

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 M¹, *Nejati V², Mirzaeyan B³

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.

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری 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.

*رایانامه نویسنده مسئول: nejati@sbu.ac.ir

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

چکیده

زمینه و هدف: لازمه 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 شناختی- رفتاری بر ارتقای ذهن‌خوانی از طریق چشم، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری را ۹۳ زن دچار افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره سرپایی مناطق یک و دو وابسته به آموزش و پرورش شهر ساری در طی سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ تشکیل دادند. بیست نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به روش تصادفی در گروه گواه و گروه آزمایش قرار گرفتند (هر گروه ده نفر). ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم (بارون- کوهن و همکاران، ۲۰۰۱)، آزمون بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان (اکمن و فرایسن، ۱۹۷۶) بود. صرفاً گروه آزمایش در ده جلسه شصت دقیقه‌ای، درمان شناختی- رفتاری 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 نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

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

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان از درمان شناختی- رفتاری به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر در درمان اختلال افسردگی اساسی استفاده کرد. **کلیدواژه‌ها:** افسردگی، ذهن‌خوانی، بازشناسی بیان چهره‌ای، درمان شناختی- رفتاری.

مرتبط است (۱۰)؛ درحالی‌که بُعد شناختی نظریه ذهن که به آگاهی از باورها و مقاصد دیگران مربوط می‌شود، با ناحیه 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 آستانه 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 تشخیص‌دانی 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 سازگار شدن می‌کند. در افراد دچار افسردگی تمایل سوگیری به تفسیر احساسات مبهم و منفی وجود دارد که توانایی رمزگشایی محرک‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). این تمایل سوگیری موجب کاهش دریافت حمایت اجتماعی می‌شود و در نتیجه 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 چهره 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 منجر به تغییراتی در چشم‌انداز درک‌شده پاداش‌ها و تنبیه‌ها شود (۱۶). نجاتی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بیماران دچار افسردگی در مقایسه 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 هیجان‌ها در چهره دیگران، میزان افسردگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸، ۴). 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 مبتنی بر منطقه 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 طرد شدن و رفتارهای ناسازگار متأثر از توانایی رمزگشایی هیجان‌ها است (۵، ۶). افسردگی با اختلال در فرایندهای کنترل عاطفی - شناختی و شناخت اجتماعی همراه است (۲۰). طبق شواهد پژوهشی، ذهن‌خوانی و بازشناسی هیجان در ایجاد تسهیل‌کننده روابط مؤثر اجتماعی در ارتقای کارکرد بین‌فردی افسردگی نقش مهمی ایفا می‌کند (۵). نتایج پژوهش

افسردگی^۱، یکی از اختلالات خلقی 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 تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد (۱). افسردگی در زنان در مقایسه با مردان شیوع بیشتری دارد و سن شروع بیماری به‌طور تقریبی بین ۲۰ تا ۵۰ سالگی است (۱). اختلال افسردگی اساسی با بزرگی بطن سوم مغز همراه است و ابتلا به این اختلال، روند کاهش حجم بافت مغزی ناشی از 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 حاکی از آن است که بیماران مبتلا به افسردگی خفیف، بیش از اندازه به کنترل چرخه اجتماعی حساس هستند؛ درحالی‌که در افسردگی شدید، بیماران روابط اجتماعی خود را نامیدکننده 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 درباره ارزش خود درگیری ذهنی پیدا می‌کنند که منجر به رفتارهای ناسازگار و درنهایت طرد از سوی دیگران می‌شوند (۵). بین تعارض بین‌فردی و پذیرش نشدن از سوی دیگران در سطوح بیشتر افسردگی شواهدی وجود دارد (۶). این رفتارهای ناسازگار می‌توانند با توانایی بنیادین رمزگشایی و استدلال درباره حالات ذهنی دیگران مرتبط باشند (۵). نقص در توانایی، پیش‌بینی‌کننده افسردگی همراه با مشکلات عملکرد اجتماعی است (۷). نظریه ذهن به‌عنوان ساختاری مهم در حوزه فرایندهای اجتماعی در آسیب‌شناسی روانی توسط مؤسسه ملی بهداشت روان شناسایی شد؛ بنابراین درک جامع نقش آن در کارکرد فرد اهمیت دارد (۸)؛ همچنین ساختاری مهم در حوزه شناخت و رمزگشایی هیجان‌ها در چهره دیگران، ویژگی اصلی شناخت انسان و اساس تعامل اجتماعی است (۹). نظریه ذهن به‌منزله توانایی در انسان تعریف شده است؛ توانایی که ما به‌وسیله آن دست به پیش‌بینی و شرح‌دادن رفتار خود و دیگران می‌زنیم و برای انجام این کار به حالات ذهنی مانند تمایلات، باورها، ادراکات و هیجان‌ها رجوع می‌کنیم؛ بنابراین می‌توان گفت، نظریه 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، مؤلفه اجتماعی - ادراکی است که شامل رمزگشایی فوری درباره حالات ذهنی دیگران براساس اطلاعات قابل‌مشاهده موجود مانند چهره یا لحن صدا می‌شود و این استنباط فوری رمزگشایی بدون دانش پیش‌زمینه‌ای درباره فرد می‌تواند دقیق باشد؛ مؤلفه دوم اجتماعی - 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 نظریه ذهن که به اسناد حالت‌های هیجانی به دیگران اشاره دارد، با آمیگدال، ساختارهای گیجگاهی میانی و بخش قدامی

