol, 2015)

Z výzkumů je zřejmé, že nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť je významným prediktorem dalšího průběhu depresivní poruchy jedince. Konkrétně byla nalezena souvislost mezi méně specifickými a více zevšeobecňujícími vzpomínkami a zvýšením depresivních symptomů ve dvou měřeních s časovým odstupem, přičemž moderátory tohoto vztahu byl věk respondentů, fakt, zda byli diagnostikováni depresivní poruchou, či nikoliv, a časový odstup mezi jednotlivými měřeními (Sumner, Griffith, & Mineka, 2010). Jeden z výzkumů navrhuje, že nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť i u zdravých jedinců vytváří kognitivní zranitelnost a možnou predispozici pro

budoucí emocionální distres v náročných životních situacích – jedinci s vysokou nadměrně zevšeobecňující autobiografickou pamětí v kombinaci s vysokým skórem v negativních životních událostech prokazovali s časovým odstupem zvýšení depresivních symptomů (Gibbs & Rude, 2004).

Z další studie (Brewin, Reynold, & Tata, 1999) vychází najevo, že jedincům s depresivní poruchou nebo také s posttraumatickou stresovou poruchou často zasahují do vědomí neodbytné vzpomínky na specifické autobiografické události. Ty nemizí ani ve fázi remise, a tak musí tito jedinci vynaložit značné úsilí, aby se vyhnuli opětovné aktivaci těchto rušivých vzpomínek (které již nejsou neodbytné v takové míře, ale zároveň jsou stále velmi dobře dostupné), a tudíž i možnému relapsu při jejich aktivaci. Podle výzkumníků je možné, že neodbytné vzpomínky zabírají kapacitu pracovní paměti, což vede ke zhoršení pozornosti a rovněž ke ztížení vybavení konkrétních autobiografických vzpomínek na minulý úspěch, které by podpořily zotavení. Druhou možností je podle autorů nepřízeň osudu v dětství vedoucí k nízkému sebevědomí, depresivnějšímu atribučnímu stylu a ve výsledku i spíše vyhýbavé strategii zvládnutí.

Sumner et al. (2014) testovali model snížené konkrétnosti autobiografické paměti (tzv. model CaR-FA-X) typické u depresivní poruchy. Zmíněný model navrhuje tři procesy přispívající ke snížení konkrétnosti autobiografické paměti: (1) zaujetí a ruminace (*capture and rumination*, CaR); (2) funkční vyhýbání se (*functional avoidance*, FA); (3) poškozená exekutivní kontrola (*impaired executive control*, X) (Sumner et al., 2014, str. 471). Z výsledků vyplývá, že nejvíce je snížení specifity autobiografické paměti asociováno se zaujetím, ruminací a poškozenou exekutivní kontrolou, z nich pak konkrétně s přemítáním (z angl. originálu *brooding*) a verbální fluencí. Nicméně to se lišilo u výzkumných souborů (s a bez historie depresivní poruchy), přičemž zásadním rozdílem od původních teorií je právě fakt, že výzkumníci pracovali s jedinci s historií deprese, nikoliv aktuálně probíhající depresivní fází. Zjistili tak, že respondenti bez historie deprese s nižšími výsledky ve verbální fluenci prokazovali sníženou specifitnost autobiografické paměti při vyšší míře přemítání, zatímco respondenti s historií deprese a nižší verbální fluencí prokazovali nízkou specifitnost autobiografické paměti při nízké míře přemítání.

Nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť se zpravidla měří pomocí podnětových slov (např. Test autobiografické paměti). Tato verbální forma má jistě své nedostatky ať už v podobě různých interpretací jednotlivých slov každým jedincem, nebo i

v problematice překladů do dalších jazyků tak, aby byl absolutně zachován význam slova apod. Proto byl uskutečněn výzkum obrázkové formy tohoto typu testu, ze kterého vyplynulo, že zatímco zdraví jedinci vybavili stejné množství specifických vzpomínek jako ve verbální formě testu, depresivní jedinci stále vybavili signifikantně méně specifických a více kategorických vzpomínek, což znamená, že tato forma testu může být používána jako ekvivalent a přitom má vyšší ekologickou validitu (Ridout, Dritschel, Matthews, & O'Carroll, 2016).

Z pohledu typů autobiografické paměti je depresivní poruchou zasažena hlavně její epizodická část a pro ni zásadní sebe-perspektiva a schopnost vědomí přenést se v čase (do minulosti, ale i budoucnosti) (Lemogne et al., 2006). Z lingvistického pohledu na autobiografickou paměť a depresivní poruchu ze studií vyplývá, že osoby s depresivní poruchou používají méně často slovo „já“ ve spojení s pozitivními vzpomínkami a naopak ho častěji používají ve spojení se vzpomínkami negativními (Himmelstein, Barb, Finlayson, & Young, 2018).

