

## مقایسه بازشناسی چهره های هیجانی در جانبازان افسرده و افراد سالم

### Recognizing Facial Emotions in Group of Combat Veterans with Major Depression in Compare with Normal Control People

حبیب هادیانفرد\*، وحیده دانیالی\*\*

#### Abstract

**Introduction:** Recognizing facial emotions is an essential part of interpersonal relationship that possibly is dysfunctional in major depression disorder (MDD). There are two major issues about that. 1- Some researchers believe that MDD patients have a problem with cognitive speed that is characterized by cognitive slowness so; MDD's cognitive functions in each area including recognizing facial emotions are slower than healthy control subjects. 2- Others believe that MDD patients have bias in recognition of emotions on face so; they recognize the negative emotions better than the positive emotions.

**Method:** This is an Ex Post Facto design with two groups. (MDD patients and normal control). Participants included 32 men in the range of 40 to 60 years old. 16 inpatients MDD was selected from the department of psychiatry of the Jannat hospital those patients were admitted from December 2009 until April 2010. Every patient who received the diagnosis of major depression based on DSM-IV by a psychiatrist and at same time got the score of severe depression in the Beck's depression questionnaire (Beck, 1971) was include. Each patient who has organic or psychotic symptoms was excluded. Normal control group was consisting of 16 volunteer men who matched with MDD group by age, education, and marriage status. Recognition of emotions in faces was measured by 32 images that presented by a laptop (Emani, Hadianfard, 1388).

**Results:** MDD patients achieved significantly lower scores than the normal group in the emotion recognition task. There was not any significant bias between positive and negative emotions recognition for MDD patients.

**Discussion:** This result supports the notion that the same as other cognitive functions, the recognition processing of MDD patients is slow in general. This slowness works for both negative and positive emotions. Thus, this research shows the impairment of interpersonal communication in MDD patients is associated with cognitive slowness.

**Key words;** Depression, emotion recognition, Combat Veterans

#### چکیده

**مقدمه:** عموماً بیماران افسرده از روابط بین فردی نامناسبی برخوردارند. شماری از دیدگاه‌ها دلیل روابط بین فردی نامناسب این بیماران را کندی پردازش اطلاعات مربوط به هیجان در چهره دیگران و شماری دیگر از دیدگاه‌ها دلیل آن را سوگیری در پردازش اطلاعات مربوط به هیجان‌های مثبت و منفی می‌دانند.

**روش:** تحقیق به صورت علی-مقایسه‌ای، با دو گروه انجام شد. آزمودنی‌ها شامل ۳۲ نفر مرد در دامنه سنی بین ۴۰ تا ۶۰ سال بودند. از این ۳۲ نفر، ۱۶ جانبازافسرده، از بین کسانی که در ماه‌های آذر ۸۸ تا اردیبهشت ۸۹ در بیمارستان اعصاب و روان جنت بستری بودند، انتخاب شدند. تمام این افراد تشخیص افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند. در پرسشنامه افسردگی بک نمره بالاتر از خط برش را نیز داشتند. در گروه کنترل ۱۶ فرد سالم جای گرفتند. افراد سالم از لحاظ سن، تحصیلات، جنس و تاهل با گروه بیمار همتاسازی شدند. بازشناسی هیجان با استفاده از آزمون بازشناسی هیجان چهره سنجیده شد.

**نتایج:** تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که گروه جانبازان افسرده از نظر بازشناسی هیجان‌های مربوط به چهره بدتر از افراد سالم عمل کردند که از نظر آماری تفاوت بین دو گروه معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد، جانبازان افسرده همانند گروه پهنجار در بازشناسی هیجان‌های شادی، غم، خشم و ترس عمل می‌کنند.

**بحث:** یافته‌های پژوهش حاضر تبیین مناسبی از کندی بیماران افسرده در بازشناسی هیجان ارائه می‌دهد. براساس این یافته‌ها بیماران افسرده به طور کلی در بازشناسی هیجان کند عمل می‌کنند و در بازشناسی هیجان سوگیری خاصی را نشان نمی‌دهند. این یافته بر خلاف بعضی از نظریه‌های شناختی است که معتقدند بیماران افسرده در پردازش اطلاعات هیجانی نوعی سوگیری به نفع هیجان‌های منفی دارند.

**کلید واژه‌ها:** افسردگی، بازشناسی چهره، جانبازان

## مقدمه

انسان‌ها در زندگی روزمره خود با انواع هیجان‌ها رودررو هستند. باشناسی هیجان‌ها به دوره نوزادی برمی‌گردد. نوزادان از بدو تولد برخی از هیجان‌ها را با خود دارند. هیجان‌ها کارکردهای مختلفی دارند که یکی از آن‌ها کارکرد اجتماعی و ارتباطی است. به منظور داشتن ارتباط اجتماعی مناسب افراد باید بتوانند عواطف دیگران را از رفتار کلامی و غیر کلامی آن‌ها تشخیص دهند و آن را به درستی مورد ارزیابی قرار دهند تا بتوانند به انتظارات طرف مقابل خود پاسخ درستی دهند. جلوه‌های هیجانی چهره، بیانگر حالت‌های درونی افراد، خلق، نیازها و قصد و غرض آنهاست. هیجانات منعکس شده در چهره<sup>۱</sup> دیگران، علایم مهمی در هدایت رفتار ما در زندگی روزانه است. شکست یا نقص در پردازش دقیق ابرازات چهره پیامدهای منفی اجتماعی در پی دارد. توانایی باشناسی هیجان‌های دیگران اصلی مهم در تعاملات اجتماعی موفق است. بنابراین باشناسی ابرازات چهره‌ای دیگران یک مهارت اجتماعی مهم تلقی می‌شود (اکمان<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲). باشناسی نادرست هیجان زمینه را برای عملکرد نادرست اجتماعی فراهم می‌کند (پرساد و پولیوی، ۱۹۹۳؛ سورگولادز، یانگ، گیلداز، تراویس و فیلیپس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). اختلال افسردگی اساسی یک اختلال خلقی است که باعث تخریب عملکرد اجتماعی و شغلی فرد می‌شود (کونواک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). از آن جا که نقص در باشناسی هیجان می‌تواند یکی از علل تخریب عملکرد اجتماعی باشد پژوهش‌های بسیاری بر روی این موضوع در تبیین افسردگی توجه کرده‌اند. اگر چه بعضی از محققین مثل آرچر، های و یانگ<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲؛ گیبل<sup>۶</sup> و ولور<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲، در تحقیقات خود هیچ نوع نقصی را در باشناسی ابرازات

