MEJDS. 2021; 11:179.

Published online 2021 Dec. **Original Article**

The Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Mind Reading, Recognizing the Expression of Emotion Faces, and the Symptoms of Depression in Individuals with Major Depressive Disorder

Nozari M[1], *Nejati V[2], Mirzaeyan B[3]

Author Address
1. PhD, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
***Corresponding author's email:** nejati@sbu.ac.ir

Received: 2020 August 9; **Accepted:** 2021 February 7

Abstract

Background & Objectives: Depression is among the most common and debilitating mood disorders that affect a large percentage of individuals throughout their lives. Its main symptoms are severe sadness or the inability to experience happiness and pleasure. Moreover, it affects the person's social, occupational, and other important functional aspects. Depressed individuals encounter dysfunctional interpersonal interactions and social dysfunction. Problems in the social and personal areas observed in individuals with Major Depressive Disorder (MDD) partly result from their inability to interpret emotional stimuli and mental states. It is necessary to help individuals with depression solve problems related to depression, recognize the factors affecting mind reading, recognize the expression of emotion faces, and reduce MDD symptoms in them. The present study aimed to determine the effects of Cognitive–Behavioral Therapy on mind–reading through the eyes, recognizing the expression of emotion faces, and MDD symptoms.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest, one–month follow–up, and a control group design. The statistical population consisted of 93 women with MDD referring to outpatient government counseling centers in districts one and two education centers in Sari City, Iran, from December 2017 to June 2018. The intervention lasted from June to September 2018. The study sample consisted of 28 individuals diagnosed with MDD by a psychiatrist, referred to the researcher by the consultants of the two mentioned centers. Using the convenience sampling method, 20 subjects were selected as a sample based on the inclusion and exclusion criteria. They were randomly divided into experimental and control groups (n=10/group) groups. The inclusion criteria included the age range of 25 to 50 years, a diagnosis of MDD by a psychiatrist, moderate to severe depression score based on the Beck Depression Inventory–II (BDI–II; Beck et al., 1996), and providing informed consent to participate in the study. The exclusion criteria included a history of previous treatment, the comorbidity of other mental disorders (e.g., obsessive–compulsive disorder & anxiety), brain injuries (e.g., stroke & head injury), and not using psychotropic drugs and narcotics. The necessary data were collected using BDI–II, Reading the Mind in the Eyes Test (RMET; Baron–Cohen et al., 2001), and Facial Emotion Recognition Test (Eckman and Freison, 1976). The 5–week intervention included ten 60–minute CBT weekly sessions based on the Stark et al. (1999) model. To describe the obtained data, central and dispersion indices, including mean and standard deviation and repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc test, were used in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The present research results suggested that the effect of time, group effect, and the interaction of time and group were significant on depressive symptoms and mind–reading (p<0.001). The impact of time and the interaction of time and group (p<0.001) and the effect of group (p=0.014) were also significant on the recognition of facial expression. Furthermore, the mean posttest scores of depressive symptoms were lower than the pretest in the experimental group (p<0.001). The mean posttest scores of mind–reading (p<0.001) and the recognition of facial expression (p<0.001) were higher than the pretest stage in the experimental group; however, there was no significant difference between the stages of the posttest and follow–up in the mean scores of depressive symptoms (p=0.105), mind reading (p=0.804), and the recognition of facial expression (p=0.865) in the experimental group, indicating the lasting effectiveness of CBT in the follow–up phase for all study variables.

Conclusion: CBT reduces depressive symptoms and improves the ability to recognize facial expression and mind reading; thus, it can be considered as one of the effective interventions for treating MDD.

Keywords: Depression, Mind reading, Recognition of facial expression, Cognitive–Behavioral therapy.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۷۹.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری بر ذهن‌خوانی، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی

معصومه نوذری[۱]، *وحید نجاتی[۲]، بهرام میرزاییان[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** nejati@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹ بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمهٔ کمک به افراد مبتلا به افسردگی، بهبود عواملی چون ذهن‌خوانی، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و کاهش علائم افسردگی اساسی در این افراد است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین تأثیر درمان شناختی‌ـ‌رفتاری بر ارتقای ذهن‌خوانی ازطریق چشم، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را ۹۳ زن دچار افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ سرپایی مناطق یک و دو وابسته به آموزش‌وپرورش شهر ساری در طی سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ تشکیل دادند. بیست نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌روش تصادفی در گروه گواه و گروه آزمایش قرار گرفتند (هر گروه ده نفر). ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامهٔ افسردگی بک‌ـ‌ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، آزمون ذهن‌خوانی ازطریق چشم (بارون‌ـ‌کوهن و همکاران، ۲۰۰۱)، آزمون بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان (اکمن و فرایسن، ۱۹۷۶) بود. صرفاً گروه آزمایش در ده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری براساس مدل استارک و همکاران (۱۹۹۹) را دریافت کرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در گروه آزمایش، میانگین نمرات متغیر علائم افسردگی در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین میانگین نمرات متغیرهای ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه آزمایش، تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری در میانگین نمرات متغیرهای علائم افسردگی ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان مشاهده نشد که نشان می‌دهد اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در در طول زمان برای هر سه متغیر مذکور ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان از درمان شناختی‌ـ‌رفتاری به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر در درمان اختلال افسردگی اساسی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، ذهن‌خوانی، بازشناسی بیان چهره‌ای، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

