

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

بخش روانشناسی

پایان نامه تحصیلی برای دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش
عمومی

پردازش توجهی در خلق افسرده: آزمون فرضیه ی توجه نامتمرکز

مؤلف:

سمانه محمدی نسب

استاد راهنما:

دکتر مسعود فضیلت پور

استاد مشاور:

دکتر عباس رحمتی

آبان ۱۳۹۲



این پایان نامه به عنوان یکی از شرایط درجه کارشناسی ارشد به

بخش روانشناسی

دانشکده ادبیات و علوم انسانی

دانشگاه شهید باهنر کرمان

تسلیم شده است و هیچگونه مدرکی به عنوان فراغت از تحصیل دوره مزبور شناخته نمی شود.

دانشجو: سمانه محمدی نسب

استاد راهنما: مسعود فضیلت پور

استاد مشاور: عباس رحمتی

داور ۱: مسعود باقری

داور ۲: افسانه توحیدی

نماینده تحصیلات تکمیلی دانشکده: محیا رفیعی بندری

معاون آموزشی و پژوهشی دانشکده:

حق چاپ محفوظ و مخصوص به دانشگاه شهید باهنر کرمان است.

تقدیم به:

او که آموخت مرا تا پیاموزم، استاد گرامی جناب آقای دکتر مسعود فضیلت پور

تقدیم به آنان که وجودم جز هدیه ی وجودشان نیست، پدر و مادر عزیزم

و تقدیم به همسرم که با مهربانی و صبر بی پایان مرا در به انجام رسیدن این مهم یاری رساند

چیدم گلی ز باغ ادب تا بروز عید

در بارگاه میر ادب پرور آورم

حیف است با خسان گل دانش کنی نثار

من گل نثار مردم دانشور آورم

تشکر و قدردانی:

یرفع الله الذین آمنوا منکم والذین اوتوا العلم درجات والله بما تعملون خبیر (۱۱ مجادله).

شکر خدا که هر چه طلب کردم از خدا بر منتهای همت خود کامران شدم

با تقدیر و تشکر شایسته از استاد فرهیخته و فرزانه سرکار آقای دکتر مسعود فضیلت پور که با نکته های دلاویز و گفته های بلند، صحیفه های سخن را علم پرور نمود و همواره راهنما و راه گشای نگارنده در اتمام و اکمال پایان نامه بوده است.

تشکر و سپاس از استاد دانشمند و پر مایه ام جناب آقای دکتر عباس رحمتی که از محضر پر فیض تدریستان، بهره ها برده ام.

با تشکر خالصانه از همسر و همه کسانی که به نوعی مرا در به انجام رساندن این مهم یاری نموده اند.

چکیده

هدف مطالعه حاضر مقایسه‌ی شیوه‌ی اختصاص توجه به محرک‌های جامع/جزئی و محرک‌های با ظرفیت مختلف در افراد افسرده و غیر افسرده بود. روش مورد استفاده در این پژوهش از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای با مداخله آزمایشی بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان دبیرستان دخترانه دولتی ناحیه‌ی دو شهر شیراز بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، دو مدرسه از بین مدارس ناحیه دو شهر شیراز انتخاب شده و از هر کدام از مدارس سه کلاس انتخاب شدند. ۸۵ نفر از دانش‌آموزان که نمره‌ای کمتر از ۱۲ یا ۱۲ داشتند در گروه افراد غیر افسرده و ۷۰ نفر که نمره‌ی ۱۳ و بالاتر از ۱۳ داشتند در گروه افراد افسرده قرار گرفتند. تکلیف رایانه‌ای دات پروب و تکلیف نوون به ترتیب برای اندازه‌گیری سوگیری توجه و توجه به محرک‌های جامع/جزئی اجرا شد. داده‌ها در یک طرح بین‌گروهی به کمک آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره آنالیز شدند. یافته‌ها در راستای فرضیه‌ی سوگیری توجه نشان داد متوسط زمان واکنش افراد افسرده جهت پاسخ به محرک‌های منفی در تکلیف دات پروب بیشتر از افراد غیر افسرده بود. این یافته‌ها از وجود سوگیری منفی در گروه افسرده حمایت نمود. به علاوه در راستای فرضیه توجه غیرمتمرکز آن گونه که به وسیله تکلیف نوون اندازه‌گیری می‌شد، افراد با خلق افسرده در پردازش محرک‌های جامع تفاوتی با افراد عادی نداشتند، اما متوسط زمان واکنش آن‌ها برای پاسخ به محرک‌های جزئی به طور معناداری بیشتر از افراد غیر افسرده بوده است. یافته‌ها به ترتیب از منظر نقش آسیب‌شناسی توجه در خلق افسرده و دیدگاه انطباقی توجه نامتمرکز در خلق افسرده مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