Jedním z ojedinělých případů je studium této problematiky u dětí a dospívajících. Výsledky vypovídají následující: týrané děti vykazují zvýšenou nadměrně zevšeobecňující autobiografickou paměť za přítomnosti i bez depresivních symptomů (Valentino, Bridgett, Hayden, & Nuttall, 2012). Jinou studií bylo zjištěno, že vyvolaná ruminace u adolescentů s první depresivní fází zvyšuje depresivní náladu a negativní kategorické vzpomínky (Park, Goodyer, & Teasdale, 2004). Rolí ruminace v nadměrně zevšeobecňující autobiografické paměti u jedinců s depresivní poruchou se zabývala i studie výzkumníků Liu et al. (2017), kteří zjistili, že subtyp ruminace přemítání mediuje vztah mezi nadměrně zevšeobecňující autobiografickou pamětí a depresivními symptomy, zatímco další subtypy neukázaly signifikantní souvislost.

Depresivní porucha se pojí s potížemi získat přístup ke konkrétním autobiografickým informacím v reakci na emocionálně laděná podnětová slova, a tak se Dalgleish et al. (2007) rozhodli výzkumně zjistit, jaká část těchto potíží je způsobena poškozením kognitivní kontroly. Nejdříve si ověřili, že výkon v Testu autobiografické paměti souvisí s výkonem v testech exekutivní kontroly nezávisle na depresivní náladě, poté potvrdili spojení depresivní nálady s narušeným výkonem v Testu autobiografické paměti. Na závěr manipulovali podnětová slova Testu autobiografické paměti, což vedlo ke zhoršení výkonu

v generaci konkrétních vzpomínek. Snížená exekutivní kontrola udává vztah mezi depresivní náladou a Testem autobiografické paměti.

Narušení schopnosti inhibice irelevantních informací u depresivních jedinců při autobiografickém úkolu je podpořeno i zobrazovacími metodami – byla zaznamenána snížená aktivita v prefrontální kůře v oblastech kognitivní, emoční a paměťové inhibice (Whalley, Rugg, & Brewin, 2012). Z neurobiologického pohledu byla také s vybavováním málo specifických pozitivních i negativních vzpomínek u osob s depresivní poruchou spojena činnost levého hipokampu a objevena možná role kynureninové dráhy (Young et al., 2016). Jedinci s depresivní poruchou také uvádějí výraznější negativní emoce během vybavování vzpomínky, což bylo potvrzeno zvýšenou činností amygdaly i konektivity amygdaly a hipokampu a zároveň tito jedinci vykazovaly výraznou down regulaci posteriorního hipokampu (Doré et al., 2018). Další studie popisuje, že negativní obraz sebe sama souvisí se sníženou produkcí konkrétních vzpomínek i exekutivních funkcí a pojí se se sníženou aktivitou v levém ventro-laterálním prefrontálním kortexu a anteriorním cingulárním kortexu (Sperduti et al., 2013).

Důležitým důsledkem všech výše popsanych problémů autobiografické paměti u osob s depresivní poruchou jsou jejich možnosti modifikace (např. v psychoterapii). Nadměrně zevšeobecňující autobiografická paměť se sice nemění ve fázi remise, ale z výzkumů vyplývá, že může být redukována kognitivními intervencemi – konkrétně například otázkami na decentraci (Watkins, Teasdale, & Williams, 2000). Další předpokládanou prospěšnou intervencí je tzv. kognitivně reminiscentní terapie využívající adaptivní formy reminiscence, které vedou ke statisticky i klinicky signifikantnímu snížení depresivních symptomů (Hallford & Mellor, 2016). Zároveň je v psychoterapii nutné brát v potaz fakt, že jedinci s depresivní poruchou mají narušený odměnový systém v mozku, a tak, přestože u zdravých jedinců pozitivní autobiografické vzpomínky evokují odměnovou reakci, depresivní jedinci tyto vzpomínky možná nedokáží vnímat jako pozitivní. (Chen, Takahashi, & Yang, 2015).

Návrh výzkumného projektu

Výzkumný projekt vychází ze dvou konceptů, které jsou popsány jednotlivě i v jejich vzájemné souvislosti v literárně-přehledové části – autobiografická paměť a depresivní porucha. Konkrétně se jedná o souvislost principu fungování autobiografické paměti a hloubky depresivních symptomů.

V historii výzkumů paměti byla autobiografická paměť od počátků víceméně opomíjena. Většina výzkumů po dlouhou dobu typově vycházela z metod zkoumání Hermanna Ebbinghause. Ten se zaměřil na paměťový proces zapomínání a jeho techniky byli objektivní, proto velká část výzkumníků následovala v jeho stopách. Dalším zásadním výzkumníkem paměti byl Tulving se svým rozdělením paměti na epizodickou a sémantickou. Za prvního průkopníka výzkumu paměti, která je nyní nazývána autobiografickou, může být považován Francis Galton. Ten vytvořil asociační test, v němž zaznamenával slova, která ho napadala v reakci na množství předem připravených podnětových slov, a čas, jak dlouho mu trvalo si tato slova vybavit. Přibližně od 70. let 20. století se začala zkoumat tzv. „everyday memory“, ale také začaly vznikat deníkové studie, a nakonec i výzkumy raných vzpomínek, což jsou kategorie, které by mohly být považovány již za autobiografickou paměť. (Draaisma, 2009)

Přímo autobiografickou paměti se tedy v minulosti nezabývalo mnoho výzkumů. V dnešní době se však na ni výzkumy začaly orientovat, vzniká množství nových studií, které je možné replikovat, ale také existují aspekty autobiografické paměti, které zatím zmapovány příliš dobře nejsou. Ještě méně studií na toto téma bylo provedeno v českém prostředí na české populaci. Jako například právě výzkum autobiografické paměti v souvislosti s depresivní poruchou, což je důvod, proč navrhuji tento výzkum k realizaci.

