

مقایسه پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

حسن توزندجانی^۱

چکیده

این پژوهش از نوع پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای است که با هدف مقایسه پردازش انتخابی اطلاعات و نقش توجه آگاهانه در این فرایند در اختلال‌های اضطرابی صورت گرفته است. بدین منظور سه گروه ۱۵ نفری از آزمودنی‌ها شامل گروه افراد بهنجار (به صورت تصادفی نظام‌مند از بین همراهان بیماران انتخاب شدند)، گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر (GAD) و گروه بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی روان‌شناسی و مطب‌های خصوصی روانپزشکی در شهر نیشابور به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس در یک موقعیت آزمایشی با آزمون استروپ و آزمون بازشناسی مورد آزمایش قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با دو گروه دیگر، به سمت نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی است

($P < 0.01$) در حالی که سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلال PTSD فقط به سمت نشانه‌های تهدید مربوط به PTSD است و این محرک‌ها را به طور انتخابی پردازش می‌کنند ($P < 0.01$). یکی دیگر از یافته‌های پژوهش این بود که علی‌رغم پردازش بیشتر نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی در گروه مبتلا به GAD و نیز نشانه‌های تهدید مربوط به PTSD در گروه مبتلا به PTSD، از نظر یادآوری این نشانه‌ها بعد از آزمایش بین سه گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

کلید واژه‌ها: پردازش انتخابی اطلاعات، سوگیری توجه، اختلال اضطراب منتشر، اختلال استرس پس از سانحه.

مقدمه

بسیاری از مراجعان به مراکز روان‌شناسی و مشاوره را افرادی تشکیل می‌دهند که از اختلال‌های اضطرابی^۱ رنج می‌برند. براساس مطالعات کدوارد و کوپر^۲ (۱۹۹۹) برآورد شده است که بین دو تا سه درصد جمعیت عمومی مبتلا به حالات اضطرابی هستند. فوآ^۳ و همکاران (۱۹۹۸) گزارش داده‌اند که بیشتر از ۸۰ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در طول زندگی خود اختلال هراس یا فوبی^۴ و ۳۹ درصد بیماران مبتلا به فوبی اختلال وحشتزدگی داشته‌اند (نقل از توزنده‌جانی، ۱۳۷۴؛ ۱۳۷۵).

در سالهای اخیر پژوهش‌های مربوط به اختلال‌های هیجانی و پدیدارشناسی پیشرفت‌های قابل توجهی داشته است. یکی از حوزه‌های پژوهشی شناخت فرایند پردازش اطلاعات در اختلال‌های روانی است. در دیدگاه شناختی اعتقاد بر این است که اختلال‌های فکری که در موقعیت‌های خاصی یا در ارتباط با مشکلات خاصی به وقوع می‌پیوندند، منشأ اضطراب محسوب می‌شوند. اساس این آشفتگی‌ها نگرانی‌هایی است که فرد در رابطه با خطر یا تهدید (به‌ویژه تهدیدهای شخصی) احساس می‌کند. از این رو ممکن است به این‌گونه محرک‌ها و تهدیدها بیشتر توجه نموده و در مورد آنها در حافظه پردازش بیشتری انجام شود (هایمبرگ و بارلو، ۲۰۰۱).

1 – anxiety disorders 2 – Kedward & Cooper

3 – Foa

4 – phobia

5 – Heimberg & Barlow

یکی از شایع‌ترین حالات شناختی اختلال‌های اضطرابی اختلال‌های حافظه و سوگیری توجه و یا پردازش انتخابی اطلاعات^۱ است. هایمبرگ و یاستر^۲ (۲۰۰۳) در الگوی شناختی خود در مورد اضطراب، اساساً بین ارزیابی اولیه و ثانویه فرد به هنگام رویارویی با محرک‌های تهدیدکننده تفاوت قایل می‌شود.

بک و امری^۳ (۱۹۹۵) معتقدند که افکار و تصورات تهدیدکننده در ارتباط با پیش‌بینی یا تصور خطر و آسیب‌پذیری شدید هستند. سه مؤلفه شناختی اضطراب در دیدگاه بک این است که: ۱. بیماران مضطرب در مقایسه با سایر افراد موقعیت‌های مبهم را به عنوان موقعیت‌هایی که شخص آنها را تهدیدکننده می‌داند تفسیر می‌کند (هایمبرگ و بارلو، ۲۰۰۱). ۲. در یک موقعیت خطرآفرین نسبت به خطری که متوجه آنهاست بیش از حد غلو می‌کنند. ۳. آنها معتقدند که آینده غیرقابل پیش‌بینی و پر از دسیسه و خطر است (دیویدسون^۴، ۲۰۰۰).