۱ مقدمه

افسردگی[1]، یکی از اختلالات خُلقی شایع و ناتوان‌کننده است که درصد زیادی از افراد را در طول عمر گرفتار می‌کند. علائم اصلی آن، غمگینی شدید یا ناتوانی در تجربه‌کردن خوشی و لذت است و عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر جنبه‌های مهم کارکردی فرد تحت‌تأثیر آن قرار می‌گیرد (۱). افسردگی در زنان درمقایسه با مردان شیوع بیشتری دارد و سن شروع بیماری به‌طور تقریبی بین ۲۰تا۵۰سالگی است (۱). اختلال افسردگی اساسی با بزرگی بطن سوم مغز همراه است و ابتلا به این اختلال، روند کاهش حجم بافت مغزی ناشی‌از افزایش سن را در لوب فرونتال تسریع می‌کند؛ اما سبب افزایش آن نمی‌شود (۲). افراد افسرده، تعاملات بین‌فردی ناکارآمد و نقص در کارکرد اجتماعی دارند (۳). شواهد حاکی‌از آن است که بیماران مبتلا به افسردگی خفیف، بیش از اندازه به کنترل چرخهٔ اجتماعی حساس هستند؛ درحالی‌که در افسردگی شدید، بیماران روابط اجتماعی خود را ناامیدکننده توصیف می‌کنند. تصور می‌شود که مشکلات در مناطق اجتماعی و فردی دیده‌شده در افراد دچار افسردگی اساسی تاحدی به‌دلیل ناتوانی آن‌ها برای تفسیر محرک احساسی و حالات ذهنی است (۴).

در روابط بین‌فردی، افراد مبتلا به افسردگی با باورهای دیگران دربارهٔ ارزش خود درگیری ذهنی پیدا می‌کنند که منجربه رفتارهای ناسازگار و درنهایت طرد از سوی دیگران می‌شوند (۵). بین تعارض بین‌فردی و پذیرش‌نشدن از سوی دیگران در سطوح بیشتر افسردگی شواهدی وجود دارد (۶). این رفتارهای ناسازگار می‌توانند با توانایی بنیادین رمزگشایی و استدلال دربارهٔ حالات ذهنی دیگران مرتبط باشند (۵). نقص در توانایی، پیش‌بینی‌کنندهٔ افسردگی همراه با مشکلات عملکرد اجتماعی است (۷). نظریهٔ ذهن به‌عنوان ساختاری مهم در حوزهٔ فرایندهای اجتماعی در آسیب‌شناسی روانی توسط مؤسسهٔ ملی بهداشت روان شناسایی شد؛ بنابراین درک جامع نقش آن در کارکرد فرد اهمیت دارد (۸)؛ همچنین ساختاری مهم در حوزهٔ شناخت و رمزگشایی هیجانات در چهرهٔ دیگران، ویژگی اصلی شناخت انسان و اساس تعامل اجتماعی است (۹). نظریهٔ ذهن به‌منزلهٔ توانایی در انسان تعریف شده است؛ توانایی که ما به‌وسیلهٔ آن دست به پیش‌بینی و شرح‌دادن رفتار خود و دیگران می‌زنیم و برای انجام این کار به حالات ذهنی مانند تمایلات، باورها، ادراکات و هیجانات رجوع می‌کنیم؛ بنابراین می‌توان گفت، نظریهٔ ذهن، به‌معنای نسبت‌دادن حالات ذهنی به خود و دیگران است که امکان تبیین و پیش‌بینی رفتار دیگران را فراهم می‌کند (۵). فرایندهای شناختی ذهن می‌تواند به دو مؤلفه تقسیم شود: اول، مؤلفهٔ اجتماعی‌ـ ادراکی است که شامل رمزگشایی فوری دربارهٔ حالات ذهنی دیگران براساس اطلاعات قابل‌مشاهدهٔ موجود مانند چهره یا لحن صدا می‌شود و این استنباط فوری رمزگشایی بدون دانش پیش‌زمینه‌ای دربارهٔ فرد می‌تواند دقیق باشد؛ مؤلفهٔ دوم اجتماعی‌ـ شناختی است که فرایند استدلال مفهومی متکی بر تجربه و دانش برای ایجاد ارتباط علی بین حالت‌های ذهنی با پیش‌بینی رفتارهای آینده است (۵). بُعد عاطفی نظریهٔ ذهن که به اسناد حالت‌های هیجانی به دیگران اشاره دارد، با آمیگدال، ساختارهای گیجگاهی میانی و بخش قدامی مرتبط است (۱۰)؛ درحالی‌که بُعد شناختی نظریهٔ ذهن که به آگاهی از باورها و مقاصد دیگران مربوط می‌شود، با ناحیهٔ میانی جلویی مغز مرتبط است (۱۰).

بازشناسی حالات هیجانی چهره، عنصری اساسی در عملکرد اجتماعی است که ساخت و تقویت روابط بین‌فردی را تسهیل می‌کند (۱۱). در آستانهٔ ادراکی افراد برای تمایز حالات هیجانی چهره تفاوت‌های فردی وجود دارد (۹). احساسات پایه شامل شادی، غم، خشم، نفرت، تعجب و ترس می‌شود که پاسخ فیزیولوژیک غیرارادی است؛ همچنین به‌صورت بصری تشخیص‌دادنی است و با تجربیات زندگی شکل می‌گیرد (۱۲). به رسمیت شناختن حالت‌های چهره، مهارتی بسیار مهم در جامعه است؛ زیرا با توانایی تفسیر احساسات دیگران ارتباط دارد و افراد را قادر به سازگارشدن می‌کند. در افراد دچار افسردگی تمایل سوگیری به تفسیر احساسات مبهم و منفی وجود دارد که توانایی رمزگشایی محرک‌های اجتماعی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). این تمایل سوگیری موجب کاهش دریافت حمایت اجتماعی می‌شود و درنتیجه علائم افسردگی را تشدید می‌کند (۱۳). بک و آلفورد معتقدند که این سوگیری‌ها در پردازش اطلاعات هیجانی، آسیب‌پذیری فرد برای افسردگی اساسی و عود آن را در بر می‌گیرد (۱۴).

