

پردازش انتخابی اطلاعات یا سوگیری حافظه در دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

حسن توزنده‌جانی^۱

محمود کریمی^۲

چکیده:

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های مربوط به اختلال‌های هیجانی و پدیدارشناسی پیشرفت‌های قابل توجهی داشته است. یکی از این حوزه‌های پژوهشی شناخت فرایند پردازش اطلاعات در اختلال‌های روانی است.

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی و علی-مقایسه‌ای است که با هدف بررسی پردازش انتخابی اطلاعات و نقش توجه آگاهانه در این فرایند در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی انجام شده است. بدین منظور دو گروه بیست نفری مبتلا به هراس اجتماعی و افراد بهنجار به صورت تصادفی جایگزینی و خوشه‌ای انتخاب و مورد مقایسه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون استروپ، آزمون بازشناسی و سه پرسشنامه اختلال هراس اجتماعی، افسردگی بک و اضطراب حالت - صفت اشیپیلبرگر مورد آزمون قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل واریانس یک عاملی و دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی شفه مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج نشان داد که مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی نسبت به گروه کنترل زمان بیشتری صرف پردازش نشانه‌ها می‌کنند، پردازش بیشتر نشانه‌های هراس نیز از نتایج حاصل از این پژوهش است. بین نمرات بازشناسی دو گروه نیز اختلاف معنی‌داری به دست آمد، که آگاهانه بودن فرایند پردازش را مورد تایید قرار می‌دهد. در بررسی تاثیر سطوح مختلف اضطراب تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. اما بیماران

^۱ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.

^۲ کارشناس ارشد مدیریت آموزش.

پردازش انتحابی اطلاعات یا سوگیری حافظه در ...

مبتلا به اختلال هراس اجتماعی که سطح افسردگی بالاتری داشتند زمان بیشتری صرف پردازش نشانه‌ها می‌کردند. همچنین، مشخص گردید که متغیرهای سن و تحصیلات در فرآیند سوگیری توجه هیچ تاثیری ندارند.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که محتوای نشانه‌ها در زمان تعیین رنگ موثر بوده‌اند. بنابراین، اثر تداخلی را نمی‌توان به عواملی چون طول لغات یا مشکل بودن آن‌ها و عوامل دیگر نسبت داد. همچنین، عواملی به غیر از اضطراب در کندی عملکرد بیماران موثر بوده‌اند. وجود طرحواره‌های متناسب با نشانه‌های تهدید کننده در حافظه و اجتناب شناختی (توجه به محرک‌های مرتبط با نگرانی‌های هیجانی) سبب سوگیری و پردازش آگاهانه شده‌اند.

کلید واژه‌ها:

سوگیری حافظه، پردازش انتخابی اطلاعات، توجه آگاهانه، هراس اجتماعی

مقدمه:

اکثر روان‌شناسان خبرپردازی بر این باورند که انسان‌ها به طرق مختلف اطلاعات را پردازش می‌کنند. برای مثال، اطلاعات ابتدا در سطح حسی، بعد در سطح ادراکی و سرانجام بر حسب خاطرات تجربه‌های قبلی پردازش می‌شوند. در هر یک از این سطوح، اطلاعات به رمز در می‌آیند و بعد در ضمن پردازش، برخی از اطلاعات حذف یا تحریف می‌شوند.

لچمن^۱ و باترفیلد^۲ معتقدند که رویکرد پردازش اطلاعات شیوه اساساً جدید تفکر در باره انسان را برای روان‌شناسان تدارک دیده است. در رویکرد شناختی (طی ده سال اخیر) و در ارتباط با پدیدار شناختی اختلال‌های هیجانی (به طور مشخص اضطراب و افسردگی) پیشرفت‌های قابل توجهی صورت گرفته است (به نقل از بک^۳ و ویشار^۱، 1989).

¹ - Lechman

² - Baterfield

³ - Beck

در نظریه برودنیت (1954) دو مفهوم ضمنی وجود داشت. مفهوم ضمنی اول این بود که، انسان‌ها به صورت منفعل منتظر نمی‌ماند تا محرک‌ها بر آن‌ها تاثیر بگذارند، بلکه به صورت فعال محرک‌ها را جستجو می‌کنند. مفهوم ضمنی دوم این بود که، به نظر می‌رسد پردازش اطلاعات^۲ انسان‌ها مشابه مکانیسم‌های کنترل ماشین باشد (سالکوسکیس و جیکس، 2002).

بر اساس دیدگاه شناختی اختلال‌های اضطرابی^۳ نتیجه افکار و باورهای نادرست و غیرمنطقی و غیرواقعی (به ویژه باورهای غیر منطقی اغراق‌آمیز نسبت به مخاطرات محیطی) هستند. در دیدگاه روان‌شناسی، کوشش می‌شود از طریق راه‌هایی که فرد به اطلاعات موجود توجه می‌کند و آن‌ها را مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌دهد و به کار می‌بندد، علت اختلال‌های اضطرابی از جمله فوبیا (هراس^۴) جستجو گردد (آزاد، 1381).