واژگان کلیدی: افسردگی، سوگیری توجه، توجه نامتمرکز

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: طرح پژوهش

۲	۱-۱ مقدمه
۴	۱-۲ بیان مسئله
۶	۱-۳ اهداف پژوهش
۶	۱-۳-۱ هدف کلی
۶	۱-۳-۲ هدف های جزئی
۶	۱-۴ فرضیه ها
۶	۱-۵ تعریف نظری متغیر ها
۷	۱-۵-۱ تعریف نظری خلق افسرده
۷	۱-۵-۲ تعریف نظری سوگیری توجه
۷	۱-۵-۳ تعریف نظری توجه نامتمرکز
۸	۱-۶ تعریف عملیاتی متغیر ها
۸	۱-۶-۱ تعریف عملیاتی خلق افسرده
۸	۱-۶-۲ تعریف عملیاتی سوگیری توجه
۸	۱-۶-۳ تعریف عملیاتی توجه نامتمرکز

فصل دوم: پیشینه ی پژوهش

۱۰	۲-۱ مقدمه
۱۰	۲-۲ تعریف هیجان

- ۱۰ ۲-۳ کارکردهای هیجان
- ۱۱ ۲-۴ هیجان غم و کارکردهای آن
- ۱۲ ۲-۵ نظریه کارکردهای هیجان: کارکردهای هیجان غم
- ۱۲ ۲-۶ خلق و عاطفه
- ۱۲ ۲-۷ اختلالات خلقی و انواع آن ها
- ۱۳ ۲-۸ تعریف افسردگی
- ۱۳ ۲-۹ اختلال افسردگی اساسی
- ۱۴ ۲-۱۰ تاریخچه ی تشخیص افسردگی
- ۱۴ ۲-۱۱ نشانه های افسردگی در سطوح عاطفی، شناختی و رفتاری
- ۱۵ ۲-۱۲ مؤلفه های افسردگی
- ۱۵ ۲-۱۳ مبانی نظری افسردگی از دیدگاه روان شناسان
- ۱۶ ۲-۱۳-۱ نظریه زیست شناختی
- ۱۶ ۲-۱۳-۲ ناهنجاریهای نیمکره ی غالب در افسردگی
- ۱۷ ۲-۱۳-۳ نظریه یادگیری
- ۱۷ ۲-۱۳-۴ نظریه روابط موضوعی
- ۱۷ ۲-۱۳-۵ نظریه ی شناختی بک در مورد افسردگی
- ۱۹ ۲-۱۴ رابطه ی بین افسردگی و شناخت
- ۲۱ ۲-۱۵ توجه
- ۲۲ ۲-۱۶ انواع توجه
- ۲۲ ۲-۱۷ سوگیری توجه

