

مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود

سیده منور یزدی^{✉*}، زهرا درويزه^{**} و زهرا شیخی^{***}

چکیده

هدف از این پژوهش، مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود بود. روش پژوهش علی - مقایسه‌ای بود و نمونه‌ای با ۱۴۳ نفر (شامل ۵۰ بیمار افسرده اساسی، ۴۳ بیمار اضطراب فراگیر، ۵۰ بیمار همبود) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های افسردگی اضطراب استرس لایبوند، پرسشنامه نارسایی‌های شناختی برادبنت و همکاران، پرسشنامه مقابله با استرس اندلر و پارکر استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری کروسکال والیس و یو من ویتنی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد میزان نارسایی شناختی و خرده مقیاس‌های آن (حافظه، حواسپرتی، اشتباهات سهوی) در گروه همبود بیش‌تر از گروه افسرده اساسی و اضطراب فراگیر بود. بین نمره کل نارسایی شناختی و خرده مقیاس‌های آن در گروه افسرده اساسی و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری مشاهده نشد. نمره‌های سه گروه در خرده مقیاس فراموشی تفاوتی نداشت، گروه همبود بیش‌تر از دو گروه دیگر از شیوه مقابله‌ای هیجان مدار استفاده کرد. بین گروه افسرده اساسی و اضطراب فراگیر تفاوتی در استفاده از شیوه مقابله هیجان مدار وجود نداشت و سه گروه در استفاده از شیوه مقابله مسئله‌مدار تفاوتی نشان ندادند. با وجود تفاوت در نمرات نارسایی شناختی و شیوه مقابله هیجان مدار در گروه‌های مورد مطالعه تدوین برنامه شیوه‌های کارآمد برای اجرای مداخلات بالینی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

نارسایی‌های شناختی؛ شیوه‌های مقابله با استرس؛ اختلال افسردگی اساسی؛
اختلال اضطراب فراگیر؛ همبود

* استادا، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء(س)

smyazdi@alzahra. ac. ir

** دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۷

مقدمه

طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV، «اختلال افسردگی اساسی» (MDD)^۱، اختلالی خلقی با یک یا چند دوره افسردگی اساسی، بدون سابقه دوره‌های مانی یا هیپومانیا است که حداقل باید دو هفته طول بکشد. به‌طور کلی، شخص افسرده است، علاقه خود را به بیش‌تر فعالیت‌ها از دست می‌دهد و فرد باید حداقل چهار علامت از علائم افسردگی اساسی را دارا باشد. «اختلال اضطراب فراگیر» (GAD)^۲ نگرانی شدید درباره چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها است و در ضمن، حداقل شش ماه دوام دارد. کنترل نگرانی در این اختلال مشکل است و علائم جسمی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری را دارا است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۱۳۹۲).

یکی از موضوعات مهم در روان‌شناسی معاصر بحث چگونگی تأثیر اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب بر عملکردهای شناختی است. پژوهش‌های سالیوان و پین^۴ (۲۰۰۷)، آراکسینن، لارسون و فورسل^۵ (۲۰۰۵)، قمری و خوشنام (۱۳۹۲)، لاریجانی، محمدخانی، حسنی، سپاه منصور و محمودی (۱۳۹۳)، نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر از نارسایی‌های شناختی^۶ رنج می‌برند. نارسایی‌های شناختی عبارت است از شکست فرد برای تکمیل تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است. این نارسایی‌ها حوزه‌های مختلفی مانند حافظه^۷، حواس‌پرتی^۸، فراموشی^۹، اشتباهات سهوی^{۱۰} را در بر می‌گیرد. نارسایی‌های شناختی به دلیل تداخل با فعالیت‌های روزمره می‌توانند

-
1. Major Depression Disorder
 2. Generalized Anxiety Disorder
 3. American Psychiatric Association, Sadock
 4. Sullivan, Payne
 5. Airaksinen, Larsson & Forselli
 6. Cognitive Failures
 7. Memory
 8. Distractibility
 9. Names
 10. Blunders

آسیب‌های جدی بر فرد وارد کنند (دورن، لانگ، وجترز^۱، ۲۰۱۰) و حتی ممکن است از طریق بازخورد، افزایش نشانه‌های اختلال را به دنبال داشته باشند. یافته‌های پژوهشی دیگر نشان داده‌اند که نارسایی‌های شناختی با برخی از صفات شخصیتی، افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط زیادی دارد (ویلکرسون، بلز، تیلور^۲، ۲۰۱۲).

برخی از محققان به چند بعدی بودن نارسایی‌های شناختی توجه کردند و آن را دارای سه بعد: خطا در شکل دادن به اهداف، فعال‌سازی طرحواره‌ها و راه‌اندازی کنش‌ها می‌دانند (والاس، ماندر^۳، ۲۰۰۶) به نقل از ابوالقاسمی و کیامرثی، ۱۳۸۸). آن‌ها خاطر نشان کردند که نارسایی‌های شناختی با یادگیری رویدادی، گران باری ظرفیت حافظه کوتاه مدت، کاهش سطح هوشیاری و توجه منحرف شده رابطه مثبت دارد. به علاوه، نارسایی‌های شناختی با پیامدهای رفتاری ضد اجتماعی ناشی از حواسپرتی رابطه دارد. محققان دیگر نشان داده‌اند که نارسایی‌های شناختی نتیجه عواملی مثل چند وظیفه‌ای بودن، نگرانی و کسالت است. فراوانی نارسایی‌های شناختی در زنان بیش‌تر از مردان است، همچنین، به طور معناداری روندی صعودی با سن دارد.

افسردگی با حافظه و توجه معیوب و همچنین تمایل به نشخوار فکری درباره ناراحتی همراه است (بلی^۴، ۲۰۱۲). حدود ۵۰ تا ۷۵٪ بیماران افسرده، اختلال شناختی و حافظه‌ای دارند که گاهی دمانس کاذب افسردگی نامیده می‌شود. این بیماران، معمولاً از عدم تمرکز و حتی فراموش کاری شاکی هستند (سادوک و سادوک^۵، ۱۳۹۲). بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز، مرتباً فکرشان درگیر حال خودشان است که تمرکزشان را بر هم می‌زند، به نحوی که نمی‌توانند به امور جدیدی که باید به یاد بسپارند توجه مناسب و لازم بکنند (کریستوفرن و گال^۶، ۱۳۸۹).

