

## مقایسه نقایص کنترل توجه در سه گروه از دانشجویان بهنجار، مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال همبود (اضطراب اجتماعی و افسردگی) دانشگاه لرستان

عزت اله قدمپور<sup>۱</sup>، فاطمه رضایی<sup>۱</sup>، نسرين السادات حسینی رمقانی<sup>۲\*</sup>، سمیه مرادی<sup>۳</sup>

گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران؛ <sup>۲</sup>دانشجو، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران؛ <sup>۳</sup>دانشجو، گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۵ تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۸

### چکیده:

زمینه و هدف: یکی از مکانیسم‌هایی که به عنوان زیربنای اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود، اختلال در کنترل توجه است. مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای نقایص کنترل توجه در سه گروه از دانشجویان بهنجار، مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال همبود (اضطراب اجتماعی و افسردگی) طرح شده است.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه دانشجویان دختر بهنجار، مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و مبتلا به اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی دانشگاه لرستان در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بود. به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌گیری یک مرحله‌ای ۵۳۴ نفر از دانشجویان پرسشنامه‌های هراس اجتماعی و افسردگی را تکمیل نمودند، سپس با توجه به نقطه برش پرسشنامه‌ها، دانشجویان واجد شرایط وارد مرحله مصاحبه بالینی شدند که در نهایت ۹۰ نفر یعنی در هر گروه ۳۰ نفر انتخاب شدند، و سپس آزمون رنگ-کلمه استروپ را اجرا نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار در کنترل توجه تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $P < 0/07$ )؛ اما گروه مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی نسبت به دو گروه دیگر به طور معنی داری عملکرد ضعیف‌تری در تکلیف کنترل توجه ( $P < 0/001$ ) نشان دادند.

نتیجه‌گیری: افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تنها زمانی نقص‌های کنترل توجه دارند، همزمان از اختلال افسردگی همبود نیز رنج ببرند این یافته علاوه بر کمک در شناسایی مکانیسم‌های زیربنایی دخیل در این اختلال، ضرورت توجه درمانی به این نقایص توجهی در شرایط همبودی دو اختلال را آشکار می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: کنترل توجه، اضطراب اجتماعی، همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی، دانشجویان.

### مقدمه:

شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی است که شیوع سالانه آن تقریباً ۷٪ و شیوع طول عمر آن ۱۳٪ است، سن متوسط هنگام شروع اختلال ۱۳ سالگی است و ۷۵٪ سن شروع ۸ تا ۱۵ سال را دارند (۲، ۳). شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (۴).

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که ترس پایدار از موقعیت‌های اجتماعی و به تبع آن اجتناب از این موقعیت‌ها، مخصوصاً وقتی که فرد در حال انجام عملکرد است یا در بین افراد ناآشنا حضور دارد، را شامل می‌شود (۱). این اختلال از

یکی از مکانیسم‌هایی که به عنوان اساس و زیربنای اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود، اختلال در کنترل توجه است. کنترل توجه به توانایی فرد برای تنظیم ارادی توجه اشاره دارد که در نتیجه این فرایند اطلاعات مرتبط با تکلیف مورد توجه و اطلاعات غیرمرتبط با تکلیف نادیده گرفته می‌شود، همچنین توانایی بالاتر در کنترل توجه، به فرد کمک می‌کند تا بتواند به صورت انعطاف‌پذیری توجه خود را بین تکالیف مختلف یا تقاضاهای مختلف یک تکلیف، تغییر دهد (۵). افراد مضطرب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی برای این که بتوانند توجه خود را در جهت اهداف مرتبط با تکلیف در حال اجرا کنترل کنند، با مشکل مواجه می‌شوند که این مشکل از طریق تعامل دو ویژگی خاص آن‌ها، یعنی توجه متمرکز بر خود افزایش یافته و تسخیر افراطی توجه توسط اطلاعات مرتبط با تهدید اجتماعی، ایجاد می‌شود (۶). علاوه بر این، افراد مضطرب اجتماعی حتی وقتی که در موقعیت‌های اجتماعی حضور ندارند در کنترل توجه خود باز دچار مشکل می‌شوند که این مشکل از طریق پردازش پس‌رویدادی یا مرور نشخواری اعمال خود و عکس‌العمل‌های دیگران در بین موقعیت‌های اجتماعی، به وجود می‌آید (۷).

نظریه کنترل توجه Eysenck و Derakshan و Eysenck و همکاران، چارچوبی را برای مفهوم‌سازی پردازش توجه در اختلال اضطراب اجتماعی فراهم می‌آورد (۸،۹). این نظریه دو سیستم توجهی متعامل یعنی سیستم هدف‌گرا و سیستم محرک‌گرا، را فرض می‌کند. هر دو سیستم مسئول فرایند کنترل توجه هستند. سیستم هدف‌گرا از اهداف جاری، انتظارات، و دانش فرد متأثر می‌شود و مسئول کنترل کردن پردازش ارادی توجه است. سیستم محرک‌گرا به وسیله ویژگی‌های محرک، هدایت می‌شود و محیط را برای محرک تهدیدزا مورد بررسی قرار می‌دهد (۹). تحت شرایط غیرتهدیدکننده، این دو سیستم در حالت تعادل هستند، اما وقتی در شرایط استرس‌زا که هدف تهدیدزا می‌شود

