

## Comparative survey of cognitive failures in OCD and depressed patients

Sanaz Sadeghzadeh Nobar<sup>1</sup>, Ezzatollah Ahmadi<sup>2</sup>, Jalil Babapur Kheyredin<sup>3</sup>

1. Master student in General Psychology, Department of Psychology, College of human and educational Sciences, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Azerbaijan shahid Madani University. (Correspond Author).
3. Professor, Department of Psychology, Tabriz University.

### Abstract

**Objective:** The present research investigates to compare the cognitive component failure in patients with depression and OCD. **Method:** Selected 30 people with OCD, 30 people with depression, from individuals based on structured clinical interview and (DSM- IV), diagnosis by a psychologist and a psychiatrist, who received a diagnosis of OCD and depression from different counseling centers in Tabriz. Then, the cognitive failure questionnaire was completed by all two groups. MANOVA was used for the analysis of data

**Results:** Results showed that from cognitive failures Component distraction, memory, oversight, forgetfulness of depressed patients is significantly higher than OCD patients. Also, result of this study indicated that the components of cognitive failures in OCD and depressed patients are significantly different.

**Key words:** Cognitive Failures, Depression, OCD



## بررسی مقایسه ای نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری با افراد افسرده سانازصادق زاده نوبر ۱، عزت اله احمدی ۲، جلیل بابا پور خیرالدین ۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، گروه روانشناسی، تبریز، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان. (نویسنده مسئول).

E-mail: [Amiraliahmadi91@yahoo.com](mailto:Amiraliahmadi91@yahoo.com)

۳. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه مولفه های نارسایی های شناختی در بیماران وسواسی و افسرده انجام شد.

**روش:** این پژوهش از نوع علی مقایسه ای بوده است، برای این منظور به مراکز مشاوره در شهر تبریز مراجعه شد و از بین مراجعه کنندگان افرادی که براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و برپایه ملاک های تشخیص درویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM- IV) توسط روانپزشک و روانشناس متخصص، تشخیص وسواس و افسردگی دریافت کرده و حاضر به همکاری بودند. ۳۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و ۳۰ نفر مبتلا به اختلال افسردگی انتخاب شد. سپس پرسشنامه نارسایی های شناختی توسط دو گروه تکمیل شد و داده ها با استفاده از روش MANOVA مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج نشان داد از مولفه های نارسایی های شناختی، حواسپرتی، حافظه، اشتباهات سهوی، عدم یادآوری اسامی در بیماران افسرده بطور معنی داری بیشتر از بیماران وسواس می باشد.

**کلید واژه:** نارسایی های شناختی، افسردگی، وسواس

## مقدمه

یکی از حوزه های جالب پژوهشی در اختلال وسواسی - اجباری به حوزه شناخت به طور عام و حافظه به طور خاص مربوط می شود. بررسی ارتباط بین مغز و رفتار در اختلال وسواسی - اجباری نیز مورد توجه قرار گرفته است و تلاش برای کسب آگاهی بیشتر و ربط دادن یافته های بدست آمده با نا بهنجاریهای عصب روان شناختی در این اختلال ادامه دارد. چنین پیشرفتهایی مدل های پیش آسیب شناختی را از OCD<sup>۱</sup> انسجام بخشیده و نقش زیربنایی ساختارهای اضطراب، یادگیری، توجه، حافظه و طیفی از کارکردهای اجرایی<sup>۲</sup> مغزی را که با الگوی نشانه های این اختلال مرتبط می باشد، در سبب شناسی از وسواس تبیین می نماید (اسماعیل زاده، ۱۳۹۰). بنابراین می توان گفت در بیماران افسرده و وسواس یک سرگشتگی کلی مشاهده می شود و فراموشی روانی در مورد حوادثی که اهمیت هیجانی دارند بیشتر است (بک<sup>۳</sup>، ۱۹۶۷). تحقیقات انجام شده نشان دهنده این مسئله است که تقریباً ۵۰ تا ۷۵ درصد بیماران افسرده دچار مشکلات شناختی هستند (کاپلان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). وسواسها عبارتند از: افکار، تصاویر ذهنی و تکانه های ناخواسته و مزاحم، این وسواسها معمولاً از جانب فرد به عنوان افکار، تصاویر و تکانه های ناسازگار، بی معنی، ناپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر، تلقی می شوند (هاوتون<sup>۵</sup>، کرک<sup>۶</sup>، سالکوکوس<sup>۷</sup>، کلارک<sup>۸</sup>، ۱۳۸۹). همچنین اختلال وسواسی - اجباری یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است و معمولاً سبب اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی می شود. ۱۰ درصد از مراجعین سرپایی روانپزشکی رایبماران وسواسی تشکیل می دهند. شیوع اختلال وسواسی - اجباری در طول عمر در جمعیت عمومی ۲-۳ درصد برآورد شده است. این رقم آن را پس از ترس