Dlouhodobě jsou popisovány různé dopady deprese na člověka včetně deficitů v jeho kognitivních funkcích, do kterých spadá i autobiografická paměť. Obecný předpoklad je takový, že lidé s depresivní poruchou vnímají dění kolem sebe spíše negativně a jejich vzpomínky na minulost jsou laděné spíše negativně. Při dotazu na veselou vzpomínku z jejich života mají problém si nějakou vybavit. Například pomocí Zimbardova dotazníku „*Time Perspective Inventory*“ (ZTPI) můžeme měřit míru orientace jedinců na minulost, přítomnost či budoucnost, kde orientace na minulost se dále dělí na pozitivní a negativní (Zimbardo & Boyd, 2017). V tomto případě se dá předpokládat, že jedinci s depresivní poruchou budou orientovaní spíše na negativní minulost. Náš výzkum se kromě negativní

autobiografických vzpomínek bude zabývat také jejich konkrétností a objektivně měřitelnou latencí v jejich produkci, což by mohlo přinést nové poznatky ve zkoumání fungování autobiografické paměti při depresivní poruše. Výzkum tedy bude zjišťovat objektivně měřitelný deficit.

V našem návrhu výzkumného projektu se jedná o kvantitativní výzkum autobiografické paměti u osob s diagnostikovanou depresivní poruchou za použití testů autobiografické paměti a standardizovaného testu depresivní poruchy. Současně bude vytvořena srovnávací skupina zdravých jedinců (bez depresivních příznaků v minulosti i dnes).

4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky

Výzkum bude koncipován tak, aby jeho závěry byly zobecnitelné pro českou populaci osob s depresivní poruchou. Výsledky tohoto testu mohou také přispět k tvorbě užitečných psychotherapeutických technik, díky kterým může být hloubka depresivity snížena, a ve fázi remise mohou sloužit k prevenci relapsu.

Cílem našeho výzkumu je tedy **hledání konkrétních souvislostí mezi fungováním autobiografické paměti a hloubkou depresivních symptomů.**

Hypotézy, které jsem pro tento výzkum stanovila, jsou následující:

- 1) Čím hlubší depresivita, tím vyšší bude latence respondenta při produkování konkrétních autobiografických vzpomínek.
- 2) Čím hlubší depresivita respondenta, tím nižší bude počet autobiografických vzpomínek, které respondent dokáže vyprodukovat.
- 3) Latence při produkování autobiografických vzpomínek bude u respondenta s depresivní poruchou vyšší než u zdravého respondenta.
- 4) Vyprodukované autobiografické vzpomínky osob s depresivní poruchou budou spíše zevšeobecňující (nespecifické) v porovnání se zdravou srovnávací skupinou.
- 5) U osob s depresivní poruchou budou statisticky významně převažovat autobiografické vzpomínky s negativním obsahem v porovnání se zdravou srovnávací skupinou.

5. Design výzkumného projektu

Aby data vypovídala o stavu české populace, výzkum bude probíhat na území celé České republiky. Budou osloveni psychiatři, psychologové a vedení psychiatrických léčeben a denních stacionářů, kam dochází pacienti s depresivní poruchou. Ti poté nabídnou svým pacientům s depresivní poruchou možnost účasti ve naší studii.

Abychom se vyhnuli rozdílnosti v administraci použitých metod, budou proškoleny týmy lidí, které budou provádět administraci podle předem daného protokolu a budou jediné oprávněné provádět výzkum. Důležité je například dodržet pořadí zadávaných úkolů, dále časové limity u testu autobiografické paměti apod. Členové tohoto týmu následně provedou sběr dat v daných léčebnách a stacionářích.

Sběr dat bude trvat po dobu šesti měsíců. Přibližně v prvních čtyřech měsících sběru budou otestováni respondenti s depresivní poruchou, v dalších dvou měsících pak zdraví respondenti srovnávací skupiny. Na zpracování celkových výsledků budou k dispozici další tři měsíce po ukončení sběru dat.