یا شرایط بدون استرسی که افکار تهدیدکننده غیرمرتبط با تکلیف فعال می‌شوند، سیستم محرک‌گرا بر سیستم هدف‌گرا غلبه پیدا می‌کند. نظریه پردازان کنترل توجه فرض می‌کنند که تغییر منابع به سمت سیستم توجهی محرک‌گرا باعث کاهش منابع در دسترسی می‌شود که می‌توانست توسط سیستم توجهی هدف‌گرا برای کنترل ارادی توجه به کار گرفته شود (۸). از جمله کارکردهایی که به کنترل ارادی توجه نیاز دارند، کارکردهای اجرایی هستند. افراد با سطوح بالای اضطراب، مستعد نشان دادن مشکلاتی در تکالیف مربوط به این کارکردها هستند. یکی از پیش‌بینی‌های این نظریه این است که حتی وقتی محرک‌های غیرمرتبط با تکلیف تهدیدکننده نیست، افراد با اضطراب صفت بالا نسبت به افراد با اضطراب صفت پایین، به دلیل تجربه درونی افکار و نگرانی‌ها، در تکالیفی که کارکردهای اجرایی را می‌سنجند، عملکرد ضعیف‌تری را از خود نشان می‌دهند (۹).

برای گسترش فرضیات نظریه کنترل توجه به اختلال اضطراب اجتماعی باید ذکر نمود از آنجا که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی حتی در غیاب محرک تهدیدکننده، دارای پردازش پس‌رویدادی و مرور نشخواری تجارب اجتماعی هستند، پس منطقی به نظر می‌رسد که افراد مضطرب اجتماعی ناکارآمدی کنترل توجه را نه تنها در موقعیت‌هایی که اطلاعات غیرمرتبط با تکلیف تهدیدزا هستند، نشان دهند، بلکه همچنین در موقعیت‌هایی که اطلاعات غیرمرتبط با تکلیف تهدیدکننده نیستند، نیز این ناکارآمدی در کنترل توجه را نشان دهند (۱۰).

در حالی که مطالعات زیادی اگرچه گاهی با نتایج متناقض، در رابطه با نقایص کنترل توجه در اختلال اضطراب اجتماعی در مورد موقعیت‌هایی که اطلاعات غیرمرتبط با تکلیف تهدیدزا هستند، وجود دارد، اما مطالعات اندکی در مورد موقعیت‌هایی که اطلاعات غیرمرتبط با تکلیف خنثی هستند، انجام شده است. اگر بتوانیم فرضیه‌های برخاسته از نظریه کنترل توجه را در

مورد اختلال اضطراب اجتماعی نیز گسترش دهیم، می‌تواند در روشن‌سازی مکانیسم‌های فراتشخیصی بالقوه‌ای که در حفظ و ماندگاری اختلالات اضطرابی نقش دارد، کمک‌کننده باشد.

در بحث از پیشینه پژوهشی در زمینه نقایص کنترل توجه در اختلال اضطراب اجتماعی باید به دو دسته از مطالعات اشاره کرد، اول مطالعاتی که کنترل توجه را در موقعیت‌هایی که اطلاعات غیرمرتبط با تکلیف تهدیدکننده هستند مطالعه کرده‌اند و دوم پژوهش‌هایی که کنترل توجه را در موقعیت‌هایی که اطلاعات غیرمرتبط با تکلیف تهدیدکننده نیستند (خنثی)، بررسی نموده‌اند.

شواهد حاکی از ناکارآمدی کنترل توجه در اختلال اضطراب اجتماعی در موقعیت‌هایی که اطلاعات غیرمرتبط با تکلیف تهدیدکننده یا هیجانی هستند، برآمده از مطالعات سوگیری توجه به سمت تهدید است. از جمله سوگیری توجه به سمت محرک‌های تهدیدزا، در تکالیفی از جمله؛ تکلیف بررسی نقطه، تکلیف پلک زدن توجهی هیجانی، تکلیف فلانکر، تکلیف ردیابی چشمی، در اختلال اضطراب اجتماعی گزارش شده است (۱۱-۱۴). همخوان با نظریه کنترل توجه، این سوگیری‌های مشاهده شده، در مرحله اول به صورت افزایش توجه سوگیری شده به سمت تهدید خود را نشان می‌دهد (افزایش فعالیت سیستم محرک گرا نسبت به هدف گرا) و در مرحله بعد باعث می‌شود که فرد مشکلاتی را در جدا کردن توجه خود از تهدید داشته باشد (تخریب در کارکرد تغییر دادن توجه) (۱۵).

برخلاف مطالعات زیادی که در مورد بررسی ناکارآمدی کنترل توجه در زمینه اطلاعات تهدیدکننده در اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد، مطالعات بسیار اندکی در زمینه بررسی ناکارآمدی کنترل در رابطه با محرک‌های خنثی یا اطلاعات غیرتهدیدزا در این اختلال، انجام شده است. در دو مطالعه که کنترل توجه را با استفاده از یک مقیاس خودگزارشی سنجیده بودند، نتایج حاکی از رابطه منفی بین نشانه‌های اختلال

اضطراب اجتماعی و کنترل توجه، حتی بعد از کنترل نشانه‌های مرتبط با افسردگی بود (۱۶، ۱۷). در یک مطالعه دیگر نیز کنترل توجه را در تکلیف پلک زدن توجهی (تکلیفی که اطلاعات غیرمرتبط در آن خنثی هستند)، در سه گروه از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بدون نشانه‌های افسردگی، افراد مضطرب اجتماعی که اختلال افسردگی همراه نیز داشتند و افراد گروه بهنجار مقایسه کردند، نتایج حاکی از ناکارآمدی کنترل توجه تنها در گروه افراد مضطرب اجتماعی که اختلال افسردگی هم‌ایند را داشتند، بود (۱۸).