اصولاً، فعالیت‌های روانی انسان بر اساس سه مؤلفه رفتار ظاهری، فعالیت احساسی و هیجانی از عملکرد شناختی قابل بررسی می‌باشد. در این راستا، رویکرد روانکاوی به فعالیت‌های انگیزشی و هیجانی؛ رویکرد زیستی-عصبی به همبسته‌های عصبی-فیزیولوژیایی مؤلفه‌های روانی؛ رویکرد رفتاری به پاسخ‌های اکتسابی در مقابل محرک‌های محیطی و دیدگاه شناختی به نقل فعال فعالیت‌های شناختی و پردازش اطلاعات در فعالیت‌های رفتار ظاهری، عاطفی، هیجانی و زیستی توجه دارند (پاول و انرایت، به نقل از توزنده جانی و کمال‌پور، 1376).

بررسی چگونگی توجه و تفسیر محرک‌های بیرونی و درونی، چگونگی پردازش آگاهانه یا نیمه آگاهانه محرک‌های تهدیدی و سوگیری توجه یا

1- Weishaar

2 - information processing

3 - anxiety disorder

4 - Phobia

پردازش انتحابی اطلاعات یا سوگیری حافظه در ...

پردازش انتحابی اطلاعات مربوط به این تهديد‌ها مساله و موضوع این پژوهش به حساب می‌آید (شوستک^۱ و پترسون^۲، 1990).

اعتقاد بر این است که افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تمایل به پردازش انتحابی اطلاعات مرتبط با تهديد دارند. آزمودنی‌های مبتلا به هراس اجتماعی در موضوعات مبهم با دو معنی ضمنی، بیشتر به انتخاب مفهوم تهديدی تمایل دارند (باتلر و متیوس، 1993).

الگوی شناختی بر این فرض تأکید دارند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی موقعیت‌های اجتماعی را تهديد کننده‌تر از مبتلایان هراس غیراجتماعی تعبیر می‌کنند. کلارک و استوپا^۳ (1993) سه گروه از افراد مبتلا به هراس اجتماعی، بیماران مبتلا به دیگر اختلال‌های اضطرابی و آزمودنی‌های غیربیمار را با یکدیگر مقایسه کردند. نتایج نشان داد که مبتلایان به هراس اجتماعی به طور معنی‌داری بیشتر از دو گروه دیگر احتمال داشت که تعبیرهای منفی را برگزینند. مبتلایان به هراس اجتماعی بیشتر از دیگر بیماران اضطرابی یا آزمودنی‌های غیربیمار تمایل داشتند تعبیرهای فاجعه‌بار در باره رخداد‌های اجتماعی داشته باشند (به نقل از کایتزمن و همکاران، 1990).

1- Shostack

2- Peterson

3 - clark & stopa

موگ^۱، متیوس و واینمن^۲ (1989) گزارش دادند که مبتلایان به هراس اجتماعی در افکار خود ارزشیابی‌های منفی‌تری (در مقایسه با دو گروه دیگر) گزارش می‌کنند. فرض الگوی شناختی تحریف شده است (بک، 1976؛ به نقل از بیدل، 2000).

مطالعات آرننتز^۳ و همکاران (1995)؛ مانسل^۴ و کلارک (1993) حاکی از آن است که بخشی از برآوردهای مبتلایان به هراس اجتماعی درباره میزان خطرناک بودن موقعیت‌های اجتماعی بر ادراک پاسخ هیجانی خودشان مبتنی است (به نقل از هایمبرگ و بارلو، 2001).

بیماران مضطرب معمولاً افکار و تصوراتی در ارتباط با موضوع‌های خطر شخصی گزارش می‌کنند. در موقعیت‌های مختلف طوری واکنش نشان می‌دهند که گویی خطری متوجه آن‌ها است یا تهدیدشان می‌کند، در حالی که در واقع خطر اندک است، یا وجود ندارد (بک و همکاران، 1988؛ هیبرت و همکاران، 1990).

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی و علی-مقایسه‌ای است که با هدف بررسی پردازش انتخابی اطلاعات و نقش توجه آگاهانه در این فرایند در دانش‌آموزان مبتلا به هراس اجتماعی و افراد بهنجار انجام شده است. بدین منظور از بین کلیه مدارس دخترانه مقطع متوسطه شهر نیشابور پنج مدرسه انتخاب گردید. سپس پرسشنامه هراس اجتماعی در دو کلاس از هر مدرسه تکمیل گردید. نمونه این پژوهش شامل بیست نفر از دانش‌آموزانی بود که بالاترین نمره را در این پرسشنامه کسب کرده بودند. هم‌چنین، بیست دانش‌آموز بهنجاری که به صورت تصادفی خوشه‌ای از همین مدارس انتخاب شده بودند جزو نمونه پژوهش بودند. زمان صرف شده برای تعیین رنگ نشانه‌ها به عنوان شاخص پردازش اطلاعات و نشانه‌های یادآوری شده در

۱- Mogg
 ۲- Weinman
 ۳- Arntz
 ۴- mansel

آزمون بازشناسی به عنوان شاخص آگاهانه بودن فرایند پردازش در نظر گرفته شد.