نتایج مطالعات مکاسی و ریگی^۷ (۲۰۰۶) و وایدیچ، راون کیدل، گملگارد، ایگاندر، کلمنس^۱

-
1. Doorn, Long & Jeters
 2. Wilkerson, Bells & Tylor
 3. Wallace & Monder
 4. Belli
 5. Sadok & Sadok
 6. Christophern & Gall
 7. Mecacci & Righi

و همکاران (۲۰۰۴) بارچ، شلاین، سرناسکی و اسنیدر^۲ (۲۰۰۳)، نشان دادند که در هر دو گروه افسرده و اضطرابی نارسایی‌های شناختی دیده می‌شود، بین افسرده اساسی و اضطراب فراگیر در شدت نارسایی‌های شناختی تفاوتی وجود ندارد و نارسایی‌های شناختی در افراد افسرده از نظر ماهیت و شدت متفاوت است. تنوع نارسایی‌های شناختی در افراد افسرده را می‌توان ناشی از نارسایی در اختصاص منابع پردازش اطلاعات از جمله بدکارکردی حافظه کاری^۳ در آن‌ها دانست (هارت لاگ، الوی، وازکویز و دایکمن^۴، ۱۹۹۳، به نقل از نظر بلند و فرزانه، ۱۳۸۸). عدم توانایی در به خاطر آوردن اسامی اشخاصی که قبلاً آشنا شده بودند و به دست آوردن اطلاعات درباره آن‌ها، یکی از عارضه‌های رفتاری بیماری افسردگی بوده و به خاطر آوردن اشخاصی که اخیراً با آن‌ها برخورد داشته‌اند نیز به نظر، چالش برانگیزتر می‌آید (ورهید و کلر^۵، ۲۰۰۷). در پژوهش‌های پیشین، ارتباط نارسایی‌های شناختی با متغیرهای مختلفی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، راهبردهای مقابله با تنیدگی به دست آمده است (ویلکرسون، بلز، تیلور، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش کیزیلباش، واندرپلوگا، کرتیسا^۶ (۲۰۰۲) نشان دادند که میزان نارسایی‌های شناختی در افراد گروه همبود^۷ (بیماران مبتلا به هر دو اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر با هم) بیش‌تر از افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

نقش کارکردهای شناختی در زندگی و تأثیر آن بر سازگاری و انتخاب شیوه مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد برکسی پوشیده نیست (والاس، کاس و استانی^۸، ۲۰۰۲). راهبردهای مقابله‌ای نشان دهنده تلاش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری فرد برای مدیریت وضعیت‌های درونی و بیرونی خاص است (لازاروس، ۱۹۹۹، به نقل از کراسون^۹، ۲۰۱۳). راهبردهای مقابله‌ای به طور کلی به سه دسته تقسیم می‌شوند: مقابله مسئله‌مدار، عملکردهای مستقیم شناختی فرد است

-
1. Videbech, Ravnkilde, Gammelgaard, Egande & Clemmensen
 2. Barch, Sheline, Csernansky & Snyder
 3. workingmemory
 4. Hart loge, Elloy, Vasquees & Dykman
 5. Werheid, Clar
 6. Kizilbasha, Vanderploega & Curtissa
 7. Comorbid
 8. Wallace, Kass & Stanny
 9. Craciun

که به منظور تغییر و اصلاح شرایط تهدیدکننده محیطی انجام می‌شود و در موقعیت‌هایی بروز می‌کند که برای فرد قابل کنترل یا تغییرپذیر باشد و به نقاط مثبت مسئله توجه دارند. روش مقابله هیجان‌مدار در موقعیت‌هایی دیده می‌شود که فرد احساس کند موقعیت کنترل‌ناپذیر است. برخی از این روش‌ها، مانند خیال‌بافی، خشمگین‌شدن، گریه‌کردن، احساس تنهایی، افسردگی و سایر فعالیت‌های آگاهانه است. اندلر و پارکر^۱ علاوه بر راهبردهای فوق‌الذکر، راهبرد اجتنابی را نیز مطرح کرده‌اند که از مکانیزم‌های اجتناب و دوری از مسئله است. مقابله، جستجوی حمایت اجتماعی یا روی آوردن به سرگرمی‌های اجتماعی، راهبرد غیرمعمول دیگری است که از شخصیت‌های اجتنابی سر می‌زند (اندلر و پارکر، ۲۰۰۰ به نقل از قریشی راد، ۱۳۸۸)

پژوهش‌های فولکمن و لازاروس^۲ (۱۹۸۸) و (۱۹۸۶) نشان دادند از سه شیوه مقابله‌ای (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی)، بیماران افسرده از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بیش‌تر استفاده می‌کنند. از طرف دیگر پژوهش فرزین‌راد، اصغرنژاد، یزدان دوست و جیبی‌عسگرآباد^۳ (۱۳۸۹) نشان داد افراد افسرده اساسی از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار بیش‌تر استفاده می‌کنند. پژوهش بلینگز^۴ و موس (۱۹۸۱)، ناگاس، یوچیاما، کانیتا، لی کاجی، تاکاشی^۴ و همکاران (۲۰۰۹)، آقایوسفی و دادستان، اژه‌ای و منصور^۵ (۱۳۹۰) نشان دادند میانگین نمره شیوه‌های مقابله‌ای اجتنابی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بیش‌تر از میانگین نمره مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار است، درحالی که مطالعات دیگر چنین رابطه‌ای را نیافته‌اند (ترمبلی و کینگ^۶، ۱۹۹۴؛ ترنر^۶ و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از حسینیان، یزدی، خالقی قدیری، زهرایی، ۱۳۸۵).

پژوهش مورین، رادریجز، ایورز^۷ (۲۰۰۳)، اوهارا^۸ (۲۰۰۲) نشان دادند بیماران مبتلا به

-
1. Endler & Parker
 2. Folkman & Lazarus
 3. Moos & Billings
 4. Nagase, Uchiyama, Kaneita, Li Kaji & Takahashi
 5. Tremblay & King
 6. Turner
 7. Morin, Rodriguez & Ivers
 8. Ohara

اختلال اضطراب فراگیر بیش‌تر از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، در حالی که پژوهش دیگر (لهرو و وولفالک^۱، ۱۹۹۳)، نشان داد این دسته از بیماران، بیش‌تر از شیوه‌های مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند که هماهنگ با دیدگاه‌های شناختی رفتاری است (به نقل از نظام‌زاده و قمری گیوی، ۱۳۸۷).