مرضی، اختلال وابسته به مواد و اختلالهای افسردگی در ردیف چهارم از شایعترین تشخیصهای روانپزشکی قرار می دهد. میانگین سن شروع بیماری حدود ۲۰ سالگی است. هر چند در مردها سن شروع پایین تر (حدود ۱۹ سالگی) از زنها حدود (۳۲) است (کاپلان و سادوک<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳).

افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالتیهای برانگیختگی نشان داده می شود (دادستان، ۱۳۸۷). و شیوع قطعی اختلال افسردگی عمده در بزرگسالان در نمونه های اجتماعی از ۵ الی ۹ درصد برای زنان و از ۲ الی ۳ درصد برای مردان متغیر است. میزان شیوع اختلال افسردگی عمده با ظاهر، نژاد، سطح تحصیلات، درآمد یا وضعیت زناشویی رابطه ندارد (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۱۳۸۵).

بیماران افسرده غالباً از نارسایی های تمرکز، یادگیری و به خاطر آوردن شکایت دارند و در انجام کارهایی که نیازمند توجه پایدار است دچار مشکل هستند (سرنانسکی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲، سوارس<sup>۱۱</sup> و گریشون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از مزینانی و همکاران، ۲۰۱۳). در بسیاری از بررسی ها به ارتباط نارسایی های شناختی و پیامد بالینی بیماران اشاره شده و به نظری می رسد که وجود علائم شناختی احتمالاً یک عامل پیش گویی کننده قوی در پیامد بیماری و عملکرد اجتماعی بیماران است (گران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). همچنین یافته های پژوهشهای عصب روان شناختی حاکی از آن است که افراد مبتلا در اختلال وسواسی - اجباری دارای نقص و نارسایی در برخی عملکردهای شناختی شامل توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، مهارت های دیداری - فضایی و همچنین سرعت پردازش اطلاعات می باشند (کلز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). به طوریکه نارسایی های شناختی<sup>۱۵</sup> را اشتباهات یا خطاهایی می دانند که فرد در انجام دادن تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است

1. Obsession-compulsive disorder, OCD
2. Executive function
3. Beck
4. Kaplan
5. Hawton
6. Clark
7. Salkoves
8. Clark
9. Sadvk
10. Sernansky

11. Sovars  
12. Grishon

1. Grant  
2. kulz

## روش

این پژوهش با هدف مقایسه نارسایی های شناختی در بیماران وسواسی و افسرده انجام شده است. این پژوهش از نوع علی - مقایسه ای بوده و آزمودنی های این پژوهش از دو گروه ۳۰ نفره (در مجموع ۶۰ نفر) تشکیل شده است. (۳۰ نفر افراد مبتلا به وسواس، ۳۰ نفر افراد مبتلا به افسردگی). دامنه سنی افراد از ۲۰ تا ۴۸ سال بود. آزمودنی های بالینی از میان مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره یاوران رشد، پویش و بزرگمهر در تبریز که براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و برپایه ملاک های تشخیص درویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM- IV) توسط روانپزشک و روانشناس متخصص، تشخیص وسواس و افسردگی دریافت کرده و حاضر به همکاری بودند انتخاب شدند. سپس پرسشنامه نارسایی های شناختی برای تکمیل به آزمودنی ها داده شد.

### ابزار اندازه گیری:

پرسشنامه ی نارسایی های شناختی<sup>۱۳</sup>

پرسش نامه نارسایی های شناختی در سال ۱۹۸۲م توسط برادنت، کوپر، فیتزجرالد و پاکز ساخته شده است. این مقیاس ۲۵ ماده دارد و آزمودنی به این آیت ها به صورت یک مقیاس پنج درجه ای (از هرگز تا همیشه) پاسخ می دهد. این پرسش نامه چهارموله دارد که عبارت انداز: حواس پرتی، نارسایی های مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی. در بررسی والاس (۲۰۰۴م) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۹۶ و ضریب اعتبار آن ۰/۵۱ گزارش شده است. ابوالقاسمی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه را ۰/۹۲ به دست آورده است. ضریب همبستگی بین این پرسش نامه و پرسش نامه سلامت روانی ۰/۴۱ - به دست آمده است ( $p < 0/01$ ).