ابزارهای این پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی، آزمون استروپ، آزمون بازشناسی، کرومتر، آزمون هراس اجتماعی، پرسشنامه افسردگی بک و آزمون اضطراب حالت- صفت اشپیلبرگر بوده است.

مصاحبه تشخیصی. این مصاحبه بر مبنای ملاک‌های مصاحبه در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) انجام می‌گرفت و توسط روان پزشک و روان‌شناس بالینی اجرا می‌گردید.

آزمون استروپ. این آزمون در سال 1935 توسط استروپ مورد استفاده قرار گرفت. نشانه‌های مورد استفاده در آزمون عبارت بودند از نشانه‌های تهدید بدنی، نشانه‌های تهدید اجتماعی، نشانه‌های تهدید اختصاصی مربوط به هراس اجتماعی و نشانه‌هایی که از نظر هیجانی مثبت بودند. هر یک از آن‌ها به طور تصادفی با یکی از رنگ‌های قرمز، آبی، سبز و مشکی به صورت نوشتاری به آزمودنی‌ها ارایه می‌شد و آن‌ها باید بدون توجه به محتوای معنایی نشانه و هر چه سریع‌تر رنگ هر نشانه را با نوشتن حرف اول آن در مقابل نشانه ثبت می‌کردند. اعتبار آزمون توسط جمعه پور حدود 0/93 گزارش شده است. ضریب آلفا کرونباخ برای آزمون استروپ 0/92 می‌باشد. پایایی آزمون نیز مناسب گزارش شده است.

آزمون بازشناسی. برای تهیه آزمون بازشناسی مجدداً برای هر یک از گروه‌ها شانزده نشانه دیگر، یعنی شانزده نشانه تهدید بدنی، شانزده نشانه تهدید اجتماعی، شانزده نشانه تهدید مربوط به هراس اجتماعی و شانزده نشانه مثبت انتخاب شد. این نشانه‌ها هیچ کدام در آزمون استروپ (آزمون اصلی) به کار نرفته بودند، اما از نظر محتوا شبیه به نشانه‌هایی بودند که در آزمون اصلی مورد استفاده قرار گرفته بودند. مجموع چهار گروه نشانه اخیر با مجموع چهار گروه نشانه به کار رفته در آزمون اصلی جمع شده (128 نشانه) و به طور تصادفی در یک صفحه کاغذ جداگانه پخش شدند. اعتبار

آزمون توسط جمعه‌پور بر روی جمعیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و PTSD حدود 0/89 گزارش شده است. پایایی بازآزمایی آزمون 0/78 و در حد مناسب گزارش شده است.

کرونومتر. شامل یک عدد کرونومتر با دقت دو دهم ثانیه برای ثبت زمان صرف شده بود.

پرسشنامه افسردگی بک. به جرات می‌توان گفت که پرسشنامه افسردگی بک متداولترین ابزارهای خودسنجی افسردگی است. این مقیاس در سال 1961 توسط آرون بک¹ تدوین شد و در سال 1987 با همکاری رابرت استیر مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای بیست و یک ماده است و جنبه‌های مختلف افسردگی را بررسی می‌کند. پژوهش‌های مختلف اعتبار و پایایی خوبی برای این آزمون گزارش داده‌اند (برای مثال، بک و همکاران، 1975). ضریب همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون تقریباً 0/66 گزارش شده است (فتی، 1370). بک (1972) پایایی کلی سؤال‌ها را در حدود 0/31 تا 0/68 گزارش کرده است و پایایی کلی سؤال‌ها با روش همبستگی اسپیرمن براون² در حدود 0/93 گزارش شده است.

پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اشپیلبرگر. این پرسشنامه توسط اشپیلبرگر (1970) تدوین شد و یک پرسشنامه خود سنجی برای ارزیابی اضطراب حالت و صفت به طور جداگانه می‌باشد. پایایی مقیاس اضطراب حالت 0/91 و پایایی مقیاس اضطراب صفت 0/90 به دست آمده است. برای مجموع آزمون، پایایی مقیاس 0/94 به دست آمده است (مهرام، 1372).

پرسشنامه هراس اجتماعی (SPAI). این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی است و در برگیرنده سوال‌هایی است که جنبه‌های شناختی، جسمی و رفتارهای مربوط به اختلال هراس اجتماعی را ارزیابی می‌کند. ترنر و بیدل

¹ - Beak

² - Spearman – Brawn

پردازش انتفابی اطلاعات یا سوگیری مافظه در ...
(2007) اعتبار و پایایی این آزمون را در حد مناسبی (به ترتیب 0/89 و 0/92)
گزارش کرده‌اند.