5.1 Typ výzkumu

Na téma autobiografické paměti u osob s depresivní poruchou se již určité množství výzkumů objevilo, a tak není třeba zkoumat kvalitativně, zda existuje souvislost mezi autobiografickou pamětí a depresí. I vzhledem k typickým symptomům depresivní poruchy můžeme předpokládat, že porucha bude mít dopad i na autobiografickou paměť. Je tedy na místě zaměřit se na otázku, jaké jsou možné souvislosti změn autobiografické paměti a hloubky depresivity. Proto bude výzkum typově **kvantitativní**. V rámci cílů výzkumu byly stanoveny hypotézy, které se výzkum bude snažit podpořit či vyvrátit.

Abychom zjistili sílu vztahu mezi proměnnými, provedeme **korelační studii**. Vzhledem k multifaktoriálním příčinám deprese i změn autobiografické paměti, nelze jednoduše prokázat kauzalitu tohoto vztahu. Hloubka depresivity je v našem případě zjišťována, abychom mohli distingovat rozdíly v autobiografické paměti u jedinců s různou hloubkou depresivních symptomů. Naproti tomu bude vytvořena srovnávací skupina zdravých jedinců, díky které bude možné vyloučit změny autobiografické paměti nesouvisející s depresivní poruchou.

5.2 Metody získávání dat

Ke sběru dat budou použity dvě testové metody – Test autobiografické paměti a Beckova škála depresivity pro dospělé.

5.2.1 Beckova škála depresivity pro dospělé (Beck depression inventory, BDI – II)

Pomocí Beckovy škály depresivity zjišťujeme, zda dotazovaný momentálně vykazuje depresivní symptomy a pokud ano, jaká je jejich hloubka. Neslouží k diagnostice depresivní poruchy, proto je naší podmínkou, aby respondenti byli předem diagnostikováni depresivní poruchou psychiatrem. Jedná se o standardizovanou metodu.

Tato metoda je celosvětově rozšířený a uznávaný nástroj, jehož nynější aktualizovaná verze byla vytvořena v roce 1996 (Beck, Steer & Brown, 1996). Českou verzi vytvořili v roce 1999 Preiss a Vacíř. Aktuálně byla provedena rozsáhlá studie pro ověření reliability a validity českého překladu, jelikož v původní verzi Preisse a Vacíře toto ověření proběhlo pouze na vzorku 60 mužů. Bylo zjištěno, že i česká verze metody má vysokou vnitřní reliabilitu a validitu, tudíž může být označena za spolehlivý psychometrický nástroj (Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka, & Anders, 2016).

Faktorovou analýzou byly stanoveny tři faktory, které BDI – II obsahuje – kognitivní, somatický, afektivní (Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka, & Anders, 2016). Pro nás nejdůležitější funkcí BDI – II je Beckem navržené cut-off skóre, díky kterému lze respondenty rozdělit do skupin:

- **minimální nebo žádná deprese** (HS: 0-13)
- **mírná deprese** (HS: 14-19)
- **střední deprese** (HS: 20-28)
- **těžká deprese** (HS: 29-63)

5.2.2. Test autobiografické paměti (Autobiographical Memory Test, AMT)

Test autobiografické paměti je nejčastěji používaný test pro kvantitativní měření autobiografické paměti. Jeho první verze byla navržena v roce 1986 pro testování specifík autobiografické paměti osob po suicidálním pokusu (Williams, 1996). Funguje na principu asociačního experimentu – respondent má za úkol vybavit si vzpomínku po prezentaci podnětového slova. Testem poté měříme latenci reakcí na podnětové slovo a schopnost

vybavení autobiografické vzpomínky, její míru zobecnění a konkrétnost (Rubin & Wenzel, 2005).

AMT zatím nebyl standardizován v České republice, a tak bude využita verze, kterou pro svou diplomovou práci vytvořil Dobiášovský (2016). Dohromady test obsahuje 12 podnětových slov, která jsou emočně zabarvená, rozdělená na pozitivní a negativní a dvě neutrální podnětová slova (určena pro zácvik). Do pozitivních Dobiášovský (2016, str. 78) zařadil slova „*klidný, šťastný, v bezpečí, nadšený, úspěšný, překvapený (příjemně)*“; do negativních potom vybral slova „*zahanbený, smutný, naštvaný, nešikovný, zraněný (citově), osamělý*“ a jako zácviková byla použita slova „*oběd*“ a „*příroda*“. Vzhledem k tomu, že se jedná o citově zabarvená slova, mohlo by dojít k ovlivnění probanda tónem vyslovení konkrétního slova, proto se použijí tabule, na kterých budou slova vytištěna (Dobiášovský, 2016).

Aby vyprodukovaná vzpomínka, mohla být uznána jako autobiografická, stanovil Dobiášovský (2016) následující podmínky, které musí splňovat:

- vzpomínka souvisí s respondentem – týká se jeho osoby
- vzpomínka odkazuje na událost, která proběhla v časovém rozmezí jednoho dne
- respondent sdělí i okolnosti vzpomínky – např. den v týdnu, místo apod.