مرتکب می شود. به عبارتی نارسایی شناختی سازه ای چندبعدی است که شامل خطا در شکل دادن به اهداف، خطا در فعال سازی طرحواره ها و خطا در راه اندازی کنش هاست (والاس<sup>۱</sup>، کاس<sup>۲</sup>، واستانی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

پژوهش (والش<sup>۴</sup>، بالنت<sup>۵</sup>، اسمولرا<sup>۶</sup>، فریدرکسن<sup>۷</sup>، مدسن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹) نشان داد افراد مضطرب به دلیل داشتن طرحواره خطر بیشتر از هم تایان غیر مضطرب خود، دچار سوگیری در پردازش، تفسیر نادرست رویدادها و محرک های بیرونی می شوند. پژوهشگران با مقایسه افراد مبتلا به اختلال وسواسی فکری و عملی با شرکت کنندگان غیر مضطرب گروه کنترل دریافتند که در ابعاد مختلف باورهای شناختی، تفاوت هایی بین دو گروه وجود دارد. شر و همکاران (۱۹۸۴) هم چنین دریافتند که یادآوری واریسی کننده ها نسبت به رویدادهای تازه تر ضعیف است. به تازگی مطالعات متعددی مطرح می سازد که افراد افسرده مشکلات قابل ملاحظه ای در عبور از سلسله مراتب حافظه دارند. به نظری رسد که حافظه این افراد در پیگردی رویدادهای خاص دچار وقفه می گردد و بیشتر به اطلاعات کلی ترمی پردازد (۱۵). همچنین سوگیری حافظه می تواند به عنوان یک ویژگی بارز در افراد افسرده باشد (ویلیامز<sup>۹</sup>، تسدال<sup>۱۰</sup>، سگال<sup>۱۱</sup>، سلسی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲). بنابراین می توان گفت بین نارسایی های شناختی، اضطراب، فشار روانی، خستگی، خواب آلودگی و اختلالات عاطفی رابطه وجود داشته و با توجه به پیامدهای ناشی از وجود نارسایی های شناختی و با توجه به موارد ذکر شده این سوال مطرح می شود که آیا بین نارسایی های شناختی بیماران وسواسی و افسرده تفاوت وجود دارد یا نه؟

3. cognitive failures
4. Wallace
5. Kass
6. Stanny
7. Wals
8. Balint
9. Smolira
10. Fredericksen.
11. Madsen
12. Williams
13. Teasdale
14. Segal
15. Soulsby

## یافته‌ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، مینیمم و ماکزیمم برای مولفه‌های نارسایی‌های شناختی را نشان می‌دهد.

| جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مولفه‌های نارسایی‌های شناختی |        |         |              |        |         |
|------------------------------------------------------|--------|---------|--------------|--------|---------|
| گروه                                                 | تعداد  | میانگین | انحراف معیار | مینیمم | ماکزیمم |
| حواسپرتی                                             | وسواس  | ۳۰      | ۱۱/۷۳        | ۳/۳۰۰  | ۵       |
|                                                      | افسرده | ۳۰      | ۲۱/۵۷        | ۴/۸۷۶  | ۷       |
| نارسایی‌های مربوط به حافظه                           | وسواس  | ۳۰      | ۸/۹۰         | ۳/۷۶۳  | ۳       |
|                                                      | افسرده | ۳۰      | ۱۸/۰۳        | ۴/۳۵۹  | ۵       |
| اشتباهات سهوی                                        | وسواس  | ۳۰      | ۹/۱۷         | ۳/۰۱۸  | ۲       |
|                                                      | افسرده | ۳۰      | ۱۷/۴۰        | ۴/۶۱۳  | ۵       |
| عدم یادآوری اسامی                                    | وسواس  | ۳۰      | ۲/۰۷         | ۱/۳۳۷  | ۰       |
|                                                      | افسرده | ۳۰      | ۳۰           | ۵/۶۰   | ۱/۴۰۴   |

نرمال می‌باشند (سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵). لذا برای مقایسه این متغیر در ۲ گروه وسواس، افسرده، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شده است.