¹. Depression

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

در مجموع نقص در عملکردهای هیجانی یکی از مشکلات افراد مبتلا به افسردگی اساسی است که منجر به نقص و ناتوانی در بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در این بیماران می‌شود. همچنین درمان افسردگی به دلیل 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 شناختی-رفتاری است. درمان شناختی-رفتاری، بر تشویق بیماران برای به چالش کشیدن 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 در جهت کمک به افراد مبتلا به افسردگی برداشته شود (۲۳). باتوجه به مطالب بیان‌شده، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ذهن‌خوانی، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری را ۹۳ زن مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه‌کننده از آذر ماه ۱۳۹۶ تا خرداد سال ۱۳۹۷ به مراکز سرپایی مشاوره دولتی مناطق یک و دو وابسته به آموزش و پرورش شهر ساری تشکیل دادند. زمان انجام مداخله از خرداد تا شهریور سال ۱۳۹۷ به طول انجامید. نمونه پژوهش، شامل ۲۸ نفر بود که برگه 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 محدوده سنی ۲۵ تا ۵۰ سال؛ تشخیص افسردگی اساسی توسط روان‌پزشک؛ دارا بودن نمره متوسط تا شدید افسردگی در بازه ۱۹ تا ۴۰ براساس پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۱ (۲۴)؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل سابقه 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 استفاده نکردن 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

مشاوره تبرستان وابسته به آموزش و پرورش جلسات ارزیابی و درمانی در آن مکان آغاز شد. در جلسه اول حضور هر مراجع، ارائه توضیحاتی درباره طرح و اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌های ارزیابی و درمان، طول مدت هر جلسه و مکان برگزاری به مراجعان صورت گرفت. سپس درخصوص رعایت اصول اخلاقی نظیر شرکت داوطلبانه، محرمانه‌ماندن اطلاعات و دربرداشتن پیامد منفی در صورت نبود تمایل به ادامه 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 جلسه 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 هفته پیایی دریافت کرد؛ اما آزمودنی‌های گروه گواه وارد لیست انتظار شدند تا در صورت اثربخش بودن آزمایش پس از انجام پژوهش، مداخله برای آنان نیز انجام گیرد. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه طی ۷ تا ۵ جلسه درمان را دریافت کرد. در گروه اول، مداخله با استفاده از روش درمان شناختی-رفتاری صورت گرفت و گروه دوم، گروه گواه بود که هیچ مداخله‌ای برای این گروه انجام نشد. به‌منظور جلوگیری از سوگیری ناشی از ترتیب اجرای پرسش‌نامه‌ها، طرح چرخشی در اجرای آن‌ها به‌کار رفت. بدین‌منظور با استفاده از طرح جایگشت^۲ به شش صورت به یکدیگر متصل شدند و با نظارت پژوهشگر در بین افراد اجرا و توزیع شدند. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم: در این پژوهش، ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ ارائه شد، به‌کار رفت (۲۴). بیست‌ویک ماده 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 علائق جنسی است. هر ماده در دامنه نمره‌ای بین صفر=خیلی کم، ۱=کم، ۲=متوسط و ۳=زیاد است و نمره کل در دامنه صفر تا ۶۳ قرار دارد. کسب نمره کمتر در پرسش‌نامه نشان‌دهنده افسردگی کم و کسب نمره بیشتر در آن نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است (۲۴). در پژوهش بک و همکاران، پایایی این پرسش‌نامه ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۴). استفان-دایسون و همکاران، رویی سازه این پرسش‌نامه را در همبستگی با افسردگی با ضریب آلفای ۰/۷۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۵).

– آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم^۳: آزمونی عصب‌روان‌شناسی سیاه و سفید مربوط به ذهن‌خوانی است که توسط بارون-کوهن و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شد (۲۶). این آزمون تصاویری از ناحیه چشم بازیگران و هنرپیشه‌ها را در ۳۶ حالت مختلف در بر می‌گیرد. برای هر

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

1. Beck Depression Inventory (BDI-II)

2. Permutation

است که شش هیجان اصلی خشم، تنفر، ترس، شادی، غم و تعجب را نشان می‌دهد و آزمودنی باید با نگاه کردن به هریک از تصاویر بتواند هیجان مدنظر را بازشناسی کند و پاسخ بدهد. آزمون به صورت صفر و یک درجه بندی می‌شود و نمره آزمون بین صفر تا ۱۴ است. عملکرد آزمودنی‌ها به وسیله تعداد پاسخ‌های صحیح ارزیابی می‌شود (۲۸). در این پژوهش از فرم کوتاه شده آزمون شامل چهارده عکس، استفاده شد. رویایی این آزمون در پژوهش قاسم‌پور و همکاران ۰/۷۱ به دست آمد (۲۹). ضریب پایایی در این پژوهش با روش بازآزمایی ۰/۷۹ بود. - مداخله درمانی شناختی- رفتاری: مداخله روان‌شناختی استفاده شده در تحقیق حاضر شامل درمان شناختی- رفتاری برگرفته از مدل استارک و همکاران (۲۳) بود. جلسات درمانی در ده جلسه برای گروه آزمایش به صورت دو بار در هفته، هر جلسه شصت دقیقه به مدت پنج هفته برگزار شد. چارچوب و شرح هر جلسه در جدول ۱ آورده شده است.

تصویر، چهار واژه توصیف‌گر حالت‌های ذهنی با ظرفیت هیجانی مشابه، ارائه می‌شود. پاسخ‌دهنده تنها از طریق اطلاعات بینایی موجود در تصویر، باید گزینه‌ای را که به‌نحو بهتری توصیف‌کننده حالت ذهنی شخص موجود در تصویر است، از بین چهار گزینه انتخاب کند. شیوه نمره‌دهی به صورت 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 به دست آمد (۲۷). - آزمون بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان^۱: 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