۲۴	۱۸-۲ نظریات گوناگون در رابطه با سوگیری
۲۶	۱۹-۲ سبب شنای سوگیری
۲۸	۲۰-۲ نقش آسیب شناختی سوگیری توجه در افسردگی
۳۰	۲۱-۲ نظریه ی انگیزشی توجه
۳۱	۲۲-۲ تبیین نقیصه های شناختی در افسردگی
۳۱	۱-۲۲-۲ دیدگاه تخصیص منابع توجه
۳۱	۲-۲۲-۲ دیدگاه کمبود مدیریت در کنترل منابع
۳۲	۳-۲۲-۲ دیدگاه چرخشی کلینگر در مورد افسردگی- ناکامی
۳۳	۴-۲۲-۲ مفهوم افسردگی در دیدگاه چرخشی کلینگر
۳۴	۵-۲۲-۲ دیدگاه توجه نامتمرکز
۳۴	۲۳-۲ کارکردهای افسردگی و تغییرات شناختی همراه آن
۳۶	۲۴-۲ کارکردهای سازگارانه افسردگی
۴۱	۲۵-۲ پیشینه ی تجربی
۴۱	۱-۲۵-۲ تحقیقات انجام شده در داخل کشور
۴۳	۲-۲۵-۲ تحقیقات انجام شده در خارج کشور

فصل سوم: روش پژوهش

۵۱	۱-۳ مقدمه
۵۱	۲-۳ طرح کلی و روش پژوهش
۵۱	۳-۳ جامعه پژوهش
۵۱	۴-۳ حجم نمونه و روش نمونه گیری

۵۱	۳-۵ ابزار پژوهش
۵۱	۳-۵-۱ آزمون افسردگی بک ۲
۵۳	۳-۵-۲ پرسشنامه اضطراب بک
۵۳	۳-۵-۳ تکلیف دات پروب برای اندازه گیری سوگیری توجه
۵۵	۳-۵-۴ تکلیف نوون برای بررسی پهنای توجه
۵۷	۳-۶ نحوه ی ساخت تکلیف دات پروب
۵۹	۳-۷ نحوه ی ساخت تکلیف نوون
۶۱	۳-۸ شیوه ی گردآوری داده ها
۶۳	۳-۹ تجزیه و تحلیل داده ها
	فصل چهارم: یافته ها
۶۵	۴-۱ مقدمه
۶۵	الف- یافته های توصیفی
۶۵	۴-۲ توصیف مشخصات دموگرافیک گروه نمونه
۷۱	ب- یافته های استنباطی
	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۸۵	۵-۱ مقدمه
۸۵	۵-۲ خلاصه ای از مراحل کار و یافته ها
۸۷	۵-۳ بحث و نتیجه گیری
۹۲	۵-۴ نتیجه گیری کلی
۹۴	۵-۵ محدودیت های پژوهش

۹۴ ۵-۶ پیشنهادهای پژوهش

فهرست منابع

۹۶ فهرست منابع فارسی

۱۰۱ فهرست منابع لاتین

پیوست ها

۱۰۹ نامه ی اداره ی آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهر شیراز

۱۱۰ پرسشنامه ی اضطراب بک (BAI-II)

۱۱۱ پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI-II)

۱۱۳ فهرست کلمات با ظرفیت عاطفی مختلف

۱۱۴ فرم رضایت نامه مشارکت کننده

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۵۲	۱-۳- ابعاد پرسشنامه افسردگی بک ۲
۶۵	۱-۴- آماره های توصیفی رشته و سن به تفکیک گروه
۶۶	۲-۴- آماره های مربوط به توزیع نمره های زمان واکنش محرک های با ظرفیت عاطفی متفاوت
۶۸	جدول ۳-۴ آماره های مربوط به توزیع نمره های زمان واکنش محرک های با ظرفیت عاطفی متفاوت
۶۹	جدول ۴-۴ آماره های مربوط به توزیع نمره های زمان واکنش محرک های جامع-جزئی