در جدول ۲ برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شده است، نتیجه گرفته می‌شود که متغیرهای حواسپرتی، نارسایی‌های مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی در گروه وسواس، افسرده دارای توزیع

| جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات |        |                              |               |       |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------|---------------|-------|
| گروه                                                                       | تعداد  | آماره Z کولموگروف - اسمیرنوف | سطح معنی‌داری |       |
| حواسپرتی                                                                   | وسواس  | ۳۰                           | ۱/۰۲۶         | ۰/۲۴۴ |
|                                                                            | افسرده | ۳۰                           | ۰/۹۵۳         | ۰/۳۲۴ |
| نارسایی‌های مربوط به حافظه                                                 | وسواس  | ۳۰                           | ۰/۵۷۵         | ۰/۸۹۵ |
|                                                                            | افسرده | ۳۰                           | ۰/۸۹۶         | ۰/۳۹۸ |
| اشتباهات سهوی                                                              | وسواس  | ۳۰                           | ۰/۶۹۱         | ۰/۷۲۷ |
|                                                                            | افسرده | ۳۰                           | ۰/۰۸۹         | ۰/۱۸۷ |
| عدم یادآوری اسامی                                                          | وسواس  | ۳۰                           | ۱/۰۲۷         | ۰/۲۴۲ |
|                                                                            | افسرده | ۳۰                           | ۱/۰۸۸         | ۰/۱۸۷ |

معنی داری دارد. نتایج آزمون تعقیبی LSD حاکی است که میزان مولفه نارسایی های مربوط به حافظه ، حواسپرتی ، اشتباهات سهوی وعدم یادآوری اسامی در بیماران افسرده بطور معنی داری بیشتر از بیماران وسواس است.

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری ارائه شده است. با توجه به کوچکتر بودن سطح معنی داری از ۰/۰۵ نتیجه گرفته می شود که میزان مولفه نارسایی های مربوط به حافظه ، حواسپرتی ، اشتباهات سهوی وعدم یادآوری اسامی در بیماران وسواسی و افسرده تفاوت

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای مولفه های نارسایی های شناختی

| منبع تغییر | متغیر وابسته               | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F       | سطح معنی داری | مجدور |
|------------|----------------------------|--------------|------------|----------------|---------|---------------|-------|
| گروه       | حواسپرتی                   | ۳۹۶۶/۶۸۹     | ۲          | ۱۹۸۳/۳۴۴       | ۱۲۳/۵۵۱ | ۰/۰۰۰         | ۰/۷۴۰ |
|            | نارسایی های مربوط به حافظه | ۳۲۳۷/۹۵۶     | ۲          | ۱۶۱۸/۹۷۸       | ۱۲۱/۰۹۳ | ۰/۰۰۰         | ۰/۷۳۶ |
|            | اشتباهات سهوی              | ۲۸۱۵/۴۸۹     | ۲          | ۱۴۰۷/۷۴۴       | ۱۰۷/۷۹۶ | ۰/۰۰۰         | ۰/۷۱۲ |
|            | عدم یادآوری اسامی          | ۲۴۷/۳۵۶      | ۲          | ۱۲۳/۶۷۸        | ۶۴/۱۳۶  | ۰/۰۰۰         | ۰/۵۹۶ |
| خطا        | حواسپرتی                   | ۱۳۹۶/۶۰۰     | ۸۷         | ۱۶/۰۵۳         |         |               |       |
|            | نارسایی های مربوط به حافظه | ۱۱۶۳/۱۶۷     | ۸۷         | ۱۳/۳۷۰         |         |               |       |
|            | اشتباهات سهوی              | ۱۱۳۶/۱۶۷     | ۸۷         | ۱۳/۰۵۹         |         |               |       |
|            | عدم یادآوری اسامی          | ۱۶۷/۷۶۷      | ۸۷         | ۱/۹۲۸          |         |               |       |

## بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که میزان مولفه نارسایی های مربوط به حافظه ، حواسپرتی ، اشتباهات سهوی وعدم یادآوری اسامی در بیماران وسواسی و افسرده تفاوت معنی داری دارد. همانطوری که مشاهده شد فرضیه اول این پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنی دار در میزان مولفه حواسپرتی تایید شد. هیچ پژوهشی مستقیماً چنین تفاوتی را نشان نداده است. این یافته در راستای یافته های والاس و همکاران (۲۰۰۲)، بردبنت و همکاران (۱۹۸۲)، لارسن و مریتی (۱۹۹۱)، رابرتسن و همکاران (۱۹۹۷)، مکاسی و همکاران (۲۰۰۴)، مکاسی و ریگی (۲۰۰۶)، والاس و همکاران (۲۰۰۶) قرار دارد که اتفاق نظر داشتند، نارسایی های شناختی شامل حواسپرتی ، مشکلات مربوط به حافظه ، اشتباهات سهوی وعدم یادآوری اسامی است.

می توان چنین استنباط کرد که افراد افسرده به دلیل نشخوارهای ذهنی فراوان و درگیر شدن با افکارهای ناکارآمد نمی توانند به طور دقیق روی مسائل تمرکز کنند. بیشتر توجه به گذشته و آینده بوده و نمی توانند خود را درگیر در مسائل کنند. و به همین دلیل بیشتر از افراد وسواسی حواس

پرت می باشند. همچنین ساختارهای مغزی درگیر در افسردگی بیشتر با شناخت ارتباط داشته و به همین دلیل نارسایی های شناختی به میزان بیشتری در افراد افسرده در قیاس با افراد وسواسی مشاهده می شود.

فرضیه دوم این پژوهش که مبنی بر وجود تفاوت معنی دار در میزان مولفه حافظه بود، تایید شده. همچنین نتایج پژوهش با این پژوهش که ، سوگیری حافظه می تواند به عنوان یک ویژگی بارز در افراد افسرده باشد و این فرض که خلق القاشده ، موجب تسهیل یادآوری اطلاعات هماهنگ با خود می باشد همخوانی دارد (حسن شاهی و گودرزی، ۱۳۸۳).

نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش های دیگر از جمله راجمن (۲۰۰۲) توالین و همکاران (۲۰۰۱) مک دونالد و همکاران (۱۹۹۷) رادوموسکی و راجمن (۱۹۹۹) و محمودعلیلو و همکاران (۱۳۸۴) که به وجود مشکل در اطمینان به حافظه در بیماران وسواسی معتقد بودند همخوانی دارد.

براین اساس بیماران وسواسی - اجباری اعتماد کم تری به حافظه خود دارند. و این امر پیوسته موجب شک

وتردیدهایی در آنها می شود. این نتیجه تاییدی بر یافته ی رید (به نقل از تولین وهمکاران، ۲۰۰۱) است که براین باور بود نارسایی های حافظه ای بیماران وسواسی نمایانگر عدم قطعیت آنها درباره انگیزه ها ف موقعیت ها و کنش هاست. وخلق افسرده به جای افزایش درمیزان یادگیری اطلاعات منفی، توانایی دسترسی به اطلاعات مثبت را کاهش می دهد و این خود موجب مشکل حافظه در بیماران افسرده می شود. براین اساس افراد افسرده به دلیل درگیر بودن ذهن - نشخوارهای ذهنی و تمرکز بیشتر روی جنبه های منفی و درونگرایی بیشتر همراه با انزوا طلبی، دچار نوعی ضعف در حافظه می باشند. ونمی توانند به طور مطلوب قادر به انجام فعالیت های مربوط به حافظه باشند. چون اکثر اوقات تمرکزشان روی افکار نامطلوب و منفی می باشد. افراد افسرده به دلیل تحریف های شناختی، به کار گرفتن قواعد غیر منطقی، استنباط کردن های دلخواهی و برداشت های منفی و نتیجه گیری های فوری موجب اختلال در جریان تصمیم گیری می شوند. همراه با این مسئله اختلال در جریان حافظه و عدم تمرکز کافی به علت نشخوارهای ذهنی فراوان و اختلالات شناختی که در بیماران افسرده از علائم شایع می باشد. معمولا فراموشی نیز می آورد.