چهره در بیماران افسرده نیافتند (به نقل از لپینن، میلدرس، بل، تریریر<sup>۸</sup> و هایتانن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴). ولی یافته‌های متعددی نشان می‌دهند بیماران افسرده در شناسایی هیجان‌ها از طریق ابرازات چهره‌ای مشکل دارند (ون وینجن، ون یندهون، تندولاکار، ورکس و فراندز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰؛ سورگولادز، یانگ، سنیور، بریبیون، تراویس و فیلیپس، ۲۰۰۴). دو دیدگاه عمده و متباین در ارتباط با نقص باشناسی هیجان در چهره و ارتباط آن با افسردگی در پژوهش‌ها وجود دارد.

گروه اول پژوهشگرانی هستند که به فرضیه سرعت شناختی<sup>۱۱</sup> معتقدند. تحقیقات متعدد آن‌ها نشان می‌دهد بیماران MDD نسبت به گروه کنترل بهنجار در اکثر فعالیت‌های شناختی از جمله توجه، حافظه فعال، عملکردهای اجرایی، برنامه‌ریزی و... نقایص عمده‌ای نشان می‌دهند که تمام این نقایص ریشه در کندی سرعت پردازش آن‌ها دارد به شکلی که می‌توان برچسب کندی شناختی<sup>۱۲</sup> را بر آن‌ها زد (نبس و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰؛ آستین<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). بسیاری این محققان معتقدند که کندی شناختی در فعالیت‌های اتوماتیک بیش از فعالیت‌های ارادی نمود می‌یابد (دنهارتوگ<sup>۱۵</sup> و همکاران ۲۰۰۳؛ برند<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). این کندی شناختی را در فعالیت‌های مربوط به باشناسی در بیماران افسرده نشان دادند. بسیاری از تحقیقات مربوط به افسردگی یک نوع نقص کلی را در باشناسی هیجان‌ها گزارش دادند (جایگر، بورود و پسلو<sup>۱۷</sup>، ۱۹۸۷؛ پرساد و پولیوی، ۱۹۹۳؛ میخاییلوا، ولادیمیروا، ایزناک، تلسوسولکاووسکایا و

8- Terriere.

9- Hietanen.

10- van Wingen , Van Eijndhoven, Tendolkar, Buitelaar, Verkes &amp; Fernández.

11- cognitive speed hypothesis.

12- cognitive slowness.

13- Nebes.

14- Austin.

15- Den Hartog.

16- Brand.

17- Jaeger, Borod, &amp; Peselow.

1- Facial Expression.

2- Ekman.

3- Surguladze, Young, , Gildas, Travis and Phillips.

4- Kunovac.

5- Archer, Hay, Young.

6- Gaebel.

7- Wolwer.

سوگیری می‌باشند (لپینن، میلدرس، بل، ترییر، هایتانن، ۲۰۰۴).

رایدوت، آستل، راید و اورکارول<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۳) حافظه بازشناسی را در گروهی از بیماران افسرده و گروه کنترل در سه وضعیت بیان چهره‌ای با حالت چهره‌ای خوشحال، غمگین، خنثی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که گروه بیماران افسرده در خلال مرحله بازشناسی بیش‌تر به حالت چهره‌ای غمگین و کم‌تر به حالات چهره‌ای شاد اشاره داشتند و پاسخ نسبت به حالت چهره‌ای خنثی نسبی بود. در تحقیقات دیگر نقص در بازشناسی را فقط برای انواع خاصی از هیجان‌ها مثل شادی (مندل<sup>۱۷</sup> و باتاچریا<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۵) یا شادی، علاقه و غم (روبینو<sup>۱۹</sup> و پست<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۲) گزارش دادند. در تعدادی از تحقیقات از آزمودنی‌ها خواسته شد که تعدادی تصاویر را که هر کدام از آن‌ها یک هیجان خاص را در چهره نشان می‌داد بر مبنای محتوای هیجانی‌شان طبقه‌بندی کنند. هال<sup>۲۱</sup> (۱۹۹۸) با استفاده از روش بالا بر روی بیماران افسرده نشان داد همبستگی مثبت و معناداری بین بازشناسی هیجان‌های منفی در چهره و شدت علائم افسردگی وجود دارد. افسردگی با میل زیاد به درک حالات هیجانی منفی در دیگران رابطه دارد. گر، اروین، گر، زویل، همبرگ و کارمر<sup>۲۲</sup> در سال ۱۹۹۲، یک سوگیری منفی را در بیماران افسرده گزارش دادند، که باعث می‌شود بیماران افسرده نسبت به گروه کنترل به اشتباه حالت‌های ناراحتی و غم را به چهره‌های بی‌تفاوت و حالات هیجانی بی‌تفاوت را به چهره‌های شاد نسبت دهند. جورمن<sup>۲۳</sup> و گوتلیب<sup>۲۴</sup> (۲۰۰۶) در تحقیقی بر روی