افراد دچار افسردگی اساسی ممکن است در تشخیص حالات هیجانی چهره مشکل داشته باشند و در افسردگی همراه با اضطراب کاهش حساسیت به حالات شادی و غم دیده شود؛ درحالی‌که به بیان چهرهٔ تهدیدآمیز توجهی ندارند (۱۵). به‌نظر می‌رسد افراد دچار افسردگی نیازمند شدت بیشتری از احساس شادی و غم برای شناسایی هیجان‌ها هستند. کمبود در بازشناسی حالات هیجانی ممکن است با تغییر در پردازش پاداش و تنبیه منجربه تغییراتی در چشم‌انداز درک‌شدهٔ پاداش‌ها و تنبیه‌ها شود (۱۶). نجاتی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بیماران دچار افسردگی درمقایسه با همتایان عادی خود، در گویه‌های حالات ذهنی مثبت و خنثی عملکرد ضعیف‌تر و در گویه‌های حالات ذهنی منفی عملکرد بهتری نشان می‌دهند؛ درحالی‌که افراد سالم در حالات ذهنی مثبت، بهتر از خنثی و در خنثی، بهتر از منفی عمل می‌کنند (۱۷). دیگر مطالعات مشخص کرد، ظرفیت تشخیص هیجانات در چهرهٔ دیگران، میزان افسردگی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۴،۱۸). زبان بدنی مانند ژست، حالات چهره و به‌ویژه اطراف چشم از منابع مهم‌تر اطلاعاتی در تفسیر حالات ذهنی دیگران است (۴). بررسی عملکرد تشخیص وضعیت ذهنی مبتنی‌بر منطقهٔ چشم نشان می‌دهد که چشم‌ها به‌تنهایی، ویژگی حیاتی برای پردازش هیجانی و احساسی است (۱۹)؛ بنابراین رمزگشایی و برچسب‌زدن این حالات به‌روش مناسب برای پاسخ به دیگران حیاتی است. برخی معتقد هستند که اطمینان‌جویی مکرر، تعارض بین‌فردی، ترس از طردشدن و رفتارهای ناسازگار متأثر از توانایی رمزگشایی هیجانات است (۵،۶). افسردگی با اختلال در فرایندهای کنترل عاطفی‌ـ شناختی و شناخت اجتماعی همراه است (۲۰). طبق شواهد پژوهشی، ذهن‌خوانی و بازشناسی هیجان در ایجاد تسهیل‌کنندهٔ روابط مؤثر اجتماعی در ارتقای کارکرد بین‌فردی افسردگی نقش مهمی ایفا می‌کنند (۵). نتایج پژوهش

[1]. Depression

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

هور و همکاران نشان داد، درمان مبتنی‌بر شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی مؤثر است (۲۱). همچنین نتایج پژوهش فو و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر پاسخ عصبی به حالات غم‌انگیز صورت در افسردگی اساسی تأثیر دارد (۲۲).

درمجموع نقص در عملکردهای هیجانی یکی از مشکلات افراد مبتلا به افسردگی اساسی است که منجربه نقص و ناتوانی در بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در این بیماران می‌شود. همچنین درمان افسردگی به‌دلیل پیامدهای زیان‌بار آن و هزینه‌های مالی سنگینی که در بخش درمان به جامعه تحمیل می‌کند، ضرورتی انکارناپذیر است. درمان‌های متداول افسردگی شامل داروهای ضدافسردگی و درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان شناختی‌ـ رفتاری است. درمان شناختی‌ـ رفتاری، بر تشویق بیماران برای به چالش‌کشیدن نگرش‌های ناکارآمد خود و فرایندهای فکری اتوماتیک منفی تمرکز می‌کند تا ضمن کاهش طول مدت و هزینه‌های درمان و از سوی دیگر با افزایش اثربخشی درمان، گامی نو درجهت کمک به افراد مبتلا به افسردگی برداشته شود (۲۳). باتوجه به مطالب بیان‌شده، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر ذهن‌خوانی، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را ۹۳ زن مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه‌کننده از آذر ماه ۱۳۹۶ تا خرداد سال ۱۳۹۷ به مراکز سرپایی مشاورهٔ دولتی مناطق یک و دو وابسته به آموزش‌وپرورش شهر ساری تشکیل دادند. زمان انجام مداخله از خرداد تا شهریور سال ۱۳۹۷ به طول انجامید. نمونهٔ پژوهش، شامل ۲۸ نفر بود که برگهٔ تشخیص اختلال افسردگی اساسی را از یک روان‌پزشک در دست داشتند و توسط مشاوران دو مرکز ذکرشده به پژوهشگر ارجاع شدند. با روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد بیست نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌روش تصادفی در دو گروه ده‌نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: قرارگیری در محدودهٔ سنی ۲۵تا۵۰ سال؛ تشخیص افسردگی اساسی توسط روان‌پزشک؛ دارابودن نمرهٔ متوسط تا شدید افسردگی در بازهٔ ۱۹تا۴۰ براساس پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم[1] (۲۴)؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل سابقهٔ درمان قبلی، همبود دیگر اختلالات روانی همانند وسواس و اضطراب (براساس تشخیص روان‌شناس بالینی)، آسیب‌های مغزی مانند سکته و آسیب به سر (براساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب) و استفاده‌نکردن از داروهای روان‌گردان و مواد مخدر (براساس نتایج آزمایش خون و ادرار) بود.