از طرفی مطالعات موجود در زمینه ناکارآمدی کنترل توجه در اختلال اضطراب اجتماعی، در رابطه با اطلاعات غیرتهدیدکننده و خنثی، بسیار اندک می‌باشد. از طرف دیگر در بیشتر مطالعات پیشین نشانه‌های اختلال افسردگی همراه با اختلال اضطراب اجتماعی را یا به صورت آماری یا این که در ابتدا در انتخاب نمونه‌ها کنترل نموده‌اند. در حالی که تحقیقات پیشین حاکی از این است که اختلال افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلال‌هایی است که همبودی بالایی با اختلال اضطراب اجتماعی دارد (۲۲-۱۹). افراد مبتلا به همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، اختلال بیشتری در کارکردهای روانی، اجتماعی و شغلی، گرایش بیشتر به افکار خودکشی، تجربه حضور نشانه‌های اختلال در مدت زمانی بیشتر و پیش‌آگهی ضعیف‌تر را تجربه می‌کنند (۲۳-۲۵). همچنین افراد مبتلا به افسردگی و افراد مضطرب اجتماعی در یک سری از نقص‌های شناختی از جمله پردازش پس‌رویدادی یا پاسخ‌های نشخواری (۲۰). توجه متمرکز بر خود افزایش یافته و همچنین نقص‌های کنترل توجه در ارتباط با محرک‌های هیجانی مشترک هستند (۳۰-۲۶). از آن جایی که همبودی این دو اختلال باعث اختلال بیشتر و پیش‌آگهی ضعیف‌تر می‌شود، بررسی و شناخت متغیرهایی که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بدون افسردگی همبود و افراد مبتلا به همبودی دچار ناکارآمدی هستند، علاوه بر کمک به فهم مکانیسم‌های زیربنایی این

۱۹ و همچنین نمره آن ها در نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک بالاتر از ۱۹، دامنه نمره ۱۹ به بالاتر بیانگر افسردگی متوسط تا شدید بود و برای گروه بهنجار دانشجویانی ۵۵ نفر که نمره آن ها در پرسشنامه هراس اجتماعی کانور پایین تر از ۱۹ و همچنین نمره آن ها در نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک پایین تر از نمره ۹ بود، انتخاب شدند.

در مرحله بعد مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط دو تن از دانشجویان دکتری روانشناسی، بر روی تمامی افراد انتخاب شده که افراد بهنجار را نیز شامل می‌شد، اجرا شد. در این مصاحبه علاوه بر بررسی ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی برای هر گروه، ملاک‌های ورود به پژوهش نیز مورد بررسی قرار گرفتند. این ملاک‌ها عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، نداشتن اختلال روانشناختی همزمان در محور یک به جز افسردگی در گروه همبود، عدم وجود بیماری جسمی شدید یا سابقه ضربه مغزی، عدم وجود نقص بینایی یا کورنگی جهت انجام تکلیف استروپ، عدم مصرف داروهای پزشکی یا روانپزشکی که بر عملکرد شناختی اثر بگذارد و عدم شرکت آزمودنی‌ها در روان‌درمانی. بعد از انجام مصاحبه، با توجه به این که حجم نمونه برای تحقیقات علی-مقایسه بین ۱۵ تا ۳۰ نفر پیشنهاد می‌شود، در هر گروه ۳۰ نفر جایگزین شدند (۳۳).

در این پژوهش جهت غربالگری و جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه هراس اجتماعی کانور: به منظور ارزیابی هراس یا اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی است که دارای سه خرده مقیاس فرعی (ترس ۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می‌باشد. هر ماده بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر برای ابدأ تا ۴ برای بی‌نهایت، درجه‌بندی می‌گردد (۳۴). حسنونند و همکاران کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند که پایایی به

اختلالات، می‌تواند در جهت گسترش درمان‌هایی موثر باشد که به طور خاص این نقایص شناختی را در شرایط مختلف عدم همبودی یا وجود همبودی این دو اختلال قبل از این که باعث تشدید شرایط خاص هر اختلال شود، مورد هدف قرار می‌دهد؛ لذا هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای نقایص کنترل توجه در تکلیف استروپ رنگ-کلمه، در سه گروه از دانشجویان بهنجار، مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال همبود (اضطراب اجتماعی و افسردگی) بود.

### روش بررسی:

طرح پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر بهنجار، مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بدون همبودی آن با اختلال افسردگی و مبتلایان به همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در دانشگاه لرستان مشغول به تحصیل بودند، بود. برای انتخاب نمونه پژوهش، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که از بین ۶ خوابگاه دانشجویی دخترانه دانشگاه لرستان دو خوابگاه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس تمام دانشجویان این دو خوابگاه که برای شرکت در پژوهش ابراز رضایت نمودند یعنی ۵۳۴ نفر، پرسشنامه هراس اجتماعی کانور و نسخه دوم افسردگی بک را تکمیل نمودند. در مرحله اول، بعد از نمره‌گذاری پرسشنامه‌های دریافت شده، برای گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی بدون اختلال افسردگی همراه دانشجویانی ۵۰ نفر که نمره آن ها در پرسشنامه هراس اجتماعی کانور بالاتر از نقطه برش ۱۹ به نقل از محمودی و نمره آن ها در نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک پایین تر از نمره ۹، دامنه نمره صفر تا ۹ بیانگر فقدان افسردگی یا کمترین حد افسردگی است (۳۱، ۳۲). برای گروه مبتلا به همبودی اختلال اضطراب اجتماعی با افسردگی، دانشجویانی ۴۳ نفر که نمره آن ها در پرسشنامه هراس اجتماعی کانور بالاتر از