سوشکو<sup>۱</sup>، (۱۹۹۶). سورگولادز، بانگ، سنیور، بریون، تراویس و فیلیپس (۲۰۰۴) در تحقیقی دریافتند که نقص در بازشناسی هیجان‌های موجود در چهره از خصوصیات مرتبط با افسردگی اساسی است. که می‌تواند زیرساز برخی مشکلات در تعاملات اجتماعی این بیماران باشد. این نویسندگان بیان می‌کنند که بیماران افسرده توانایی مناسبی در شناسایی دقیق و درست تغییرات ظریف چهره‌ای دیگران در هنگام ابراز هیجان ندارند، و این ناتوانی ممکن است زیرساز کارکرد بین فردی مختل بیماران افسرده باشد. مندلوویز<sup>۲</sup>، لینکاسکی<sup>۳</sup>، بازلمانس<sup>۴</sup> و فلیپت<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) عنوان کردند که زنان جوان مبتلا به افسردگی اساسی در بازشناسی حالت‌های چهره آسیب دیده‌اند. ونیجر<sup>۶</sup>، لانگ<sup>۷</sup>، رادر<sup>۸</sup> و ایرل<sup>۹</sup> (۲۰۰۳) معتقدند که بیماران افسرده در بازشناسی هیجان نقصان ضعیفی دارند. فینبرگ، ریفگین، اسکافر و واکر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۶؛ زورف<sup>۱۱</sup> و کولوسی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۶؛ کولی<sup>۱۳</sup> و نوویکی<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۹؛ پرساد و پولویوی، ۱۹۹۳، گزارش دادند که افراد افسرده در مقایسه با گروه کنترل در بازشناسی ابرازات چهره‌ای آهسته‌تر و از دقت کم‌تری برخوردار بودند.

دیدگاه دوم متعلق به پژوهشگرانی است که به سوگیری در پردازش اطلاعات<sup>۱۵</sup> معتقدند. بر اساس این دیدگاه بیماران افسرده به دلیل میل بالا به واکنش عاطفی منفی، فقدان احساس لذت و عملکرد معیوب سیستم پاداش در پردازش علائم مثبت هیجانی دارای

1- Mikhailova, Vladimirova, Iznak, Tsusulkovskaya & Sushko.

2- Mendlewicz.

3- Linkowski.

4- Bazelmans.

5- Philippot.

6- Weniger.

7- Lange.

8- Ruther.

9- Irl.

10- Feinberg, Rifkin, Schaffer, & Walker.

11- Zuroff.

12- Colussy.

13- Cooley.

14- Nowicki.

15- biased information-processingi.

16- Ridout, Astell, Reid, Glen, O'Carroll.

17- Mandal.

18- Bhattacharya.

19- Rubinow.

20- Post.

21- Hale.

22- Gur, Erwin, Gur, Zwil, Heimberg and Kraemer.

23- Joormann.

24- Gotlib.

است که آیا بین دو گروه جانبازان مبتلا به افسردگی اساسی و افراد سالم در بازشناسی هیجان‌های مربوط به چهره تفاوت وجود دارد؟ ثانیاً اگر این تفاوت وجود دارد در کدام هیجان‌ها این بیماران پردازش بهتری داشته و کدامیک هیجان‌های کندتری دارند.

### روش

این تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای است و با استفاده از دو گروه جانبازان افسرده و افراد بهنجار انجام شده است. گروه جانبازان افسرده از میان جانبازان مبتلا به افسردگی اساسی (MDD) مراجعه-کننده به بیمارستان اعصاب و روان جنت (وابسته به بنیاد شهید و امور ایثارگران) که در ماه‌های آذر ۸۸ تا اردیبهشت ۸۹ در این مرکز بستری شدند انتخاب گردیدند. جمع‌آوری نمونه به صورت نمونه‌گیری در دسترس از این مرکز بود. در مرحله اول کلیه جانبازان افسرده که توسط روان‌پزشک تشخیص MDD گرفته بودند و بر اساس همین تشخیص در حال درمان بودند انتخاب شدند. سپس برای حصول اطمینان بیشتر تنها بیمارانی در گروه افسرده باقی ماندند که در پرسشنامه افسردگی بک نمره بالاتر از خط برش را نیز کسب کردند. در انتها بیمارانی که دارای علایم سایکوتیک، عضوی و یا از لحاظ بینایی دچار مشکل بودند، از گروه نمونه حذف شدند. نهایتاً ۱۶ جانباز افسرده در این گروه باقی ماندند. با توجه به این که بیمارستان جنت فقط دارای بخش بستری مردان می‌باشد جنسیت تمام جانبازان مذکر بود. جانبازان افسرده در دامنه سنی بین ۴۰ تا ۶۰ سال قرار داشتند. گروه بهنجار در متغیرهای جنس، سن، تحصیلات و تاهل با گروه بیماران افسرده هم‌متاسازی شدند. بدین ترتیب در این گروه هم ۱۶ فرد سالم جای گرفتند. افراد سالم از میان کارکنان و ملاقات‌کنندگان بیماران انتخاب شدند.