پژوهشگران شناختی (هیوز^۵، ۲۰۰۴؛ کوهن^۶ و همکاران، ۱۹۹۲) خطاهای پردازش طبیعی اطلاعات را اغلب همانند پردازش اطلاعات در شرایط واقعی در نظر می‌گیرند. اشخاص برای پردازش اطلاعات همانند شرایط معمولی از شیوه‌های میان‌بر یا اکتشافی استفاده می‌کنند. علت این کار احتمالاً این است که نمی‌توانند پردازش اطلاعات را به‌طور سنجیده و وقت‌گیر انجام دهند (بلک‌برن و دیویدسون^۷، ۲۰۰۰).

بررسی چگونگی توجه و تفسیر محرک‌های بیرونی و درونی و چگونگی پردازش آنها و سوگیری توجه یا پردازش اطلاعات مربوط به این تهدیدها مسأله و موضوع این پژوهش‌ها به حساب می‌آید (سالکوسکیس و جیکس^۸، ۲۰۰۲).

سوگیری توجه^۹ یا پردازش انتخابی اطلاعات ریشه در یک گروه صورت‌بندی‌های نظری و آزمایش‌های تجربی دارد. نخست اینکه در حافظه بلندمدت ساختارهایی

1 – selective information processing

2 – Juster

3 – Beck & Emery

4 – Davidson

5 – Hughes

6 – Cohen

7 – Blackburn and Davidson

8 – Salkoveskis & Jakes

9 – attention bias

(طرحواره‌هایی^۱) وجود دارند که در سازمان بخشیدن به جریان ورود اطلاعات جدید نقش فعالی بر عهده دارند. هنگامی که یک طرحواره فعال می‌شود و در انتخاب محرک‌های بعدی مورد هدف تأثیر می‌گذارد، یادآوری موضوعات مربوط را از حافظه تسهیل می‌کند و اهمیت کلی آن محرک را برای فرد تعیین می‌نماید (ترنر و بیدل^۲، ۲۰۰۴).

دوم اینکه فرض بر این است که طرحواره‌ها در داخل یک گروه خرده سیستم‌ها یا شیوه‌هایی سازماندهی شده‌اند که منطبق با همبسته‌های انگیزشی وسیعی هستند. در اختلالات اضطرابی، به نظر می‌رسد که خرده سیستم خطر یا ترس فعالیت بیشتری دارد و حتی هنگامی که تهدیدها برای مدت کوتاهی به طول می‌انجامند، این خرده سیستم از فعالیت باز نمی‌ایستد (ویلموت^۳، ۱۹۹۸).

سوم اینکه اختلال‌های اضطرابی مربوط به سوگیری در پردازش اطلاعات هستند که همراه با تهدید (به‌ویژه تهدیدهای شخصی) می‌باشند. یک سوگیری نیمه‌آگاهانه و نیمه‌توجه‌یافته برای ثبت محرک‌ها مطابق با محتوای این طرحواره‌ها ممکن است موجب شود که این محرک‌ها توجه فرد را به تسخیر خود در آورند و اطلاعات مربوط به این محرک‌ها ممکن است به صورت ترجیحی پردازش و در حافظه رمزگردانی شوند و در این هنگام اطلاعات اطمینان‌بخش دیگر نادیده گرفته شوند. نتیجه نهایی ممکن است ایجاد طرحواره‌ای فعال در حافظه باشد که در موقعیت‌های مبهم نیز به آسانی حضور پیدا کند (دیویدسون، ۲۰۰۰).

براساس دیدگاه شناختی، اختلال‌های اضطرابی نتیجه افکار و باورهای نادرست، غیرمنطقی و غیرواقعی (به‌ویژه باورهای غیرمنطقی اغراق‌آمیز نسبت به مخاطرات محیطی) هستند. در این دیدگاه به نقش فعال فعالیت‌های شناختی و پردازش اطلاعات در فعالیت‌های رفتار ظاهری، عاطفی، هیجانی و زیستی توجه می‌شود (باتلر و متیوس^۴، ۱۹۹۳).

اعتقاد بر این است که افراد مبتلا به اختلال GAD و PTSD تمایل به پردازش انتخابی اطلاعات مرتبط با تهدید دارند. این بیماران در موضوعات مبهم با دو معنی ضمنی، بیشتر به انتخاب مفهوم تهدیدی تمایل دارند (ترنر و بیدل، ۲۰۰۴).

1 – schema

2 – Turner Beidel

3 – Vilmuth

4 – Butler & Mathews

الگوهای شناختی بر این فرض تأکید دارند که بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی موقعیت‌های اجتماعی را تهدیدکننده‌تر از سایر گروهها تعبیر می‌کنند. برای مثال، نتایج تحقیق کلارک و استوپا^۱ (۱۹۹۳) نشان داد که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی به‌طور معناداری بیشتر از دو گروه دیگر تعبیرهای منفی را گزارش می‌کردند. آنها همچنین گزارش دادند که ارزیابی‌های منفی این بیماران از عملکردشان حداقل تا حدودی تحریف شده است (دیویدسون، ۲۰۰۰).