روش:

ابتدا برگ اول آزمون اصلی که شامل دستورالعمل آزمایش، دو سطر مثال و پنج سطر تمرین بود، در مقابل آزمودنی‌ها قرار می‌گرفت و از آن‌ها خواسته می‌شد که دستورالعمل را به دقت بخوانند. در دستورالعمل آزمون آمده بود که «در این صفحه و صفحات بعد تعدادی کلمه رنگی نوشته شده است و شما باید حرف اول رنگ هر کلمه را در قسمت راست آن بنویسید.» از آزمودنی خواسته شده بود که به مثال داده شده توجه کند و تمرین مربوطه را نیز انجام دهد تا کاملاً با نحوه اجرای آزمایش آشنا شود. همچنین، تذکر داده شده بود که وقت او محدود است و باید این تکلیف را هر چه سریع‌تر و بدون اشتباه انجام دهد. بعد از طی این مرحله، خرده آزمون‌ها یکی پس از دیگری در مقابل آزمودنی قرار می‌گرفت و آزمونگر زمان صرف شده را برای پاسخ دادن به هر یک از خرده آزمون‌ها به طور جداگانه توسط کرونومتر ثبت می‌کرد. لازم به ذکر است که آزمون به صورت انفرادی اجرا می‌شد و ترتیب آرایه خرده آزمون‌ها نیز به صورت تصادفی بود. بعد از انجام آزمون اصلی، بلافاصله آزمون بازشناسی در مقابل آزمودنی قرار می‌گرفت و از وی خواسته می‌شد که کلماتی را که در برگ‌های قبلی و با رنگ‌های مختلف نوشته شده بودند از میان فهرست داده شده انتخاب کند و دور آن‌ها را دایره بکشد. در این پژوهش برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها از روش‌های آمار توصیفی استفاده شد. اما به منظور تحلیل نتایج از روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس یک عاملی و دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر و همچنین از آزمون تعقیبی شفه استفاده گردید.

یافته‌ها:

جدول شماره 1. فاصله نتایج تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های

مکرر روی نمرات زمانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات (ss)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (Ms)	F
b.s بین افراد	512/120	80		
A	42/652	5	7/352	0/854
S/A	420/224	75	6/302	
w.s درون افراد	144/754	20		
B	4/452	1	3/380	0/382
S/B	146/292	19	7/388	
AB	82/710	5	18/328	5/750
B/A	398/178	75	7/502	
کل (T)	482/894	100		

همان طور که داده های جدول 1، نشان می دهد از نظر عامل فهرست ها (A) و گروه ها (B) تفاوت معناداری وجود ندارد، چرا که F محاسبه شده از F جدول (F=4/42) کوچکتر است. اما از نظر تعامل A و B تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون شفه جهت مقایسه میانگین ها استفاده شد. در این مقایسه t محاسبه شده (6/75) از مقدار t جدول (4/54) بزرگتر است. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد یکسان نبودن گروه ها از نظر میزان توجه پذیرفته می شود. بنابراین، فرض تحقیق مبنی بر این که گروه مبتلا به هراس اجتماعی دارای سوگیری توجه یا پردازش انتخابی اطلاعات است تایید می گردد.

به منظور بررسی فرضیه دوم و سوم پژوهش مبنی بر این که «پردازش معنایی نشانه هایی که مورد توجه قرار می گیرند سبب یادآوری بیشتر آن ها در آزمون بازشناسی می شود» و «یادآوری نشانه هایی که زمان بیشتری صرف پردازش آن ها می شود به صورت آگاهانه انجام می شود» از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های مکرر استفاده شد.

جدول شماره 2: فلاصه نتایج تملیل واریانس دو عاملی با

اندازه‌گیری‌های مکرر روی نمرات بازشناسی

F	میانگین مجذورات ms	درجه آزادی (d.f)	مجموع مجذورات (ss)	منبع تغییرات
		80	509/25	b.s بین افراد
14/91	52/732	5	195/45	A
	3/408	75	298/90	S/A
		20	1210/720	w.s درون افراد
14/64	480/52	1	518/35	B
	42/125	19	692/55	S/B
8/95	51/623	5	203/45	AB
	5/617	75	381/50	B/A
		100	1624/8	کل (T)

همچنان که داده‌های جدول 2 نشان می‌دهد از نظر عامل فهرست‌ها (A) و از نظر عامل گروه‌ها (B) تفاوت معناداری وجود دارد. چرا که F محاسبه شده از F جدول با درجات آزادی فوق‌الذکر بیشتر است. همچنین، از نظر تعامل A و B نیز تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج حاصل از آزمون شفه جهت مقایسه میانگین‌ها استفاده شد. در این مقایسه t محاسبه شده (7/32) از مقدار t جدول (4/54) بزرگتر است. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده نتیجه می‌گیریم که ادعای محقق در مورد یکسان نبودن گروه‌ها از نظر میزان توجه پذیرفته می‌شود. بنابراین، پردازش معنایی نشانه‌ها در آزمون استروپ سبب یادآوری بیشتر آن‌ها در آزمون بازشناسی در این بیماران شده است. از سوی دیگر، در گروه بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی زمان بیشتری صرف پردازش نشانه‌ها شده است. از این رو، نتیجه می‌گیریم که این پردازش به صورت آگاهانه انجام شده است.