می‌شود: در مرحله اول آزمون که خط پایه نام دارد، از آزمودنی می‌خواهیم که واژه‌های قرمز، آبی، سبز و زرد را که با جوهر مشکی چاپ شده‌اند با سرعت بخواند. در مرحله دوم که شرایط همگرایی است برای مثال واژه قرمز را با رنگ قرمز نوشته شده، از آزمودنی می‌خواهیم که واژه را بخواند و در مرحله سوم که یک شرایط ناهمگرا است برای مثال واژه قرمز را با رنگ آبی نوشته شده، از آزمودنی می‌خواهیم که رنگ واژه را بگوید. در هر مرحله تعداد خطاها و مدت زمان پاسخگویی ثبت می‌شود که در این پژوهش دو نمره میانگین تعداد خطاها در کل کوشش و زمان اختلافی بین مرحله خط پایه و مرحله ناهمخوانی که معمولاً از آن به عنوان ملاک بازداری یاد می‌شود، محاسبه شده است. پایایی این آزمون با روش بازآزمایی ۰/۷۵ گزارش شده است (۳۸).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS و شاخص‌های آمار توصیفی یعنی میانگین و انحراف معیار و همچنین در حیطه آمار استنباطی از روش تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

### یافته‌ها:

جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های هر سه گروه در متغیر سن، تعداد خطا و زمان صرف شده در آزمون استروپ را نشان می‌دهد.

روش تصنیف برای نمره کل آزمون برابر با ۰/۸۴ گزارش نمودند و همچنین روایی همزمان این پرسشنامه بر اساس رابطه آن با پرسشنامه خطای شناختی، پرسشنامه عزت نفس و اضطراب فوبیک به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۵۸ و ۰/۷۰ به دست آمده که بیانگر روایی مناسب این آزمون است (۳۵).

پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم: این پرسشنامه توسط بک، استیر و براون ساخته شده است (۳۲). پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سوال می‌باشد که محتوای ۱۵ سوال مرتبط با علائم روانشناختی و ۶ سوال مرتبط با علائم جسمانی است. همه سوالات شدت اختلال را بر مبنای مقیاس لیکرت (صفر تا سه) ارزیابی می‌کنند. نمره کل فرد از طریق جمع نمرات کلیه سوالات در دامنه صفر تا ۶۳ حاصل می‌شود. خصوصیات نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعات گوناگون بررسی و تأیید شده است، از جمله در یک مطالعه پایایی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد و روایی سازه و همگرایی این پرسشنامه نیز مناسب گزارش شد (۳۶).

آزمون کلمه-رنگ استروپ: آزمون رنگ-کلمه استروپ ابزاری کلاسیک برای سنجش توجه انتخابی است و سازه‌ای از کارکرد اجرایی را می‌سنجد که کنترل بازداری، توانایی فرد برای بازداری پاسخ‌های غالب نامیده می‌شود (۳۷). این آزمون از سه کارت تشکیل شده است که به ترتیب زیر به آزمودنی‌ها ارائه

جدول شماره ۱: داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه مضطرب اجتماعی	گروه همبود	گروه بهنجار
سن	۲۲/۷۳±۲/۰۹	۲/۲۸±۲۲/۶۶	۲/۷۴±۲۳/۶۶
تعداد خطا	۱/۸۳±۰/۸۳	۱/۱±۳/۱۶	۰/۸۷±۱/۲
زمان صرف شده	۳۶/۳۳±۱۰/۲۹	۴۸/۵±۱۰/۷۲	۳۰/۵±۹/۳۱

داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند.

آزمون Kolmogorov-Smirnov z هر سه گروه در نمره‌های متغیر وابسته، معنی دار نشد و بدان معنی است که توزیع این گروه‌ها با توزیع نرمال تفاوت معنی داری ندارند.

پس از اطمینان از این که داده‌های مورد بررسی شرایط استفاده از آزمون تحلیل واریانس را دارند، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲، آورده شده است.

برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس، مفروضه برابری واریانس با آزمون Leven و همگنی ماتریس‌های واریانس با استفاده از آزمون M باکس مورد آزمون قرار گرفت. سطح معنی داری آماره F بزرگ تر از ۰/۰۵ بود که حاکی از عدم تفاوت معنی دار بین واریانس‌های متغیر وابسته بود. فرض نرمال بودن توزیع نیز با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov، مورد آزمون قرار گرفت.

### جدول شماره ۲: نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

منبع تغییرپذیری	نام آزمون	ارزش آماری	درجه آزادی خطا	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
	آزمون اثر پیلایی	۰/۵۷	۱۷۴	۱۷/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸
گروه	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۲	۱۷۲	۲۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۳۳	۱۷۰	۲۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۳۳	۸۷	۵۸/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷

واریانس به منظور بررسی تفاوت سه گروه در هر یک از متغیرهای مورد پژوهش در جدول شماره ۳ آورده شده است.