مطالعه متیوس (۱۹۹۰) در مورد اختلال‌های اضطرابی نشان داد که سوگیری توجه در این بیماران ناشی از سازوکارهای خودکار در پردازش اطلاعات تهدیدکننده است. وی نتیجه‌گیری نمود که آزمودنی‌هایی که قادر نیستند کلمات تهدید را از طریق آزمون بازشناسی یادآوری کنند، قادر به پردازش معانی ناآگاهانه (خودکار) نشانه‌های تهدید نیز نیستند.

پژوهش سالکوسکیس و جیکس (۲۰۰۲) در مورد بیماران مبتلا به وسواس و افراد بهنجار نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس زمان بیشتری صرف خواندن رنگ نشانه‌های مرتبط با گناه در آزمون استروپ می‌کنند.

مطالعات بروین^۲ (۱۹۹۴)، هاوتون^۳ و همکاران (۱۹۹۰) نیز نشان‌دهنده پردازش بیشتر محرک‌های تهدیدکننده در بیماران PTSD، اختلال وحشتزدگی در مراحل آزمایش (شنود دو گوشی) می‌باشد (دیویدسون، ۲۰۰۰).

با توجه به این اساس نظری و به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش: ۱. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با دو گروه دیگر از سوگیری توجه بیشتری برای پردازش نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی برخوردارند. ۲. بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با دو گروه دیگر زمان بیشتری صرف پردازش نشانه‌های مربوط به PTSD می‌کنند. ۳. یادآوری نشانه‌هایی که زمان بیشتری صرف پردازش آنها می‌شود به‌صورت آگاهانه انجام می‌شود. پژوهشگران تلاش کرده‌اند که

1 – Klarck & Stoapa

2 – Brewin

3 – Hughtone

متغیرهای دخیل در این فرایندها را اندازه‌گیری کنند. از این‌رو سوگیری توجه یا پردازش انتخابی اطلاعات در اختلال‌های اضطرابی موضوع بسیاری از تحقیقات را تشکیل داده است. در این تحقیق ما سعی کرده‌ایم که همگام با سایر تحقیقات انجام شده و با استفاده از روش‌شناسی متناسب و موسوم در این حوزه، سوگیری توجه یا پردازش انتخابی اطلاعات را در اختلال اضطراب منتشر و اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با افراد بهنجار مورد بررسی قرار دهیم.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای است که در آن سه گروه پانزده نفری به‌منظور ارزیابی سوگیری توجه یا پردازش انتخابی نشانه‌های مختلف در یک موقعیت تجربی استروپ مورد آزمایش قرار گرفتند.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مرد مجرد و متأهل مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و اختلال استرس پس از سانحه (در شهر نیشابور) بود که به مراکز درمانی، مطب‌های روانپزشکی خصوصی و مرکز بوستان امید مراجعه می‌کردند. لازم به ذکر است که بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به‌طور عمده از بین کسانی انتخاب شدند که در روستای دهنو نیشابور به دلیل انفجار قطار (طی ۶ ماه پس از سانحه) دچار این اختلال شده بودند.

نمونه این پژوهش شامل ۴۵ آزمودنی مرد مجرد و متأهل (۱۹ تا ۴۴ ساله) بود که به‌طور تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه جداگانه تقسیم شدند (گروه اختلال اضطرابی منتشر، گروه اختلال استرس پس از سانحه و گروه افراد بهنجار). آزمودنی‌های دو گروه بیمار براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و به‌طور تصادفی نظام‌مند از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی روان‌شناسی و مطب‌های روانپزشکی خصوصی انتخاب شدند و گروه بهنجار شامل افرادی بود که ملاک‌های تشخیصی لازم برای هیچ یک از اختلال‌های روان‌رنجوری و روان‌پریشی در مورد آنها صدق نمی‌کرد. گروه بهنجار به‌طور تصادفی و نمونه‌گیری در دسترس از بین همراهان بیمار مراجعه‌کننده انتخاب شدند.

زمان صرف شده برای تعیین رنگ نشانه‌ها در مورد هر یک از گروه‌های نشانه‌ها به طور جداگانه ثبت می‌گردد. بعد از آزمایش اصلی بلافاصله از یک آزمون بازشناسی نیز استفاده می‌شد. در پایان داده‌های به دست آمده (زمان‌های ثبت شده و نمرات بازشناسی) با روش تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر بین سه گروه مقایسه و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

۱- **مصاحبه تشخیصی:** این مصاحبه بر مبنای ملاک‌های مصاحبه در راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجام می‌گرفت و روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی اجرا می‌کرد.

۲- **آزمون استروپ:** این آزمون را استروپ در سال ۱۹۳۵ به کار برد. نشانه‌های مورد استفاده در آزمون عبارت بودند از نشانه‌های تهدید بدنی، نشانه‌های تهدید اجتماعی، نشانه‌های تهدید اختصاصی مربوط به PTSD 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 ارائه 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 را جمعه‌پور (۱۳۷۲) حدود ۰/۹۳ گزارش کرده است. پایایی آزمون نیز مناسب گزارش شده است.