۷۰	جدول ۴-۵ آماره‌های مربوط به توزیع نمره‌های زمان واکنش محرک‌های جامع - جزئی
۷۱	جدول ۴-۶ آزمون معناداری چند متغیری
۷۲	جدول ۴-۷ آزمون معناداری چند متغیری با عامل عامل هم پراش اضطراب
۷۳	جدول ۴-۸ آزمون اثرهای بین آزمودنی‌ها
۷۵	جدول ۴-۹ آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها
۷۷	جدول ۴-۱۰ آزمون لون برابری واریانس خطا
۷۸	جدول ۴-۱۱ آزمون معناداری چند متغیری
۷۹	جدول ۴-۱۲ آزمون‌های معناداری چند متغیری با مداخله‌ی عامل اضطراب
۸۰	جدول ۴-۱۳ آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها
۸۱	جدول ۴-۱۴ آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها
۸۲	جدول ۴-۱۵ آزمون لون برابری واریانس خطا

فهرست نمودار ها

صفحه	عنوان
۷۷	۴-۱- زمان واکنش به محرک‌های با بار عاطفی متفاوت
۸۲	۴-۲- زمان واکنش به محرک‌های جامع - جزئی

فهرست شکل ها

صفحه	عنوان
۵۶	شکل ۳-۱ نمونه‌ای از تکلیف تمرکز جامع - جزئی
۵۷	شکل ۳-۲ محرک‌های تکلیف نوون
۵۹	شکل ۳-۳ مراحل ساخت تکلیف دات پروب
۶۰	شکل ۳-۴ نمونه‌ای از محرک‌های کلی
۶۰	شکل ۳-۵ نمونه‌ای از محرک‌های جزئی
۶۰	شکل ۳-۶ مراحل ساخت تکلیف نوون

فصل اول

طرح پژوهش

افسردگی به قدری شایع است که سرماخوردگی روان‌پزشکی لقب گرفته است. چنان که در هر زمان، ۱۵-۲۰٪ بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. افسردگی حالت روانی ناخوشی است که با دل زدگی، یأس و خستگی پذیری مشخص می‌شود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم و بیش شدید همراه است (دادستان، ۱۳۸۰). اختلالات خلقی شایع هستند، به نحوی که در اغلب مطالعات اخیر نشان داده شده است که اختلال افسردگی اساسی در میان کلیه اختلالات روان‌پزشکی بیش‌ترین شیوع را (حدود ۱۷٪) در کل دوران زندگی دارد. میزان بروز سالانه اپیزودهای افسردگی اساسی در جمعیت بیماران جدید حدود ۱/۵۹٪ است که به تفکیک برای زنان، ۱/۸۹ و برای مردان ۱/۱۰ است (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۱۰؛ ترجمه ارجمند، رضایی، و فغانی جدیدی، ۱۳۹۰). برآوردها نشان می‌دهند که ۱۵ تا ۲۰٪ افراد بزرگسال جامعه، عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان می‌دهند. حداقل ۱۲٪ از جمعیت کشورهای پیشرفته در طی عمر خود برای معالجه‌ی افسردگی شدید به متخصصان روان‌درمانی مراجعه می‌کنند (بک^۲، ۱۹۹۲، به نقل از محمدیان، شهیدی، زاده محمدی، و مهکی، ۱۳۸۹) و گمان بر این است که ۷۵٪ افرادی که در مؤسسات درمان روانی بستری می‌شوند، مبتلا به افسردگی هستند. حدود ۳۰٪ از مردم در طول حیات خود دچار افسردگی می‌شوند اگر چه تنها ۲۰٪ آن‌ها تحت معالجه قرار می‌گیرند (بک و هالون^۳، ۱۹۹۳، به نقل از همان).

اختلال افسردگی اساسی به عنوان یک مسئله‌ی چالش‌برانگیز بهداشت روانی مطرح است که غم برجسته‌ترین و فراوان‌ترین نشانه در این اختلال است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال افسردگی، یکی از اساسی‌ترین علل ایجاد ناتوانی در جهان است، به طوری که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی این اختلال به دومین بیماری مهم از بعد ایجاد خسارت‌های اقتصادی و انسانی تبدیل شود (سایت سازمان بهداشت جهانی). اگرچه افسردگی، خسارات اقتصادی و اجتماعی فراوانی را بر جوامع تحمیل می‌کند، به نظر می‌رسد مهم‌ترین این خسارت‌ها در زمینه‌ی انسانی باشد به طوری که ریشه حدود ۶۰٪ از اقدام‌های خودکشی را باید ابتدا در افسردگی جستجو کرد و همچنین، بیشتر از ۱۵٪ از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی خودکشی می‌کنند (نوربالا، علی پور، نجیمی، و آگاه هریس، ۱۳۹۰).