بیماران افسرده، اضطراب اجتماعی و گروه کنترل به مقایسه بازشناسی هیجان در این سه گروه پرداختند. آن‌ها به شرکت‌کننده‌ها تصاویری نشان دادند که چهره‌ها به آهستگی از یک حالت بی‌تفاوت به یک حالت هیجانی شدید تغییر می‌کرد و شرکت‌کننده‌ها باید نوع هیجان را مشخص می‌کردند. این محققان دریافتند که بیماران MDD در مقایسه با بیماران اضطرابی و افراد کنترل در شناسایی دقیق چهره‌ها به شدت بیش‌تری از هیجان نیاز داشتند. در یک تحقیق دیگر فریتزچ، دهام، گوتلیب، جوورمن، مگناسن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) با مقایسه افراد بهنجار با بیمارانی که در زمان انجام پژوهش افسرده بودند و افراد افسرده بهبود یافته نشان دادند هر دو گروه بیماران افسرده و بهبود یافته در مقایسه با افراد گروه بهنجار در توجه به چهره‌های ناراحت سوگیری دارند.

میخاییلوا، ولادیمیرا<sup>۲</sup>، ایسناک<sup>۳</sup>، سوسولکووسکایا<sup>۴</sup> و سوسولکووسکایا<sup>۴</sup> و سوشکو<sup>۵</sup>، (۱۹۹۶) عنوان کردند که بیماران افسرده در مقایسه با داوطلبان سالم در بازشناسی ناراحتی و شادی عملکرد ضعیف‌تری داشتند ولی در بازشناسی چهره‌های بی‌تفاوت و خنثی تفاوتی نداشتند. به علاوه گزارش‌های دیگری وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران افسرده در بازشناسی حالات چهره مثبت اختلال دارند (ساسلو، یونگاس و آرولت، ۲۰۰۱).

از یک طرف با توجه به بعضی از تناقضات در یافته‌های پیشین و از طرف دیگر با توجه به این که افسردگی جانبازان در بسیاری از موارد وابسته به تروما-های ناشی از جنگ است و ممکن است یافته‌های کلی در ارتباط با افسردگی در تبیین مشکلات آن‌ها کافی نباشد. پژوهش حاضر در صدد پاسخ دادن به این سوال

1- Fritzsche, Dahme, Gotlib, Joormann, Magnussen.

2- Vladimirova.

3- Iznak.

4- Tsusulkovskaya.

5- Sushko.

پیشینه پژوهشی (لزاک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴) و مطالعه مقدماتی بر روی پنج آزمودنی نرمال و افسرده نتیجه‌گیری شد که تصاویر هیجانی با استفاده از یک نرم افزار کامپیوتری به طور متوالی بر روی صفحه نمایش ارائه شود. زمان ارائه هر تصویر بر روی صفحه مانیتور ۲۰۰ میلی ثانیه، و فاصله بین ارائه هر تصویر تا تصویر بعدی، برای پاسخگویی آزمودنی، ۳ ثانیه انتخاب شد. زمان‌ها بر اساس پژوهش مقدماتی محاسبه گردید. نتایج پژوهش مقدماتی نشان داد، زمان ارائه کم‌تر از ۱۵۰ میلی ثانیه برای بازشناسی هیجان در چهره ناکافی است و زمان ارائه بیش از ۲۰۰ میلی ثانیه باعث از دست رفتن ارزش تشخیصی آزمون می‌گردد.

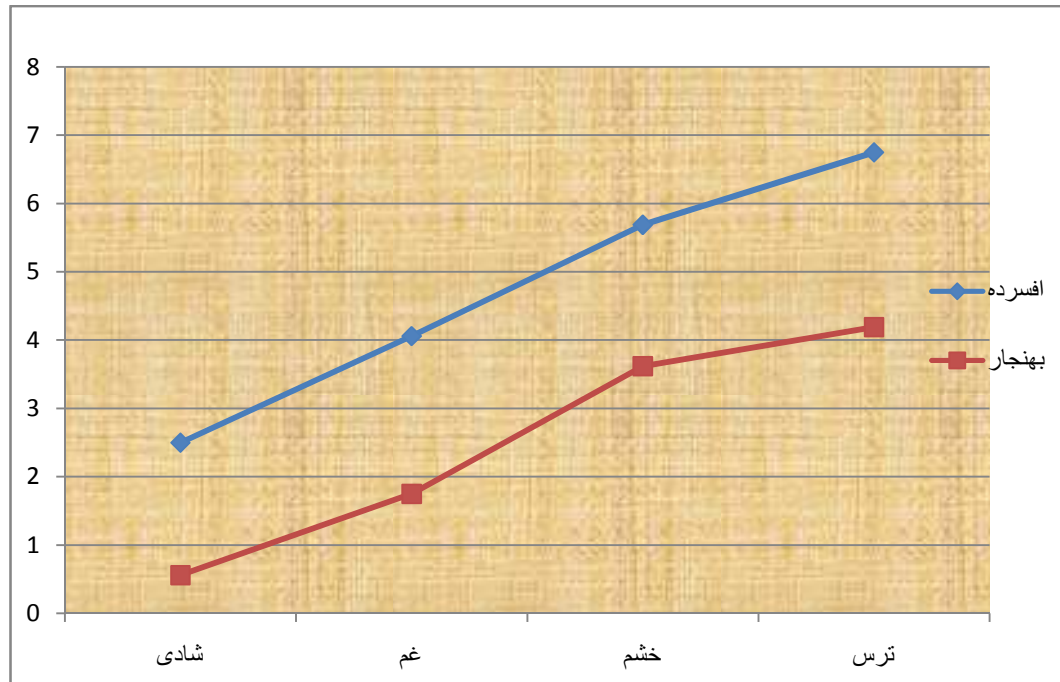
#### نتایج

نمودار شماره ۱ تعداد متوسط خطا برای بازشناسی هیجان موجود در هشت تصویری که از هر هیجان به آزمودنی ارائه شده است را برای دو گروه نشان می‌دهد.