جدول شماره 3 : نتایج تملیل واریانس یک طرفه مربوط به عامل افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات (ss)	درجه آزادی (d.f)	میانگین مجزورات ms	F
بین گروهها	309/182	4	89/532	9/382
درون گروهها	216/636	16	13/43	
کل	526/20	20		

با توجه به این که F محاسبه شده (9/382) از 0/05 F با درجات آزادی 16 و $df=4$ (یعنی 3/01) بزرگتر می باشد، بنابراین تفاوت معناداری بین میانگین های مورد مقایسه وجود دارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد یکسان نبودن گروهها (با توجه به سطح افسردگی آنها) از نظر میزان توجه تأیید می شود. به عبارت دیگر، سوگیری توجه در آزمودنی های مبتلا به هراس اجتماعی با توجه به سطح افسردگی آنها متفاوت است. سطوح بالای افسردگی با سوگیری توجه یا پردازش انتخابی اطلاعات همراه است اما سطوح پایین این گونه نمی باشد.

جدول شماره 4 : فاصله نتایج تحلیل واریانس یک طرفه

مربوط به عامل اضطراب حالت

منبع تغییرات	مجموع مجزورات (ss)	درجه آزادی (d.f)	میانگین مجزورات (ms)	F
بین گروهها	153/642	5	31/371	0/953
درون گروهها	372/123	15	30/998	
کل	526/20	20		

جدول شماره 5 : فاصله نتایج تحلیل واریانس

یک طرفه مربوط به عامل اضطراب صفت

منبع تغییرات	مجموع مجزورات (ss)	درجه آزادی (d.f)	میانگین مجزورات ms	F
بین گروهها	62/304	4	18/357	1/02
درون گروهها	24/122	16	24/122	
کل	526/20	20		

پردازش انتفابی اطلاعات یا سوگیری حافظه در ...

با توجه به این که F های محاسبه شده از $F_{0/05}$ با درجات آزادی $df=5$ و 15 (یعنی $2/90$) کوچکتر می باشد، بنابراین تفاوت معناداری بین میانگین های مورد مقایسه وجود ندارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد یکسان نبودن گروه ها (با توجه به سطح اضطراب حالت و اضطراب صفت آنها) از نظر میزان توجه رد می شود. به عبارت دیگر، سوگیری توجه در آزمودنی های مبتلا به هراس اجتماعی با توجه به سطح اضطراب آنها (اضطراب حالت و اضطراب صفت) متفاوت نمی باشد.

جدول 6 : فاصله نتایج تحلیل واریانس یک طرفه مربوط به عامل تمصیلات آزمودنی ها

منبع تغییرات	مجموع مجزورات (ss)	درجه آزادی d.f	میانگین مجزورات (ms)	F
بین گروهها	73/122	4	24/733	1/152
درون گروهها	453/161	16	23/984	
کل	526/20	20		

جدول شماره 7 : فاصله نتایج تحلیل واریانس یک طرفه مربوط به عامل سن آزمودنی ها

منبع تغییرات	مجموع مجزورات (ss)	درجه آزادی (d.f)	میانگین مجزورات (ms)	F
بین گروهها	54/326	3	30/172	1/75
درون گروهها	482/156	17	22/103	
کل	526/20	20		

با توجه به این که F های محاسبه شده از $F_{0/05}$ با درجات آزادی 16 و $df=4$ (یعنی $3/01$) کوچکتر می باشد، بنابراین تفاوت معناداری بین میانگین های مورد مقایسه وجود ندارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد یکسان نبودن گروهها از نظر میزان سوگیری توجه (با توجه به سطح تحصیلات و سن آنها) رد می شود. به عبارت دیگر، سوگیری توجه در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی با توجه به سطح تحصیلات و سن آنها متفاوت نمی باشد.

بحث و نتیجه گیری:

اولین یافته پژوهش این بود که افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی زمان بیشتری صرف پردازش نشانه‌ها کرده‌اند یا سوگیری توجه و پردازش انتخابی اطلاعات دارند. نتایج آماری حاکی از این است که در پردازش نشانه‌های هراس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های خنثی تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد و سوگیری نشانه‌های هراس بیشتر از سایر نشانه‌های مذکور بوده است.

با توجه به ساز و کار الگوی استروپ می‌توان گفت که این یافته اثر تداخل استروپ (تداخل محتوای نشانه در تکلیف رنگ) را نشان داده‌اند. همچنین، این نتیجه با سایر مطالعات انجام شده در این حیطه که سوگیری توجه در اختلال‌های اضطرابی را مورد تایید قرار داده‌اند (برای مثال، میتوس، 1984؛ جمعه پور، 1372؛ نظیری و بیرشک، 1381؛ به نقل از جلالی، 1386) همسو می‌باشد.