روش اجرا به این ترتیب بود که پس از موافقت و هماهنگی مدیر مرکز مشاورهٔ تبرستان وابسته به آموزش‌وپرورش جلسات ارزیابی و درمانی در آن مکان آغاز شد. در جلسهٔ اول حضور هر مُراجع، ارائهٔ توضیحاتی دربارهٔ طرح و اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌های ارزیابی و درمان، طول مدت هر جلسه و مکان برگزاری به مُراجعان صورت گرفت. سپس درخصوص رعایت اصول اخلاقی نظیر شرکت داوطلبانه، محرمانه‌ماندن اطلاعات و دربرنداشتن پیامد منفی در صورت نبود تمایل به ادامهٔ همکاری به آن‌ها توضیح داده شد. در ادامه در صورت رضایت آزمودنی‌ها و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش، درمان آغاز شد. هم گروه آزمایش و هم گروه گواه در چهار جلسهٔ ارزیابی شرکت کردند که شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون بلافاصله پس از اتمام مداخله و پیگیری یک ماه بعد از مداخله بود. گروه آزمایش ده جلسه درمان را به‌صورت انفرادی و دو بار در هفته در روزهای یک‌شنبه و پنج‌شنبه طی پنج هفتهٔ پیاپی دریافت کرد؛ اما آزمودنی‌های گروه گواه وارد لیست انتظار شدند تا در صورت اثربخش‌بودن آزمایش پس از انجام پژوهش، مداخله برای آنان نیز انجام گیرد. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه طی ۵تا۷ جلسه درمان را دریافت کرد. در گروه اول، مداخله با استفاده از روش درمان شناختی‌ـ رفتاری صورت گرفت و گروه دوم، گروه گواه بود که هیچ مداخله‌ای برای این گروه انجام نشد. به‌منظور جلوگیری از سوگیری ناشی‌از ترتیب اجرای پرسش‌نامه‌ها، طرح چرخشی در اجرای آن‌ها به‌کار رفت. بدین‌منظور با استفاده از طرح جایگشت[2] به شش صورت به یکدیگر متصل شدند و با نظارت پژوهشگر در بین افراد اجرا و توزیع شدند. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم: در این پژوهش، ویرایش دوم پرسشنامهٔ افسردگی بک که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ ارائه شد، به‌کار رفت (۲۴). بیست‌ویک مادهٔ پرسش‌نامه علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند و شامل غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بیزاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی، گریستن، بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بی‌خوابی، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی و کاهش علایق جنسی است. هر ماده در دامنهٔ نمره‌ای بین صفر=خیلی کم، ۱=کم، ۲=متوسط و ۳=زیاد است و نمرهٔ کل در دامنهٔ صفر تا ۶۳ قرار دارد. کسب نمرهٔ کمتر در پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ افسردگی کم و کسب نمرهٔ بیشتر در آن نشان‌دهندهٔ افسردگی بیشتر است (۲۴). در پژوهش بک و همکاران، پایایی این پرسشنامه ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۴). استفان‌ـ دابسون و همکاران، روایی سازهٔ این پرسشنامه را در همبستگی با افسردگی با ضریب آلفای ۰/۷۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۵).

ـ آزمون ذهن‌خوانی ازطریق چشم[3]: آزمونی عصب‌روان‌شناسی سیاه و سفید مربوط به ذهن‌خوانی است که توسط بارون‌ـ کوهن و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شد (۲۶). این آزمون تصاویری از ناحیهٔ چشم بازیگران و هنرپیشه‌ها را در ۳۶ حالت مختلف در بر می‌گیرد. برای هر

[1]. Beck Depression Inventory (BDI-II)

[2]. Permutation

[3]. Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

تصویر، چهار واژهٔ توصیف‌گر حالت‌های ذهنی با ظرفیت هیجانی مشابه، ارائه می‌شود. پاسخ‌دهنده تنها ازطریق اطلاعات بینایی موجود در تصویر، باید گزینه‌ای را که به‌نحو بهتری توصیف‌کنندهٔ حالت ذهنی شخص موجود در تصویر است، از بین چهار گزینه انتخاب کند. شیوهٔ نمره‌دهی به‌صورت صفر (پاسخ نادرست) و یک (پاسخ درست) است. بیشترین امتیاز قابل اکتساب برای انتخاب واژگان درست در این آزمون ۳۶ و کمترین آن صفر است (۲۶). در غالب مطالعات صورت‌گرفته برای بررسی توانایی ذهن‌خوانی افراد سالم و بیمار، از این آزمون عصب‌روان‌شناسی استفاده شده است (۳). ضریب پایایی در پژوهش ذبیح‌زاده و همکاران با روش بازآزمایی ۰/۶۱ به‌دست آمد (۲۷).

ـ آزمون بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان[1]: آزمون اولیه شامل ۳۶ عکس سیاه و سفید حالات چهره‌ای توسط اکمن و فرایسن در سال ۱۹۷۶ ساخته و جمع‌آوری شد (۲۸). این عکس‌ها، تصاویر چهره‌ای از فردی است که شش هیجان اصلی خشم، تنفر، ترس، شادی، غم و تعجب را نشان می‌دهد و آزمودنی باید با نگاه‌کردن به هریک از تصاویر بتواند هیجان مدنظر را بازشناسی کند و پاسخ بدهد. آزمون به‌صورت صفر و یک درجه‌بندی می‌شود و نمرهٔ آزمون بین صفر تا ۱۴ است. عملکرد آزمودنی‌ها به‌وسیلهٔ تعداد پاسخ‌های صحیح ارزیابی می‌شود (۲۸). در این پژوهش از فرم کوتاه‌شدهٔ آزمون شامل چهارده عکس، استفاده شد. روایی این آزمون در پژوهش قاسم‌پور و همکاران ۰/۷۱ به‌دست آمد (۲۹). ضریب پایایی در این پژوهش با روش بازآزمایی ۰/۷۹ بود.