#### وسایل سنجش

پرسشنامه افسردگی بک: برای دقت بیش‌تر بیمارانی که توسط روان‌پزشک، افسرده تشخیص داده شده بودند با آزمون افسردگی بک نیز مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال می‌باشد که درجه افسردگی را در یک مقیاس ۴ درجه- ای لیکرت می‌سنجد. بک، استیر و گاربین<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) ضریب بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران گودرزی (۱۳۸۰) پایایی و روایی مناسبی برای این آزمون ارائه می‌دهد. او پایایی پرسشنامه افسردگی بک را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ (n=۲۶۰) و ضریب همبستگی حاصل از روش تنصیف را بر اساس سوالات زوج و فرد  $r=0/70$  گزارش می‌کند.

آزمون بازشناسی هیجان در چهره: این آزمون در سال ۱۳۸۷ توسط ایمانی و هادیانفرد در دانشگاه شیراز تهیه شده و دارای ۳۲ کارت است و بر روی هر کارت تصویر یک چهره چاپ شده است. هر تصویر یک حالت هیجانی از میان چهار هیجان غم، شادی، خشم و ترس را نشان می‌دهد. در این آزمون از آزمودنی خواسته می‌شود هیجان مربوط به هر تصویر را بازشناسی کند. تمام تصاویر این آزمون از بین تصاویری انتخاب شدند که بیش از ۹۵ درصد آزمودنی‌های سالم در گروه اعتباریابی آزمون قادر به تشخیص هیجان موجود در آن تصاویر بودند. بنابراین، بازشناسی هیجان‌ها با اعتبار بالایی همراه بوده است (ایمانی، هادیانفرد و موسویان، ۱۳۸۸). در فرم اصلی این آزمون که برای بیماران آلزایمر تهیه شده است آزمودنی برای بازشناسی هیجان موجود در هر کارت هیچ محدودیت زمانی ندارد. در این پژوهش، آزمون فوق با اصلاحاتی به قرار زیر در نحوه اجرا و زمان پاسخگویی اجرا شد. با توجه به



نمودار ۱ تعداد متوسط خطا برای بازشناسی هیجان موجود در چهره در گروه افسرده و بهنجار

کلی نمودارها با یکدیگر تطابق بالایی دارند. در جدول شماره یک میانگین و انحراف معیار تعداد تصاویری که توسط آزمودنی‌ها به درستی بازشناسی نشده آمده است. همچنین در این جدول با استفاده از آزمون  $t$  وابسته، مقایسه میانگین‌های بازشناسی هیجان‌های مختلف در دو گروه نیز ذکر شده است.

همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد جانبازان افسرده در بازشناسی هشت تصویری که از هر هیجان برای آن‌ها به نمایش گذارده شد، به طور متوسط بیش از گروه بهنجار دچار اشتباه شدند. هر دو گروه هیجان‌های شادی و غم را بهتر از هیجان‌های ترس و خشم بازشناسی کردند. این نمودار نشان می‌دهد اگر چه ارتفاع نمودار برای دو گروه متفاوت است ولی شکل

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار تعداد تصاویری که توسط آزمودنی‌ها به درستی بازشناسی نشده در دو گروه بیمار و بهنجار و مقایسه عملکرد دو گروه با آزمون  $t$

p	df	t	سالم		افسرده		بازشناسی هیجان
			SD	Mean	SD	Mean	
.۱	۱۵	۲/۹۵	.۲۷	.۵۶	۲/۳۶	۲/۵۰	شادی
.۰/۰۱	۱۵	۳/۱۲	۱/۷۳	۱/۷۵	۲/۴۰	۴/۰۶	غم
.۰/۰۵	۱۵	۲/۶۵	۲/۴۴	۳/۶۲	۲/۲۱	۵/۶۹	خشم
.۰/۰۵	۱۵	۲/۸۲	۲/۹۷	۴/۱۹	۱/۳۹	۶/۷۵	ترس
.۰/۰۰۱	۱۵	۴/۷۹	۳/۰۳	۱۰/۱۲	۶/۱۲	۱۹/۰۰	کل هیجان‌ها

## جدول ۳- آزمون تعقیبی t در گروه نرمال

مقایسه های دو گانه	t	P
شادی - غم	۲/۵۴۰	۰/۰۵
شادی - خشم	۴/۸۱۹	۰/۰۰۱
شادی - ترس	۴/۵۵۹	۰/۰۰۱
غم - خشم	۲/۲۴۳	۰/۰۵
غم - ترس	۲/۵۸۲	۰/۰۵
خشم - ترس	۰/۵۲۵	NS

## بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد جانبازان افسرده در پردازش هیجان نسبت به افراد بهنجار نقایصی نشان می دهند. براساس این یافته ها جانبازان افسرده به طور کلی در بازشناسی هیجان کند عمل می کنند. کنندی در ادراک هیجان دیگران در یک دور معیوب سبب مشکل در ارتباط موثر بین فردی آنها می گردد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که افراد جانباز و سالم در بازشناسی هیجان های مربوط به چهره تفاوت دارند. این یافته ها با پژوهش هایی که جایگر و همکاران، ۱۹۸۷؛ روبینو و پست، ۱۹۹۲؛ پرساد و پولیوی، ۱۹۹۳؛ میخیلوا و همکاران، ۱۹۹۶؛ استانا، مندل، خارانا و هیک-نظامی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸، انجام دادند، هم سویی دارد. بدین معنی که نشان می دهد که بیماران افسرده در بازشناسی تمام هیجان ها اختلال دارند. هم سو با نتایج پژوهش حاضر، بسیاری از پژوهشگران همچون فینبرگ و همکاران، ۱۹۸۶؛ زورف و کولوسی، ۱۹۸۶؛ کولی و نوویکی، ۱۹۸۹؛ پرساد و پولیوی، ۱۹۹۳، نیز نشان دادند که افراد افسرده در مقایسه با گروه کنترل در بازشناسی ابرازات چهره های آهسته تر و از دقت کم تری برخوردار بودند. همچنین تحقیق برون، (۲۰۰۵)؛ سورگولادز و همکاران، (۲۰۰۴) مبنی بر ارتباط بین اختلال در ابرازات چهره ای با خصوصیات افسردگی، این یافته را تایید می کند.