پژوهش تاکاکی، نیشی، شیمویاما، اینادا، ماتسویاما^۲ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند بیماران مبتلا به هر دو اختلال (همبود) در موقعیت‌های استرس‌زا بیش‌تر از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، در حالی که پژوهش حسینیان و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد این افراد بیش‌تر از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند.

آیا شدت نارسایی‌های شناختی در دو گروه افسرده و اضطرابی متفاوت است؟ در گروهی که به هر دو اختلال دچار هستند (همبودها) چگونه است؟ از آن‌جا که قشر گیجگاهی قدامی برای بازیابی اسامی است و آسیب به این قسمت به ناتوانی در بازیابی اسامی منجر می‌شود، آیا در افرادی که دچار آسیب گیج‌گاهی نشده‌اند، اما اختلال‌های دو گروه را دارند حواس پرتی و فراموشی مربوط به اسامی دیده می‌شود؟ افراد دارای اختلال افسردگی و اضطراب در رویارویی با موقعیت‌های فشارزا، رویدادها را چگونه ارزیابی یا پردازش می‌کنند و از کدام شیوه مقابله استفاده می‌کنند؟

با توجه به مباحث فوق، یافته‌های متناقض و سؤالات مطرح شده، یکی از اهداف این پژوهش، بررسی مقایسه‌ی میزان نارسایی‌های شناختی در دو گروه مذکور است که همپوشی بالایی با هم دارند. علاوه بر هدف فوق، از آن‌جا که در زمینه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در گروه همبود پژوهشی انجام نشده است، هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه‌ی میزان و ماهیت نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در هر سه گروه است.

فرضیه‌های پژوهش عبارت هستند از:

۱. نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب

1. Lahro & Vulfalk

2. Takaki, Nishi, Shimoyama, Inada & Matsuyama

فراگیر و گروه همبود تفاوت دارد.

۲. نمرات شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و گروه همبود تفاوت دارد.

روش

روش پژوهش علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه بیماران سرپایی (زن و مرد) با تشخیص «اختلال افسردگی اساسی» و «اختلال اضطراب فراگیر» و بیماران مبتلا به هر دو اختلال (همبود) ساکن شهر تهران بودند. گروه نمونه شامل ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، ۴۳ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ۵۰ بیمار مبتلا به هر دو اختلال (همبود) مراجعه‌کننده به مراکز مختلف درمان روان‌شناختی اعم از خصوصی و دولتی نقاط مختلف شهر تهران بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش به شیوه هدفمند بود که طی آن هر سه گروه مورد مطالعه پس از انجام دادن مصاحبه توسط روان‌پزشک و با مصاحبه بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV^۱ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۲) توسط محقق و هم‌چنین ارزیابی شده توسط مقیاس افسردگی اضطراب فشارروانی (DASS)^۲ که فقط مبتلا به یکی از این اختلال‌ها (افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و همبود) بودند، به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. به علاوه، رجوع همه بیماران به بیمارستان‌ها و مراکز مشاوره برای اولین بار بوده، سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی یا وجود اختلال‌های روانی دیگر (مانند وسواس) نداشته (با توجه به مصاحبه انجام شده) و وجود اختلال‌های بدنی را گزارش نکرده بودند. در ضمن با توجه به توافق کتبی از شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها گذاشته شد.

ابزارهای تشخیصی و جمع‌آوری اطلاعات عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه نارسایی‌های شناختی (CFQ)^۳: این پرسشنامه را برادبنت، کوپر، فیتزجرالد، پارکز^۴ (۱۹۸۲) تهیه کرده‌اند که شامل ۲۵ ماده در ۴ خرده مقیاس حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی (فراموشی) است. عامل حافظه،

-
1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)
 2. Depression Anxiety Stress Scale
 3. Cognitive Failures Questionnaire
 4. Broadbent, Cooper, Fitzgerald & Parkes

شامل سؤالاتی است که نارسایی‌های حافظه و فراموشی را می‌سنجد. عامل حواس‌پرتی به جنبه‌های ادراکی وظایفی اشاره می‌کند که توجه منحرف شده در آن وجود دارد. عامل اشتباهات سهوی اشاره به خطاهایی دارد که در اجرای کار انجام می‌شود و با حوادث فیزیکی ارتباط دارد. عامل فراموشی، شامل سؤالاتی است که با حافظه نام‌های افراد ارتباط دارد (والاس و وودانویچ^۱، ۲۰۱۰). پاسخ به هر ماده در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» است. نمره کل نارسایی‌های شناختی برای هر فرد از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. پرسشنامه به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که نمره بالاتر نشان‌دهنده نارسایی‌های شناختی بیش‌تر است. مکاسی و ریگی (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش دادند. والاس (۲۰۰۴) در بررسی خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۹۱ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۴، و مقدار اعتبار بازآزمایی را برابر ۰/۸۲ گزارش کرد.

پرسشنامه نارسایی‌های شناختی را مؤلفان ترجمه کردند و روایی صوری آن نیز، توسط چندین متخصص روان‌شناس و زبان‌شناس تأیید شد و سپس اعتبار مقدماتی آن محاسبه شد. ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در نمونه ۵۰ نفری از دانشجویان برای هر یک از خرده مقیاس‌های پرسشنامه نارسایی‌های شناختی به ترتیب عبارت بودند از: حواس‌پرتی ۰/۸۳، مشکلات مربوط به حافظه ۰/۸۱، اشتباهات سهوی ۰/۷۴ و عدم یادآوری اسامی ۰/۷۰ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی بافاصله زمانی یک ماه در میان ۴۲ نفر از دانشجویان ۰/۷۷ به دست آمد. با استفاده از روش همبستگی هر سؤال با کل آزمون یک سؤال به علت ضریب همبستگی کم حذف شد و در نتیجه پرسشنامه حاضر دارای ۲۴ سؤال است (شیخی، ۱۳۹۲) و هنجاریابی این آزمون اجرا شده و مقاله آن در دست بررسی است.