ـ مداخلهٔ درمانی شناختی‌ـ رفتاری: مداخلهٔ روان‌شناختی استفاده‌شده در تحقیق حاضر شامل درمان شناختی‌ـ رفتاری برگرفته از مدل استارک و همکاران (۲۳) بود. جلسات درمانی در ده جلسه برای گروه آزمایش به‌صورت دو بار در هفته، هر جلسه شصت دقیقه به‌مدت پنج هفته برگزار شد. چارچوب و شرح هر جلسه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. جلسات درمانی شناختی‌ـ رفتاری

جلسه	ساختار جلسه	تکالیف
اول	کسب تاریخچهٔ مُراجع (دوران کودکی، نوجوانی، جوانی) در حوزه‌های مختلف (خانواده، دوستان، دانشگاه‌ها، کار و غیره)، تعیین اهداف درمان، شناخت افسردگی و شناسایی چگونگی تأثیر افکار بر احساسات	تکلیف دماسنج خُلق
دوم	مرور جلسهٔ قبل، بررسی تکلیف، بررسی افکار و انواع آن از لحاظ انعطاف‌پذیری، مثبت و منفی، سازنده و ضروری‌بودن، چگونگی تأثیر نوع افکار بر خُلق، خطاهای شناختی، تکلیف (دماسنج خُلق و برگهٔ ثبت افکار)	تکلیف (دماسنج خُلق، لیست افکار مثبت و منفی، تمرین استراتژی‌ها)
سوم	مرور جلسهٔ قبلی و بررسی تکلیف، آموزش استراتژی‌هایی برای افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی	تکلیف تمرین افکار مثبت
چهارم	مرور جلسهٔ قبلی و بررسی تکلیف، مجادله با افکار منفی با روش ABC[2]	تکلیف (دماسنج خُلق، لیست افکار، استفاده از روش ABC برای بحث و به‌چالش‌کشیدن افکار منفی)
پنجم	مرور جلسهٔ قبلی و بررسی تکلیف، تمرکز بر اثر فعالیت‌ها روی افسردگی، توضیح چرخهٔ معیوب، فعالیت‌های لذت‌بخش	تکلیف (دماسنج خُلق، کاربرگ فعالیت‌ها)
ششم	مرور جلسهٔ قبلی و بررسی تکلیف، بررسی تضاد بین فعالیت‌ها، قرارداد شخصی و پیش‌بینی فعالیت‌های لذت‌بخش	تکلیف (دماسنج خُلق، کاربرگ فعالیت‌های هفتگی، پیش‌بینی فعالیت‌های لذت‌بخش)
هفتم	مرور جلسهٔ قبلی و بررسی تکلیف، مدیریت زمان (تعیین اهداف و...)	تکلیف (دماسنج خُلق، کاربرگ فعالیت‌های هفتگی، تعیین اهداف، برنامهٔ اجرایی)
هشتم	مرور جلسهٔ قبلی و بررسی تکلیف، تمرکز بر روابط اجتماعی، اهمیت حمایت اجتماعی، بررسی شبکه‌های حمایت و چگونگی حفظ و گسترش آن	تکلیف (دماسنج خُلق، کاربرگ فعالیت‌ها، ثبت روابط و کاربرگ ABC)
نهم	مرور جلسهٔ قبلی و بررسی تکلیف، نقش انتظارات در روابط، استفاده از مهارت‌های ارتباطی، تمرین جسارت	تکلیف (دماسنج خُلق، تمرین جسارت)
دهم	مرور جلسات پیشین و تکنیک‌های تمرین‌شده، اجرای پس‌آزمون	ارائهٔ تکنیک‌هایی برای ادامه و نگهداری روند بهبودی

به‌منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (برای نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح

[1]. Facial Emotion Recognition Test

[2]. Activating event, beliefs, consequences

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش ۵/۵±۳۸/۴ و برای گروه گواه ۵/۸±۳۶/۸ سال به‌دست آمد. از لحاظ شغل در گروه آزمایش ۷۰درصد خانه‌دار و ۳۰درصد کارمند و در گروه گواه ۶۰درصد خانه‌دار و ۴۰درصد کارمند بودند. در گروه آزمایش ۹۰درصد متأهل، ۷درصد مجرد مطلقه، ۳درصد مجرد غیرمطلقه و در گروه گواه ۸۰درصد متأهل، ۱۴درصد مجرد مطلقه و ۶درصد مجرد غیرمطلقه بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای علائم افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم افسردگی	آزمایش	۳۲/۹۰	۲/۲۳	۱۹/۴۰	۲/۰۷	۱۹/۳۰	۲/۴۱
	گواه	۳۳/۷۰	۳/۰۹	۳۳/۳۰	۲/۸۳	۳۳/۱۰	۲/۶۹
ذهن‌خوانی	آزمایش	۱۶/۸۰	۲/۸۲	۲۶/۸۰	۴/۴۴	۲۷/۹۰	۴/۲۳
	گواه	۱۸/۵۰	۲/۰۷	۱۷/۸۰	۲/۴۹	۱۷/۷۰	۲/۲۱
بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان	آزمایش	۴/۸۰	۰/۹۲	۶/۴۰	۰/۹۷	۶/۳۰	۱/۱۶
	گواه	۴/۵۰	۰/۸۵	۴/۴۰	۱/۱۷	۴/۴۰	۱/۲۶

براساس نتایج جدول ۲، در گروه گواه علائم افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان، روند تغییرات مشابه در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) داشت؛ ولی گروه آزمایش در اندازه‌گیری بعد از مداخله (پس‌آزمون)، در متغیر علائم افسردگی کاهش و در متغیرهای ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان افزایش نشان داد؛ اما در مرحلهٔ پیگیری تغییر محسوسی درمقایسه با پس‌آزمون مشاهده نشد.

قبل از انجام روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به‌منظور رعایت پیش‌فرض‌های آن، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لون بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس رد نشد ($p>۰/۰۵$). همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد که فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ($p>۰/۰۵$). درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد که این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p<۰/۰۰۱$)؛ ازاین‌رو آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به‌کار رفت. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر با ۰/۸۸ ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای علائم افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در دو گروه و سه زمان

متغیر	منبع تغییرات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
علائم افسردگی	اثر زمان	۱۵۱/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۹
	اثر گروه	۵۵/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۵
	گروه*زمان	۱۳۱/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۸
ذهن‌خوانی	اثر زمان	۹۱/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
	اثر گروه	۹/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
	گروه*زمان	۱۲۱/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۷
بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان	اثر زمان	۱۰/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
	اثر گروه	۵/۸۵	۰/۰۱۴	۰/۲۴
	گروه*زمان	۱۸/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۰