نتایج جدول شماره ۲، حاکی از این است که بین سه گروه مورد مقایسه در تعداد خطاها و زمان صرف شده تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). نتایج تحلیل

### جدول شماره ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس تفاوت سه گروه مورد مطالعه در تعداد خطا و زمان صرف شده در آزمون استروپ

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تعداد خطا	۵۷/۰۸	۲	۲۸/۵۴	۳۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳
زمان صرف شده	۵۰۶۰/۵۵	۲	۲۵۳۰/۲۷	۲۴/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶

آزمون استروپ و زمان صرف شده برای این آزمون، تفاوت معنی داری وجود دارد. بعد از معنی دار شدن آزمون F، برای مشخص کردن محل دقیق این تفاوت‌ها، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آورده شده است.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که آماره F برای تعداد خطا ( $F=33/46$  و  $P < 0/001$ ) و زمان صرف شده ( $F=24/65$  و  $P < 0/001$ ) در آزمون استروپ معنی دار است. به این معنی که حداقل بین دو نوع از گروه‌های مورد مقایسه در تعداد خطای مرتکب شده در

## جدول شماره ۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه جفت میانگین ها

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
زمان صرف شده	مضطرب اجتماعی	بهنجار	۵/۸۳-	۰/۰۷
	همبود	بهنجار	۱۲/۱۶-	۰/۰۰۱
	همبود	بهنجار	۱۸-	۰/۰۰۱
تعداد خطا	مضطرب اجتماعی	بهنجار	۰/۵۶-	۰/۰۵۱
	همبود	بهنجار	۱/۳۳-	۰/۰۰۱
	همبود	بهنجار	۱/۹-	۰/۰۰۱

## بحث:

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای نقایص کنترل توجه در تکلیف استروپ رنگ-کلمه، تکلیفی که از نظر هیجانی خنثی می‌باشد، در سه گروه دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بدون همبودی آن با اختلال افسردگی، مبتلایان به اضطراب اجتماعی همبود با اختلال افسردگی و گروه بهنجار صورت گرفت. نتایج حاکی از این بود که نقایص کنترل توجه در شرایطی که محرک‌های غیرمرتبط با تکلیف خنثی هستند، تکلیف استروپ رنگ-کلمه، تنها در صورتی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مشاهده می‌شد که همزمان اختلال افسردگی را نیز تجربه کنند. پس کنترل توجه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بدون اختلال همبود، در شرایطی که تکلیف ارائه شده از نظر هیجانی خنثی است، در مقایسه با افراد گروه بهنجار تفاوت معنی داری ندارد. از آنجایی که بین نمره‌های دو گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی با و بدون همبودی اختلال افسردگی، در مقیاس اندازه‌گیری اضطراب اجتماعی تفاوت معنی داری وجود نداشت، پس تفاوت عملکرد این دو گروه در آزمون استروپ، نمی‌تواند به دلیل تفاوت در شدت اضطراب اجتماعی باشد.

نتایج جدول شماره ۴، حاکی از این است که بین گروه مضطرب اجتماعی بدون اختلال همراه و گروه بهنجار در تعداد خطا ( $P < 0/051$ ) و زمان صرف شده ( $P < 0/07$ ) در آزمون استروپ تفاوت معنی داری وجود ندارد. نتایج این جدول همچنین نشان می‌دهد که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی و گروه بهنجار در تعداد خطا ( $P < 0/001$ ) و زمان صرف شده ( $P < 0/001$ ) در آزمون استروپ تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند، به این صورت که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی در آزمون استروپ که توجه انتخابی یا بازداری توجه را می‌سنجد، عملکرد ضعیف‌تری دارند.

نتایج جدول شماره ۴ به منظور مقایسه دو گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی و گروه مضطرب اجتماعی بدون اختلال همراه، حاکی از این است که این دو گروه در تعداد خطا ( $P < 0/001$ ) و زمان صرف شده ( $P < 0/001$ ) در آزمون استروپ تفاوت معنی داری دارند. به این صورت که نقایص کنترل توجه در گروه مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی نسبت به گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی بدون اختلال همراه به صورت معنی داری بیشتر است.

با وجود اندک بودن تحقیقات در زمینه بررسی ناکارآمدی کنترل توجه در زمینه محرک‌های خنثی در اختلال اضطراب اجتماعی و همین‌طور همبودی آن با اختلال افسردگی، این یافته که گروه مضطرب اجتماعی همبود با اختلال افسردگی در کنترل توجه دچار نقص هستند، در راستای تحقیقات پیشین می‌باشد (۱۸-۳۹،۱۶)

این یافته‌ها در قالب نظریه کنترل توجهی Eysenck و همکاران قابل تبیین است (۹). این نظریه پیش‌بینی می‌کند که در شرایطی که منبع استرس بیرونی وجود ندارد، فرد به دلیل شرایط ویژه خود می‌تواند افکار غیرمرتبط با تکلیف را تجربه کند و تجربه این افکار باعث می‌شود که سیستم محرک‌گرا بر سیستم هدف‌گرا غلبه پیدا می‌کند. نظریه پردازان کنترل توجه فرض می‌کنند که تغییر منابع به سمت سیستم توجهی محرک‌گرا باعث کاهش منابع در دسترس می‌شود که می‌توانست توسط سیستم توجهی هدف‌گرا برای کنترل ارادی توجه به کار گرفته شود و در نتیجه این فرایند، فرد در کنترل توجه خود با مشکل روبه‌رو می‌شود (۸). در این پژوهش شرایط بیرونی استرس‌زایی وجود ندارد و همچنین تکلیف اجرا شده از نظر هیجانی خنثی می‌باشد، اما ویژگی‌های خاصی از اختلال اضطراب اجتماعی مانند توجه متمرکز بر خود افراطی، و تجربه پردازش پس‌رویدادی در تعامل با ویژگی‌هایی مشابهی از اختلال افسردگی از جمله وجود نشخوارهای ذهنی و همچنین توجه متمرکز بر خود افزایش یافته، می‌تواند باعث افزایش بیشتر تجربه افکار غیرمرتبط با تکلیف از جمله نگرانی و خودگویی‌ها منفی شود (۹، ۴۰). این افزایش در نگرانی و خودگویی‌ها به عنوان یک اضافه بار شناختی عمل نموده و در تخصیص منابع توجهی به تکلیف در حال اجرا اختلال ایجاد می‌کند. به این صورت که منابع در دسترس حافظه فعال برای به اجرا درآوردن تکلیف در حال اجرا، صرف پردازش خودگویی‌ها و سایر افکار غیرمرتبط با تکلیف می‌شود و منابع توجهی کمتری برای به اجرا درآوردن تکلیف