¹ Kaplan & Sadocks

² Beck

³ Hallon

زمانی این تصور وجود داشت که آمادگی ابتلا به افسردگی در سنین مختلف، متفاوت است. یعنی افراد در میان سالی و سالخوردگی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند؛ اما امروزه بسیاری از متخصصان بالینی معتقدند که افسردگی در افراد میان سال، نوجوان، کودکان و حتی خردسالان به طور یکسان شایع است؛ هر چند نشانه‌های مرضی در گروه‌های مختلف سنی متفاوت است (آزاد، ۱۳۸۷). مردمان گرفتار اختلال‌های هیجانی به شدت افسرده‌اند یا دچار شیدایی‌اند، یا ممکن است مدتی افسرده و مدتی شیدا باشند.

همه انسان‌ها گاهی وقت‌ها احساس غم و رخوت می‌کنند و به هیچ کار و فعالیتی حتی به فعالیت‌های لذت‌بخش رغبت ندارند. بروز نشانه‌های خفیف افسردگی، در واقع پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای متعدد زندگی است (نسه^۱، ۲۰۰۰). عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن عزیزان، یا آگاهی از اینکه بیماری یا پیری توان آدمی را تحلیل می‌برد از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند. افسردگی تنها زمانی نابهنجار تلقی می‌شود که در عملکرد بهنجار اختلال کند و هفته‌ها بدون وقفه ادامه یابد.

هر چند افسردگی به عنوان اختلالی واحد در هیجان^۲ و خلق^۳ شناخته می‌شود با این حال عملاً چهار نشانه یا علامت در آن وجود دارد. در افسردگی علاوه بر نشانه‌های هیجانی و خلقی، نشانه‌هایی در زمینه‌های شناختی، انگیزشی و جسمی و فیزیکی نیز مطرح است. نشانه‌ی اصلی اختلال شناختی به صورت افکار و اندیشه‌های منفی ظاهر می‌شود. در این قبیل افراد، اعتماد به نفس بسیار کم می‌شود، آن‌ها خودشان را نالایق و ناشایست می‌دانند و خود را به خاطر خطاهایشان سرزنش می‌کنند. نسبت به آینده احساس ناامیدی دارند و در اینکه بتوانند کاری برای بهبود خود انجام دهند تردید دارند. شروع کردن انجام کارها برای آن‌ها بسیار مشکل بوده و خیلی زود خسته می‌شود. برای این افراد، گرفتن تصمیم‌ها غالباً مشکل است، همان‌طور تمرکز، مثلاً بر روی امر تحصیل کردن یا خواندن (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰؛ ترجمه ارجمند و همکاران، ۱۳۹۰).

^۱ Nesse

^۲ خلق بر طبق تعریف عبارت است از احساس درونی نافذ و پایداری که درک و نگرش فرد نسبت به خود، دیگران، و در کل نسبت به محیط را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهد. عاطفه به نمود بیرونی خلق اطلاق می‌شود. خلق می‌تواند طبیعی، بالا یا سرکوب شده باشد. افراد سالم طیف وسیعی از تغییرات خلق و به همان تعداد تغییرات عاطفه را تجربه می‌کنند. این افراد قادر به کنترل خلق و عاطفه‌ی خود هستند (کاپلان و سادوک، ترجمه‌ی ارجمند، رضاعی، فغانی جدیدی، ۱۳۹۰).