فرضیه سوم، مبنی بر وجود تفاوت معنی دار در میزان مولفه اشتباهات سهوی بود تایید شد به طوریکه هیچ پژوهشی مستقیماً چنین تفاوتی را نشان نداده است. در توجیه این یافته می توان گفت انواع نارسایی های شناختی مانند نارسایی حافظه، حواس پرتی و اشتباه کردن، رابطه مثبت و معنی داری دارند. یکی از شاخص های مهم نارسایی شناختی، اختلال در توجه است که تمرکز افراد را هنگام انجام تکالیف کاهش می دهد. افراد افسرده به طور ناهشیار توجه خود را کمتر درگیر موضوع کرده و کاهش توجه در نهایت میزان خطا را افزایش می دهد. در میان افرادی که خطاهای شناختی بیشتری در زمینه ی حواس پرتی، حافظه و فراموشی گزارش می دهند، می توان به وضوح افرادی را دید که دچار اشتباهات سهوی هستند.

فرضیه چهارم نیز تفاوت معنی دار در میزان مولفه عدم یادآوری اسامی را نشان داده، براین اساس نارسایی حافظه

با شکست در یادآوری مطالب و اطلاعات مربوط ارتباط دارد. افراد افسرده مهارت های اجتماعی معیوبی دارند و همین مسئله تمرکز به محیط اطراف و میزان توجه به اطرافیان را نیز کاهش می دهد، ضعف در جریان تمرکز تاثیر نامطلوبی بر روی یادآوری اسامی داشته و ضعف در حافظه و فراموشی با عدم یادآوری اسامی رابطه دارد.

یافته های تولین وهمکاران (۲۰۰۱) نشان می دهد که حافظه ی یادآوری و بازشناسی افراد واریسی کننده تفاوتی با سایر گروه های مردم ندارند و این بیماران تنها در زمینه اطمینان به حافظه ی خود دچار مشکل هستند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج شرو و همکاران (۱۹۸۴) که در آن نشان دادند یادآوری واریسی کننده ها نسبت به رویدادهای تازه تر ضعیف است همخوانی دارد.

در این پژوهش، عدم پیشینه کافی و همچنین عدم همکاری برخی روانپزشکان در انجام پژوهش حاضر از محدودیت های پژوهش بوده و اینکه در برخی بیماران دارودرمانی روی علائم جسمی و خلقی تاثیر داشت.

در پژوهش حاضر، میزان نارسایی های شناختی در بیماران افسرده بیشتر از افراد وسواسی بوده با توجه به این امر به مشاوران و پزشکان پیشنهاد می گردد با شناخت مولفه های نارسایی های شناختی در بین بیماران اقدام به کاهش این نارسایی ها کرده و با ارائه راهکارهایی جهت افزایش تمرکز و ارائه کارگاه های مربوطه به بیماران با نارسایی های شناختی کمک کنند.

در نتیجه در بسیاری از بررسی ها به ارتباط نارسایی های شناختی و پیامد بالینی بیماران اشاره شده و به نظرمی رسد که وجود علائم شناختی احتمالاً یک عامل پیش گویی کننده قوی در پیامد بیماری و عملکرد اجتماعی بیماران است. می توان گفت نارسایی های شناختی به دلیل تداخل با فعالیت های روزمره می توانند منجر به مشکلات اساسی شوند.

بر اساس نتایج این پژوهش، توجه به اهمیت و نقش شناخت و بررسی نارسایی های شناختی می تواند به بهبود سلامت روان و کاهش خطاهای شناختی منجر شود.

