Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 1/ No. 1/ Summer 2014
Page: 62-70

Comparative survey of cognitive failures in OCD and depressed patients

Sanaz Sadeghzadeh Nobar[1], Ezzatollah Ahmadi [2], Jalil Babapur Kheyredin[3]

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

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال اول، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۳
صفحات: ۷۰-۶۲

بررسی مقایسه ای نارسایی های شناختی دربیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری با افراد افسرده

سانازصادق زاده نوبر۱، عزت اله احمدی۲، جلیل باباپورخیرالدین۳

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
۳.استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

چکیده

هدف: پژوهش حاضرباهدف مقایسه مولفه های نارسایی های شناختی دربیماران وسواسی و افسرده انجام شد.

روش: این پژوهش ازنوع علی مقایسه ای بوده است، برای این منظور به مراکز مشاوره درشهرتبریز مراجعه شد وازبین مراجعه کنندگان افرادی که براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته وبرپایه ملاک های تشخیص درویراست چهارم راهنمای تشخیصی وآماری اختلالات روانی (DSM- IV)توسط روانپزشک وروانشناس متخصص، تشخیص وسواس و افسردگی دریافت کرده وحاضربه همکاری بودند.۳۰نفر مبتلا به اختلال وسواسی – جبری و ۳۰نفرمبتلا به اختلال افسردگی انتخاب شد. سپس پرسشنامه نارسایی های شناختی توسط دو گروه تکمیل شدو داده ها بااستفاده از روش MANOVA مورد تحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد از مولفه های نارسایی های شناختی، حواسپرتی ، حافظه ، اشتباهات سهوی ، عدم یادآوری اسامی در بیماران افسرده بطور معنی‌داری بیشتر از بیماران وسواس می باشد.

کلید واژه: نارسایی های شناختی ، افسردگی ، و سواس

مقدمه

یکی ازحوزه های جالب پژوهشی دراختلال وسواسی – اجباری به حوزه شناخت به طورعام وحافظه به طورخاص مربوط می شود. بررسی ارتباط بین مغز ورفتار دراختلال وسواسی – اجباری نیزموردتوجه قرارگرفته است وتلاش برای کسب آگاهی بیشتر وربط دادن یافته های بدست آمده با نا بهنجاریهای عصب روان شناختی دراین اختلال ادامه دارد. چنین پیشرفتهایی مدل های پیش آسیب شناختی را ازOCD[1] انسجام بخشیده ونقش زیربنایی ساختارهای اضطراب، یادگیری، توجه، حافظه وطیفی از کارکردهای اجرایی[2] مغزی را که با الگوی نشانه های این اختلال مرتبط می باشد، درسبب شناسی ازوسواس تبیین می نماید(اسماعیل زاده،۱۳۹۰). بنابراین می توان گفت در بیماران افسرده و وسواس یک سرگشتگی کلی مشاهده می شود و فراموشی روانی درمورد حوادثی که اهمیت هیجانی دارند بیشتراست (بک[3]،۱۹۶۷). تحقیقات انجام شده نشان دهنده این مسئله است که تقریباً ۵۰ تا ۷۵ درصد بیماران افسرده دچارمشکلات شناختی هستند (کاپلان[4]،۱۹۹۸). وسواسهاعبارتنداز: افکار، تصاویرذهنی وتکانه ها ی ناخواسته ومزاحم، این وسواسها معمولاً ازجانب فردبه عنوان افکار، تصاویروتکانه های ناسازگار، بی معنی، ناپذیرفتنی ومقاومت ناپذیر، تلقی می شوند (هاوتون[5]،کرک[6]،سالکووس[7]،کلارک[8]،۱۳۸۹). همچنین اختلال وسواسی – اجباری یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است ومعمولاً سبب اختلال درکارکردهای اجتماعی، شغلی وخانوادگی می شود.۱۰درصد ازمراجعین سرپایی روانپزشکی رابیماران وسواسی تشکیل می دهند. شیوع اختلال وسواسی – اجباری درطول عمردرجمعیت عمومی ۳-۲ درصدبرآورد شده است. این رقم آن راپس ازترس مرضی، اختلال وابسته به مواد واختلالهای افسردگی درردیف چهارم ازشایعترین تشخیصهای روانپزشکی قرارمی دهد. میانگین سن شروع بیماری حدود ۲۰سالگی است. هرچند درمردها سن شروع پایین تر(حدود۱۹سالگی) از زنها حدود (۳۲)است(کاپلان وسادوک[9]،۲۰۰۳).

افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است وبراساس بیان لفظی یاغیرلفظی عواطف غمگین، اضطرابی ویاحالتهای برانگیختگی نشان داده می شود(دادستان،۱۳۸۷). وشیوع قطعی اختلال افسردگی عمده دربزرگسالان درنمونه های اجتماعی از۵ الی ۹ درصد برای زنان واز۲ الی۳ درصد برای مردان متغیراست. میزان شیوع اختلال افسردگی عمده با ظاهر، نژاد، سطح تحصیلات ، درآمد یا وضعیت زناشویی رابطه ندارد(انجمن روانپزشکان آمریکا،۱۳۸۵).

بیماران افسرده غالباً ازنارسایی های تمرکز، یادگیری وبه خاطرآوردن شکایت دارند ودرانجام کارهایی که نیازمند توجه پایداراست دچارمشکل هستند(سرنانسکی[10]،۲۰۰۲،سوارس[11] وگریشون[12]،۲۰۰؛ به نقل از مزینانی وهمکاران،۲۰۱۳). دربسیاری ازبررسی ها به ارتباط نارسایی های شناختی وپیامد بالینی بیماران اشاره شده وبه نظرمی رسد که وجودعلایم شناختی احتمالاً یک عامل پیش گویی کننده قوی درپیامد بیماری وعملکرد اجتماعی بیماران است(گرانت[13]،۱۹۹۸). همچنین یافته های پژوهشهای عصب روان شناختی حاکی ازآن است که افرادمبتلا دراختلال وسواسی- اجباری دارای نقص ونارسایی دربرخی عملکردهای شناختی شامل توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، مهارت های دیداری - فضایی وهمچنین سرعت پردازش اطلاعات می باشند(کلز[14]وهمکاران،۲۰۰۴). به طوریکه نارسایی های شناختی[15] رااشتباهات یاخطاهایی می دانند که فرد درانجام دادن تکالیفی که به طورطبیعی قادربه انجام آن است

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

1. Grant
2.kulz

مرتکب می شود. به عبارتی نارسایی شناختی سازه ای چندبعدی است که شامل خطا درشکل دادن به اهداف ، خطا درفعال سازی طرحواره ها وخطا درراه اندازی کنش هاست (والاس[1]،کاس[2]، واستانی[3]،۲۰۰۲).

پژوهش(والش[4] ، بالنت[5]، اسمولرا[6]، فریدرکسن[7]، مدسن[8]،۲۰۰۹) نشان داد افرادمضطرب به دلیل داشتن طرحواره خطر بیشترازهمتایان غیرمضطرب خود، دچارسوگیری درپردازش، تفسیرنادرست رویدادها و محرک های بیرونی می شوند. پژوهشگران با مقایسه افراد مبتلا به اختلال وسواسی فکری وعملی با شرکت کنندگان غیرمضطرب گروه کنترل دریافتند که درابعاد مختلف باورهای شناختی ، تفاوت هایی بین دوگروه وجوددارد. شر وهمکاران (۱۹۸۴) هم چنین دریافتند که یادآوری وارسی کننده ها نسبت به رویدادهای تازه تر ضعیف است. به تازگی مطالعات متعددی مطرح می سازد که افراد افسرده مشکلات قابل ملاحظه ای درعبورازسلسله مراتب حافظه دارند. به نظرمی رسد که حافظه این افراد درپیگردی رویدادهای خاص دچاروقفه 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[9]، تسدال[10]، سگال[11]، سلسبی[12]،۲۰۰۲). بنابراین می توان گفت بین نارسایی های شناختی،اضطراب، فشارروانی ، خستگی، خواب آلودگی واختلالات عاطفی رابطه وجودداشته وباتوجه به پیامدهای ناشی از وجودنارسایی های شناختی وباتوجه به مواردذکرشده این سوال مطرح می شودکه که آیا بین نارسایی های شناختی بیماران وسواسی وافسرده تفاوت وجوددارد یانه؟

روش

این پژوهش با هدف مقایسه نارسایی های شناختی دربیماران وسواسی وافسرده انجام شده است. این پژوهش ازنوع علی – مقایسه ای بوده و آزمودنی های این پژوهش از دو گروه ۳۰نفره (درمجموع ۶۰ نفر) تشکیل شده است. (۳۰نفر افراد مبتلابه وسواس،۳۰نفرافرادمبتلا به افسردگی). دامنه سنی افراد از ۲۰تا ۴۸سال بود. آزمودنی های بالینی ازمیان مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره یاوران رشد، پویش وبزرگمهر درتبریزکه براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته وبرپایه ملاک های تشخیص درویراست چهارم راهنمای تشخیصی وآماری اختلالات روانی (DSM- IV)توسط روانپزشک وروانشناس متخصص، تشخیص وسواس و افسردگی دریافت کرده وحاضربه همکاری بودندانتخاب شدند. سپس پرسشنامه نارسایی های شناختی برای تکمیل به آزمودنی ها داده شد.