^۳ هیجان‌ها پدیده‌های احساسی-انگیختگی-هدفمند-بیانگر کم دوام هستند که به ما کمک می‌کنند با فرصت‌ها و چالش‌هایی که هنگام رویداد‌های مهم زندگی مواجه می‌شویم، سازگار شویم. هیجان همان چیزی است که عناصر احساس، انگیختگی، هدفمندی و بیانگری را در واکنشی منسجم به رویداد فراخوان، تنظیم می‌کند (ریو، ترجمه‌ی محمدی، ۱۳۸۷).

بسیاری از افراد افسرده در توانایی تفکر، یا تصمیم‌گیری مشکل دارند و احتمال دارد به آسانی دچار حواس‌پرتی شوند و یا مشکلاتی در حافظه نشان دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

۲-۱ بیان مسئله

خلق افسرده از راه‌های بیشماری در فرایندهای شناختی دخالت می‌کند. افراد افسرده مشکلاتی در سطوح مختلف از پیوستار شناخت، در فرایندهای توجه، یادسپاری و یادآوری تا مهارت‌های شناختی سطح برتر مانند حل مسئله گزارش می‌کنند. مشخصه توجه بهنجار، حفظ تمرکز بر روی اطلاعات مرتبط از یک سو و بازداری و عدم توجه به اطلاعات مزاحم و غیر مرتبط از سوی دیگر است و این دقیقاً یکی از زمینه‌هایی است که به نظر می‌رسد افراد افسرده در آن مشکل داشته باشند (فون هکر و مایزر^۱، ۲۰۰۵). بعلاوه، افراد با خلق افسرده تفاوت‌هایی را با افراد عادی در تشکیل نمونه‌های یکپارچه شناختی بر اساس اطلاعات جزئی دریافتی از محیط نشان می‌دهند. شواهد در دسترس نشان داده‌اند که خلق افسرده در به‌کارگیری راهبردهای تفکر و پردازش موثر اطلاعات دخالت دارد (همان).

مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که عامل مشترک در نقیصه‌های مشاهده شده در پردازش شناختی افراد افسرده، مشکل در کنترل توجه به عنوان یک مکانیزم شناختی است (هرتل^۲، ۱۹۹۴؛ گاتلیب، رابرتز، و گیلبو^۳، ۱۹۹۶؛ لینویل^۴، ۱۹۹۶؛ شاپیرو و رابرتز^۵، ۲۰۰۳). مشکلات توجهی افراد افسرده نیز از دو جنبه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نخست از نظر نقش آسیب شناختی آن‌ها در تداوم و عود افسردگی (بک^۶، ۱۹۶۷، ۱۹۷۶) که از این منظر، تغییرات مرتبط با خلق افسرده در سطوح مختلف پردازش شناختی نفوذ کرده و مراحل اولیه پردازش اطلاعات نظیر پردازش دیداری، توجه دیداری تا سطوح میانی نظیر حافظه کاری^۷ و سطوح عالی تر نظیر پردازش پردازش معنایی^۸ و استدلال را تحت تأثیر قرار می‌دهند (ماتیوس و مک لود، ۱۹۹۴، ۲۰۰۵). این دیدگاه با عنوان توجه سوگیرانه^۹ معرفی شده است.