## منابع



10. Broadbent, DE., Cooper, PJ., Fitzgerald, PF., Parkes, KR. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *Br J Clin Psychol*, 21(1), 1-16.
11. Grant, L.I. (1998). Interpretation of Mini-Mental State Examination scores in community-dwelling elderly and geriatric neuropsychiatry patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 661-666.
12. Kuehlz, A.k., Hohagen, F., Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, 65, 185-236.
13. Kaplan, L., Harold, M.D. (1998). Synopsis of psychiatry, New York, eighth edition, Archives of General Psychiatry 1989 Oxford textbook of psychiatry.
14. Kaplan, AH., Sadock, B. (2003). Synopsis of psychiatry and Behavioral Sciences - clinical Psychiatry (LoL Purafkary) Tehran, Shahrabi.; PP: 228.
15. Kuehlz, A.k., Hohagen, F., Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, 65, 185-236.
16. Larson, GE., Merritt, CR. (1991). Can accidents be predicted. An empirical test of the cognitive failures questionnaire. *Appl Psychol: Int Rev*, 40, 37-45.
17. Mecacci, L., Righi, S., Rocchetti, G. (2004). Cognitive failures and circadian typology. *Pers Individ Differ*, 37, 107-113.
18. Mecacci, L., Righi, S. (2006). Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging. *Pers Individ Differ*, 40, 1453-1459.
19. MacDonald, P.A., Antony, M.M., MacLeod, C.M., Richter, M.A. (1997). Memory and Confidence in Memory Judgments Among Individual with Obsessive-compulsive Disorder and Non-clinical Controls. *Behavior Research and Therapy*, 33, 997-505.
۱. اسماعیل زاده، حمیده (۱۳۹۰). بررسی آزمایشی اطمینان به حافظه در افراد دچار حالت های وسواسی - اجباری غیربالینی و مقایسه آن با فرد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی تبریز.
۲. انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۵). **متن تجدیدنظر شده چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)**، ترجمه محمدرضا نیکخواه‌مایاک آوادیس یانس (۱۳۸۵). تهران: انتشارات سخن.
۳. حسن شاهی، حسن. گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۳). اثر خلق بر عملکرد سیستم حافظه. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**. سال ششم، شماره بیست و یکم و بیست و دوم، بهار و تابستان. صفحه ۴۷-۳۷.
۴. دادستان، پریرخ. (۱۳۸۷). **روانشناسی جنایی**، جلد اول. تهران: انتشارات سمت.
۵. علیلو، مجید محمود. عاطف وحید، محمد کاظم. بیان زاده، اکبر. ملکوتی، کاظم (۱۳۸۴). بررسی آزمایشی مشکلات حافظه در مبتلایان به نوع واریس اختلال وسواسی - اجباری. **اندیشه و رفتار**. شماره چهل، صفحه ۷۲-۶۰.
۶. مزینانی، ربابه. حاج سیدجواد، سیدعلیرضا. افشاری، رامین. اسلامی، محمدرضا (۲۰۱۳). وضعیت شناختی مردان مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نوع I. **مقاله پژوهشی اصیل**.
۷. محمد، خانی. فرجاد، مریم (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیربالینی. **مجله روانشناسی بالینی**. سال اول، شماره سوم، صفحه ۵۱-۳۵.
۸. هالچین، ریچارد پی. ویتبورن، سوزان کراس. (۱۳۸۷). **آسیب شناسی روانی**. جلد دوم. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات روان.
۹. هاوتون، کیت. کرک، جوان. کیس، سالکوس. کلارک، دیوید م. (۱۳۸۹). **رفتار درمانی شناختی**. جلد اول. ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
20. Robertson, IH., Manly, T., Andrade, J., Baddeley, BT., Yiend, J. (1997).

performance correlates of everyday attentional failures in traumatic brain injured and normal subjects. *Neuropsychologia*, 35, 747-758.

21. Rachman, S. A. (2002). Cognitive Theory of Compulsive Checking. *Behavior Research and Therapy*, 40, 625-639.

22. Radomsky, A.S., Rachman, S. (1999). Memory Bias in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Behavior Research and Therapy*, 37, 605-618.

23. Sher, k.G., Frost, R.O., Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers : An exploratory study . *Behavior Research and Therapy*, 21, 357-363.

24. Tolin, D.F., Abramowitz, J. S., Brigidi, D., Amir, N., Street, G.P., Foa, E. B. (2001). Memory and Memory Confidence in Obsessive-compulsiv Disorder . *Behavior Research and Therapy* , 39, 913-927.

25. Wallace, J.C., kass, S.J., Stanny, C . (2002). Cognitive Failures questionnaire revisited : correlates and dimensions. *J Gen Psychol*, 129(3), 238-256.

26. wallace, J.C., kass, S.J., Stanny, C. (2002). Cognitive Failures questionnaire revisited : correlates and dimensions. *J Gen Psychol*, 129(3), 38-256.

27. Walsh, J.J., Balint, M.G., Smolira, Dr., Fredericksen, Lk., Madsen, S. (2009). Predicting individual difference in mindfulness: the role of trait anxiety. attachment anxiety and attachment control. *Pers Individ differ*, (46), 94-99.

28. Williams, J.M., Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Soulsby, J. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol* , 109(1), 150-5.

29. Wallace, J.C., Popp, E., Mondore, S. (2006). Safety climate as a mediator between foundation climates and occupational accidents: A group-level investigation . *Appl Psychol* , 91(3), 681-68.