همان طور که نتایج آزمون آماری اندازه گیری مکرر و آزمون های تعقیبی پیرو آن نشان داد بازشناسی

طبق نتایج آزمون t، جانبازان افسرده در نمره کل و در بازشناسی هیجان های چهار گانه (هیجان، خشم، غم، ترس، شادی) به طور معناداری از افراد گروه کنترل بهنجار ضعیف تر عمل نمودند. با استفاده از آزمون آماری اندازه گیری مکرر<sup>۱</sup> میزان بازشناسی هیجان های چهار گانه (هیجان، خشم، غم، ترس، شادی) در گروه بیماران افسرده با یکدیگر مقایسه شد. نتایج تفاوت معناداری  $F(3,45) = 18/81$ ؛  $P < 0/001$  را در بازشناسی انواع هیجان ها نشان داد. نتایج آزمون تعقیبی t وابسته که در جدول ۲ آمده نشان داد تمام مقایسه های دو گانه به جز خشم و ترس تفاوت معناداری را نشان می دهند.

## جدول ۲- آزمون تعقیبی t در گروه بیماران افسرده

مقایسه های دو گانه	t	p
شادی - غم	۲/۹۸۱	۰/۰۱
شادی - خشم	۴/۷۴۲	۰/۰۰۱
شادی - ترس	۶/۶۸۵	۰/۰۰۱
غم - خشم	۳/۰۱۴	۰/۰۱
غم - ترس	۴/۳۰۷	۰/۰۰۱
خشم - ترس	۱/۶۷۲	NS

با استفاده از آزمون آماری اندازه گیری مکرر میزان بازشناسی هیجان های چهار گانه در گروه کنترل بهنجار نیز با یکدیگر مقایسه شد. نتایج تفاوت معناداری  $F(3,45) = 8/402$ ؛  $P < 0/001$  را در بازشناسی انواع هیجان ها نشان داد. نتایج آزمون تعقیبی t وابسته که در جدول ۳ آمده نشان داد تمام مقایسه های دو گانه به جز خشم و ترس تفاوت معناداری را نشان می دهند. اگرچه بیماران افسرده خطای بازشناسی بیش تری داشتند ولی الگوی بازشناسی با گروه نرمال مشابهت دارد.

هیجان‌های خشم و ترس بدتر از بازشناسی شادی و غم عمل می‌کنند. شاید بتوان علت این امر را آسیب به مناطقی از مغز دانست که این هیجان‌ها را باعث می‌شود. در سال ۱۹۳۰ قطعه لیمبیک و قشر پیش پیشانی به عنوان مناطق مغزی مربوط به هیجان شناخته شدند. ساختارهای اصلی سیستم لیمبیک به وسیله فریمن و پایز در سال ۱۹۳۰ شناخته شد. طبق نظریه گلن (۱۹۹۵)، آمیگدال متخصص درمسائل هیجانی است و برداشتن آن باعث از دست دادن توانایی ارزیابی هیجانی و تسلط بر خویش می‌شود. شواهد مربوط به بیماران افسرده حاکی از یک همبستگی مثبت بین سوخت و ساز آمیگدال و شدت افسردگی است (لورنس، آندرو، ویلیامز، سرگلادز، گیامپیترو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین تعدادی از تحقیقات بازشناسی نادرست هیجان منفی به خصوص ترس را در بیماران با آسیب به آمیگدال شناسایی کردند (آدولفز، ترانل، داماسیو و داماسیو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴)، آدولفز، ترانل، هامان، یانگ، کالدر<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۹)؛ کالدر، یانگ، رولاند، پرت، هاجس<sup>۴</sup> و همکاران، (۱۹۹۶) و این که آمیگدال در فرایند ترس و خشم درگیر است (موریس، فریس، پرت، رولاند، یانگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که علت این که بازشناسی هیجان‌های ترس و خشم در بیماران افسرده بدتر از شادی و غم است، آسیب آمیگدال و لب پیشانی می‌باشد.

### پیشنهادها و محدودیت‌ها

دراین پژوهش به خاطر محدودیت در دسترسی به بیماران زن افسرده به صورت تک جنسی انجام شد. با توجه به این که شیوع افسردگی در زنان بیش از مردان است پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابهی بر روی زنان نیز انجام پذیرد.