۲-مقیاس چند بعدی مقابله با بحران اندلر و پارکر (CISS)^۲: برای سنجش شیوه‌های مقابله‌ای از پرسشنامه مقابله با بحران در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده شد که اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه کرده‌اند. آزمون دارای ۴۳ گویه و پاسخ‌ها به صورت روش لیکرت از هرگز

-
1. Vodanovich
 2. Coping Inventory with Stressful Situation

(۱) تا خیلی زیاد (۵) علامت‌گذاری شده است. این گویه‌ها در سه زمینه اصلی رفتار مقابله‌ای: مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی طراحی شده است. آزمودنی در هر زمینه، نمره بالاتری گرفت در دسته‌بندی همان شیوه مقابله‌ای انتخاب می‌شود. چون تعداد سؤالات شیوه‌ها یکسان نبود، به منظور همسانی و مقایسه نمرات در هر شیوه، نمره‌های هر شیوه به تعداد سؤالات تقسیم شد.

اندلر و پارکر با نمونه ۳۱۳ نفری، ضریب همسانی درونی برای سه مقیاس فوق به تفکیک پسران و دختران به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ در مقابله مسئله‌مدار و ۰/۸۵ و ۰/۸۲ مقابله هیجان‌مدار و برای مقابله اجتنابی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش شده است (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰، به نقل از قریشی راد، ۱۳۸۸).

در ایران، ضرایب همبستگی روایی همزمان، از اجرای مقیاس بیلینگز و موس و مقابله با بحران اندلر و پارکر، ۰/۶۲ برای مقیاس مسئله‌مدار و ۰/۴۰ برای هیجان‌مدار گزارش شد. ضریب اعتبار دو نیمه‌آزمون با اصلاح اسپیرمن براون برای خرده مقیاس‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۷۰ ($p < ۰/۰۱$) به دست آمد (قریشی راد، ۱۳۸۸).

۳-مقیاس سنجش افسردگی اضطراب فشارروانی (DASS): این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارشی درباره افسردگی، اضطراب، و فشار روانی است که به وسیله لایبوند^۱ در سال ۱۹۹۵ طراحی شد. این ابزار به صورت فزاینده‌ای در محیط‌های مختلف به کار می‌رود (کرافورد و هنری^۲، ۲۰۰۳). این مقیاس توانایی تشخیص و غربالگری نشانه‌های افسردگی، اضطراب و فشار روانی در طی یک هفته گذشته درباره افراد بزرگسال را دارد و دارای دو فرم کوتاه (۲۱ سؤالی) و بلند (۴۲ سؤالی) است که در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شده است. فرم کوتاه- شامل ۲۱ گویه است که هر یک از سازه‌های آن را توسط ۷ عبارت متفاوت، ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها به صورت روش لیکرت از هرگز (۰) تا همیشه (۳) علامت‌گذاری شده است. حداکثر نمره برای هر سازه (۲۱) و برای حداقل (۰) است. بررسی‌های انجام شده با نمونه‌های بزرگ و آزمودنی‌های سالم و بیمار، ویژگی‌های روان‌سنجی بسیار مناسب DASS را تأیید کرده‌اند. پایایی این ابزار از روش بازآزمایی برای سازه افسردگی ۰/۷۹، برای سازه

1. Lavibond
2. Crawford & Henry

اضطراب ۰/۸۱ و برای سازه فشار روانی ۰/۸۱ گزارش شده است. از نظر روایی نیز همبستگی سازه اضطراب با پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI)، ۰/۸۱ و سازه افسردگی با پرسشنامه افسردگی بک^۲ (BDI)، ۰/۷۴ گزارش شده است (لاویوند و لاویوند، ۱۹۹۵). در ایران فرم کوتاه ۲۱ گویه DASS، توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای سازه‌های افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش شده است (آقابزرگ، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

به منظور مقایسه نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر و گروه همبود، از آن جا که توزیع داده‌ها نرمال نبود (شیخی، ۱۳۲۹: ص ۱۲۱) از آزمون کروسکال والیس و یومن ویتنی استفاده شد.

جدول ۱: نتایج بررسی نمره کل نارسایی شناختی گروه‌های پژوهش با آزمون کروسکال والیس

گروه‌ها	تعداد	میانگین	میانگین رتبه‌ها	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی اساسی	۵۰	۴۷/۲۴	۶۵/۱۷			
اضطراب فراگیر	۴۳	۴۶/۸۶	۶۲/۲۹	۷/۱۲	۲	۰/۳
همبود	۵۰	۵۵/۱۰	۸۴/۶۰			

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین نمره کل نارسایی‌های شناختی در گروه‌های افسرده اساسی و اضطراب فراگیر و گروه همبود تفاوت معناداری دیده نشد.

1. Beck Anxiety Inventory
2. Beck Depression Inventory

جدول ۲: نتایج بررسی نمره خرده مقیاس های نارسایی شناختی در گروه های پژوهش با آزمون کروسکال والیس

خرده مقیاس ها	گروه ها	تعداد	میانگین	میانگین رتبه ها	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
حواس پرتی	افسردگی اساسی	۵۰	۱۹/۶۲	۳/۶۵	۷/۰۳	۲	۰/۰۳
	اضطراب فراگیر	۴۳	۱۹/۴۴	۲۶/۶۲			
	همبود	۵۰	۲۱/۹۴	۵/۸۴			
نارسایی حافظه	افسردگی اساسی	۵۰	۱۲/۳۸	۲۵/۶۳	۹/۳۲	۲	۰/۰۱
	اضطراب فراگیر	۴۳	۱۲/۴۴	۵۱/۶۵			
	همبود	۵۰	۱۵/۴۴	۳۳/۸۶			
اشتباهات سهوی	افسردگی اساسی	۵۰	۱۱/۰۸	۱۸/۶۵	۸/۶۷	۲	۰/۰۱
	اضطراب فراگیر	۴۳	۱۰/۸۱	۸۵/۶۳			
	همبود	۵۰	۱۳/۲۲	۶۳/۸۵			
فراموشی	افسردگی اساسی	۵۰	۴/۱۶	۳۹/۷۰	۰/۸۹	۲	۰/۶۴
	اضطراب فراگیر	۴۳	۴/۱۶	۸۷/۶۸			
	همبود	۵۰	۴/۴۸	۳/۷۶			

نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می دهند که بین نمره خرده مقیاس های نارسایی های شناختی (حواس پرتی، نارسایی حافظه و اشتباهات سهوی) در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از مقایسه دو به دو میانگین های جدول ۲ نشان می دهند (شیخی، ۱۳۲۹: ص ۱۲۱) که نمره خرده مقیاس های نارسایی های شناختی گروه همبود (حواس پرتی، نارسایی حافظه و اشتباهات سهوی) با گروه های افسرده اساسی و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری را نشان داده است. نمرات نارسایی شناختی و خرده مقیاس های آن (حواس پرتی، نارسایی حافظه و اشتباهات سهوی) در گروه همبود بیش تر از دو گروه افسرده اساسی و اضطراب فراگیر بود، در حالی که در خرده مقیاس فراموشی بین سه گروه تفاوتی مشاهده نشد.