۳- **آزمون بازشناسی:** برای تهیه آزمون بازشناسی مجدداً برای هر یک از گروه‌ها ۱۶ نشانه دیگر، یعنی ۱۶ نشانه تهدید بدنی، ۱۶ نشانه تهدید اجتماعی، ۱۶ نشانه تهدید مربوط به PTSD و ۱۶ نشانه مثبت انتخاب شد. این نشانه‌ها هیچ کدام در آزمون استروپ (آزمون اصلی) به کار نرفته بود، اما از نظر محتوا شبیه به نشانه‌هایی بودند که در آزمون اصلی مورد استفاده قرار گرفته بودند. مجموع چهار گروه نشانه‌های اخیر با مجموعه چهار گروه نشانه به کار رفته در آزمون اصلی جمع شده (۱۲۸ نشانه) و به طور تصادفی در یک صفحه کاغذ جداگانه پخش شدند. اعتبار آزمون را جمعه‌پور (۱۳۷۲)

بر روی جمعیت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و PTSD حدود ۰/۸۹ گزارش کرده است. پایایی بازآزمایی آزمون ۰/۷۸ و در حد مناسب گزارش شده است. ۴- **کرونومتر:** شامل یک عدد کرونومتر با دقت ۰/۲ ثانیه برای ثبت زمان صرف شده بود.

روش اجرای پژوهش

ابتدا برگ اول آزمون اصلی که شامل دستورالعمل آزمایش، دو سطر مثال و پنج سطر تمرین بود، در مقابل آزمودنی‌ها قرار گرفت و از آنها خواسته شد 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 مربوط را نیز انجام دهد تا کاملاً با نحوه اجرای آزمایش آشنا شود. همچنین تذکر داده شده بود که وقت آن محدود است و باید این تکلیف را هر چه سریع‌تر و بدون اشتباه انجام دهد. بعد از طی این مرحله، خرده‌آزمون‌ها یکی پس از دیگری در مقابل آزمودنی قرار می‌گرفت و آزمونگر زمان صرف شده را برای پاسخ دادن به هر یک از خرده‌آزمون‌ها به طور جداگانه به وسیله کرونومتر ثبت می‌کرد. لازم به ذکر است که آزمون به صورت انفرادی اجرا می‌شد و ترتیب ارائه خرده‌آزمون‌ها نیز به طور تصادفی بود. بعد از انجام آزمون اصلی، بلافاصله آزمون بازنشاسی 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.

نتایج پژوهش

در این قسمت نتایج آمار توصیفی مربوط به آزمون‌ها و نتایج تحلیل‌های آماری به طور مختصر ارائه می‌شود.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌های زمانی در چهار وضعیت آزمایشی (زمان برحسب ثانیه)

گروهها	نشانه‌ها	\bar{X}	SD	B _۱	B _۲	B _۳	B _۴
		نشانه‌های مثبت	نشانه‌های تهدید بدنی	نشانه‌های تهدید اجتماعی	نشانه‌های مربوط به PTSD		
گواه بهنجار (A ۱)	\bar{X}	۱۸/۷۶۸	۲۳/۹۶۴	۱۶/۴۲۳	۲۱/۱۸۲		
	SD	۱۵۸/۶۶۶	۱۶۳/۵۸۳	۱۶۰/۵۸۳	۱۵۶/۱۶۶		
مبتلا به GAD (A ۲)	\bar{X}	۲۵/۲۲۱	۳۶/۵۸۲	۲۶/۱۷۷	۲۳/۹۶۷		
	SD	۱۶۴/۵	۱۹۱/۵۸۳	۱۷۵	۱۶۳/۰۸۳		
مبتلا به PTSD (A ۳)	\bar{X}	۱۹/۵۹۳	۱۷/۴۶۶	۱۳/۳۳۳	۱۹/۲۶۱		
	SD	۱۶۱/۰۸۳	۱۶۵/۸۳۳	۱۵۶/۱۶۶	۱۷۹/۴۱۷		

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های مربوط به آزمون بازشناسی (وضعیت‌های آزمایشی)

گروهها	نشانه‌ها	\bar{X}	SD	B _۱	B _۲	B _۳	B _۴
		نشانه‌های مثبت	نشانه‌های تهدید بدنی	نشانه‌های تهدید اجتماعی	نشانه‌های مربوط به PTSD		
گواه بهنجار (A ۱)	\bar{X}	۲/۹۷۹	۲/۱۳۲	۱/۹۷۵	۲/۲۰۸		
	SD	۳/۸۳	۴	۳/۴۱۶	۲/۸۳۳		
مبتلا به GAD (A ۲)	\bar{X}	۲/۱۵۱	۲/۶۲۲	۲/۳۴	۱/۷۶۴		
	SD	۲/۵۸۳	۵/۱۶۶	۳/۲۵	۳/۷۵		
مبتلا به PTSD (A ۳)	\bar{X}	۲/۰۹۴	۱/۷۶۴	۱/۸۳۲	۲/۰۳۷		
	SD	۳/۲۵	۳/۷۵	۲/۴۱۶	۴/۸۳۳		