هیجان‌های مختلف با سهولت یکسان انجام نمی‌شود. بازشناسی هیجان شادی ساده‌تر و بازشناسی هیجان ترس دشوارتر است. این الگو برای افراد سالم و بیماران جانباز کاملاً یکسان است. این یافته با فرضیه سوگیری در پردازش اطلاعات در بیماران افسرده تناقض دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مندل و باتاچریا (۱۹۸۵)، گر و همکاران (۱۹۹۲)، هال (۱۹۹۸) و جورمن و گوتلیب (۲۰۰۷) هم‌سوئی ندارد. آن‌ها معتقدند که بیماران افسرده در پردازش اطلاعات هیجانی نوعی سوگیری به نفع هیجان‌های منفی دارند. آن‌ها نشان دادند که افراد افسرده فقط در بازشناسی هیجان شاد کندتر عمل می‌کند. نتایج پژوهش محققان فوق‌نہ تنها با پژوهش حاضر بلکه با بسیاری از تحقیقات دیگر نا همسو است. چرا که اکثر تحقیقات مختلفی که تا کنون بر ابراز هیجان‌های چهره در افراد افسرده انجام گرفته رایدوت، آستل، راید و اورکارول (۲۰۰۳) جایگر و همکاران (۱۹۸۷)؛ روبینو و پست، (۱۹۹۲)؛ پرساد و پولیوی، (۱۹۹۳)؛ میخاییلوا و همکاران، (۱۹۹۶)؛ استانا و همکاران، (۱۹۹۸). سوگیری خاصی رادر هیجان شادی نشان نمی‌دهند.

یافته‌های فعلی نشان می‌دهد که جانبازان اگر چه از علایم افسردگی در رنج می‌باشند ولی نوع افسردگی آن‌ها با سوگیری شناختی توجیه نمی‌شود و نمی‌توان گفت علت افسردگی جانبازان و دوام افسردگی در آن‌ها ناشی از سوگیری در انتخاب محرک‌های منفی است. با توجه به این یافته‌ها به نظر می‌رسد درمان اختلالات افسردگی جانبازان می‌بایست با رویکردهای متفاوت‌تر از سوگیری در پردازش اطلاعات انجام پذیرد.

این یافته با پژوهش‌های قبلی مبنی بر این که ادراک کم‌تر هیجان‌های دیگران باعث سازگاری اجتماعی ضعیف‌تر می‌شود، هم‌سو است. بنابراین می‌توان دریافت که پردازش نادرست ابرازات چهره در مشکلات بین فردی که باعث حفظ اختلال افسردگی می‌شود، نقش دارد و بازشناسی نادرست حالات هیجانی ممکن است زمینه بسیاری از این مشکلات باشد.

پژوهش حاضر علاوه بر این که عدم بازشناسی هیجان‌های غم، خشم، شادی و ترس را در افراد افسرده نشان داد، دریافت که افراد افسرده در بازشناسی

1- Lawrence, Andrew, Williams, Surguladze, Giampietro.

2- Adolphs, Tranel, Damasio and Damasio.

3- Adolphs, Tranel, Hamann, Young, Calder.

4- Calder, Young, Rowland, Perrett, Hodges and Etcoff.

5- Morris, Frith Perrett, Rowland, Young, Calder and Dolan.



affective disorders. Archives of General Psychiatry, 43, 276-279.

16- Freeman, G. L., & Papez, J. W. (1930). The effect of subcortical lesions on the visual discrimination of rats. Journal of Comparative Psychology, 11, 185-192.

17- Fritzsche, A., Dahme, B., Gotlib, I. H., Joormann, J., Magnussen, H., Watz, H., Nutzinger, and, D. O. & von Leupoldt, A. (2010). Specificity of cognitive biases in patients with current depression and remitted depression and in patients with asthma. Psychological Medicine, 40, 815-826.

18- Gaebel, W. & Wolwer, W. (1992). Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242, 46-52.

19- Gelman, B. B. (1995). Iron in CNS disease. Journal of Neuropathology & Experimental Neurology, 54, 477-486.

20- Gur, R. C., Erwin, R. J., Gur, R. E., Zwil, A. S Heimberg, C., & Kraemer, H. C (1992). Facial emotion discrimination: 2. Behavioural findings in depression. Psychiatry Research, 42, 241-251.

21- Hale, W. W., III. (1998). Judgment of facial expressions and depression persistence. Psychiatry Research, 80, 265-274.

22- Jaeger, J., Borod, J.C., Peselow, E.: Depressed patients have atypical hemisphere biases in the perception of emotional faces. Journal of Abnormal Psychology, 94(4):321-324, 1987.

23- Joormann J, Talbot L, Gotlib IH (2007) Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. Journal of Abnormal Psychology, 116: 135-143.

24- Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2006). Is this happiness I see? Biased processing of emotional facial expressions in depression and social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 115, 705-714.

25- Lawrence, N.S., Andrew, M., Williams, A.M., Surguladze, S., Giampietro, V., Brammer, M.J., Andrew, C., Frangou, S., Ecker, C. and Phillips, M.L. (2004). Subcortical and ventral prefrontal cortical neural responses to facial expressions distinguish patients with bipolar disorder and major depression. Biological Psychiatry, 55, 578-587

26- Leppänen, J., Milders, M., Bell, J., Terriere, E. & Hietanen, J. (2004). Depression biases the recognition of emotionally neutral faces. Psychiatry Research, 128, 123-133.

27- Lezak, MD, Howieson, D.B., & Loring, D.W. (2004). Neuropsychological Assessment (4th ed.). New York: Oxford University Press.

28- Lira, Y., Joormann, K. & Gotlib, I.H. (2009). Judging the intensity of facial expressions of emotion: Depression-related biases in the

## منابع

۱- گودرزی، محمد علی (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی مقیاس نومییدی بک در گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۶، ۳۶-۳۹.

۲- ایمانی اعظم، هادیانفر، حبیب و موسویان الهام (۱۳۸۸). مقایسه بازشناسی هیجان در بیماران مبتلا به آلزایمر. چهارمین سمپوزیوم نوروپسیکولوژی ایران.

3- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H., & Damasio, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala.