جدول ۱. جلسات درمانی شناختی- رفتاری

جلسه	ساختار جلسه	تکالیف
اول	کسب تاریخچه مراجع (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 خلق
دوم	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف، بررسی افکار و انواع آن از لحاظ انعطاف‌پذیری، مثبت و منفی، سازنده و ضروری بودن، چگونگی تأثیر نوع افکار بر خلق، خطاهای شناختی، تکلیف (دماسنج خلق و برگه ثبت افکار)	تکلیف (دماسنج خلق، لیست افکار مثبت و منفی، تمرین استراتژی‌ها)
سوم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکلیف، آموزش استراتژی‌هایی برای افزایش افکار مثبت و کاهش افکار منفی	تکلیف تمرین افکار مثبت
چهارم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکلیف، مجادله با افکار منفی با روش ABC ^۲	تکلیف (دماسنج خلق، لیست افکار، استفاده از روش ABC برای بحث و به‌چالش کشیدن افکار منفی)
پنجم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکلیف، تمرکز بر اثر فعالیت‌ها روی افسردگی، توضیح چرخه معیوب، فعالیت‌های لذت‌بخش	تکلیف (دماسنج خلق، کاربرگ فعالیت‌ها)
ششم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکلیف، بررسی تضاد بین فعالیت‌ها، قرارداد شخصی و پیش‌بینی فعالیت‌های لذت‌بخش	تکلیف (دماسنج خلق، کاربرگ فعالیت‌های هفتگی، پیش‌بینی فعالیت‌های لذت‌بخش)
هفتم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکلیف، مدیریت زمان (تعیین اهداف و...)	تکلیف (دماسنج خلق، کاربرگ فعالیت‌های هفتگی، تعیین اهداف، برنامه اجرایی)
هشتم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکلیف، تمرکز بر روابط اجتماعی، اهمیت حمایت اجتماعی، بررسی شبکه‌های حمایت و چگونگی حفظ و گسترش آن	تکلیف (دماسنج خلق، کاربرگ فعالیت‌ها، ثبت روابط و کاربرگ ABC)
نهم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکلیف، نقش انتظارات در روابط، استفاده از مهارت‌های ارتباطی، تمرین جسارت	تکلیف (دماسنج خلق، تمرین جسارت)
دهم	مرور جلسات پیشین و تکنیک‌های تمرین شده، اجرای پس‌آزمون	ارائه تکنیک‌هایی برای ادامه و نگهداری روند بهبودی

با اندازه‌گیری مکرر از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (برای نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح

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

^۲. Activating event, beliefs, consequences

^۱. Facial Emotion Recognition Test

معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۷۰ درصد خانه‌دار و ۳۰ درصد کارمند و در گروه گواه ۶۰ درصد خانه‌دار و ۴۰ درصد کارمند بودند. در گروه آزمایش ۹۰ درصد متأهل، ۷ درصد مجرد مطلقه، ۳ درصد مجرد غیرمطلقه و در گروه گواه ۸۰ درصد متأهل، ۱۴ درصد مجرد مطلقه و ۶ درصد مجرد غیرمطلقه بودند.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش ۳۸/۴±۵/۵ و برای گروه گواه ۳۶/۸±۵/۸ سال به دست آمد. از لحاظ شغل در گروه آزمایش

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

رد نشد ($p > 0.05$). همچنین معنادار نبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد که فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ($p > 0.05$). در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی مشخص کرد که این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p < 0.001$)؛ از این رو آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به کار رفت. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر با ۰/۸۸ ($p < 0.001$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

بر اساس نتایج جدول ۲، در گروه گواه علائم افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان، روند تغییرات مشابه در سه مرحله 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 مرحله پیگیری تغییر محسوس در مقایسه با پس‌آزمون مشاهده نشد.

قبل از انجام روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به منظور رعایت پیش‌فرض‌های آن، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موجلی و لون بررسی شد. از آنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

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	اندازه 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) ($F=151.26, p < 0.001$) و بین‌گروهی ($F=55.65, p < 0.001$) معنادار است. تحلیل واریانس متغیر ذهن‌خوانی نیز برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($F=91.70, p < 0.001$) و بین‌گروهی ($F=9.33, p < 0.001$) معنادار است. همچنین تحلیل واریانس متغیر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($F=10.99, p < 0.001$) و بین‌گروهی

نتایج جدول ۳ مشخص می‌کند، تحلیل واریانس متغیر علائم افسردگی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($F=151.26, p < 0.001$) و بین‌گروهی ($F=55.65, p < 0.001$) معنادار است. تحلیل واریانس متغیر ذهن‌خوانی نیز برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($F=91.70, p < 0.001$) و بین‌گروهی ($F=9.33, p < 0.001$) معنادار است. همچنین تحلیل واریانس متغیر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($F=10.99, p < 0.001$) و بین‌گروهی

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

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

رفتاری با هدف قراردادادن باورهای آسیب‌زا و آموزش تنظیم خلق موجب ارتقای رمزگشایی حالات ذهنی براساس چهره می‌شود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی-رفتاری سبب بهبود بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد مبتلا به افسردگی شد. نتایج این پژوهش با مطالعه فو و همکاران مبنی بر تأثیر درمان شناختی-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 اولیه درمان را تشکیل می‌دهند (۳۱).