برای ارزیابی فرضیه اول و دوم پژوهش نمره‌های زمانی به‌دست آمده (زمان صرف شده برای تعیین رنگ نشانه‌ها) به عنوان شاخص اصلی در نظر گرفته شد و براساس این شاخص تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت. روش آماری مورد استفاده، تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر بود که با توجه به طرح پژوهش در این تحقیق تحلیل واریانس 3×4 (موقعیت آزمایش \times گروهها) روش شاخص یاد شده صورت گرفت. خلاصه نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر مربوط به نمره‌های زمانی آزمون استروپ

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
			۳۵	۵۹۳۲۲/۵۶۶	(B.S) گروهها
N.S	۱/۳۸۶	۲۲۹۹/۱۹۵	۲	۴۵۹۸/۳۸۹	A
		۱۶۵۸/۳۱	۳۳	۱۶۷/۵۴۷۲۴	S/A
			۱۰۸	۲۲۹۶۰	(W.S) موقعیت‌های آزمایشی
۰/۰۱	۷/۷۹۱	۱۰۰۵/۶۱	۳	۳۰۱۶/۸۳۴	B
۰/۰۱	۹/۲۵۲	۱۱۹۴/۱۹۴	۶	۷۱۶۵/۱۶۶	AB تعامل گروهها و موقعیت‌های آزمایشی
		۱۲۹/۰۷	۹۹	۷۱۶۵/۱۶۶	AB
			۱۴۳	۸۲۲۸۲/۵۵۶	(T) کل

$$F = ۰/۰۱ (۲ و ۳۵) = ۴/۱۱$$

$$F = ۰/۰۵ (۲ و ۳۵) = ۷/۳۵$$

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، اندازه تابع F تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در مورد گروهها یعنی عامل A ($P=۰/۰۱$ و $F=۱/۳۸۶$) ($F=۳/۲۸$) معیار) تفاوت معناداری را در بین گروهها نشان نمی‌دهد. اندازه تابع F در مورد موقعیت‌های آزمایشی یعنی عامل B ($P=۰/۰۱$ و $F=۷/۷۹۱$) ($F=۳/۹۸$) معیار با درجه آزادی ۹۹ و $df=۳$) معنادار می‌باشد و نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین موقعیت‌های

آزمایشی است. اندازه تابع F در مورد تعامل گروهها و موقعیت‌های آزمایشی یعنی عامل AB ($P = 0/01$ و $F = 9/252$) از F معیار ($F = 2/99$) و در سطح اطمینان ۹۹ درصد بزرگتر است. این یافته نشان می‌دهد که بین سطوح معینی از متغیر (A و B) با گروهها و موقعیت‌های آزمایشی تفاوت معناداری وجود دارد.

همان‌طور که قبلاً گفته شد، فرضیه اول پژوهش این بود که «توجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد بهنجار بیشتر به سوی نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی است و زمان بیشتری را صرف پردازش اطلاعات مربوط به این‌گونه محرک‌ها می‌کنند.» همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد بین گروههای مورد آزمایش (عامل A) تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. به عبارت دیگر سوگیری توجه یا پردازش انتخابی اطلاعات در گروههای PTSD, GAD و بهنجار تقریباً یکسان است و تفاوتی با یکدیگر ندارند.

اما در موقعیت‌های آزمایش (درون‌گروهی) یعنی نشانه‌های تهدید بدنی، اجتماعی و نشانه‌های PTSD با یکدیگر تفاوت دارند. برای بررسی این فرضیه با استفاده از آزمون شفه (t) ابتدا عملکرد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در خرده‌آزمون نشان‌های تهدید بدنی و اجتماعی با دو گروه دیگر مقایسه شد. در این مورد مقدار t محاسبه شده ($t = 7/66$) از مقدار t بحرانی ($t = 4/55$) بزرگتر بود. سپس عملکرد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در خرده‌آزمون تهدیدهای بدنی و تهدیدهای اجتماعی با عملکرد آنها در دو خرده‌آزمون دیگر (خرده‌آزمون نشانه‌های مثبت و نشانه‌های مربوط به PTSD) مقایسه گردید. در این مورد نیز t محاسبه شده ($t = 5/95$) از t بحرانی ($t = 4/55$) بزرگتر بود. با توجه به داده‌های فوق مشخص شد که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با دو گروه دیگر به‌طور معناداری زمان بیشتری را صرف پردازش نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی کرده‌اند و بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