به منظور مقایسه میانگین شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر و گروه همبود از آزمون کروسکال والیس استفاده شد.

جدول ۳: نتایج بررسی نمره شیوه مقابله هیجان‌مدار در گروه‌های پژوهش با آزمون کروسکال والیس

گروه‌ها	تعداد	میانگین	میانگین رتبه‌ها	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی اساسی	۳۲	۴۷/۸۸	۴۰/۶۲			
اضطراب فراگیر	۱۹	۴۸/۸۴	۴۱/۴۷	۷/۲۶	۲	۰/۰۳
همبود	۴۴	۵۷/۵۲	۵۶/۱۸			

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می‌دهد بین سه گروه از نظرمیانگین نمره شیوه مقابله هیجان‌مدار تفاوت وجود دارد. برای آنکه مشخص شود بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون یومان ویتنی استفاده شد.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره شیوه مقابله هیجان‌مدار در گروه‌های پژوهش با آزمون لامان ویتنی

متغیر اول	متغیر دوم	تعداد	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها	لامان ویتنی	Z	سطح معناداری
افسرده		۳۲	۷۸/۲۵	۸۲۵			
اساسی		۱۹	۳۷/۲۶	۵۰۱	۲۹۷		۰/۸۹
اضطراب فراگیر		۴۴	۹۸/۳۴	۱۵۳۹			
اضطراب فراگیر		۱۹	۱۱/۲۵	۴۷۷	۲۸۷	-۱/۹۷	۰/۰۵
همبود		۴۴	۷۰/۴۳	۱۹۲۳			
افسرده		۳۲	۳۴/۳۱	۱۰۰۳			
اساسی		۴۴	۷۰/۴۳	۱۹۲۳	۴۷۵	۴۱/۲	۰/۰۲
همبود		۴۴	۷۰/۴۳	۱۹۲۳			

نتایج حاصل از جدول ۴ نشان می‌دهد بین دو گروه افسرده اساسی و اضطراب فراگیر از نظرمیانگین نمره مقابله هیجان‌مدار تفاوتی مشاهده نمی‌شود، درحالی که میانگین نمره مقابله هیجان‌مدار در گروه همبود بیش از دو گروه اضطراب فراگیر و افسرده اساسی و معنادار است.

جدول ۵: نتایج بررسی نمرات مقابله مسئله‌مدار در گروه‌های تشخیصی با آزمون کروسکال والیس

متغیر	تعداد	میانگین	میانگین رتبه‌ها	خی دو	درجه آزادی	Z
افسردۀ اساسی	۱۴	۳۹/۶۴	۲۳/۳۲			
اضطراب فراگیر	۲۴	۴۵/۲۹	۲۲/۰۸	۰/۰۹	۲	۰/۹۶
همبود	۶	۳۷/۳۳	۲۲/۲۵			

نتایج حاصل از جدول ۵ نشان می‌دهد که بین سه گروه افسردۀ اساسی، اضطراب فراگیر و همبود در میانگین نمره مقابله مسئله‌مدار تفاوت معناداری وجود ندارد. تنها ۴ نفر شیوه مقابله‌ای اجتنابی و همگی تشخیص افسردگی اساسی داشتند. بنابراین، امکان مقایسه میانگین نمره مقابله اجتنابی در ۳ گروه پژوهش وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر و همبود انجام شد. نتایج نشان داد که نمره کل نارسایی‌های شناختی در گروه‌های افسردۀ اساسی و اضطراب فراگیر و گروه همبود یکسان است. از آنجایی که گروه افسردۀ اساسی و اضطراب فراگیر به یک میزان از نارسایی شناختی بهره‌مند هستند و هم چنین، بین نمرات خرده مقیاس‌های نارسایی شناختی (حواس‌پرتی، نارسایی حافظه، فراموشی، اشتباهات سهوی) در این دو گروه تفاوت معناداری دیده نشده است، این بدان معناست که هر دو گروه بیمار در نارسایی‌های شناختی و خرده مقیاس‌های آن نقایص مشابهی دارند. نتایج کار مکاسی و ریگی (۲۰۰۶)؛ وایدیچ و همکاران (۲۰۰۴)؛ بارچ و همکاران (۲۰۰۳)؛ آراکسین و همکاران (۲۰۰۵) نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر است، مبنی بر اینکه این گروه‌ها دارای نارسایی شناختی هستند. درباره شیوه‌های مقابله با استرس (مسئله‌مدار) نیز بین سه گروه تفاوتی مشاهده نشد، بین گروه افسرده و اضطرابی در استفاده از شیوه هیجان‌مدار تفاوتی مشاهده نشد. هم چنین، گروه همبود بیش‌تر از دو گروه دیگر از شیوه مقابله هیجان‌مدار استفاده کردند.

یکی از تبیین‌هایی که در زمینه نارسایی شناختی بیماران افسرده اساسی می‌توان ذکر کرد

این است که افراد مبتلا به افسردگی مرتباً دستخوش اشکالاتی در حافظه خود می‌شوند و پیوسته درگیر افکارشان هستند که تمرکز فکرشان را بر هم می‌زند، به نحوی که نمی‌توانند به امور تازه‌ای که باید به یاد بسپارند توجه کافی داشته باشند. همچنین افسردگی با تمایل به اشتغال ذهنی درباره ناراحتی همراه است، همین امر می‌تواند به نارسایی حافظه و کاهش توجه منجر شود.

همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً به دلیل داشتن اضطراب و نگرانی بیش از حد، درباره اکثر فعالیت‌های روزمره مرتباً دستخوش اشکالاتی در حافظه و توجه خود می‌شوند. در واقع، اضطراب فرایند توجه، تمرکز، کارکرد حافظه، پردازش اطلاعات را مختل می‌کند. در نتیجه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به میزان زیادی دچار حواس‌پرتی و فراموشی می‌شوند. بنابراین، اضطراب، خطر نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد که این امر بیماران را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. قمری و خوشنام (۱۳۹۲) و لاریجانی و همکاران (۱۳۹۳) دورن و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش‌های خود همسو بودن کاهش توجه و نارسایی حافظه در اختلال افسردگی و اضطراب را نشان داده‌اند.

نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد نمرات خرده مقیاس‌های نارسایی شناختی (حواس‌پرتی، نارسایی حافظه، اشتباهات سهوی) در گروه همبود بیش‌تر از دو گروه افسرده اساسی و اضطراب فراگیر بود، شایان ذکر است در خرده مقیاس فراموشی بین سه گروه تفاوتی مشاهده نشد. این نشان‌دهنده آن است که فراموشی در هر سه گروه به یک میزان دیده شد و مقدار آن از حد متوسط بسیار بالاتر است. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش کیزیلباش و همکاران (۲۰۰۲) است که در بررسی خود نشان دادند میزان نارسایی‌های شناختی در افراد گروه همبود بیش‌تر از افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. دلیل این امر همان‌گونه که ذکر شد این است که افراد افسرده پیوسته درباره افکارشان درگیری دارند. در نتیجه تمرکز فکرشان از بین می‌رود، به نحوی که نمی‌توانند به چیزهایی جدیدی که باید به یاد بسپارند توجه کافی داشته باشند. همچنین، افسردگی با تمایل به اشتغال ذهنی درباره ناراحتی همراه است؛ همین امر می‌تواند به نارسایی حافظه و کاهش توجه در آن‌ها منجر شود. به‌علاوه، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر به دلیل نگرانی و اضطراب بسیار زیاد، به میزان زیادی حواسشان پرت می‌شود و دچار نارسایی حافظه و توجه

می‌شوند. این میزان بالای اضطراب اثرات مخربی بر کارکرد حافظه از قبیل نگهداری، بازیابی اطلاعات دارد، که همگی این موارد می‌توانند در به خاطر آوردن اسامی، توانایی بیماران را تحلیل دهند (کریستوفرن و گال، ۱۳۸۹). با این حال، وقتی افسردگی با اضطراب ترکیب می‌شود نه تنها تأثیری معکوس بر یادآوری فوری و مقدار اکتساب دارد، بلکه بر بازیابی اطلاعات جدیداً فرا گرفته شده نیز تأثیر می‌گذارد (کیزیلباش و همکاران، ۲۰۰۲). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت زمانی که این دو اختلال به طور همزمان در افراد وجود داشته باشد، نارسایی‌های شناختی افراد چشمگیرتر از هر یک از دو گروه دیگر است که به تنهایی دارای یک اختلال هستند. اشتباهات سهوی متأسفانه بخشی از زندگی هستند. هر شخصی تجربیات تأسف‌باری از رفتارهای غیر عمدی و غیر منتظره به روش‌های متفاوت دارد.

در مطالعات مختلف، مدارکی مستدل مؤید بر این امر هستند که نارسایی‌های شناختی ممکن است اثرات مخرب بر استفاده از استراتژی‌های خاص کنار آمدن در وضعیت‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا را به همراه داشته باشند. این نتیجه حاصل شده که افراد دارای نارسایی شناختی بالا، در برابر استرس آسیب‌پذیر هستند چون پردازش توجه به خود، راهبردهای کنار آمدن آن‌ها را ناکارآمد می‌کند. از طرفی دیگر، راهبردهای ناکارآمد فرد را مستعد نارسایی‌های شناختی بیش‌تری می‌کند، اما افراد دارای فراشناخت مناسب، برای تنظیم عواطف و شناخت خود آن دسته از راهبردها را به کار می‌گیرند که تنش و استرس را کم‌تر می‌کند، و هیجان‌های مثبت و سلامت روانی به وجود می‌آورد و در نتیجه باعث می‌شود فرد نارسایی‌های شناختی کم‌تری را تجربه کند (مکاسی و ریگی، ۲۰۰۶).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین دو گروه افسرده‌ی اساسی و اضطراب فراگیر از نظر میانگین نمره‌ی مقابله‌ی هیجان‌مدار تفاوت معناداری نداشت، اما میانگین نمره‌ی مقابله هیجان‌مدار در گروه همبود بیش‌تر از دو گروه دیگر بود. نتایج این پژوهش همسو با مطالعات نظام‌زاده و قمری گیوی (۱۳۸۷)؛ تاکاکی و همکاران (۲۰۰۵) و اوهارا (۲۰۰۲) است. در تفسیر این موضوع می‌توان به ارتباط دو سویه‌ی افسردگی و اضطراب با شیوه‌های مقابله با استرس اشاره کرد. افراد افسرده به دلیل ناامیدی، احساس‌های منفی، تصورات و تبیین‌های ناکارآمد، در موقعیت‌های دشوار هیجان‌زده می‌شوند، ناراحت می‌شوند، خود را می‌بازند. بنابراین، از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، همین‌طور افراد مبتلا به اختلال اضطراب

فراگیر به علت نگرانی و اضطراب بالا وقتی با حوادث بین فردی استرس‌زا مواجه می‌شوند، کم‌تر در جستجوی اطلاعات بیش‌تر درباره مسئله و برنامه‌ریزی خاص در جهت حل آن هستند. بنابراین، بیش‌تر از شیوه مقابله هیجان مدار استفاده می‌کنند، یعنی سعی می‌کنند بر خود متمرکز شده و تلاش آن‌ها متمرکز بر کاهش احساسات ناخوشایند باشد. هنگامی که این دو اختلال به طور همزمان (همبود) در افراد وجود داشته باشد، به‌کارگیری این نوع شیوه مقابله‌ای بیش‌تر از زمانی است که فقط یک اختلال وجود داشته باشد. بنابراین، میانگین نمره مقابله هیجان‌مدار این گروه بیماران (همبودها) بیش‌تر از دو گروه دیگر به تنهایی است.

یافته‌های حاصل از مقایسه میانگین نمره مقابله مسئله‌مدار بین سه گروه افسرده اساسی، اضطراب فراگیر و همبود نشان داد بین سه گروه از نظر میانگین نمره مقابله مسئله‌مدار تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این پژوهش همسو با مطالعات نظام‌زاده و همکار (۱۳۸۷)، فرزین‌راد و همکاران (۱۳۸۹) است، که در پژوهش خود نشان دادند تفاوت معناداری در میانگین نمره مقابله مسئله‌مدار بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر وجود ندارد. با توجه به نتایج مطالعاتی که نشان‌دادند هر دو گروه افسرده اساسی و اضطراب فراگیر به یک میزان از شیوه مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند و با توجه به همبودی این دو اختلال با یکدیگر می‌توان نتیجه گرفت بین این سه گروه در میانگین نمره این نوع شیوه مقابله‌ای تفاوتی وجود ندارد.