به راستی دخالت نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی در عملکرد تعیین رنگ این نشانه‌ها (اثر تداخلی) را به چه چیز می‌توان نسبت داد؟

اگر فرض کنیم که عواملی چون طول لغات از نظر نوشتاری و یا مشکل بودن آن‌ها در ایجاد این پدیده (اثر تداخلی) نقش داشته‌اند، بنابراین باید انتظار داشته باشیم که در هر دو گروه (یعنی گروه افراد بهنجار و گروه مبتلا به اختلال هراس اجتماعی) الگوی مشابهی از کندی عملکرد که حاکی از دخالت لغات تهدید بدنی و اجتماعی در زمان تعیین رنگ آن‌ها است دیده شود، به خصوص که این دو گروه از نظر برخی متغیرهای مهم نظیر جنس، میزان تحصیلات و سن هم‌تا شده بودند. داده‌ها نشان داد که فقط گروه مبتلا به اختلال هراس اجتماعی چنین الگویی از اثرات تداخلی را نشان دادند. بنابراین، این اثر تداخلی را نمی‌توان به عواملی چون طول لغات یا مشکل بودن آن‌ها و یا احتمالاً عوامل مشابه دیگر نسبت داد.

چنانچه دخالت لغات تهدید بدنی و اجتماعی در عملکرد تعیین رنگ را تنها به سطح اضطراب افراد نسبت دهیم، در این صورت باید انتظار داشته باشیم که این بیماران در رابطه با سایر نشانه‌های ارایه شده در آزمون (نشانه‌های مثبت و نشانه‌های دیگر) نیز کندی عملکرد نشان دهند. در حالی که در میان یافته‌های پژوهش شاهد چنین پدیده‌ای نبودیم. بنابراین، می‌توان گفت که چنانچه سطح اضطراب افراد در کندی عملکرد آن‌ها در برابر نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی نقش داشته است. این امر توأم با برخی عوامل دیگر بوده است (دیویدسون، 2000).

همچنین، می‌توان گفت که وجود ساختارهای (طرحواره‌ها) حافظه به اقتضای تناسب‌شان با نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی موجب سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به سمت این نشانه‌ها شده و سپس پردازش بیشتری روی این نشانه‌ها صورت گرفته است. از آن جا که این روند مستلزم صرف زمان و نیرو است، موجب کندی عملکرد افراد (تعیین رنگ نشانه‌ها) گردیده است. این تبیین با فرمول بندی‌های شناختی سال‌های اخیر در مورد اختلال‌های اضطرابی مبنی بر این که بیماران مبتلا به اضطراب در حافظه دراز مدت خود دارای ساختارهایی (طرحواره‌ها) هستند که در ارتباط با تهدید و خطر است (بک و امری، 1985؛ متیوس و همکاران، 1990).

اختلال هراس اجتماعی نیز مربوط به سوگیری در پردازش اطلاعات در مورد تهدیدهای شخصی است (بلک برن و دیویدسون، 2000). این یافته که بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی سوگیری توجه ارتباط آن‌ها با تجارب واقعی و حوادث زندگی گذشته است (متیوس و مک کلود، 1985).

در ارتباط با آگاهانه بودن یا ناآگاهانه بودن پردازش انتخابی اطلاعات نظریه‌های مختلفی بین پژوهشگران وجود دارد. گروهی آگاهانه بودن و گروهی خلاف این عقیده را مطرح کرده‌اند. از آن جا که در نمرات آزمون باز

¹ - Davidson

پردازش انتفابی اطلاعات یا سوگیری مافظه در ...

شناسی این پژوهش تفاوت معناداری به دست آمد، بنابراین می‌توان گفت که سطح توجه آگاهانه در این امر دخیل بوده است.

هولون و کریس (1984) به مشکل روش‌شناختی در کشف ماهیت خودکار یا آگاهانه بودن سوگیری‌ها اشاره کرده‌اند. آن‌ها اظهار می‌کنند که به طور نمونه در شنود دو گوشه است که آزمودنی‌ها به طور موقت از محتوای معنایی نشانه آگاه می‌شوند، اما در جریان آزمایش آن را به سرعت از یاد می‌برند، یعنی پردازش آگاهانه صورت می‌گیرد اما خیلی سریع از یاد می‌رود. همچنین، این نتیجه هماهنگ با مطالعه بروین (1994)، هاتون و همکاران (1990) است که پردازش محرک‌های تهدید کننده را در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلال وحشتزدگی در مراحل راهبردی پردازش اطلاعات نشان داده‌اند (به نقل از جمعه‌پور، 1372). اما اطلاعاتی که بارلو (1998) و بیدل (2000) با استفاده از الگوی شنود دو گوشه به بررسی سوگیری توجه در بیماران به هراس اجتماعی داده‌اند، هماهنگ با پژوهش حاضر می‌باشد.