برای بررسی فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه «بیماران مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد بهنجار و بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر زمان بیشتری را صرف پردازش نشانه‌های تهدید مربوط به PTSD خواهند کرد» ابتدا عملکرد بیماران مبتلا به PTSD برای پردازش نشانه‌های تهدید مربوط به PTSD بین گروهها مقایسه شد. در

این مورد، مقدار t محاسبه شده ($t = ۴/۹۳$) بزرگتر از مقدار t بحرانی ($t = ۴/۴۷$) بود. سپس، عملکرد بیماران مبتلا به PTSD در خرده‌آزمون نشانه‌های تهدید مربوط به PTSD با عملکرد آنها در سایر خرده‌آزمون‌ها مقایسه گردید. در این مورد نیز مقدار t محاسبه شده ($t = ۴/۸۶$) از t بحرانی ($t = ۴/۵۵$) بزرگتر بود. داده‌های فوق نشان داد که بین بیماران مبتلا به PTSD و دو گروه دیگر از نظر میزان پردازش نشانه‌های مربوط به PTSD تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، بیماران مبتلا به PTSD نسبت به دو گروه دیگر، مدت زمان بیشتری را صرف پردازش نشانه‌های مربوط به PTSD کرده بودند. برای بررسی فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه «نشانه‌هایی که زمان بیشتری صرف پردازش آنها شده است، در آزمون بازشناسی بیشتر به یاد می‌مانند و این امر نشان‌دهنده دخالت توجه آگاهانه در پردازش این نشانه‌ها است. به عبارت دیگر، پردازش این نشانه‌ها به طور آگاهانه صورت گرفته است» تحلیل واریانس مربوط به نمره‌های یادآوری (آزمون بازشناسی) در جدول ۴ ارائه شده است:

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر مربوط به نمره‌های یادآوری (آزمون بازشناسی)

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
			۳۵	۱۵۰/۵۷۶	(B.S) گروهها
N.S	۰/۰۲۱	۰/۳۶۱	۲	۰/۷۲۲	A
		۱۷/۲۸۰	۳۳	۱۴۹/۸۵۴	S/A
			۱۰۸	۵۷۰/۲۵	(W.S) موقعیت‌های آزمایشی
N.S	۲/۴۹۶	۱۲/۱۱۸	۳	۳۶/۳۵۴	B
N.S	۱/۸۳۱	۸/۸۸۸	۶	۵۳/۳۳۳	AB تعامل گروهها و موقعیت‌های آزمایشی
		۴/۸۵۴	۹۹	۴۸۰/۵۶۳	AB
			۱۴۳	۷۲۰/۸۲۶	(T) کل

$$F = ۰/۰۱ (۲ و ۳۵) = ۴/۱۱$$

$$F = ۰/۰۵ (۲ و ۳۵) = ۷/۳۵$$

با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و معنادار نبودن تفاوت بین F محاسبه شده ($F = 0/021$) و F معیار ($F = 3/28$)، با ۹۹ درصد اطمینان فرضیه سوم در مورد تفاوت بین گروهها در یادآوری و بازشناسی بیشتر نشانه‌هایی که زمان بیشتری صرف پردازش آنها شده است رد می‌شود.

اندازه تابع F در مورد موقعیت‌های آزمایشی (درون‌گروهی) ($F = 2/496$ و $P = 0/01$) از F معیار ($F = 3/28$) کوچکتر است. بنابراین فرض صفر تأیید می‌شود و با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم که تفاوت معناداری بین میانگین‌ها وجود ندارد. به عبارت دیگر گروههای مورد نظر در موقعیت‌های آزمایشی نیز تفاوتی با یکدیگر ندارند.

اندازه تابع F در مورد تعامل گروهها و موقعیت‌های آزمایشی یعنی عامل AB ($F = 1/831$ و $P = 0/01$) نیز کوچکتر از F معیار ($F = 3/28$) است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود ندارد و فرض صفر تأیید می‌شود. داده‌های فوق به این معنی است که گروههای PTSD، GAD و بهنجار در موقعیت‌های مختلف آزمایشی تفاوتی با یکدیگر ندارند. به عبارت دیگر گروهها از نظر میزان یادآوری نشانه‌های مختلف با یکدیگر (در آزمون بازشناسی) تفاوتی ندارند و در نتیجه توجه آگاهانه در پردازش نشانه‌ها دخالتی نداشته است.

نتیجه‌گیری

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، یکی از یافته‌های پژوهش این بود که سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با سایر گروهها به سمت نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی است. این یافته‌ها از آنجا ناشی شد که در گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر نشانه‌های تهدید بدنی و تهدید اجتماعی اثر تداخلی (دخالت محتوی نشانه در زمان تعیین رنگ) بسیار برجسته‌ای را در آزمایش استروپ هیجانی نشان دادند (فوا و همکاران، ۱۹۹۸). پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

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 سه گروه الگوی مشابهی از کندی عملکرد که نشان‌دهنده دخالت لغات تهدید بدنی و اجتماعی در زمان تعیین رنگ آنهاست دیده شود (به‌خصوص که این سه گروه

از نظر برخی متغیرهای مهم نظیر جنس، میزان تحصیلات و سن همتا شده بودند). داده‌ها نشان داد که فقط گروه بیماران مبتلا به اختلال منتشر چنین الگویی از اثر تداخلی نشان می‌دهند. 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 فقط به سطح اضطراب افراد نسبت دهیم، در این صورت باید انتظار داشته باشیم که این بیماران در رابطه با سایر نشانه‌های ارائه شده در آزمون 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 (کدوارد و کوپر، ۱۹۹۹؛ متیوس، ۱۹۹۰).