4- Adolphs, R., Tranel, D., Hamann, S., Young, S.A., Calder, A.J., Phelps, E.A., Anderson, A., Lee, G.P., Damasio, A.R. (1999). Recognition of facial emotion in nine individuals with bilateral amygdala damage. Neuropsychologia, 37, 1111-1117

5- Archer, J., Hay, D. C. & Young, A. W. (1992) Face processing in psychiatric conditions. The British journal of clinical psychology, 31, 45-61.

6- Asthana, H.S., Mandal, M.K., Khurana, H. and Haque-Nizamie, S. (1998). Visuospatial and affect recognition deficit in depression. Journal of Affective Disorders, 48, 57-62

7- Austin, M., Mitchell, P. & Goodwin, G. M. (2001). Cognitive deficits in depression. British Journal of Psychiatry, 178, 200-206.

8- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown G.K. (1996). Beck Depression Inventory Manual (2nd Ed.) San Antonio, Psychological Corporation.

9- Brand, A.N., Jolles, J., Gispen-de Wied, C. (1992). Recall and recognition memory deficits in depression. Journal of Affective Disorder, 25, 77-86.

10- Brune, M. (2005). Emotion recognition, theory of mind, and social behavior in schizophrenia. Psychiatry Research, 133, 135-147.

11- Calder, A.J., Young, A.W., Rowland, D., Perrett, D.I., Hodges, J.R. and Etcoff, N.L. (1996). Facial emotion recognition after bilateral amygdala damage: Differentially severe impairment of fear.

12- Cooley, E. L. & Nowicki, S. (1989). Discrimination of facial expressions of emotion by depressed subjects. Genetic, Social, & General Psychology Monographs, 115, 449-465.

13- Denhartog, H. M., Derix, M. M. A., Vanbommel, A. L., Kremer B. & Jolles, J. (2003). Cognitive functioning in young and middle-aged unmediated out-patients with major depression: testing the effort and cognitive speed hypotheses. Psychological Medicine, 33, 1443-1451.

14- Ekman, P. (1982). Emotion in the human face. New York: Cambridge University Press.

15- Feinberg, T. E., Rifkin, A., Schaffer, C., & Walker, E. (1986). Facial discrimination and emotional recognition in schizophrenia and

Spatial processing of facial emotion in patients with unipolar depression: A longitudinal study. *Journal of affective disorder*, 83, 59-63.

41- van Wingen, G.A., van Eijndhoven, P., Tendolkar, I., Buitelaar, J., Verkes, R.J. & Fernández, G. (2010). Neural basis of emotion recognition deficits in first-episode major depression. *Psychological Medicines*, 8:1-9

42- Weniger, G., Lange, C., Ruther, E. & Irle, E. (2003). Differential impairments of facial affect recognition in schizophrenia subtypes and major depression. *Psychiatry research*, 128,135-146.

43- Zuroff, D.C. and Colussy, S.A. (1986) Emotion recognition in schizophrenic and depressed patients. *Journal of Clinical Psychology* 42: 411 - 416.

processing of positive affect. *Journal of abnormal psychology*, 118,223-228.

29- Mandal, M. D., & Bhattacharya, B. B. (1985). Recognition of facial affect in depression. *Perceptual and Motor Skills*, 61, 13-14.

30- Mendlewicz, L., Linkowski, P., Bazelmans, C., Philippot, P., (2005). Decoding emotional facial expressions in depressed and anorexic patients. *Journal of Affective Disorders*, 89, 195-199.

31- Mikhailova, E.S., Vladimirova, T.V., Iznak, A.F., Tsusulkovskaya, E.J. & Sushko N. V (1996). Abnormal recognition of facial expression of emotions in depressed patients with major depression disorder and schizotypal personality disorder. *Biological Psychiatry*, 40,697-705.

32- Morris, J.S., Frith, C.D., Perrett, D.I., Rowland, D., Young, A.W., A. J. Calder, A.D. and Dolan, R. J. (1996) A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions. *Nature*, 372, 669-672

33- Nebes, R. D., Butters, M. A., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Zmuda, M. D., Houck, P. R. & Reynolds III, C. F. (2000). Decreased working memory and processing speed mediate cognitive impairment in geriatric depression. *Psychological Medicine*, 30,679-691.

34- Persad, S., & Polivy, J. (1993). Differences between depressed and non-depressed individuals in the recognition of and response to facial emotional cues. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 358-368.

35- Ridout N, Astell AJ, Reid IC, Glen T, O'Carroll RE (2003). Memory bias for emotional facial expressions in major depression. *Cognition and Emotion*, 17,101-122.

36- Ridout, N., O'Carroll, R.E., Dritschel, B., Christmas, D., Eljamel, M. & Matthews, K. (2007). Emotion recognition from dynamic emotional displays following anterior cingulotomy and anterior capsulotomy for chronic depression. *Neuropsychologia*, 45,1735-1743.

37- Rubinow, D.R. and Post, R.M. (1992). Impaired recognition of affect in facial expression in depressed patients. *Biological Psychiatry*, 31(9), 947-953.

38- Surguladze, S., Brammer M.J., Keedwell, P., Giampietro, V., Young, A.W., Travis, M.J., et al. (2005). A differential pattern of neural response toward sad versus happy facial expressions in major depressive disorder. *Society of biological psychiatry*, 57,201-209.

39- Surguladze, S., Senior, C., Brebion, G., Travis, M.J., Young, A.W., Phillips, M.L. (2004). Recognition accuracy and response bias to happy and sad facial expressions in depressed patients. *Neuropsychology*, 18, 212-218.

40- Suslow, T.h., Dannlowski, U., Lalee-Mentzel, J., Donges, U.S., Arolt, V. & Kersting, A. (2004).