ابزاراندازه گیری:

پرسشنامه ی نارسایی های شناختی[13]

پرسش نامه نارسایی های شناختی درسال ۱۹۸۲م توسط برادبنت،کوپر،فیتزجرالدوپاکز ساخته شده است.این مقیاس ۲۵ ماده دارد وآزمودنی به این آیتم ها به صورت یک مقیاس پنج درجه ای (ازهرگزتاهمیشه) پاسخ می دهد. این پرسش نامه چهارمولفه دارد که عبارت انداز: حواس پرتی ، نارسایی های مربوط به حافظه ، اشتباهات سهوی وعدم یادآوری اسامی. دربررسی والاس (۲۰۰۴م) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۹۶وضریب اعتبارآن ۰/۵۱گزارش شده است. ابوالقاسمی(۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه را۰/۹۲به دست آورده است.ضریب همبستگی بین این پرسش نامه وپرسش نامه سلامت روانی ۰/۴۱- به دست آمده است ($p< 0/01$).

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

1. Cognitive Failures Questionnaire

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، مینیمم و ماکزیمم برای مولفه‌های نارسایی‌های شناختی رانشان می دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مولفه‌های نارسایی‌های شناختی

	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مینیمم	ماکزیمم
حواسپرتی	وسواس	۳۰	۱۱/۷۳	۳/۳۰۰	۵	۱۶
	افسرده	۳۰	۲۱/۵۷	۴/۸۷۶	۷	۳۲
نارسایی های مربوط به حافظه	وسواس	۳۰	۸/۹۰	۳/۷۶۳	۳	۲۰
	افسرده	۳۰	۱۸/۰۳	۴/۳۵۹	۵	۲۴
اشتباهات سهوی	وسواس	۳۰	۹/۱۷	۳/۰۱۸	۲	۱۴
	افسرده	۳۰	۱۷/۴۰	۴/۶۱۳	۵	۲۵
عدم یادآوری اسامی	وسواس	۳۰	۲/۰۷	۱/۳۳۷	۰	۵
	افسرده	۳۰	۵/۶۰	۱/۴۰۴	۳	۸

درجدول ۲برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها ازآزمون کولموگروف – اسمیرنوف استفاده شده است، نتیجه گرفته می‌شود که متغیرهای حواسپرتی ، نارسایی های مربوط به حافظه ، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی در گروه وسواس ، افسرده دارای توزیع 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 .

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
نارسایی های 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

درجدول۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری ارائه شده است. با توجه به کوچکتر بودن سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود که میزان مولفه نارسایی های مربوط به حافظه ، حواسپرتی ، اشتباهات سهوی وعدم یادآوری اسامی در بیماران وسواسی و افسرده تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج آزمون تعقیبی LSD حاکی است که میزان مولفه نارسایی های مربوط به حافظه ، حواسپرتی ، اشتباهات سهوی وعدم یاداوری اسامی در بیماران افسرده بطور معنی‌داری بیشتر از بیماران وسواس است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای مولفه‌های نارسایی‌های شناختی

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
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 ونتیجه گیری

نتایج نشان دادکه میزان مولفه نارسایی های مربوط به حافظه ، حواسپرتی ، اشتباهات سهوی وعدم یادآوری اسامی در بیماران وسواسی و افسرده تفاوت معنی‌داری دارد.

همانطوری که مشاهده شد فرضیه اول این پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنی دار درمیزان مولفه حواسپرتی تاییدشد. هیچ پژوهشی مستقیماً چنین تفاوتی را نشان نداده است.

این یافته درراستای یافته های والاس وهمکاران (۲۰۰۲)، بردبنت وهمکاران(۱۹۸۲)، لارسن ومریتی (۱۹۹۱)، رابرستن وهمکاران(۱۹۹۷)، مکاسی و همکاران(۲۰۰۴)، مکاسی وریگی(۲۰۰۶)، والاس وهمکاران(۲۰۰۶) قراردارد‌که اتفاق نظرداشتند، 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 ودرگیرشدن با افکارهای ناکارآمد نمی توانند به طور دقیق روی مسائل تمر کز کنند. بیشتر توجه به گذشته و آینده بوده و نمی توانند خودرا درگیر درمسائل کنند. وبه همین دلیل بیشتر از افراد وسواسی حواس پرت می باشند. همچنین ساختارهای مغزی درگیر درافسردگی بیشتر باشناخت ارتباط داشته وبه همین دلیل نارسایی های شناختی به میزان بیشتری درافرادافسرده درقیاس باافرادوسواسی مشاهده می شود.

فرضیه دوم این پژوهش که مبنی بر وجود تفاوت معنی دار درمیزان مولفه حافظه بود، تایید شده. همچنین نتایج پژوهش با این پژوهش که ، سوگیری حافظه می تواند به عنوان یک ویژگی بارز درافرادافسرده باشدو این فرض که خلق القاشده ، موجب تسهیل یادآوری اطلاعات هماهنگ باخود می باشد همخوانی دارد(حسن شاهی وگودرزی،۱۳۸۳).

نتایج این فرضیه بانتایج پژوهش های دیگرازجمله راچمن(۲۰۰۲)تولین و همکاران(۲۰۰۱) مک دونالد و همکاران(۱۹۹۷)رادوموسکی و راچمن(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 اعتمادکم تری به حافظه خوددارند.واین امر پیوسته موجب شک

وتردیدهایی درآنها می شود. این نتیجه تاییدی بریافته ی رید (به نقل از تولین وهمکاران،۲۰۰۱)است که براین باوربود نارسایی های حافظه ای بیماران وسواسی نمایانگر عدم قطعیت آنها درباره انگیزه ها ف موقعیت ها وکنش هاست.

وخلق افسرده به جای افزایش درمیزان یادگیری اطلاعات منفی ، توانایی دسترسی به اطلاعات مثبت را کاهش می دهد واین خود موجب مشکل حافظه دربیماران افسرده می شود. براین اساس افراد افسرده به دلیل درگیربودن ذهن – نشخوارهای ذهنی وتمرکز بیشتروی جنبه های منفی ودرونگرایی بیشتر همراه با انزوا طلبی ، دچار نوعی ضعف در حافظه می باشند. ونمی توانند به طور مطلوب قادر به انجام فعالیتهای مربوط به حافظه باشند. چون اکثراوقات تمرکزشان روی افکار نامطلوب ومنفی می باشد.افرادافسرده به دلیل تحریفهای شناختی ، به کارگرفتن قواعد غیرمنطقی ، استنباط کردن های دلبخواهی وبرداشت های منفی ونتیجه گیری های فوری موجب اختلال درجریان تصمیم گیری می شوند.همراه بااین مسئله اختلال در جریان حافظه وعدم تمرکز کافی به علت نشخوارهای ذهنی فراوان واختلالات شناختی که دربیماران افسرده ازعلایم شایع می باشد . معمولا فراموشی نیزمی آورد.

فرضیه سوم ، مبنی بر وجود تفاوت معنی دار درمیزان مولفه اشتباهات سهوی بود تاییدشد 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. درمیان 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 درمیزان مولفه عدم یادآوری اسامی را نشان داده ، براین اساس نارسایی حافظه با شکست در یادآوری مطالب و اطلاعات مربوط ارتباط دارد. افراد افسرده مهارتهای اجتماعی معیوبی دارند وهمین مسئله تمرکز به محیط اطراف ومیزان توجه به اطرافیان را نیز کاهش می دهد، ضعف درجریان تمرکز تاثیرنامطلوبی برروی یادآوری اسامی داشته وضعف درحافظه وفراموشی باعدم یادآوری اسامی رابطه دارد.

یافته های تولین وهمکاران (۲۰۰۱)نشان می دهد که حافظه ی یادآوری وبازشناسی افراد وارسی کننده تفاوتی با سایر گروههای مردم ندارند واین بیماران تنها درزمینه اطمینان به حافظه ی خود دچارمشکل هستند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج شروووهمکاران(۱۹۸۴) که درآن نشان دادند یادآوری وارسی کننده ها نسبت به رویدادهای تازه تر ضعیف است همخوانی دارد.

دراین پژوهش، عدم پیشینه کافی وهمچنین عدم همکاری برخی روانپزشکان درانجام پژوهش حاضرازمحدودیت های پژوهش بوده واینکه دربرخی بیماران دارودرمانی روی علایم جسمی وخلقی تاثیرداشت.

درپژوهش حاضر، میزان نارسایی های شناختی دربیماران افسرده بیشتر ازافراد وسواسی بوده باتوجه به این امر به مشاوران وپزشکان پیشنهاد می گردد باشناخت مولفه های نارسایی های شناختی دربین بیماران اقدام به کاهش این نارسایی ها کرده وباارائه راهکارهایی جهت افزایش تمرکز وارائه کارگاههای مربوطه به بیماران با ناساریی های شناختی کمک کنند.

درنتیجه دربسیاری ازبررسی ها به ارتباط نارسایی های شناختی وپیامد بالینی بیماران اشاره شده وبه نظرمی رسد که وجودعلایم شناختی احتمالاً یک عامل پیش گویی کننده قوی درپیامد بیماری وعملکرد 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 وبررسی نارسایی های شناختی می تواند به بهبود سلامت روان و کاهش خطاهای شناختی منجر شود.

منابع

۱. اسماعیل زاده، حمیده(۱۳۹۰). بررسی آزمایشی اطمینان به حافظه درافراددچارحالت های وسواسی – اجباری غیربالینی ومقایسه آن باافردبهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی . دانشگاه آزاداسلامی تبریز.

۲.انجمن روانپزشکی امریکا.(۱۳۸۵). **متن تجدیدنظرشده چهارم راهنمای تشخیصی واماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)**، ترجمه محمدرضا نیکخووهامایاک آوادیس یانس(۱۳۸۵). تهران : انتشارات سخن.

۳.حسن شاهی، حسن. گودرزی، محمدعلی(۱۳۸۳).اثرخلق برعملکرد سیستم حافظه. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**. سال ششم ، شماره بیست ویکم وبیست ودوم، بهاروتابستان. صفحه ۴۷-۳۷.

۴.دادستان، پریرخ.(۱۳۸۷). **روانشناسی جنایی**، جلداول. تهران: انتشارات سمت.

۵.علیلو، مجیدمحمود. عاطف وحید، محمدکاظم.بیان زاده، اکبر. ملکوتی، کاظم(۱۳۸۴). بررسی آزمایشی مشکلات حافظه درمبتلایان به نوع وارسی اختلال وسواسی – اجباری. **اندیشه ورفتار**.شماره چهلم، صفحه ۷۲-۶۰.

۶. مزینانی،ربابه. حاج سیدجوادی، سیدعلیرضا. افشاری، رامین. اسلامی، محمدرضا(۲۰۱۳). وضعیت شناختی مردان مبتلا به اسکیزوفرنیا واختلال دوقطبی نوعI . **مقاله پژوهشی اصیل**.

۷.محمد، خانی. فرجاد، مریم(۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی وراهبردهای کنترل فکربا علائم وسواسی درجمعیت غیربالینی. **مجله روانشناسی بالینی**. سال اول ، شماره سوم، صفحه ۵۱-۳۵.

۸.هالجین،ریچاردپی. ویتبورن، سوزان کراس.(۱۳۸۷). **آسیب شناسی روانی**. جلددوم. ترجمه یحیی سیدمحمدی.تهران: انتشارات روان .

۹.هاوتون، کیت. کرک، جوان. کیس، سالکووس. کلارک، دیوید م .(۱۳۸۹). **رفتاردرمانی شناختی**.جلد اول. ترجمه حبیب الله قاسم زاده . تهران : انتشارات ارجمند.

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. kuelz, A.k., Hohagen, F., Voderholzer, U.(2004). Neuropsychological performance il obsessive – compulsive disorder : A critical review. Biological Psychology,65,185-236.

13. Kaplan, L., Harold, M.D. (1998). Synopsis of psychiatry, New York, eight edition, Archives of Gelder & desis Gath 1989 Axford textbook of psychiatry .

14.kaplan, AH., Sadvk, B.(2003). Sinopsis of psychiatry and Behavioral Sciences – clinical Psychiatry (LoL Purafkary) Tehran,Shahrabi.;PP:228.

15. kuelz, A.k., Hohagen, F., Voderholzer, U.(2004). Neuropsychological performance il 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) Cognitivefailures and circadiantypology . Pers Individ Differ, 37,107-113

18. Mecacci, L., Righi, S.(2006). Cognitive failures,metacognitive beliefs and aging. Pers IndividDiffe , 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 Contorls. Behavior Research and Therapy , 33, 997-505.

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, JC., kass, SJ., Stanny, C .(2002).Cognitive Failures questionnaire revisited :correlates and dimensions. J Gen Psychol,129(3),238-256.
26.wallace, JC., kass, SJ., Stanny, C.(2002).Cognitive Failures questionnaire revisited :correlates and dimensions. J Gen Psychol,129(3,38-256.
27.Walsh, JJ., Balint, MG., 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, JM., Teasdale, JD., Segal,ZV., Soulsby,J. (2009).Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. J Abnorm Psychol , 109(1), 150-5.
29.Wallace, JC., Popp, E., Mondore, S.(2006). Safety climateas a mediator between foundation climates andoccupationalaccidents: A group-level investigation . Appl Psychol ,91(3),681-68.