Při administraci jsou respondentovi sděleny instrukce, k čemu test slouží, jak bude vypadat a jaké odpovědi jsou vyhovující (událost je z minulosti, mohla se stát včera i před několika lety, zážitek je přímo respondentův, významnost vzpomínky není podstatná, jedná se o jednu konkrétní situaci, a ne periodické aktivity). Poté si respondent vyzkouší odpovědět na zácviková slova, přičemž mu je předvedeno, jak vypadá vyhovující odpověď, aby bylo zřejmé, že porozuměl instrukcím. Na to je navázáno 12 testovými slovy, kde první z každé skupiny může být považováno za přechodové.

K vyhodnocení testu si administrátor zaznamenává (Dobiášovský, 2016, str. 79):

- *reakční čas první odpovědi (jakékoliv), v sekundách,*
- *reakční čas první autobiografické vzpomínky, v sekundách (pokud proband nevyprodukuje žádnou autobiografickou vzpomínku, započítává se hodnota 60 sekund),*
- *počet autobiografických vzpomínek,*

- *počet ostatních vzpomínek.*

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Tento výzkum je kvantitativní, takže zpracování dat bude primárně statistické. Nejdříve bude respondentům přidělen kód, pod kterým budou uvedeni v tabulkách se sebranými daty. Poté bude deskriptivní statistikou popsán vzorek a v případě, že by data z testových metod poukazovala na souvislost s některými z demografických údajů, byla by provedena jejich vzájemná korelace. Dále budou vytvořeny tabulky s daty obou testů. U každého respondenta máme k dispozici reakční čas první (jakékoliv) odpovědi, reakční čas první autobiografické vzpomínky, počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek a počet ostatních vzpomínek.

Nejdříve provedeme analýzu dat skupiny osob s depresivní poruchou. U té máme navíc k dispozici respondentovo zařazení do jedné ze skupin dle hloubky depresivity: minimální, mírná, střední a těžká. Data jsou povahou nominální (hloubka depresivity) a kardinální (reakční časy a počty vzpomínek), proto bude k jejich zpracování použita metoda analýzy rozptylu (ANOVA). Dále bude kvalitativně zkoumána konkrétnost vyprodukovaných autobiografických vzpomínek. Na závěr budou porovnány výsledky skupiny osob s depresivní poruchou s výsledky zdravé srovnávací skupiny.

5.4 Etika výzkumu

Z etického hlediska se ve výzkumu budeme snažit o korektnost. Během celého výzkumu budou dodržovány zásady beneficence a nonmaleficence.

Oslovování bude probíhat individuálně tak, aby nebyla veřejně oznámena pacientova diagnóza osobám, se kterými ji nechce sdílet. Všichni respondenti budou od počátku znát účel, cíle i průběh výzkumu. Každý respondent dostane k podpisu informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Vzhledem k tomu, že budeme pracovat pouze s dospělými jedinci, není třeba informovat nikoho dalšího o jejich účasti ve studii. Již při administraci testů bude každému respondentovi přiřazeno kódové označení, aby byla zajištěna jeho anonymita při zpracování dat i zveřejnění výsledků studie.

Účast na výzkumu bude zcela dobrovolná – respondenti se přihlásí samy na základě svého uvážení po oslovení svým lékařem či institucí, do které dochází. Nebude použita finanční odměna jako motivace pro účast, tudíž se studie zúčastní opravdu pouze jedinci, kteří budou mít zájem být její součástí. Administrátoři pojedou do oslovených organizací,

aby respondentům v účasti nebránila vzdálenost, případně nedostatek prostředků a času potřebných k cestování.

Výzkum by respondentům neměl přivodit žádnou bolest či jiné nepříjemné důsledky, ale pokud by se v průběhu necítili dobře (s ohledem na jejich diagnózu), mají možnost kdykoliv testování přerušit a odstoupit od účasti na něm. Vzhledem k zachování anonymity respondentů, nebudeme provádět hromadný debriefing, ale nabídneme jim individuální zpětnou vazbu v případě zájmu.

6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor budou tvořit osoby s diagnostikovanou depresivní poruchou, kteří se rozhodnou výzkumu zúčastnit a splňují podmínky zařazení do souboru. Aby data měla dobrou vypovídající hodnotu, bude otestováno alespoň 50 respondentů s depresivní poruchou a 50 respondentů do srovnávací skupiny.

6.1 Skupina osob s depresivní poruchou

Základní kritéria pro zařazení do studie:

- **psychiatrickým vyšetřením stanovená diagnóza periodické depresivní poruchy,**
- **věk vyšší 18 let a nižší 65 let**
- **absence komorbidních onemocnění**

Důvody k vyřazení ze studie:

- **jiné somatické, neurologické, neurodegenerativní onemocnění.**

Potenciální respondenti budou osloveni skrze organizaci/zdravotnické zařízení, do kterého docházejí či přes jejich lékaře/psychologa. S ohledem na jejich psychický stav bude výběr probíhat výhradně formou dobrovolného přihlášení k účasti. Organizace/psycholog/lékař je pouze obeznámí s možností účasti, předá jim kontaktní údaje, a pokud se jedinec rozhodne zúčastnit se, sám se přihlásí.