¹ von Hecker and Meiser

² Hertel

³ Gotlib & Roberts & Gilboa

⁴ Linville

⁵ Shapiro & Roberts

⁶ Beck

⁷ working memory

⁸ semantic processing

⁹ Biased attention

ثانیاً، در روندی موازی، توجه افسرده وار نه تنها به عنوان عامل آسیب شناختی دیده نشده است بلکه در قالب چرخه ناکامی^۱ (کلینگر^۲، ۱۹۷۵) و به عنوان بخشی ضروری در فرایند جدا کردن^۳ فرد از هدف غیرقابل دسترس در نظر گرفته می‌شود. چنین دیدگاهی، تغییرات توجهی را از منظر تکاملی و به مثابه کارکردی که آشکارا در جهت خدمت به موجود زنده عمل می‌کند، قلمداد می‌کند (برای نمونه کلینگر، ۱۹۷۵؛ نسه، ۱۹۹۰، ۱۹۹۸، ۲۰۰۰، ۲۰۰۲، ۲۰۰۳؛ ولینگ، ۲۰۰۳). برای نمونه فرضیه توجه نامتمرکز^۴ بیان می‌دارد که عملکرد افراد افسرده در تکالیفی که نیاز به سطوح بالای توجه دارند با حالت تغییر یافته‌ای از توجه همراه است که با اختصاص توجه به محرک‌های پیرامونی، فرعی، دور از مرکز و کلی مشخص می‌شود؛ و این برتری توجه به محرک‌های کلی، پیرامونی و غیر مرتبط برای موجود زنده ارزش انطباقی دارد (فون هکر و مایزر، ۲۰۰۵).

افراد افسرده اغلب یک احساس ناتوان‌کننده شکست و درماندگی را تجربه می‌کنند (آبرامسون، متالسکی، و الوی^۵، ۱۹۸۹) که اغلب این احساسات به واسطه هدف‌های دست نیافته و راه‌حل‌های غیرقابل دسترس ایجاد می‌شود. داشتن حالت توجه نامتمرکز اجازه می‌دهد که فرد برای بررسی در فرایند جستجوی توجهی در میدان دید، توجه بازتری نسبت به گزینه‌ها و راه‌های موجود داشته باشد و این حالت توجه نقش سازگارانده دارد به این صورت که فرصت‌هایی را برای توجه به گزینه‌های غیرقابل دسترس قبلی فراهم می‌کند. حالت توجه متمرکز تر بسیار انتخابی و محدود است و به راه‌حل‌های دیگر اجازه آشکار شدن نمی‌دهد، درحالی‌که توجه نامتمرکز باعث می‌شود که فرصت‌های بیشتری فراهم شود تا فرد به هدف برسد، بنابراین ممکن است عملکردی سازگارانده در جهت تغییر حالت خلق افسرده باشد.

لازم است که ادعای مطرح شده توسط نمونه توجه نامتمرکز مبنی بر اینکه توجه نامتمرکز به عنوان یک مکانیسم دارای کارکرد برای افسردگی محسوب می‌شود مورد آزمایش و بررسی قرار گیرد. حالت توجه نامتمرکز اجازه می‌دهد که منابع توجه بیشتر به سمت پیرامون جلب شود و این اختلاف در تخصیص توجه به شکل حافظه بهتر برای محرک‌های ارائه شده در پیرامون حوزه توجه خودش را نشان می‌دهد. اگر فرضیه توجه نامتمرکز در افراد افسرده درست باشد، بنابراین

¹ frustration cycle

² Klinger

³ disengagement

⁴ Defocused attention hypothesis

⁵ Abramson, Metalsky, & Alloy

فرض می‌شود که شرکت‌کنندگان در حالت خلق منفی عملکرد بهتری در یادآوری آیتم‌های پیرامونی نسبت به گروه کنترل داشته باشند. چنین یافته‌هایی از حالت توجه نامتمرکز مطرح شده توسط فون هکر و مایزر (۲۰۰۵) حمایت می‌کند.

۱-۳ اهداف پژوهش

تصویر متغیر حاصل از مطالعات قبلی در زمینه حضور نقیصه‌های توجه در خلق افسرده نیاز به مطالعات بیشتر را ملموس تر می‌سازد. به این ترتیب مطالعه حاضر در پی بررسی و اهداف زیر است.

۱-۳-۱ هدف کلی

مقایسه‌ی شیوه‌ی اختصاص توجه در افراد افسرده و غیر افسرده به محرک‌های جامع/جزئی و محرک‌ها با ظرفیت^۱ عاطفی مختلف.

۱-۳-۲ هدف‌های جزئی

اهداف جزئی مطالعه حاضر از قرار زیر بودند:

- ۱- مقایسه‌ی اختصاص توجه در افراد عادی و افسرده نسبت به محرک‌های جزئی و جامع
- ۲- مقایسه‌ی اختصاص توجه در افراد عادی و افسرده نسبت به محرک‌های با ظرفیت عاطفی مختلف.