در تبیین این یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، فکر فرد دارای اختلال افسردگی تحت تأثیر وضعیت عاطفی وی قرار می‌گیرد و با برانگیختگی شناختی و فیزیولوژیک ممکن است منجر به تصمیم‌گیری با کیفیت ضعیف و تحت تأثیر احساسات شود (۳۲). افراد دچار افسردگی 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 قراردادادن هم‌زمان بازنمایی‌های متناقض از شیء یا رویدادی را فراهم می‌کند (۳۵). به‌نظر می‌رسد تمرکز بیشتر بر آموزش تنظیم خلق در حین درمان شناختی-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

باتوجه به نتایج جدول ۴، میانگین نمرات متغیر علائم افسردگی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود ($p < 0/001$). همچنین علائم افسردگی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p = 0/105$). نتایج مشخص کرد، میانگین نمرات متغیر ذهن‌خوانی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p < 0/001$) و نیز در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p = 0/804$). همچنین نتایج نشان داد، میانگین نمرات متغیر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p < 0/001$) و در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p = 0/865$). نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مرحله پیگیری برای هر سه متغیر علائم افسردگی، ذهن‌خوانی و بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان ماندگار بوده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر ارتقای ذهن‌خوانی از طریق چشم، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان و کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی بود. یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی-رفتاری موجب بهبود ارتقای ذهن‌خوانی از طریق چشم در افراد مبتلا به افسردگی اساسی شد. با جست‌وجوی بسیار زیاد در تمامی منابع اطلاعاتی پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ذهن‌خوانی مطلبی یافت نشد؛ اما مطالعات همبستگی مشخص کرد، افسردگی با نمرات کمتر ذهن‌خوانی در مقایسه 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 یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، درک ذهنی افراد با اختلال افسردگی اساسی از حالت‌های صورت، منجر به سوگیری تفسیر از اهداف دیگران می‌شود که بروز مشکلاتی را در عملکرد اجتماعی از قبیل شغل و خانواده به دنبال دارد. می‌توان گفت که درمان شناختی-

داریم. همچنین از مسئولان مرکز پژوهشی علوم اعصاب شناختی رفتار دانشگاه شهید بهشتی برای در اختیار قرار دادن ابزار پژوهش و مدیر مرکز مشاوره تیرستان و همکاران مراکز مشاوره برای در اختیار قرار دادن مکان اجرای پژوهش و ارجاع افراد سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش اصول اخلاقی نظیر شرکت داوطلبانه افراد در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و دربرداشتن پیامد منفی در صورت نبود تمایل به ادامه همکاری رعایت شد. همچنین تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند به منظور 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.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

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

تضاد منافع

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه رساله دکتری نویسنده اول از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده توسط معاونت پرورشی اداره کل آموزش و پرورش مازندران با شماره نامه ۵۰۶۹۸ مورخ ۲۳ مهر ۱۳۹۶ صادر شد. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و نگارش را انجام داد و نویسندگان بعدی در مفهوم‌سازی پژوهش نقش داشتند. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

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

در تبیین این یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، درمان شناختی- 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 شناختی- رفتاری علاوه بر هدف قرار دادن پردازش اطلاعات ناسازگار در سطح فردی که توسعه و بی‌نظمی را در پی دارد، با تمرکز بر فعال‌سازی رفتاری و آموزش کفایت اجتماعی رابطه بین فردی را ترمیم می‌کند و یادگیری این مهارت‌ها حتی پس از درمان در زندگی روزمره استفاده می‌شود (۳۸).

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

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی- 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 بین فردی ایفا می‌کنند؛ بنابراین می‌توان از درمان شناختی- رفتاری به عنوان 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

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, Tehrani 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 Yaklasimler. Current Approaches in Psychiatry. 2019;11(1):39-51. <https://doi.org/10.18863/pgv.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>

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.comppsy.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](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 Major 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.

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, Csernelá 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/fpsy.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>