نتایج جدول ۳ مشخص می‌کند، تحلیل واریانس متغیر علائم افسردگی برای عامل درون‌گروهی (زمان) (F=۱۵۱/۲۶، $p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی (F=۵۵/۶۵، $p<۰/۰۰۱$) معنادار است. تحلیل واریانس متغیر ذهن‌خوانی نیز برای عامل درون‌گروهی (زمان) (F=۹۱/۷۰، $p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی (F=۹/۳۳، $p<۰/۰۰۱$) معنادار است. همچنین تحلیل واریانس متغیر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان برای عامل درون‌گروهی (زمان) (F=۱۰/۹۹، $p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی (F=۵/۸۵، $p=۰/۰۱۴$) معنادار است. این مطلب نشان می‌دهد که هر سه متغیر علائم افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان بین دو گروه آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری داشتند و حاکی‌از تأثیر مداخله بود.

به‌منظور بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۲/۸۰	۰/۷۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۲/۹۰	۰/۷۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۰	۰/۵۹	۰/۱۰۵
ذهن‌خوانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۱۰/۰۰	۰/۶۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	−۱۱/۱۰	۰/۳۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	−۱/۱۰	۰/۵۳	۰/۸۰۴
بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۱/۹۰	۰/۲۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری	−۱/۸۰	۰/۲۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۰	۰/۴۴	۰/۸۶۵

باتوجه به نتایج جدول ۴، میانگین نمرات متغیر علائم افسردگی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود (p<۰/۰۰۱). همچنین علائم افسردگی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (p=۰/۱۰۵). نتایج مشخص کرد، میانگین نمرات متغیر ذهن‌خوانی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود (p<۰/۰۰۱) و نیز در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (p=۰/۸۰۴). همچنین نتایج نشان داد، میانگین نمرات متغیر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود (p<۰/۰۰۱) و در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (p=۰/۸۶۵). نتایج حاکی‌از آن بود که اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری در مرحلهٔ پیگیری برای هر سه متغیر علائم افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان ماندگار بوده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر ارتقای ذهن‌خوانی ازطریق چشم، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی بود. یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی‌ـ رفتاری موجب بهبود ارتقای ذهن‌خوانی ازطریق چشم در افراد مبتلا به افسردگی اساسی شد. با جست‌وجوی بسیار زیاد در تمامی منابع اطلاعاتی پژوهشی در زمینهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر ذهن‌خوانی مطلبی یافت نشد؛ اما مطالعات همبستگی مشخص کرد، افسردگی با نمرات کمتر ذهن‌خوانی درمقایسه با گروه سالم همراه است (۳،۴،۱۱). برخی مطالعات مانند پژوهش سیمون و همکاران به تأثیر منفی بی‌توجهی عاطفی و فیزیکی دوران کودکی در عملکرد ذهن‌خوانی اشاره کرده‌اند (۳۰).

در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، درک ذهنی افراد با اختلال افسردگی اساسی از حالت‌های صورت، منجربه سوگیری تفسیر از اهداف دیگران می‌شود که بروز مشکلاتی را در عملکرد اجتماعی ازقبیل شغل و خانواده به‌دنبال دارد. می‌توان گفت که درمان شناختی‌ـ رفتاری با هدف قراردادن باورهای آسیب‌زا و آموزش تنظیم خُلق موجب ارتقای رمزگشایی حالات ذهنی براساس چهره می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی‌ـ رفتاری سبب بهبود بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد مبتلا به افسردگی شد. نتایج این پژوهش با مطالعهٔ فو و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر پاسخ عصبی به حالات غم‌انگیز صورت در افسردگی اساسی (۲۲) همسوست. افراد دچار افسردگی برای تمام احساسات اصلی به‌جز ناراحتی دچار اختلال حالات صورت می‌شوند و این افراد برای مواجهه با حالات غم‌انگیز، افزایش هوشیاری و توجه انتخابی را نشان می‌دهند. همچنین پردازش شناختی کندتر و دشواری در تصمیم‌گیری با عملکرد ضعیف در بازشناسی هیجان همراه است (۱۲). مشکلات مربوط به تشخیص حالات چهره در این افراد، مربوط به دستگاه لیمبیک و قسمت پیش‌پیشانی است و داروهای ضدافسردگی با عادی‌کردن پردازش احساسات گام اولیهٔ درمان را تشکیل می‌دهند (۳۱).

در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، فکر فرد دارای اختلال افسردگی تحت‌تأثیر وضعیت عاطفی وی قرار می‌گیرد و با برانگیختگی شناختی و فیزیولوژیک ممکن است منجربه تصمیم‌گیری با کیفیت ضعیف و تحت‌تأثیر احساسات شود (۳۲). افراد دچار افسردگی در تشخیص احساسات مثبت اشتباه بیشتری دارند و به‌سختی تشخیص می‌دهند. آنان حتی در تقلید چهره (سرایت عاطفی) نیز ضعیف عمل می‌کنند (۳۳). می‌توان گفت، هیجانات و عملکرد شناختی باهم در تعامل است؛ برای مثال انگیزه، عملکرد آزمون‌های شناختی را تغییر می‌دهد. افراد با کارکردهای سالم، انتظارات منطقی و ادراکات هیجانی مثبت دارند که موجب انعطاف‌پذیری آنان در وقایع نامطلوب می‌شود (۳۴). توانایی انعطاف‌پذیری شناختی در زمان رویارویی با محرک‌های جدید، امکان مدنظر قراردادن هم‌زمان بازنمایی‌های متناقض از شیء یا رویدادی را فراهم می‌کند (۳۵). به‌نظر می‌رسد تمرکز بیشتر بر آموزش تنظیم خُلق در حین درمان شناختی‌ـ رفتاری نقش مؤثری در پردازش هیجانی دارد و با رفع نقصان در توانایی ذهن‌خوانی و بازشناسی هیجانات صورت، تحریف‌های شناختی این بیماران را کاهش می‌دهد و به‌سبب کاهش تحریف‌های شناختی، حالات ذهنی مثبت افزایش می‌یابد. درنهایت به کاهش علائم رفتاری افسردگی و بهبود منجر می‌شود. بنا بر آنچه گفته شد شواهد پژوهشی گویای آن

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

است که جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری می‌تواند با ایجاد تغییرات در رمزگشایی هیجانات، منجربه انتظارات معقول‌تر و تجارب مثبت شود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی‌ـ رفتاری موجب کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی شد. نتایج این تحقیق با پژوهش هور و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی (۲۱) همسوست.