همچنین، مطالعاتی که متیوس (1990) برای بررسی سوگیری توجه ناشی از مکانیسم‌های خودکار در پردازش اطلاعات تهدید کننده انجام داد، به نتایجی مشابه با تحقیق حاضر به دست داد. وی نتیجه گرفت که آزمودنی‌هایی که قادر نیستند که کلمه‌های تهدید را از طریق یک آزمون بازشناسی یادآوری کنند، قادر به پردازش معانی ناآگاهانه (خودکار) نشانه‌های تهدید نیز نیستند. پژوهشی دیگر که به یافته‌های مشابه با پژوهش حاضر دست یافته، پژوهشی است که نظیری و بیرشک (1381) در مورد بیماران مبتلا به وسواس و افراد بهنجار انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس زمان بیشتری صرف خواندن رنگ نشانه‌های مرتبط با گناه می‌کنند، هر چند که گروه افسرده نیز در مقایسه با گروه بهنجار چنین تأخیری نشان دادند (به نقل از جلالی، 1386).

در این رابطه، ساده‌ترین تبیین این است که بپذیریم پردازش نشانه‌های تهدید به طور خودکار یا نیمه توجه یافته (پیش توجهی) صورت گرفته است. در این صورت، این نظر هماهنگ با آن‌دسته از نتایج قبلی است که نشان داده‌اند پردازش نشانه‌های تهدید در اختلال‌های اضطرابی به طور خودکار یا نیمه توجه یافته صورت می‌گیرد (به عنوان مثال، متیوس و مک لود، 1985). اما با توجه به روش آزمایش به کار رفته در این پژوهش، یعنی استفاده از الگوی آزمایشی استروپ که نشانه‌های محرک‌ها به صورت گروهی (خرده آزمون) در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفتند و این در حالی است که پردازش فرایندهای خودکار بسیار سریع به وقوع می‌پیوندد. قضاوت در مورد خودکار بودن پردازش نشانه‌ها بسیار مشکل است و بررسی بیشتر این پدیده مستلزم استفاده از روش شناسی دقیق‌تری است. به عنوان مثال، استفاده از تاجیستسکوپ که قادر باشد نشانه‌ها را به صورت انفرادی در اختیار آزمودنی قرار دهد.

یک تبیین دیگر در رابطه با یافته اخیر موضوعی است که هولندر (1986) به آن اشاره می‌کند، مبنی بر این که ممکن است آزمودنی‌ها به طور موقت از محتوای معنایی نشانه‌ها آگاه شوند، اما در جریان آزمایش به سرعت آن را از یاد ببرند (به نقل از متیوس، 1990).

و بالاخره، آخرین تبیین این است که ممکن است پدیده «اجتناب شناختی» مانع از به خاطر ماندن نشانه‌هایی شده است که بیشتر در مورد پردازش قرار گرفته‌اند. فوآ و کوزاک (1986) پدیده اجتناب شناختی را چنین مطرح می‌کنند که افراد مضطرب توجه خود را به سوی آن دسته از محرک‌های طبیعی که مربوط به نگرانی‌های هیجانی‌شان است جهت می‌دهند. با این حال، این الزاماً به معنی دریافت بیشتر در مورد این محرک‌ها نیست.

یافته دیگر پژوهش این بود که بین سطح سوم افسردگی با سطح اول و دوم اختلاف معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، افراد طبقه‌بندی شده در سطوح سوم (افسردگی شدید تا متوسط) نسبت به افراد طبقه‌بندی شده در

سطح اول و دوم (افسردهگی خفیف) زمان بیشتری را صرف پردازش نشانه‌ها می‌کنند.

یک معتقد است که این بیماران دارای انواع طرحواره‌های شناختی منفی هستند. این طرحواره‌های منفی افسرده‌ساز تا هنگامی که شخص با محرک‌های تنش‌زای مربوط به طرحواره مواجه نشده است، پنهان باقی می‌مانند و با رخداد محرک تنش‌زا فعال می‌شوند. همان طور که قبلاً مطرح شد، به نظر می‌رسد که افراد افسرده با دشواری در مواجهه‌ها و پردازش اطلاعات حاصل از تجربه مشارکت می‌کنند (به نقل از توزنده‌جانی و کمال پور، 1374).

فرض الگوی شناختی بر این است که ارزیابی‌های منفی مبتلایان به هراس اجتماعی از عملکردشان حداقل تا حدودی تحریف شده است. در مقایسه با ارزیابی، ارزیابی‌های مستقل، مبتلایان به هراس اجتماعی، عملکردشان را پایین‌تر برآورد می‌کنند، در حالی که بیماران مبتلا به سایر اختلال‌های اضطرابی و آزمودنی‌های غیر بیمار عملکردشان را نسبتاً دقیق ارزیابی می‌نمایند.

استوپا¹ و کلارک (1993) دریافتند که مبتلایان به هراس اجتماعی افکار منفی‌تری (مثلاً من خسته‌کننده‌ام) (در مقایسه با گروه گواه) را در خلال آزمایش گزارش می‌کنند (به نقل از کایتزمن و همکاران، 1990).