۱-۴ فرضیه‌ها

بین افراد عادی و افسرده از نظر دقت در پردازش محرک‌های با ظرفیت عاطفی مختلف تفاوت معناداری وجود دارد.

بین افراد عادی و افسرده از نظر دقت در پردازش محرک‌های جزئی و جامع تفاوت معناداری وجود دارد.

^۱ Valence

۱-۵ تعریف نظری متغیرها

۱-۵-۱ خلق افسرده

کلمه افسردگی به معنی پریشانی و انحطاط است. از دیدگاه روان‌پزشکی، افسردگی عبارت است از کاهش نیروها و فعالیت‌های جسمانی و روانی بر اثر ناراحتی و اندوه (اشتاینر و یانکرز^۱، ترجمه بهادران، عریضی، و کاووسیان، ۱۳۸۳).

چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، کاهش توانایی در فکر کردن و تمرکز را چهارچوب تشخیص اختلال افسردگی اساسی می‌داند (مک کوبین، تیپر، یانگ، جاف، و لویت^۲، ۲۰۰۰).

۱-۵-۲ سوگیری توجه

سوگیری توجه عبارت است از تمایل به توجه انتخابی به اطلاعات مرتبط شخصی در کنار اطلاعات خنثی (اسمیتز، روفز، و جنسن^۳، ۲۰۰۹).

۱-۵-۳ توجه نامتمرکز^۴

منظور از توجه غیرمتمرکز، شرایطی است که حساسیت فرد نسبت به مشخصات جزئی محرک که کمتر به طور مستقیم با هدف فعلی ارتباط دارند، افزایش یافته و این مشخصات در حافظه کدگذاری می‌شوند. در توجه نامتمرکز، جنبه‌های بیشتری از محرک‌ها در فرایند آندوزش و در بازخوانی از حافظه دخالت دارند که در نتیجه جایگاه‌های بیشتری در حافظه فعال می‌شوند و در کدگذاری تجربه‌ای آنی از محرک و ارائه جزئیات آن برای زمان بعد مشارکت دارند (گبورا^۵، ۲۰۰۲).

¹ Steiner & Yonkers

² Maqueen, Tipper, Young, Joffe & Levitt

³ Smeets, Roefs, Jansen

⁴ Defocused attention

⁵ Gabora

۱-۶ تعریف عملیاتی متغیرها

۱-۶-۱ خلق افسرده

خلق افسرده به کمک آزمون افسردگی بک ۲ اندازه‌گیری می‌شود. سیاهه افسردگی بک یک پرسشنامه‌ی خود گزارشی است. منظور ما از افسردگی در اینجا نمره‌ی بین ۱۳-۲۸ است (گری گراث و مارنات، ۲۰۰۳؛ ترجمه‌ی پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۸۷).

۱-۶-۲ سوگیری توجه (تکلیف دات پروب)

یکی از تکلیف‌های مورد استفاده برای اندازه‌گیری توجه انتخابی، تکلیف دات پروب^۱ است. سوگیری توجه در این پژوهش به وسیله‌ی زمان واکنش فرد به محرک‌های با ظرفیت عاطفی مختلف اندازه‌گیری می‌شود (مکلود، ماتیوس، و تاتا، ۱۹۸۶).

۱-۶-۳ توجه نامتمرکز (تکلیف نوون)

آنچه که تکلیف نوون اندازه‌گیری می‌کند. توجه نامتمرکز در این پژوهش به وسیله‌ی زمان واکنش مشارکت‌کننده به محرک‌های جامع و جزئی اندازه‌گیری شده است. زمان واکنش بیشتر به محرک‌های کلی نشان‌دهنده‌ی توجه متمرکز و زمان واکنش بیشتر به محرک‌های جزئی نشان‌دهنده‌ی توجه نامتمرکز و پیرامونی است.

¹ Dot-Prob task