در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، درمان شناختی‌ـ رفتاری در گروه‌های مختلفی همانند دانشجویان، زنان مطلقه، مراقبان بیماران آلزایمری، بیماران کاندید جراحی عمومی، عمل بای‌پس و سرطان سینه اجرا شد که نشان داد این مداخله به افزایش پاسخ‌های سازنده و کاهش علائم افسردگی می‌انجامد (۳۶،۳۷). درمان شناختی‌ـ رفتاری علاوه‌بر هدف قراردادن پردازش اطلاعات ناسازگار در سطح فردی که توسعه و بی‌نظمی را در پی دارد، با تمرکز بر فعال‌سازی رفتاری و آموزش کفایت اجتماعی رابطهٔ بین‌فردی را ترمیم می‌کند و یادگیری این مهارت‌ها حتی پس از درمان در زندگی روزمره استفاده می‌شود (۳۸).

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل نمونه‌گیری دردسترس و محدودشدن افراد نمونه به زنان و حجم نمونه بود؛ بنابراین در تعمیم یافته‌ها باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری با استفاده از ابزارهای دارای تصاویر پویا با تمرکز بر متغیرهای پژوهش، در پژوهش‌های بعدی بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی‌ـ رفتاری موجب کاهش علائم افسردگی، بهبود توانایی بازشناسی حالات چهره‌ای هیجان و بهبود توانایی ذهن‌خوانی می‌شود و این دو توانایی یعنی بازشناسی حالات چهره‌ای هیجان و ذهن‌خوانی نقش اساسی در روابط بین‌فردی ایفا می‌کنند؛ بنابراین می‌توان از درمان شناختی‌ـ رفتاری به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر در درمان اختلال افسردگی اساسی استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از همکاری تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر را داریم. همچنین از مسئولان مرکز پژوهشی علوم اعصاب‌شناختی رفتار دانشگاه شهید بهشتی برای در اختیار قراردادن ابزار پژوهش و مدیر مرکز مشاورهٔ تبرستان و همکاران مراکز مشاوره برای در اختیار قراردادن مکان اجرای پژوهش و ارجاع افراد سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش اصول اخلاقی نظیر شرکت داوطلبانهٔ افراد در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و دربرنداشتن پیامد منفی در صورت نبود تمایل به ادامهٔ همکاری رعایت شد. همچنین تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع

مقالهٔ حاضر برگرفته از پایان‌نامهٔ رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده توسط معاونت پرورشی ادارهٔ کل آموزش‌وپرورش مازندران با شماره نامهٔ ۵۰۶۹۸ مورخ ۲۳مهر۱۳۹۶ صادر شد. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و نگارش را انجام داد و نویسندگان بعدی در مفهوم‌سازی پژوهش نقش داشتند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, MD DPR. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Ganji M. (Persian translator). Tehran: Savalan; 2015.
2. Saedi D, Yekrang Safakar M, Farid Araki K. Assessment of the third ventricle diameter of brain in computed tomographic scans of patients with major depressive disorder. Razi Journal of Medical Sciences. 2004;11(43):771–9. [Persian] http://rjms.iums.ac.ir/article-1-73-en.pdf
3. Nejati V, Zabihzadeh A, Maleki G, Tehranchi A. Mind reading and mindfulness deficits in patients with major depression disorder. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2012;32:431–7. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.065
4. Şencan B. Theory of mind in major depressive disorder. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. Current Approaches in Psychiatry. 2019;11(1):39–51. https://doi.org/10.18863/pgy.383349
5. Hudson CC, Shamblaw AL, Wilson GA, Roes MM, Sabbagh MA, Harkness KL. Theory of mind, excessive reassurance-seeking, and stress generation in depression: A social-cognitive- interpersonal integration. Journal of Social and Clinical Psychology. 2018;37(9):725–50. https://doi.org/10.1521/jscp.2018.37.9.725
6. Stewart JG, Harkness KL. Testing a revised interpersonal theory of depression using a laboratory measure of excessive reassurance seeking. J Clin Psychol. 2017;73(3):331–48. https://doi.org/10.1002/jclp.22338