Protože u cílové skupiny lze předpokládat problém s motivací a s nedostatkem energie k účasti, bude pro jejich pohodlí výzkum probíhat v organizaci, do které jsou zvyklí docházet. Díky tomuto přístupu bude účast vyšší, než kdyby sběr dat probíhal pouze např. v Praze.

6.2 Srovnávací skupina

Vytvoření srovnávací skupiny zdravých jedinců bude záviset na demografických charakteristikách jako věk, pohlaví a vzdělání. Tato skupina bude vytvořena až po ukončení sběru dat skupiny osob s depresivní poruchou tak, aby jí rozložením demografických údajů odpovídala, a tudíž byla vhodná pro porovnání výsledků se skupinou osob s depresivní poruchou.

Základní kritéria pro zařazení do studie:

- **věk 18 až 65 let,**
- **absence diagnózy periodické depresivní poruchy** – v přítomnosti i v minulosti,
- **absence jiné psychické poruchy,**
- **absence jiného neurologického, neurodegenerativního onemocnění.**

Potenciální respondenti pro zdravou srovnávací skupinu budou osloveni hromadně na internetu (sociálních sítích). Opět se jedná o sebevýběr, ale v tomto případě již není nutné administrovat test v různých částech republiky, jelikož se nedá předpokládat souvislost výsledků testů s bydlištěm respondentů. Pro zvýšení motivace k účasti bude respondentům nabídnuta možnost individuální zpětné vazby k výsledkům jejich testů.

6. Diskuse

Výzkumný projekt tohoto formátu bude časově i finančně nákladný. Bude nutné nějakým způsobem ohodnotit tým administrátorů – můžeme jim nabídnout hodiny do účasti ve výzkumu či potvrzení o praxích. Nicméně je třeba jim proplatit alespoň náklady na výjezdy do oslovených organizací v rámci sběru dat. To, že budou do organizací dojíždět, znamená, že sběr dat bude trvat velké množství času.

Dalším limitem tohoto výzkumu je cílová skupina – u jedinců s depresivní poruchou se dá předpokládat, že nebudou velice motivovaní účastnit se výzkumu. Snažíme se je podpořit tím, že nemusí daleko cestovat, aby se mohli výzkumu zúčastnit, ale i přesto nebude jednoduché sehnat mnoho respondentů. Mimo to existuje reálné riziko, že se budou cítit vyčerpaní během administrace testů a může se stát, že testování nedokončí, i když dorazí. Aby k tomu nedocházelo často, budou na to administrátoři upozorněni a bude kladen důraz na to, aby průběžně pozitivně komentovali každý postup v testování.

Co se týče nedostatků testových metod, Beckova škála depresivity je považována za velmi kvalitní a spolehlivou metodu v zahraničí i u nás, ale Test autobiografické paměti doposud standardizován nebyl, tudíž neznáme jeho případné nedostatky. Jelikož neexistuje jeho oficiální česká verze, musíme spoléhat na překlad Dobiášovského, který může být nedokonalý (vzhledem k tomu, že nespĺňuje standardní podmínky překladů testů – ať už formou paralelní či zpětným překladem). Přitom role překladu podnětových slov asociačního testu je velice významná – i drobné změny slov mohou u respondentova vyvolat velmi odlišné asociace. Do budoucna by mohlo být zajímavé otestovat alternativní obrazovou formu testu (s obrázky jako náhražkami za podnětová slova)

Možným omezením výzkumu může být i srovnávací skupina. Pokud se nepodaří získat respondenty do srovnávací skupiny tak, aby dokonale kopírovali skupinu s depresivní poruchou a bylo by problematické je navzájem porovnávat. V rámci interpretace mohou výsledky také poukázat na souvislosti autobiografické paměti a depresivní poruchy, které ale mohou být vysvětleny i dalšími jinými příčinami, než hloubkou depresivity.

V rámci aplikace poznatků z toho to výzkumu by bylo možné vytvořit praktické psychotherapeutické techniky, jejichž pomocí by mohla být hloubka depresivity zmírněna a také by se mohlo předejít relapsu ve fázi remise.

Tento test mi přijde výjimečný ve zkoumání souvislosti hloubky depresivních symptomů s autobiografickou pamětí. Většina výzkumů zkoumá fungování autobiografické paměti u osob s depresí, ale nezajímá se o hloubku jejich depresivity. Dále ve výzkumech nejčastěji narážíme na analýzu povahy autobiografických vzpomínek (pozitivní/negativní), ale už ne tak často na kvantitativní měření (měření reakčních časů latence odpovědi apod.). Vzhledem k tomu, že by výzkum mohl přinést praktické poznatky použitelné pro zlepšení průběhu psychoterapie depresivní poruchy, se k tomuto tématu začíná orientovat velké množství nejnovějších výzkumů, a tak by tento výzkum mohl přispět k formování nejnovějších komplexních teorií specifik autobiografické paměti u osob s depresivní poruchou.