مورد تقاضا اختصاص می‌یابد که در نتیجه این فرآیند، عملکرد فرد در تکلیفی که به کنترل و تخصیص منابع توجه نیاز دارد دچار اختلال می‌شود (۹). به علاوه بعضی از محققان فرض می‌کنند که پردازش خودگویی‌های غیرمرتبط با تکلیف غیرارادی می‌باشد، از آن جایی که کنترل تخصیص منابع بین فرآیندهای ارادی، یکی از وظایف اجرایی مرکزی کارکرد بازدارنده توجه یکی از کارکردهای اجرایی مرکزی می‌باشد؛ بنابراین با افزایش در خودگویی‌هایی که به صورت غیر ارادی پردازش می‌شوند، اجرایی مرکزی در زمینه کمک‌رسانی به فرآیندهای ارادی و هدف‌گرا دچار اختلال در عملکرد می‌شود (۴۱).

یافته دیگر پژوهش عدم تفاوت گروه بهنجار و گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی بدون افسردگی همراه، در بازداری توجه برای اطلاعات خنثی غیرمرتبط با تکلیف بود. در رابطه با این یافته نیز مطالعات پیشین اندکی وجود دارد که با دو پژوهش ناهمخوان و با پژوهش همخوان است (۱۸-۱۶).

در تبیین این عدم تفاوت با توجه به نظریه کنترل توجهی Eysenck و همکاران می‌توان ذکر نمود که افکار غیرمرتبط با تکلیفی که در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بدون همبودی آن با اختلال افسردگی، فعال می‌شود، آنچنان زیاد نیستند که بتوانند به عنوان یک اضافه‌بار شناختی عمل کنند و منابع توجهی در دسترس برای اجرای تکلیف مورد تقاضا را به خود اختصاص دهند (۹). همچنین نظریه کنترل توجهی پیش‌بینی می‌کند که حتی وقتی که فرد افکار غیرمرتبط با تکلیف را تجربه و این افکار منابع توجهی را درگیر می‌کند، اگر فرد بتواند از راهبردهای جبرانی و انگیزشی مانند افزایش تلاش ذهنی برای انجام تکلیف کمک بگیرد، می‌تواند تخصیص منابع به افکار غیرمرتبط با تکلیف را جبران نماید و عملکردی اثربخش داشته باشد (۸)؛ اما در شرایطی که افکار غیرمرتبط با تکلیف آنچنان زیاد هستند که فرد با توسل به راهبردهای جبرانی نیز نمی‌تواند تخصیص منابع توجهی توسط افکار غیرمرتبط با تکلیف



را جبران کند، فرد نمی‌تواند عملکردی اثربخش داشته باشد؛ ولی در گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی از طرفی به دلیل تجربه همزمان دو اختلال به صورت همبود و احتمال تجربه بیشتر افکار غیرمرتبط با تکلیف و از طرفی دیگر از آنجایی که تجربه افسردگی با کاهش انگیزه و تمایل کمتر برای تلاش ذهنی همراه می‌شود (۴۲). افرادی که اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی را تجربه می‌کنند، احتمال کمتری وجود دارد که از راهبردهای جبرانی مانند افزایش تلاش ذهنی که نوعی راهبرد انگیزشی نیز هستند، برای جبران اثر افکار غیرمرتبط با تکلیف بر مصرف منابع توجهی، کمک بگیرند که در نتیجه این شرایط در افراد مبتلا به اختلال همبودی افسردگی و اضطراب اجتماعی، عملکرد فرد در کنترل توجه، دچار اختلال می‌شود.

در تبیین ناهمخوانی بین این یافته و یافته دو پژوهش که حاکی از تفاوت در کنترل توجه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی حتی بعد از کنترل اختلال افسردگی بود، می‌توان به تفاوت در ابزار اندازه‌گیری اشاره کرد (۱۷،۱۶). به این صورت که مطالعات ذکر شده از ابزار خودگزارشی برای سنجش کنترل توجه استفاده نموده‌اند، ولی مطالعه حاضر از آزمون استروپ برای سنجش کنترل توجه استفاده نموده است.

## نتیجه گیری:

نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تنها زمانی نقص‌های کنترل توجه در تکالیفی که از نظر هیجانی خنثی هستند را از خود نشان می‌دهند که همزمان از اختلال افسردگی همبود نیز رنج ببرند. این یافته علاوه بر کمک در شناسایی مکانیسم‌های زیربنایی دخیل در اختلال

اضطراب اجتماعی و همبودی آن با اختلال افسردگی، از آن جایی که معمولاً شروع اختلال اضطراب اجتماعی مقدم بر شروع اختلال افسردگی است، ضرورت توجه به درمان اختلال اضطراب اجتماعی را قبل از این که فرد نشانه‌های اختلال افسردگی را نیز تجربه نماید و نقایص شناختی بیشتری را از خود نشان دهد، آشکار می‌سازد. همچنین به درمانگران در درمان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی این هشدار را می‌دهد که باید به طور ویژه‌ای بر درمان نقایص موجود در کنترل توجه این افراد، با توجه به درمان‌های موجود یا خلق درمان‌های جدید، اقدام نمود.