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

7. Zabihzadeh A, Maleki G, Richman MJ, Hatami A, Alimardani Z, Heidari M. Affective and cognitive theory of mind in borderline personality disorder: The role of comorbid depression. Psychiatry Res. 2017;257:144–9. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.034
8. Cuthbert B, Kozak M. Constructing constructs for psychopathology: the NIMH research domain criteria. Journal of Abnormal Psychology. 2013;122(3):928–37. https://doi.org/10.1037/a0034028
9. Wyssen A, Lao J, Rodger H, Humbel N, Lennertz J, Schuck K, et al. Facial emotion recognition abilities in women experiencing eating disorders. Psychosom Med. 2019;81(2):155–64. https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000664
10. Maleki G, Zabihzadeh A, Richman MJ, Demetrovics Z, Mohammadnejad F. Decoding and reasoning mental states in major depression and social anxiety disorder. BMC Psychiatry. 2020;20(1):463. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02873-w
11. Jenkins LM, Kendall AD, Kassel MT, Patrón VG, Gowins JR, Dion C, et al. Considering sex differences clarifies the effects of depression on facial emotion processing during fMRI. J Affect Disord. 2018;225:129–36. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.027
12. Bomfim AJ de L, Ribeiro RADS, Chagas MHN. Recognition of dynamic and static facial expressions of emotion among older adults with major depression. Trends Psychiatry Psychother. 2019;41(2):159–66. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0054
13. Gotlib IH, Hammen CL. Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1992.
14. Beck AT, Alford BA. Depression: causes and treatment. 2nd ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009.
15. Berg HE, Ballard ED, Luckenbaugh DA, Nugent AC, Ionescu DF, Zarate CA. Recognition of emotional facial expressions in anxious and nonanxious depression. Compr Psychiatry. 2016;70:1–8. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.06.007
16. Bilderbeck AC, Atkinson LZ, Geddes JR, Goodwin GM, Harmer CJ. The effects of medication and current mood upon facial emotion recognition: findings from a large bipolar disorder cohort study. J Psychopharmacol. 2017;31(3):320–6. https://doi.org/10.1177/0269881116668594
17. Nejati V, Zabihzadeh A, Maleki G, Mohseni M. Social cognition in patients with major depression disorder: evidence from reading mind in the eyes test. Journal of Applied Psychology. 2013;6(2):57–70. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_95795_6540ca2b6f6c6c41863ee09503e85d89.pdf
18. Dalili MN, Penton-Voak IS, Harmer CJ, Munafò MR. Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. Psychol Med. 2015;45(6):1135–44. https://doi.org/10.1017/s0033291714002591
19. Fertuck EA, Jekal A, Song I, Wyman B, Morris MC, Wilson ST, et al. Enhanced "Reading the Mind in the Eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls. Psychol Med. 2009;39(12):1979–88. https://doi.org/10.1017/s003329170900600x
20. Bora E, Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. J Affect Disord. 2016;191:49–55. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.023
21. Hur J-W, Kim B, Park D, Choi S-W. A scenario-based cognitive behavioral therapy mobile app to reduce dysfunctional beliefs in individuals with depression: a randomized controlled trial. Telemed J E Health. 2018;24(9):710–6. https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0214
22. Fu CHY, Williams SCR, Cleare AJ, Scott J, Mitterschiffthaler MT, Walsh ND, et al. Neural responses to sad facial expressions in major depression following cognitive behavioral therapy. Biol Psychiatry. 2008;64(6):505–12. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.033
23. Stark KD, Laurent J, Livingston R, Boswell J, Swearer S. Implications of research for the treatment of depressive disorders during childhood. Applied and Preventive Psychology. 1999;8(2):79–102. https://doi.org/10.1016/S0962-1849(99)80001-8
24. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of beck depression inventories -IA and II in psychiatric outpatients. J Pers Assess. 1996;67(3):588–97. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
25. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Magor Depressive Disorder. Archives of Rehabilitation. 2007;8(Special Issue):82–6. [Persian] https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.pdf
26. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults and adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism. J. Child Psychol. Psychiatr. 2001;42:241-51. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715
27. Zabihzadeh A, Nejati V, Maleki G, Radfar F, Darvishi M. The study of relationship between mind reading ability and big five factors of personality. Advances in Cognitive Science. 2012;14(1):19–30. [Persian] https://icssjournal.ir/article-1-426-en.pdf
28. Ekman P, Friesen WV. *Pictures of facial affect.* San Francisco, CA: Human Interaction Laboratory, University of California Medical Center; 1976.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

29. Ghasempour A, Fahimi S, Abolghasemi A, Amiri A, Akbari E, Fakhari A, et al. Recognition of facial expression of emotion in patients with depression and normal people. Yafteh. 2012;14(1):91–8. [Persian] http://yafte.lums.ac.ir/article-1-713-en.pdf
30. Simon M, Németh N, Gálber M, Lakner E, Csernela E, Tényi T, et al. Childhood adversity impairs theory of mind abilities in adult patients with major depressive disorder. Front Psychiatry. 2019;10:867. https://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00867
31. Shiroma PR, Thuras P, Johns B, Lim KO. Emotion recognition processing as early predictor of response to 8-week citalopram treatment in late-life depression. Int J Geriatr Psychiatry. 2014;29(11):1132–9. https://doi.org/10.1002/gps.4104
32. Thagard P. Hot thought: mechanisms and applications of emotional cognition. MIT Press. Cambridge, Mass.: MIT Press; 2008.
33. Roiser JP, Sahakian BJ. Hot and cold cognition in depression. CNS Spectr. 2013;18(3):139–49. https://doi.org/10.1017/s1092852913000072
34. Rooholamini SH, Soleymani M, Vaghef L. Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (TDCS) on executive functions (selective attention and flexibility) in students with dyslexia. Journal of Learning Disabilities. 2018;8(1):23–41. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_707_bd71e9c896e411a67634bada2b9a3943.pdf
35. Zwick JC, Wolkenstein L. Facial emotion recognition, theory of mind and the role of facial mimicry in depression. J Affect Disord. 2017;210:90–9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.022
36. Dehghan Nayeri N, Mardani Hamooleh M, Rezaee N. The effect of cognitive therapy on depression: A systematic review. Modern Care Journal. 2014 ;11(4):255–67. [Persian] http://sid.bums.ac.ir/dspace/bitstream/handle/bums/5032/A-10-348-2.pdf
37. Mohammad-Khani P, Dabsoun K, Hosseini F, Momeini F. Comparison of the effectiveness mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavior therapy and treatment as usual on depression and additional symptoms and other psychiatric symptoms. Journal of Clinical Psychology. 2011;3(1):19–26. [Persian] https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2043
38. Bajbouj M, Aust S, Spies J, Herrera-Melendez A-L, Mayer SV, Peters M, et al. PsychotherapyPlus: augmentation of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with prefrontal transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) in major depressive disorder-study design and methodology of a multicenter double-blind randomized placebo-controlled trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2018;268(8):797–808. https://doi.org/10.1007/s00406-017-0859-x

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]