یافته دیگر پژوهش این بود که سوگیری توجه در مبتلایان به هراس اجتماعی با توجه به سطح اضطراب آن‌ها متفاوت است. تراندل² و مک نالی (1997) در مروری بر مطالعات انجام شده نتیجه گرفتند که اغلب مطالعات سوگیری توجه را در افراد مبتلا به اضطراب نشان داده‌اند، اما در بیماران افسرده شواهد بسیار کمی برای این سوگیری وجود دارد. در مقابل، شواهد قوی وجود دارد که افراد افسرده سوگیری حافظه حافظه نشان می‌دهند، اما این چنین یافته‌هایی در مورد افراد مبتلا به اضطراب منفی است.

¹ - Stupe

² - Trandel

یافته دیگر این پژوهش عبارت بود از این که «سوگیری توجه در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی با توجه به سن و سطح تحصیلات آن‌ها متفاوت است». در بررسی عامل سن افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی در سه گروه سنی طبقه‌بندی شدند. نتایج نشان داد که بین گروه‌های سنی مختلف از نظر سوگیری توجه تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر، عامل سن در این فرآیند بی‌تأثیر بوده است. در بررسی تأثیر سطح تحصیلات نیز روش مشابهی انجام شد و آزمودنی‌ها در چهار گروه تحصیلی طبقه‌بندی شدند. نتایج مربوط به این متغیر نیز همانند متغیر سن بیانگر عدم تأثیر تحصیلات بر فرآیند پردازش اطلاعات بود.

در این پژوهش سعی شد متغیرهایی که ممکن است در فرآیند سوگیری توجه تأثیر بیشتری داشته باشند مورد بررسی قرار گیرند. از این رو، توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی سایر متغیرهای دموگرافیک و نیز سایر اختلال‌های اضطرابی مورد توجه قرار گیرند.

کتابنامه:

- آزاد، حسین (1381). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات سمت.
- پاول، ترور، ج. و انرایت، سیمون، ج. (1997). کنترل اضطراب و استرس. ترجمه توزنده‌جانی، حسن؛ و کمال پور، نسرین (1376). مشهد: انتشارات مرنديز و دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.
- جلالی، محمد رضا (1376). بررسی اثر روش‌های آموزش سرمشق‌پذیری و تمرین سرمشق‌پذیری و آرمیدگی عضلانی در درمان رفتارهای غیر جرأت‌ورزی و آموزش رفتارهای جرأت‌ورزانه. رساله دکتری. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- توزنده‌جانی، حسن (1374). شناخت درمانی افسردگی و اضطراب. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

-Salkovskis, p. & jakes, I. (2002). Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional

problems. Behavioral research and therapy, vol27(6), pp, 677-684.

-Butler, G. & Mathews, A . (1993). Cognitive processes in anxiety. Adv. Behave. Res .ther, 5, 51-62.

-Heimberg, R. G. , Barlow , D. H. (2001). New developments In Cognitive-Behavioral therapy For Social Phobia. Journal of Clinical Psychiatry 52,21-30.

-Davidson, J. R.T. (2000). Social Anxiety Disorder Under Scouting. Depression and Anxiety, 11, 93-98.

-Beck, A. T. & Emery, G. (1995). Anxiety disorder and phobias a cognitive perspective. Basic books, New York.

-Mathaws, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. Behavior research therapy. Vol. 6,pp.455-468.

-Blackburn, M. & Davidson, K. (2000) . Cognitive therapy for depression and anxiety. London : Black well scientific publications.

-Foa, E. B., Kozak, M. J. Steketee, G. S. &McCarthy, P. R. (1998). Imipramine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive- compulsive symptoms. Immediate and long term effect . British Journal of Clinical Psychology, vol . 31, pp , 249- 292.

-Trandel, D. V. & McNally. R. J. (1997). Perception of threat cues in post-traumatic stress disorder semantic processing without awareness? Behave. Res. The, 6,469-476.

-Hollon, S. D. & Kriss, M. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. Clinical psychology Review. 4,35-76.

-Beck, A. T. & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive therapy. In corsini, R.J & Wedding, D(Eds.) psychotherapies (fourth edition). (pp.258-319). U.S.A: Peacock publishers.

-Shostak, B. B. & Peterson, R. A. (1990). Effects of anxiety sensitivity on emotional responses to a stress task. Behave. Res. The. 6.513-521.

-Kietzman, M. L. Spring, B. & Zubin, J. (chapter 4). In Kaplan. H.L, Freedman, A.M & Sadock, B. j. (1990). Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore. Maryland, Waverly press Inc.

- Beidel, D. C. (2000, March). Social anxiety disorder in children and adolescents symposium at the 20th national conference for the anxiety disorder associating of American Washington D.C.
- Beck, C. K., Rawlins, R. P. , Williams, S. R. (1988). Mental health psychiatric nursing. A holistic life-cycle approach, (second edition). The C.V. Mosby company.
- Heimberg, R. G. Barlow, D. H. (1991). New development in cognitive-behavioral therapy for social phobia. Journal of clinical psychiatry, 52,21-30.
- Mathews, A. M. & Macleod, C. (1985). Selective processing of threat uses in anxiety states. Behavior Research and therapy, 23,563-9.
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorder the nature and treatment of anxiety and panic. New York: The Guildford press.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. Behave. Res. Ther, 6,455-468.