باید ذکر نمود که در تعمیم‌پذیری این یافته‌ها باید به محدود بودن گروه نمونه به دانشجویان دختر توجه نمود. از پیشنهادات این پژوهش برای تحقیقات آینده، بررسی مقایسه‌ای نقص‌های کنترل توجه در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی و مبتلایان به همبودی اضطراب اجتماعی با افسردگی و مبتلایان به اختلال افسردگی بدون همبود شدن با اختلال اضطراب اجتماعی در دو گروه نمونه دختر و پسر می‌باشد. همچنین می‌توان در یک پژوهش به منظور مقایسه تفاوت‌های نتایج بر اساس ابزار مورد استفاده در پژوهش، به طور همزمان نقص‌های کنترل توجه را با تکلیف توجهی و مقیاس‌های خودگزارشی سنجید.

## تشکر و قدردانی:

از کلیه مسئولین و دانشجویان محترم دانشگاه لرستان که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم. لازم به ذکر است که این طرح با هزینه شخصی تأمین شده است و هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است.

## منابع:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: APA; 2013.
2. Arditte KA, Morabito DM, Shaw AM, Timpano KR. Interpersonal risk for suicide in social anxiety: The roles of shame and depression. *Psychiatry Res.* 2016; 239: 139-44.

3. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012; 21(3): 169-841.
4. Vaananen J-M, Frojd S, Ranta K, Marttunen M, Helminen M, Kaltiala-Heino R. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *J Affect Disord.* 2011; 133(1): 97-104.
5. Derryberry D, Reed MA. Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *J Abnorm Psychol.* 2002; 111(2): 225-36.
6. Heimberg RG, Brozovich FA, Rapee RM. A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. *Social anxiety.* 2010; 2: 395-422.
7. Cek D, Sanchez A, Timpano KR. Social anxiety-linked attention bias to threat is indirectly related to post-event processing via subjective emotional reactivity to social stress. *Behav Ther.* 2016; 47(3): 377-87.
8. Eysenck MW, Derakshan N. New perspective attentional control theory. *Pers Individ Dif.* 2011; 50(7): 955-60.
9. Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion.* 2007; 7(2): 336-53.
10. Morrison AS, Brozovich FA, Lakhan-Pal S, Jazaieri H, Goldin PR, Heimberg RG, et al. Attentional blink impairment in social anxiety disorder: Depression comorbidity matters. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016; 50: 209-14.
11. Taylor CT, Cross K, Amir N. Attentional control moderates the relationship between social anxiety symptoms and attentional disengagement from threatening information. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016; 50: 68-76.
12. Van Bockstaele B, Verschuere B, Tibboel H, De Houwer J, Crombez G, Koster EH. A review of current evidence for the causal impact of attentional bias on fear and anxiety. *Psychol Bull.* 2014; 140(3): 682-721.
13. Chen S, Yao N, Qian M, Lin M. Attentional biases in high social anxiety using a flanker task. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016; 51: 27-34.
14. Chen NT, Clarke PJ, Watson TL, MacLeod C, Guastella AJ. Attentional bias modification facilitates attentional control mechanisms: evidence from eye tracking. *Biol Psychol.* 2015; 104: 139-46.
15. Clarke PJ, Macleod C, Guastella AJ. Assessing the role of spatial engagement and disengagement of attention in anxiety-linked attentional bias: A critique of current paradigms and suggestions for future research directions. *Anxiety Stress Coping.* 2013; 26(1): 1-19.
16. Moriya J, Tanno Y. Relationships between negative emotionality and attentional control in effortful control. *Pers Individ Dif.* 2008; 44(6): 1348-55.
17. Morrison AS, Heimberg RG. Attentional control mediates the effect of social anxiety on positive affect. *J Anxiety Disord.* 2013; 27(1): 56-67.
18. Morrison AS, Brozovich FA, Lakhan-Pal S, Jazaieri H, Goldin PR, Heimberg RG, et al. Attentional blink impairment in social anxiety disorder: Depression comorbidity matters. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016; 50: 209-14.
19. Vaananen JM, Isomaa R, Kaltiala-Heino R, Frojd S, Helminen M, Marttunen M. Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence in a sex-specific manner: A 2-year follow-up of a prospective population cohort study. *BMC Psychiatry.* 2014; 14: 79.
20. Grant DM, Judah MR, Mills AC, Lechner WV, Davidson CL, Wingate LR. Rumination and excessive reassurance seeking: Mediators of the relationship between social anxiety and depression? *J Psychopathol Behav Assess.* 2014; 36(3): 465-74.
21. Koyuncu A, Ertekin E, Binbay Z, Ozyildirim I, Yuksel C, Tukul R. The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder. *Compr Psychiatry.* 2014; 55(2): 363-9.
22. Koyuncu A, Ertekin E, Ertekin BA, Binbay Z, Yuksel Ç, Deveci E, et al. Relationship between atypical depression and social anxiety disorder. *J Psychiatr Res.* 2015; 225(1): 79-84.
23. Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E, Marom S. Functional impairment in social anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2012; 26(3): 393-400.