از بین تعداد کل نمونه‌ها تنها ۴ نفر شیوه مقابله‌ای اجتنابی داشتند و همگی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند. بنابراین، با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر که نشان داد در دو گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و همبود افرادی وجود نداشت که مقابله اجتنابی داشته باشند، در نتیجه، امکان مقایسه میانگین نمره مقابله اجتنابی در سه گروه مقدور نبود. راهبرد اجتنابی از مکانیزم‌های اجتناب و دوری از مسئله مطرح شده، نوعی مقابله جستجوی حمایت اجتماعی یا روی آوردن به سرگرمی‌های اجتماعی است، که راهبردی غیر معمولی به‌شمار می‌رود و از شخصیت‌های اجتنابی سر می‌زند (اندلر و پارکر، ۲۰۰۰ به نقل از قریشی راد، ۱۳۸۸) افراد افسرده به‌علت اجتناب از محیط اجتماعی و در خود فرو رفتن، از این نوع مقابله ترجیحاً بیش‌تر استفاده می‌کنند. نتایج مطالعات آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان‌داد که افراد افسرده از راهبرد گریز-اجتناب بیش از گروه غیر افسرده استفاده کرده‌اند. گروه افسرده از

راهبرد «گریز-اجتناب» بیش‌تر استفاده می‌کنند که به معنی فرار از رویارویی با موقعیت‌های تنیدگی‌زا و پناه بردن به تفکر رویایی و مانند آن است. از آن‌جا که تعداد نمونه اجتنابی بسیار کم بود، با یافته‌های پژوهشگران دیگر از این بُعد مقایسه‌پذیر نیست.

از جمع‌بندی یافته‌های این پژوهش به این نتیجه‌گیری کلی می‌رسیم که گرچه نارسایی شناختی در هر سه گروه دیده شده در کل، نمره نارسایی شناختی و مقیاس‌های آن در گروه همبود بیش‌تر از دو گروه دیگر بود. ولی، با وجود بالا بودن این میزان در گروه همبود، از نظر نمره کل نارسایی شناختی و همین‌طور درباره نمره مقیاس فراموشی تفاوتی در بین سه گروه دیده نشد، اما نمره نارسایی‌های شناختی گروه همبود (حواس‌پرتی، نارسایی حافظه و اشتباهات سهوی) با گروه‌های افسرده اساسی و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری را نشان داد. درباره شیوه‌های مقابله هم میانگین نمره شیوه مقابله با استرس مسئله‌مدار بین سه گروه افسرده اساسی، اضطراب فراگیر و همبود تفاوت معناداری نشان نداد، میانگین نمره مقابله با استرس هیجان‌مدار در گروه همبود بیش‌تر از دو گروه دیگر بود. از کل نمونه پژوهش، تنها ۴ نفر شیوه مقابله‌ای اجتنابی داشتند که همگی تشخیص افسردگی اساسی داشتند.

گرچه روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود، اما استفاده از پرسشنامه، روشی خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها، نتایج آن را با محدودیت مواجه کرده است. در ضمن، عدم امکان کنترل متغیرهایی نظیر وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و هم‌چنین نوع شغل به دلیل لزوم استفاده از نمونه‌های در دسترس تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کرد.

با توجه به وجود نارسایی‌های شناختی در اکثر اختلالات روانی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی میزان نارسایی‌های شناختی در دیگر اختلالات روانی به صورت مقایسه‌ای بررسی شود تا از نتایج آن بتوان در درمان‌های روان‌شناختی استفاده کرد. برنامه‌های درمانی از قبیل (ذهن‌آگاهی، تمرین حافظه و...) برای بهبود نارسایی‌های شناختی بیماران نیز پیشنهاد می‌شود. در ضمن، ارزیابی شیوه‌های پردازش اطلاعات می‌تواند مشخص کنند که کدام روش درمانی به کاهش بیش‌تر نشانه‌های اضطراب و افسردگی کمک می‌کند، روشن ساختن عوامل خطر ساز ابتلا به افسردگی و اضطراب در تدوین راهبردهای کارآمد برای انجام دادن مداخلات بالینی اهمیت می‌یابد. یعنی می‌توان بر این بیماری‌ها، بازده درمان را افزایش داد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود(مبتلا به هر دو اختلال) مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی ایران، درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان بقیه الله و مراکز مشاوره نقاط مختلف شهر تهران (مرکز مشاوره دانشگاه الزهرا (س)، مرکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی، کلینیک روان‌ایستیس، مرکز مشاوره زندگی، مرکز مشاوره مهر پروین، مرکز مشاوره پارسین) که در اجرای این پروژه و تکمیل پرسشنامه‌ها با پژوهشگران همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و کیامرثی، آذر (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی در سالمندان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱ (۱)، ۱۵-۸.
- آقابزرگ، مریم (۱۳۹۰). بررسی تأثیر بهزیستی درمانی در کاهش میزان اضطراب، افسردگی، و بهبود نگرش‌های ناکارآمد، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا(س)، تهران.
- آقایوسفی، علیرضا، دادستان، پریرخ، اژه‌ای، جواد و منصور، محمود (۱۳۹۰). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تأثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی، *مجله روان‌شناسی*، دوره ۱۶، ۳۷۰-۳۴۷.
- انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۹۲). *متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی*، ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایا آوادیس یانس، تهران: سخن.
- حسینیان، سیمین، یزدی، سیده منور، خالقی قدیری، راضیه و زهرایی، شقایق (۱۳۸۵). بررسی ارتباط مقایسه سلامت روان و شیوه‌های مقابله با استرس دانشجویان دانشگاه‌های تهران، *سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۱۳۳-۱۲۹.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۹۲). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی*، ترجمه نصرت‌الله پور افکاری، تهران: شهراب: آینده‌سازان.
- شیخی، زهرا (۱۳۹۲). *مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، و همبود*، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا(س)، تهران.
- فرزین راد، بنفشه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، یکه یزدان دوست، رخساره و حبیبی عسگر آباد، مجتبی (۱۳۸۹). *مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های شخصیتی در دانشجویان افسرده و غیر افسرده*، *مجله علوم رفتاری*، ۱(۴).
- قریشی راد، فخرالسادات (۱۳۸۸). *اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر*، *مجله علوم رفتاری*، ۴(۱)، ۷-۱.
- قمری، محمد و خوشنام، امیر حسین (۱۳۹۲). *پیش بینی کنندگی کیفیت زندگی دانشجویان از*

طریق میزان به کارگیری انواع شیوه‌های مقابله با استرس، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی،
دوره ۹ (۳)، ۱۵۶-۱۷۲.