Závěr

Tato práce pojednává o specifikách autobiografické paměti u osob s depresivní poruchou. Nejdříve byla popsána autobiografická paměť, její vznik a forma uložení autobiografických paměťových stop, také její vymezení oproti jiným druhům paměti, zařazení do významných souhrnných teorií paměti a v neposlední řadě byl vysvětlen i její neurobiologický základ v mozku. Dále byla stručně definována depresivní porucha a její pro práci významná souvislost s pamětí – kognitivním deficitem a kognitivní inhibicí. V závěru byly propojeny oba koncepty a podle nejnovějších studií byla popsána specifika autobiografické paměti u jedinců s depresivní poruchou. Autobiografická paměť je u nich typicky nadměrně zevšeobecňující a málo specifická, což bylo blíže vysvětleno.

Cílem práce bylo přiblížit dané téma českým čtenářům, jelikož v české literatuře téměř není popsáno (konkrétně propojení autobiografické paměti s depresivní poruchou nenalezneme prakticky vůbec). Empirická část práce by pak měla sloužit ke zjištění specifik tohoto fenoménu u české populace. Zároveň tyto poznatky umožní vytvoření efektivních intervencí, které by mohly být využity v psychoterapii při léčbě osob s depresivní poruchou tak, že by mohla vést k celkovému zotavení, a nejen pouze k fázi remise.

Seznam použité literatury

- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anders, M., & Skopová, J. (2006). *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch* (1st ed.). Praha: Galén.
- Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Auerbach, R. P., Webb, C. A., Gardiner, C. K., & Pechtel, P. (2013). Behavioral and neural mechanisms underlying cognitive vulnerability models of depression. *Journal Of Psychotherapy Integration, 23*(3), 222-235.
- Baddeley, A. (2012). Reflections on autobiographical memory. In D. Berntsen & D. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (pp. 70-88). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *The American Journal of Psychiatry, 165*, 969-977.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science, 4*(4), 596-619.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beevers, C. G., Mullarkey, M. C., Dainer-Best, J., Stewart, R. A., Labrada, J., Allen, J. J. B., et al. (2019). Association between negative cognitive bias and depression: A symptom-level approach. *Journal Of Abnormal Psychology, 128*(3), 212-227.
- Bender, M., Carrera, M., & Alonso-Arbiol, I. (2015). The Relationship between Autobiographical Self-Focus and Memory Specificity/Overgenerality: Differences between Individuals with and without a Diagnosis of Depression [Relación entre Auto-Focus Autobiográfico y Especificidad/Sobregeneralización de la Mem. *Acción Psicológica, 12*(2), 109-122.
- Brewer, W. (1986). What is autobiographical memory? In D. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp. 25-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brewin, C. R., Reynolds, M., & Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of abnormal psychology, 108*(3), 511.
- Brown, R., & Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition, 5*(1), 73-99.

- Castaneda, A. E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., & Lönnqvist, J. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal Of Affective Disorders, 106*(1-2), 1-27.
- Conway, M., & Jobson, L. (2012). On the nature of autobiographical memory. In D. Berntsen & D. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (pp. 54-69). Cambridge: Cambridge University Press.
- Češková, E. (2017). Léčba deprese s kognitivní dysfunkcí. *Psychiatrie Pro Praxi, 18*(2), 60-63.
- Dagleish, T., & Werner-Seidler, A. (2014). Disruptions in autobiographical memory processing in depression and the emergence of memory therapeutics. *Trends In Cognitive Sciences, 18*(11), 596-604.
- Dagleish, T., Williams, J. M. G., Golden, A. -M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., et al. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive control. *Journal Of Experimental Psychology: General, 136*(1), 23-42.
- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience, 12*, 467–477.
- Dobiášovský. (2016). *Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu* (Diplomová práce). Praha.
- Doré, B. P., Rodrik, O., Boccagno, C., Hubbard, A., Weber, J., Stanley, B., et al. (2018). Negative Autobiographical Memory in Depression Reflects Elevated Amygdala-Hippocampal Reactivity and Hippocampally Associated Emotion Regulation. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience And Neuroimaging, 3*(4), 358-366.
- Draaisma, D. (2009). *Proč život ubíhá rychleji, když stárneme: o autobiografické paměti*. Praha: Academia.
- Freud, S. (1991). *Vybrané spisy I*. Avicenum.
- Gelonch, O., Garolera, M., Valls, J., Castellà, G., Varela, O., Rosselló, L., et al. (2018). The effect of depressive symptoms on cognition in patients with fibromyalgia [Online]. *Plos One, 13*(7).
- Gibbs, B. R., & Rude, S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research, 28*(4), 511-526.
- Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(4), 609.
- Hammar, Å., & Årdal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression – a summary. *Frontiers In Human Neuroscience, 3*.