24. Kashdan TB, Roberts JE. Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: Predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behav Res Ther.* 2011; 49(12): 875-84.
25. Cogle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the national comorbidity survey-replication. *J Psychiatry Res.* 2009; 43(9): 825-9.
26. Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2002; 128(4): 638-62.
27. Cole CE, Zapp DJ, Fetting NB, Perez-Edgar K. Impact of attention biases to threat and effortful control on individual variations in negative affect and social withdrawal in very young children. *J Exp Child Psychol.* 2016; 141: 210-21.
28. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychol Bull.* 2013; 139(1): 81-132.
29. Ramon D, Geva R, Goldstein A. Trait and state negative affect interactions moderate inhibitory control performance in emotionally loaded conditions. *Pers Individ Dif.* 2011; 51(2): 95-101.
30. Cotrena C, Branco LD, Shansis FM, Fonseca RP. Executive function impairments in depression and bipolar disorder: Association with functional impairment and quality of life. *J Affect Disord.* 2016; 190: 744-53.
31. Mahmoodi M. A study on the effectiveness of brief psychotherapy focused on metacognition in social phobia, a single-subject design. *J Fund Ment Health.* 2010; 12(3): 630-41.
32. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
33. Delavar A. *Statistical methods in psychology and educative sciences.* Tehran: Payam Noor University; 2008.
34. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry.* 2000; 176: 379-86.
35. Hassanvand AM, Aghili M, Hassanvand AM. The effect of cognitive-behavioral self esteem group training on social anxiety and mental health in social anxious adolescent. *Knowl Res Appl Psychol.* 2013; 14(2): 26-37.
36. Dobson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. *J Rehab* 2007; 29(8): 82-9.
37. Kosmidis MH, Bozikas VP, Zafiri M, Karavatos A. Shared cognitive processes underlying performance on the wisconsin card sorting test and the stroop test in patients with schizophrenia: A measurement artifact? *Neurosci Lett.* 2006; 409(3): 234-8.
38. Karimi T. *Study of executive functions with schizophrenia and bipolar disorder.* [Thesis] Guilan: University of Guilan; 2008.
39. Berggren N, Derakshan N. Attentional control deficits in trait anxiety: Why you see them and why you don't. *Biol Psychol.* 2013; 92(3): 440-6.
40. Washburn D, Wilson G, Roes M, Rnic K, Harkness KL. Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions. *J Anxiety Disord.* 2016; 37: 71-7.
41. Crowe SF, Matthews C, Walkenhorst E. Relationship between worry, anxiety and thought suppression and the components of working memory in a non-clinical sample. *Aust J Psychol.* 2007; 42(3): 170-7.
42. Hershenberg R, Satterthwaite TD, Daldal A, Katchmar N, Moore TM, Kable JW, et al. Diminished effort on a progressive ratio task in both unipolar and bipolar depression. *J Affect Disord.* 2016; 196: 97-100.

## **The comparison of attentional control deficits in the three group of normal, with social anxiety disorder and with comorbidity (social anxiety disorder and depression) students of Lorestan University**

Ghadampour E<sup>1</sup>, Rezaei F<sup>1</sup>, Hosseini Ramaghani NA<sup>2\*</sup>, Moradi M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psychology Dept., Lorestan University, Lorestan, I.R. Iran; <sup>2</sup>Student, Psychology Dept., Lorestan University, Lorestan, I.R. Iran; <sup>3</sup>Student, Education Management Dept., Lorestan University, Lorestan, I.R. Iran.

Received: 24/Mar/2016 Accepted: 28/Jun/2016

**Background and aims:** One of the mechanisms that thought to underlie social anxiety disorder is dysfunction in attentional control. The current study was designed to compare attentional control deficits in the three group: normal, with social anxiety disorder and with comorbidity (social anxiety disorder and depression) students.

**Methods:** The design of present study was causal-comparative. Statistical population of this study contained all normal female students, with social anxiety disorder, and with comorbidity of social anxiety disorder and depression in Lorestan University in academic years 2015-2016. With a single-stage cluster sampling method, 534 students completed the social anxiety and depression questionnaires. Then, according to the cutoff point of questionnaires, students were qualified enter the stage of clinical interview. Finally, 90 students, 30 students were selected in each group, and then performed color-word Stroop test. The results were analyzed with SPSS software, MANOVA and Tukey post hoc test.

**Results:** Results showed that between social anxiety disorder and normal groups was not significant difference in the attentional control ( $P < 0.07$ ), but group with comorbidity of social anxiety disorder and depression significantly have a poorer performance in the attentional control task rather than Social anxiety disorder and normal groups ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** People with Social anxiety disorder only when showed attentional control deficiencies, they suffering from current comorbid depression. These finding revealed in addition to helping in identifying the underlying mechanisms involved in this disorder, importance therapy attention to attentional control deficiencies when person suffering from comorbidity of social anxiety and depression.

**Keywords:** Attentional control, Social anxiety disorder, Comorbidity of social anxiety disorder and depression, Students.

**Cite this article as:** Ghadampour E, Rezaei F, Hosseini Ramaghani NA, Moradi M. The comparison of attentional control deficits in the three group of normal, with social anxiety disorder and with comorbidity (social anxiety disorder and depression) students of Lorestan University. J Shahrekord Univ Med Sci. 2017; 19(1): 81-92.

**\*Corresponding author:**

Psychology Dept., Lorestan University, Lorestan, I.R. Iran. Tel: 00989107005927,  
E-mail: nasrin.ramaghani@gmail.com