از این دیدگاه می‌توان گفت که وجود ساختارهای (طرحواره‌ها) حافظه به اقتضای تناسب آنها با نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی موجب سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر به سمت این نشانه‌ها شده و سپس پردازش بیشتری روی این نشانه‌ها صورت گرفته است. از آنجا که این روند مستلزم صرف زمان و نیرو است موجب کندی عملکرد افراد (تعیین رنگ نشانه‌ها) گردیده است. این تبیین با فرمول‌بندی‌های شناختی سالهای اخیر در مورد اختلال‌های اضطرابی مبنی بر اینکه بیماران مبتلا به اضطراب در حافظه درازمدت خود دارای ساختارهایی (طرحواره‌ها) هستند که در ارتباط با تهدید و خطر است مطابقت دارد (به‌عنوان مثال، بک و امری، ۱۹۹۵؛ بلک‌برن و دیویدسون، ۲۰۰۰؛ هیوز، ۲۰۰۲؛ کوهن و همکاران، ۱۹۹۲؛ نقل از سالکوسکیس و جیکس، ۲۰۰۲).

بالاخره، این یافته که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر فقط به سمت نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی سوگیری توجه نشان داده‌اند و سوگیری توجه بیماران مبتلا به PTSD فقط به سمت نشانه‌های مربوط به PTSD بوده است، گویای اختصاصی بودن طرحواره‌های مربوط به تهدید و خطر و ارتباط آنها با تجارب واقعی و حوادث زندگی گذشته است. کما اینکه نظریه پردازان شناختی و نیز پژوهشگران سالهای اخیر به این نکته اشاره می‌کنند. ذکر این نکته نیز ضروری است که یافته اخیر هماهنگ

با نتایجی است که در تحقیقات قبلی به دست آمده است (برای مثال، بک و همکاران، ۱۹۴۷؛ متیوس، ۱۹۹۰؛ کلارک و استوپا، ۱۹۹۳؛ دیویدسون، ۲۰۰۰؛ سالکوسکیس و جیکس، ۲۰۰۲؛ دیویدسون، ۲۰۰۰؛ نقل از ترنر و بیدل، ۲۰۰۴).

با توجه به مطالب گفته شده فرایندهای شناختی (مانند، پردازش طرحواره‌ای و سوگیری توجه) توأم با محرک‌های متناسب جهان خارجی، جزئی جدا نشدنی از اختلال‌های اضطرابی هستند که حداقل در سطح اضطراب و تداوم آن نقش مهمی بر عهده دارند. در این رابطه، مک‌نالی^۱ و همکاران (۱۹۹۰) اظهار می‌کنند که «به‌راستی عملکرد شناختی مرکزی و زیرساز اختلال‌های اضطرابی را می‌توان اشکال در غیرفعال‌سازی مفاهیم تهدید دانست» (نقل از هایمبرگ و یاستر، ۲۰۰۳).

در ارتباط با این فرض که سوگیری توجه بیماران مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد بهنجار و بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر به سمت محرک‌های اختصاصی مربوط به PTSD است، نتایج به دست آمده مثبت بودند. این یافته از طرفی همسو با این عقیده است که در اختلال‌های اضطرابی اختصاصی (مانند: اختلال وحشت‌زدگی، اختلال وسواس فکری و عملی، اختلال هراس و PTSD) و اختلال‌های روانی دیگری (مانند: نمایشگری^۲ و بی‌اشتهایی روانی^۳) اطلاعات و محرک‌های مربوط به اختلال مورد نظر به طور انتخابی توسط فرد مبتلا پردازش می‌شوند (به عنوان مثال: ترنر و بیدل، ۲۰۰۴؛ سالکوسکیس و جیکس، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، با یافته‌های قبلی در این زمینه به‌ویژه یافته‌های مربوط به اختلال PTSD (به عنوان مثال: متیوس، ۱۹۹۰؛ دیویدسون، ۲۰۰۰؛ هیوز، ۲۰۰۲؛ ترنر و بیدل، ۲۰۰۴) هماهنگ است.