- Himmelstein P., Barb S., Finlayson M.A., & Young K.D. (2018). Linguistic analysis of the autobiographical memories of individuals with major depressive disorder. *Plos One* 13(11).
- Hort, J., & Rusina, R. (2007). *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf.
- Joormann, J., Yoon, K. L., & Zetsche, U. (2007). Cognitive inhibition in depression. *Applied And Preventive Psychology*, 12(3), 128-139.
- Lampinen, J. M., & Beike, D. R. (2015). *Memory 101*. New York: Springer Publishing Company.
- Laňková, J., & Raboch, J. (2018). *Deprese* (2nd ed.). Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
- Lemogne, C., Piolino, P., Friszer, S., Claret, A., Girault, N., Jouvent, R., et al. (2006). Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, auto-noetic consciousness, and self-perspective. *Consciousness And Cognition*, 15(2), 258-268.
- Li, M., Zhong, N., Lu, S., Wang, G., Feng, & , B. (2016). *Plos One*, 11(1).
- Liu, Y., Yu, X., Yang, B., Zhang, F., Zou, W., Na, A., et al. (2017). Rumination mediates the relationship between overgeneral autobiographical memory and depression in patients with major depressive disorder [Online]. *Bmc Psychiatry*, 17(1), 1-7.
- Loftus, E. F., & Pickrell, J. E. (1995). The formation of false memories. *Psychiatric annals*, 25(12), 720-725.
- MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Park, R. J., Goodyer, I. M., & Teasdale, J. D. (2004). Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent major depressive disorder and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(5), 996-1006.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Preiss, M. & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé: BDI-II*. Příručka. Brno: Psychodiagnostika.
- Příkrylová Kučerová, H., Preiss, M., Navrátilová, P., & Příkryl, R. (2010). Kognitivní výkon u depresivní poruchy. *Psychiatrie Pro Praxi*, 11(2), 56-58.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II: standardizace a využití v praxi. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 112(6), 270-274.

- Ridout, N., Dritschel, B., Matthews, K., & O'Carroll, R. (2016). Autobiographical memory specificity in response to verbal and pictorial cues in clinical depression. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 51, 109-115.
- Rubin, D. C., & Wenzel, A. (2005). Autobiographical Memory Tasks: Six Common Methods. In A. Wenzel, & D. C. Rubin (Eds), *Cognitive Methods and Their Application to Clinical Research* (215-217). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sheldon, S., Fenerci, C., & Gurguryan, L. (2019). A Neurocognitive Perspective on the Forms and Functions of Autobiographical Memory Retrieval. *Frontiers In Systems Neuroscience*, 13.
- Sperduti, M., Martinelli, P., Kalenzaga, S., Devauchelle, A. -D., Lion, S., Malherbe, C., et al. (2013). Don't be Too Strict with Yourself! Rigid Negative Self-Representation in Healthy Subjects Mimics the Neurocognitive Profile of Depression for Autobiographical Memory. *Frontiers In Behavioral Neuroscience*, 7, 1-14.
- Squire, R. L. (1992). Declarative and Nondeclarative Memory: Multiple Brain Systems Supporting Learning and Memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4(3), 243.
- Sternberg, R. J. (2009). *Kognitivní psychologie* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- Sumner, J. A., Mineka, S., Adam, E. K., Craske, M. G., Vrshek-Schallhorn, S., Wolitzky-Taylor, K., & Zinbarg, R. E. (2014). Testing the CaR-FA-X model: Investigating the mechanisms underlying reduced autobiographical memory specificity in individuals with and without a history of depression. *Journal Of Abnormal Psychology*, 123(3), 471-486.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory* (1st ed.). New York: Oxford University Press.
- Usher, J. A., & Neisser, U. (1993). Childhood amnesia and the beginnings of memory for four early life events. *Journal of Experimental Psychology: General*, 122(2), 155.
- Valentino, K., Bridgett, D. J., Hayden, L. C., & Nuttall, A. K. (2012). Abuse, Depressive Symptoms, Executive Functioning, and Overgeneral Memory Among a Psychiatric Sample of Children and Adolescents. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(4), 491-498.
- Whalley, M. G., Rugg, M. D., & Brewin, C. R. (2012). Autobiographical memory in depression: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(2), 98-106.
- Wilson, F. C. L., & Gregory, J. D. (2017). Overgeneral autobiographical memory and depression in older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 22(5), 575-586.
- Young, K. D., Drevets, W. C., Dantzer, R., Teague, T. K., Bodurka, J., & Savitz, J. (2016). Kynurenine pathway metabolites are associated with hippocampal activity during autobiographical memory recall in patients with depression. *Brain, Behavior, And Immunity*, 56, 335-342.

Zlatař, Z. Z., Muniz, M., Galasko, D., & Salmon, D. P. (2018). Subjective Cognitive Decline Correlates With Depression Symptoms and Not With Concurrent Objective Cognition in a Clinic-Based Sample of Older Adults. *The Journals Of Gerontology: Series B*, 73(7), 1198-1202.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Souhrnná kategorizace paměti (Squire, 1992)	12
Obrázek 2: Autobiografická paměť v Tulvingově rozdělení (Baddeley v publikaci Berntsen & Rubin, 2012).....	15
Obrázek 3: Lokalizace paměti v mozku (Hort & Rusina, 2007)	16

Seznam zkratk

AMT	Test autobiografické paměti
APA	American Psychological Association
BDI-II	Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize