

## 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 مقایسه‌ای نارسایی‌های شناختی دربیماران مبتلا به

### اختلال وسواسی-اجباری با افراد افسرده

ساناز صادق زاده نوبر<sup>۱</sup>، عزت الله احمدی<sup>۲</sup>، جلیل باباپور خیر الدین<sup>۳</sup>

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:[Amiraliyahmadi91@yahoo.com](mailto:Amiraliyahmadi91@yahoo.com)

۳. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر باهدف مقایسه مولفه‌های نارسایی‌های شناختی دربیماران وسواسی و افسرده انجام شد.

**روش:** این پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای بوده است، برای این منظور به مراکز مشاوره در شهر تبریز مراجعه شد و ازین مراجعه کنندگان افرادی که براساس مصاحبه بالینی ساختار یافته و برپایه ملاک‌های تشخیص درویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM- IV) توسط روانپزشک روانشناس متخصص، تشخیص وسواس و افسرده‌گی دریافت کرده و حاضر به همکاری بودند. ۳۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و ۳۰ نفر مبتلا به اختلال افسرده‌گی انتخاب شد. سپس پرسشنامه نارسایی‌های شناختی توسط دو گروه تکمیل شدو داده‌ها باستفاده از روش MANOVA مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد از مولفه‌های نارسایی‌های شناختی، حواسپرتی، حافظه، اشتباہات سهوی، عدم یادآوری اسامی در بیماران افسرده بطور معنی‌داری بیشتر از بیماران وسواس می‌باشد.

**کلید واژه:** نارسایی‌های شناختی، افسرده‌گی، وسواس

## مقدمه

مرضی، اختلال وابسته به مواد و اختلالهای افسردگی در دید چهارم از شایعترین تشخیصهای روانپزشکی قرار می دهد. میانگین سن شروع بیماری حدود ۲۰ سالگی است. هر چند در مرد ها سن شروع پایین تر (حدود ۱۹ سالگی) از زنها حدود ۳۲ است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).<sup>۱</sup>

افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیرلفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالاتی برانگیختگی نشان داده می شود (دادستان، ۱۳۸۷). و شیوع قطعی اختلال افسردگی عمدۀ 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 عمدۀ 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 خاطرآوردن شکایت دارند و در انجام کارهایی که نیازمند توجه پایدار است دچار مشکل هستند (سرنائیک، ۲۰۰۲، سوارس<sup>۱۱</sup> و گریشورن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰). به نقل از مزینانی و همکاران، در بسیاری از بیماران اشاره شده و به نظرمی رسد که وجود علایم شناختی احتمالاً یک عامل پیش‌گویی کننده قوی در پیامد بیماری و عملکرد اجتماعی بیماران است (گرانت، 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>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). به طوریکه نارسایی های شناختی<sup>۱۴</sup> راشتابهات یا خطاهایی می دانند که فرد در انجام دادن تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است

11. Sovars  
12. Grishon

1. Grant  
2. Kulz

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 پیشرفت هایی 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 ازو سوسایس تبیین می نماید (اسماعیل زاده، ۱۳۹۰). بنابراین می توان گفت در بیماران افسرده و سوسایس یک سرگشتشگی کلی مشاهده می شود و فراموشی روانی در مورد حوادثی که اهمیت هیجانی دارند بیشتر است (بک، ۱۹۶۷). تحقیقات انجام شده نشان دهنده این مسئله است که تقریباً ۵۰ تا ۷۵ درصد بیماران افسرده دچار مشکلات شناختی هستند (کاپلان، ۱۹۹۸).<sup>۳</sup> وسواسهای عبارتنداز: 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، ناپذیرفتی و مقاومت ناپذیر، تلقی می شوند (هاوتون، کرک، سالکووس، کلارک، ۱۳۸۹).<sup>۴</sup> همچنین اختلال وسواسی-اجباری یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است و معمولاً سبب اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی می شود.<sup>۵</sup> در صد از مراجعین سرپایی روانپزشکی را بیماران 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

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

## روش

این پژوهش با هدف مقایسه نارسایی های شناختی در بیماران و سواسی 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 وسوسات، 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 ساختار یافته و برپایه ملاک های تشخیص در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) (توسط روانپژوهشک و روانشناس متخصص، تشخیص و سواس 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 های شناختی<sup>۱۳</sup>

پرسشنامه نامه نارسایی های شناختی در سال ۱۹۸۲ توسط برادبنت، کوپر، فیتز جرالدو پاکر ساخته شده است. این مقیاس ۲۵ ماده دارد و آزمودنی به این آیتم ها به صورت یک مقیاس پنج درجه ای (از هر گرتاهمیشه) پاسخ می دهد. این پرسشنامه چهارمولقه دارد که عبارت انداز: حواس پرتی، نارسایی های مربوط به حافظه، اشتباہات سهوی و عدم یادآوری اسمی. در بررسی والاس (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۶ و ضریب اعتبار آن ۰/۵۱. گزارش شده است. ابوالقاسمی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ به دست آورده است. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و پرسشنامه سلامت روانی

. به دست آمده است ( $p < 0/01$ ) .

مرتكب می شود. به عبارتی نارسایی شناختی سازه ای چند بعدی است که شامل خطای در شکل دادن به اهداف، خطای در فعل سازی طرحواره ها و خطای در راه اندازی کنش هاست (والاس<sup>۱</sup>، کاس<sup>۲</sup>، و استانی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

پژوهش (والش<sup>۴</sup>، بالنت<sup>۵</sup>، اسمولرا<sup>۶</sup>، فریدرکسن<sup>۷</sup>، مدن<sup>۸</sup> ۲۰۰۹) نشان داد افراد مضرب به دلیل داشتن طرحواره خطر بیشتر از همتایان غیر مضرب خود، دچار سوگیری در پردازش، تفسیر نادرست رویدادها و محرك های بیرونی می شوند. پژوهشگران با مقایسه افراد مبتلا به اختلال و سواسی فکری و عملی با شرکت کنندگان غیر مضرب 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 و ارسی 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 سلسه مراتب حافظه دارند. به نظر می رسد که حافظه این افراد در پیگردی رویدادهای خاص دچار وقفه می گردد و پیشتر 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 و سواسی و افسرده تفاوت وجود دارد یا نه؟

3. cognitive failures

4. Wallace

5. Kass

6. Stanny

7. Wals

8. Balint 8

9. Smolira

10. Fredericksen.

11. Madsen

12. Williams

13. Teasdale

14. Segal

15. Soulsby

## یافته ها

مولفه های نارسایی های شناختی رانشان می دهد.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، مینیمم و ماکزیمم برای

جدول ۱: شاخص های توصیفی مولفه های نارسایی های شناختی

ماکزیمم	مینیمم	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
۱۶	۵	۳/۳۰۰	۱۱/۷۳	۳۰	وسواس	حوالپرتبی
۲۲	۷	۴/۸۷۶	۲۱/۵۷	۳۰	افسرده	
۲۰	۳	۳/۷۶۳	۸/۹۰	۳۰	وسواس	نارسایی های مربوط به حافظه
۲۴	۵	۴/۳۵۹	۱۸/۰۳	۳۰	افسرده	
۱۴	۲	۳/۰۱۸	۹/۱۷	۳۰	وسواس	اشتباهات سهوی
۲۵	۵	۴/۶۱۳	۱۷/۴۰	۳۰	افسرده	
۵	۰	۱/۳۳۷	۲/۰۷	۳۰	وسواس	عدم یادآوری اسامی
۸	۳	۱/۴۰۴	۵/۶۰	۳۰	افسرده	

نرمال می باشند (سطح معنی داری 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 - اسپیرنوف استفاده شده است، نتیجه گرفته می شود که متغیرهای حوالپرتبی ، نارسایی های مربوط به حافظه ، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی در گروه وسواس ، افسرده دارای توزیع

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف - اسپیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

آماره Z کولموگروف - اسپیرنوف	تعداد	گروه	
۰/۲۴۴	۱/۰۲۶	۳۰	وسواس
۰/۳۲۴	۰/۹۵۳	۳۰	افسرده
۰/۸۹۵	۰/۵۷۵	۳۰	وسواس
۰/۳۹۸	۰/۸۹۶	۳۰	افسرده
۰/۷۲۷	۰/۶۹۱	۳۰	وسواس
۰/۱۸۷	۰/۰۸۹	۳۰	افسرده
۰/۲۴۲	۱/۰۲۷	۳۰	وسواس
۰/۱۸۷	۱/۰۸۸	۳۰	افسرده

معنی داری دارد. نتایج آزمون تعقیبی LSD حاکی است که میزان مولفه نارسایی های مربوط به حافظه ، حواسپرتوی ، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی در بیماران افسرده بطور معنی داری بیشتر از بیماران وسوسی 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 ، حواسپرتوی ، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی در بیماران وسوسی و افسرده تفاوت

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

منبع تغییر وابسته	منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری اتا	مجدور
گروه	حساسپرتوی	۳۹۶۶/۶۸۹	۲	۱۲۳/۵۵۱	۱۹۸۳/۳۴۴	۰/۷۴۰	۰/۰۰۰
	نارسایی های مربوط به حافظه	۳۲۳۷/۹۵۶	۲	۱۲۱/۰۹۳	۱۶۱۸/۹۷۸	۰/۷۳۶	۰/۰۰۰
	اشتباهات سهوی	۲۸۱۵/۴۸۹	۲	۱۰۷/۷۹۶	۱۴۰۷/۷۴۴	۰/۷۱۲	۰/۰۰۰
	عدم یادآوری اسامی	۲۴۷/۳۵۶	۲	۶۴/۱۳۶	۱۲۳/۶۷۸	۰/۵۹۶	۰/۰۰۰
خطا	حساسپرتوی	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			

پرت می باشند. همچنین ساختارهای مغزی در گیر در افسرده گی بیشتر باشناخت ارتباط داشته و به همین دلیل نارسایی های شناختی به میزان بیشتری در افراد افسرده در قیاس بالفراد و سوسی 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 باز در افراد افسرده باشد و این فرض که خلق القا شده، 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 راچمن(۲۰۰۲) تولین و همکاران(۲۰۰۱) مک دونالد و همکاران(۱۹۹۷) رادوموسکی و راچمن(۱۹۹۹) و محمود علیلو و همکاران (۱۳۸۴) که به وجود مشکل در اطمینان به حافظه در بیماران وسوسی معتقد بودند همخوانی دارد.

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

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که میزان مولفه نارسایی های مربوط به حافظه ، حواسپرتوی ، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی در بیماران وسوسی و افسرده تفاوت معنی داری دارد.

همانطوری که مشاهده شد فرضیه اول این پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنی دار در میزان مولفه حواسپرتوی 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)، رابرستن و همکاران(۱۹۹۷)، مکاسی و همکاران(۲۰۰۴)، مکاسی و رویگی(۲۰۰۶)، والاس و همکاران(۲۰۰۶) قرار دارد که اتفاق نظرداشتند، نارسایی های شناختی شامل حواسپرتوی ، مشکلات مربوط به حافظه ، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی است.

می توان چنین استباط کرد که افراد افسرده به دلیل نشخوارهای ذهنی فراوان و در گیر 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 در گیر در مسائل کنند. و به همین دلیل بیشتر از افراد وسوسی حواس

با شکست در یادآوری مطالبات و اطلاعات مربوط ارتباط دارد. افراد افسرده مهارت‌های اجتماعی معیوبی دارند و همین مسئله تمرکز به محیط اطراف و میزان توجه به اطرافیان را نیز کاهش می‌دهد، ضعف در جریان تمرکز تاثیرنامطلوبی بر روی یادآوری اسمی داشته و ضعف در حافظه و فراموشی با عدم یادآوری اسمی رابطه دارد.

یافته های تولین و همکاران (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که حافظه ی یادآوری و بازشناسی افراد وارسی کننده تفاوتی با سایر گروههای مردم ندارند و این بیماران تنها در زمینه اطمینان به حافظه ی خود دچار مشکل هستند.

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

در این پژوهش، عدم پیشینه کافی و همچنین عدم همکاری برخی روانپزشکان در انجام پژوهش حاضراز محدودیت های پژوهش بوده و اینکه در برخی بیماران دارودرمانی روی علایم جسمی و خلقی تأثیر داشت. در پژوهش حاضر، میزان نارسایی های شناختی دربیماران افسرده بیشتر از افراد وسوسی بوده با توجه به این امر به مشاوران و پزشکان پیشنهاد می‌گردد باشناخت مولفه های نارسایی های شناختی درین بیماران اقدام به کاهش این نارسایی ها کرده و با راهنمایی راهکارهایی جهت افزایش تمرکز و ارائه کارگاههای مربوطه به بیماران با ناساری های شناختی کمک کنند.

درنتیجه درسیاری از بررسی ها به ارتباط نارسایی های شناختی و پیامد بالینی بیماران اشاره شده و به نظرمی رسد که وجود علایم شناختی احتمالاً یک عامل پیش گویی کننده قوی در پیامد بیماری و عملکرد اجتماعی بیماران است. می‌توان گفت نارسایی های شناختی به دلیل تداخل با فعالیت های روزمره می‌توانند منجر به مشکلات اساسی شوند.

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

#### منابع

و تردیدهایی در آنها می‌شود. این نتیجه تاییدی بریافته‌ی رید (به نقل از تولین و همکاران، ۲۰۰۱) است که براین باور بود نارسایی های حافظه ای بیماران وسوسی نمایانگر عدم قطعیت آنها درباره انگیزه ها ف موقعیت ها و کنش هاست.

و خلق افسرده به جای افزایش درمیزان یادگیری اطلاعات منفی، توانایی دسترسی به اطلاعات مثبت را کاهش می‌دهد و این خود موجب مشکل حافظه دربیماران افسرده می‌شود. براین اساس افراد افسرده به دلیل درگیری‌بودن ذهن - نشخوارهای ذهنی و تمرکز بیشتر روی جنبه های منفی و درونگرایی بیشتر همراه با ارزوا طلبی، دچار نوعی ضعف در حافظه می‌باشند. ونمی توانند به طور مطلوب قادر به انجام فعالیتهای مربوط به حافظه باشند. چون اکثراوات تمرکزشان روی افکار نامطلوب و منفی می‌باشد. افراد افسرده به دلیل تحریفهای شناختی، به کارگرفتن قواعد غیر منطقی، استبانت کردن های دلخواهی و برداشت های منفی و نتیجه گیری های فوری موجب اختلال در جریان تصمیم گیری می‌شوند. همراه با این مسئله اختلال در جریان حافظه و عدم تمرکز کافی به علت نشخوارهای ذهنی فراوان واختلالات شناختی که دربیماران افسرده از علایم شایع می‌باشد. معمولاً فراموشی نیز می‌آورد.

فرضیه سوم، مبنی بر وجود تفاوت معنی دار درمیزان مولفه اشتهاست سهولی بود تایید شد به طوریکه هیچ پژوهشی مستقیماً چنین تفاوتی را نشان نداده است. در توجیه این یافته می‌توان 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 می‌دهد. افراد افسرده به طور ناهمیار توجه خود را کمتر درگیر موضوع کرده و کاهش توجه در نهایت میزان خطرا افزایش می‌دهد. در میان افرادی که خطاها شناختی بیشتری در زمینه‌ی حواس پرتی، حافظه و فراموشی گزارش می‌دهند، می‌توان به وضوح افرادی را دید که دچار اشتهاست سهولی هستند.

فرضیه چهارم نیز تفاوت معنی دار درمیزان مولفه عدم یادآوری اسمی را نشان داده، براین اساس نارسایی حافظه

- 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.

1. اسماعيل زاده، حميده(۱۳۹۰). بررسی آزمایشی اطمینان به حافظه در افراد دچار حالت های وسوسی - اجراری غیر بالینی و مقایسه آن با فرد بنهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی . دانشگاه آزاد اسلامی تبریز.
2. انجمن روانپژوهی امریکا (۱۳۸۵). متن تجدیدنظر شده چهارم راهنمای تشخیصی و اماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) ، ترجمه محمدرضا نیکخواهاما یاک آوادیس یانس (۱۳۸۵). تهران : انتشارات سخن.
3. حسن شاهی، حسن. گودرزی، محمدعلی(۱۳۸۳).اثر خلق بر عملکرد سیستم حافظه. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**. سال ششم ، شماره بیست و یکم ویست و دوم، بهار و تابستان. صفحه ۴۷-۳۷.
4. دادستان، پریرخ(۱۳۸۷). **روانشناسی جنایی**، جلد اول. تهران: انتشارات سمت.
5. علیلو، مجید محمود. عاطف وحید، محمد کاظم. بیان زاده، اکبر. ملکوتی، کاظم(۱۳۸۴). بررسی آزمایشی مشکلات حافظه در مبتلایان به نوع وارسی اختلال وسوسی - اجراری. **اندیشه و رفتار**.شماره چهلم، صفحه ۷۲-۶۰.
6. مزینانی، ربیبه. حاج سید جوادی، سید علیرضا. افشاری، رامین. اسلامی، محمدرضا(۲۰۱۳). وضعیت شناختی مردان مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نوع I . **مقاله پژوهشی اصیل**.
7. محمد، خانی. فرجاد، مریم(۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکرها علائم وسوسی در جمعیت غیر بالینی. **محله روانشناسی بالینی**. سال اول ، شماره سوم، صفحه ۵۱-۳۵.
8. هالجین، ریچارد پی. ویتبورن، سوزان کراس(۱۳۸۷). آسیب شناسی روانی. جلد دوم. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات روان.
9. هاوتون، کیت. کرک، جوان. کیس، سالکووس. 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, 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 andoccupational accidents: A group-level investigation . *Appl Psychol* ,91(3),681-68.