یافتهٔ دیگر این تحقیق این بود که بین نشانه‌هایی که زمان بیشتری صرف پردازش آنها شده است و سایر نشانه‌ها از نظر نمره‌های آزمون بازشناسی (یادآوری نشانه‌ها) تفاوت معناداری وجود ندارد و نشان می‌دهد که در پردازش بیشتر نشانه‌های مورد نظر سطح توجه آگاهانه دخالتی نداشته است یا دخالت آن بسیار اندک بوده است.

1 – McNally

2 – exhibitionism

3 – anorexia

در این رابطه ساده‌ترین تبیین این است که بپذیریم پردازش نشانه‌های تهدید به‌طور خودکار یا نیمه توجه یافته (پیش توجهی)^۱ صورت گرفته است. در این صورت این نظر هماهنگ با آن دسته از نتایج قبلی است که نشان داده‌اند، پردازش نشانه‌های تهدید در اختلال‌های اضطرابی به‌طور خودکار یا نیمه توجه یافته صورت می‌گیرد (به عنوان مثال: کلارک و استوپا، ۱۹۹۳؛ متیوس، ۱۹۹۰؛ متیوس و مک‌لود^۲، ۱۹۸۶؛ نقل از هایمبرگ و بارلو، ۲۰۰۱).

تبیین دیگر در رابطه با یافته اخیر موضوعی است که هولندر^۳ (۱۹۸۶) به آن اشاره می‌کند، مبنی بر اینکه ممکن است آزمودنی‌ها به‌طور موقت از محتوای معنایی نشانه‌ها آگاه شوند، اما در جریان آزمایش به سرعت آن را از یاد ببرند. یعنی پردازش آگاهانه صورت گرفته، اما خیلی سریع از یاد رفته است. در چنین حالتی، بدیهی است که در پایان آزمایش در آزمون بازشناسی این نشانه‌ها نمرات بالاتری را به خود اختصاص نخواهند داد (نقل از متیوس، ۱۹۹۰).

و بالاخره آخرین تبیین این است که ممکن است پدیده «اجتناب‌شناختی» مانع از به‌خاطر ماندن نشانه‌هایی شده باشد که بیشتر مورد پردازش قرار گرفته‌اند. فوآ و همکاران (۱۹۹۶) پدیده اجتناب‌شناختی را چنین مطرح می‌کنند که افراد مضطرب توجه خود را به‌سوی آن دسته از محرک‌های طبیعی که مربوط به نگرانی‌های هیجانی است، جهت می‌دهند. با این حال این الزاماً به معنی دریافت بیشتر در مورد این محرک‌ها نیست. در حقیقت اگرچه اضطراب منجر به سوگیری توجه به طرف محرک‌های تهدیدکننده می‌شود، اما این پدیده ممکن است در پردازش فعال بعدی آنها اختلال ایجاد کند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتال جامع علوم انسانی

1 – preattentive

2 – McLoude

3 – Hollender

منابع

- توزنده جانی، حسن. (۱۳۷۵)، *طبقه بندی بین المللی اختلالات روانی و رفتاری، توصیف های بالینی و راهنمای های تشخیصی*، سازمان بهداشت جهانی، مشهد، نشر مرنديز.
- توزنده جانی، حسن. (۱۳۷۴)، *شناخت درمانی افسردگی و اضطراب*، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
- جمعه پور، احمد. (۱۳۷۲)، «پردازش انتخابی اطلاعات در اختلال های اضطرابی»، پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- Butler, G. & Mathews, A. (1993). Cognitive processes in anxiety. *Adv. Behave. Res and ther*, 5, 51–62.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1995). *Anxiety disorder and phobias a cognitive perspective*. Basic books, New York.
- Blackburn, M. & Davidson, K. (2000). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. London: Black well scientific publications.
- Davidson, J.R.T. (2000). Social Anxiety Disorder Under Scrutiny. *Depression and Anxiety*, 11, 93–98.
- 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.
- Heimberg, R.G., Barlow, D.H. (2001). New developments In Cognitive-Behavioral therapy For Social Phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 21–30.
- Heimberg, R.G., Juster, H.R., (2003). *Cognitive behavioral treatments: Literature review* in R.G. Heimberg, M.R Lie bowitz D.A. Hope 8. F.R. Schneier, (Eds), Social phobia: Diagnosis.
- Kedward, H.B. & Cooper, B. (1999). Neurotic disorders in urban practice: a three year follow-up. *Journal of the college of general practitioners*, 12, 148–63.

- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behavior research and therapy*. Vol 6 , PP 455 – 468 .
- Salkovskis, P. & jakes, I. (2002). Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavioral research and therapy*, Vol 27(6), PP 677 – 684 .
- Turner, S.M. and Beidel, D.C. (2004). *Treating obsessive-compulsive disorder*, new York: Pergamon Press, Inc.
- Wilmuth, M. (1998). Cognitive-Behavioral and insight-oriented psychotherapy of an eleven-years old boy With obsessive-compulsive disorder. *American Journal of psychiatry*, Vol 42(3), PP 472 – 478 .

تاریخ وصول: ۸۶/۷/۳
تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۰/۱۱