کریستوفرن، مارتین و گال، کاتارین (۱۳۸۹). روان‌شناسی فراموشکاری، ترجمه نیرسان گاهان.
تهران: رشد.

لاریجانی، زرین سادات، محمدخانی، پروانه، حسنی، فریبا، سپاه منصور، مژگان و محمودی،
غلامرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان
فراشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره
نشخوار فکری و اجتناب تجربه ای، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۰(۲)، ۲۸-۵۰.

نظربلند، ندا و فرزانه، هنگامه (۱۳۸۸). نارسایی حافظه کاری در اختلال افسردگی اساسی.
مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۵(۳)، ۳۱۳-۳۰۸.

نظام‌زاده، ضرغام و قمری گیوی، حسین (۱۳۸۷). ساز و کارهای دفاعی و راه‌های مقابله در
افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی اساسی، مجله روانپزشکی و روانشناسی
بالینی ایران، ۱۴ (۱)، ۳۸-۳۳.

Airaksinen, E., Larsson, M., & Forsell, Y. (2005). Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: evidence of episodic memory dysfunction, *Journal of Psychiatric Research*, 39(2), 207-214.

Barch, D. M., Sheline, Y. I., Csernansky, J. G., & Snyder, A. Z. (2003). Working memory and prefrontal cortex dysfunction: Specificity to schizophrenia pared with major depression, *Biological Psychiatry*, 53, 376-384.

Belli, R.F. (2012). *True and false recovered memories: Toward and reconciliation of the debate*. New York: Springer.

Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (2), 139-157.

Broadbent, D. E., Cooper, P. J., Fitzgerald, P. F., & Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates, *British Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 1-16.

Craciun, B. (2013). Coping strategies, self-criticism and gender factor in relation to quality of life. *Social and Behavioral Sciences*, 78, 466-470

Crawford, J R. & Henry, J. D. (2003). The depression anxiety stress scales (DASS): normative data. *British Journal of Clinical Psychology*, The British Psychological Society, 42, 111-131.

Doom, R., Lang, J. & Weijters, T. (2010). Self-report cognitive failures: A core self-evaluation? *Personality & Individual*

- Difference*, (49), 717–722.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Kizilbasha, A., Vanderploega, R., & Curtissa, G. (2002). The effects of depression and anxiety on memory performance. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17 (1), 57-67.
- Mecacci, L., & Righi, S. (2006). Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging. *Personality & Individual Difference*, 40 (7), 1453-1459.
- Morin, C. M., Rodriguez, S., & Ivers, M. (2003). Roles of stress, arousal and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic medicine*, 65, 259-267.
- Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S., Konno, M., Mishima, K., Nishikawa, T., & Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry Research*, 168, 57–66.
- Ohara, T. (2002). Coping measurement and the state effect of depression and anxiety in psychiatric outpatients. *Psychopathology*, 35 (1), 48-51.
- Sullivan, B. & Payne, T. (2007). Affective disorders and cognitive failures. *Am J psychiatry*, 164 (11), 1663-1667.
- Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H., & Kuboki, T. (2005). Possible interactive effects of demographic factors and stress coping mechanisms on depression and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 217-223.
- Videbech, P., Ravnkilde, B., Gammelgaard, L., Egander, A., Clemmensen, K., & Rasmussen, N. A., Gjedde A. (2004). The Danish PET/depression project: Performance on Stroop's Test linked to white matter lesions in the brain. *Psychiatry Research*, 130, (2), 117-130.
- Werheid, Katja., Clare, Linda. (2007). *Are Faces Special In Alzheimer's Disease? Cognitive Conceptualisation, Neural Correlates, And Diagnosticrelevance Of Impaired Memory For Faces And Names*. Special Issue: Original Article, 43, 898-906.
- Wallace, J. C. (2004). Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. *Personality and Individual Differences*, 37, 307–324.
- Wallace, J. C., Kass, S.J., & Stanny, C.J. (2002). The Cognitive Failures Questionnaire Revisited: Dimensions and Correlates, *The*

- Journal of General Psychology*, 129(3), 238-256.
- Wallace, J.C., Vodanovich, S. (2010). Workplace safety performance: Conscientiousness, cognitive failure and their interaction. *J Occup Health Psychol*, 8(4), 27-316.
- Wilkerson, A., Boals, A., & Taylor, D. (2012). Sharpening our understanding of the consequences of insomnia: The relationship between insomnia and everyday cognitive failures, 36(2), 134-139.

A Comparative Study on Cognitive Failures and Coping Strategies in People with Major Depression Disorder (MDD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), and Comorbidity

Seyedeh Monavar Yazdi*, Zahra Darvizeh** & Zahra Sheikhi***

Abstract

The purpose of this study was to compare cognitive failures and coping strategies with stress in patients with Major Depression Disorder (MDD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), and Comorbidity. By Applying post-hoc comparative research method and A sample of 143 participants (50 patients MDD, 43 patients GAD, and 50 patients COM) selected. In order to collect research data these instruments were used: Depression, Anxiety, Stress Scale, Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and the Coping Inventory for Stressful Situation (CISS). The data were analyzed by using statistical methods (Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test). The results showed that cognitive failure and its subscales (memory, distractibility and blunder) were more prevalent among COM than MDD and GAD groups. There were no significant differences between total cognitive failure and its subscales among MDD and GAD groups. Also, regarding The Names subscale no difference among three groups was found. The COM group obtained higher scores in other subscales compare to the MDD and GAD and utilizing more emotional oriented coping strategies. There was no difference between major depression and generalized anxiety groups regarding utilization of emotional oriented coping strategies and no difference among three groups in using task-oriented coping strategy. Regarding the

* Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

**Associate Professor, Alzahra University, Tehran, Iran.

*** MSc in Clinical Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Reseived:2014/7/8

Accepted:2015/6/21

differences in subscales and emotional oriented coping strategy among groups, developing a suitable program for clinical intervention may be suggested.

Keywords: *Cognitive Failures; Coping Strategies; Major Depression Disorder; Generalized Anxiety Disorder; Comorbid*