

اختلال شناخت اجتماعی در بیماران دچار افسردگی عمده: شواهدی از آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم

وحید نجاتی^{1*}، عباس ذبیح‌زاده²، قیصر ملکی² و مصطفی محسنی³

دریافت مقاله: 90/1/18؛ دریافت نسخه نهایی: 91/2/18؛ پذیرش مقاله: 91/3/21

چکیده

هدف: هدف پژوهش مقایسه توانایی‌های شناخت اجتماعی افراد دچار افسردگی عمده با همتایان عادی آن‌ها بود. **روش:** روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل کلیه بیماران دچار اختلال افسردگی عمده بیمارستان لقمان شهر تهران به تعداد 160 بیمار بود. بر مبنای تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی مرکز فوق 45 بیمار دچار اختلال افسردگی عمده با 50 فرد سالم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصویر چشم بارون-کوهن، ویل‌رایت، هیل، راست و پلومب (2001) باهم مقایسه شدند. داده‌ها با آزمون t استودنت و تحلیل واریانس دوراهه تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از تفاوت معناداری در عملکرد دو گروه افسرده و عادی در ذهن‌خوانی بود. بیماران دچار افسردگی عمده نسبت به همتایان عادی خود، در گویه‌های حالات ذهنی مثبت و خنثی عملکرد پایین‌تر و در گویه‌های حالات ذهنی منفی عملکرد بالاتری نشان دادند. همچنین افراد سالم در حالات ذهنی مثبت، بهتر از خنثی و در خنثی، بهتر از منفی عمل کردند و افراد افسرده دقیقاً الگوی عکس داشتند. **نتیجه‌گیری:** نقصان در توانایی نظریه ذهن افراد افسرده می‌تواند به‌عنوان یکی از فرضیه‌های سبب‌شناختی در تحریف‌های شناختی این بیماران مطرح باشد. بنابراین می‌توان از ارزیابی و آموزش شناخت اجتماعی در بیماران دچار افسردگی به‌عنوان یک راهبرد درمانی سود جست.

کلیدواژه‌ها: افسردگی عمده، تصاویر چشم، ذهن‌خوانی، شناخت اجتماعی

Email: nejati@sbu.ac.ir

*1. نویسنده مسئول، استادیار دانشگاه شهید بهشتی

2. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی

3. کارشناسی ارشد خانواده‌درمانی، دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

هرچند اختلال در تعامل‌های اجتماعی افراد افسرده برای درمانگران و پژوهشگران شناخته شده است، لیکن مطالعه نقص در کارکردهای اجتماعی افراد افسرده به‌عنوان زمینه پژوهشی بکر، در هاله‌ای از ابهام باقی مانده است. آسیب در کارکرد اجتماعی شناخته شده‌ترین خصیصه اختلال افسردگی است (بیورز، 2009).

ادبیات پژوهشی مؤید آن است که افراد افسرده‌الگوی از ناکارآمدی در تعامل‌های بین‌فردی از خود نشان می‌دهند (وانگ، وانگ، چن، زو و وانگ، 2008). بیماران دچار افسردگی درک ضعیفی از موقعیت‌های اجتماعی (بیورز، 2009) و تفسیر اطلاعات بین‌فردی مانند هیجان‌ها و تظاهرات چهره دارند (وانگ و همکاران، 2008).

نقص در برقراری تعامل‌های اجتماعی ناشی از افسردگی در بروز و تداوم این اختلال نقش اساسی دارد (کر، دونبار و بنتال¹، 2003، اینو، تونوکا، یامادا و کامبا²، 2004) و به نظر می‌رسد برای غلبه بر این چرخه معیوب باید کارکردهای اجتماعی و زیرساخت‌های شناختی آن در افراد افسرده بررسی جدی شود.

نظریه ذهن و ذهن‌خوانی³، نوعی شناخت اجتماعی و عنصر مهمی از مجموعه توانایی‌هایی است که هوش اجتماعی نامیده می‌شود (ریلو، الیک، اوویک، والک و ریوس، 2003). ذهن‌خوانی به‌عنوان یکی از توانایی‌های شناخت اجتماعی مغز، قضاوتی است پیرامون حالت‌های ذهنی خود و دیگران (سینگر، 2006). شواهد پژوهشی مؤید آن است که بهره‌مندی از این توانایی به منظور انجام تکالیف رفتاری و اجتماعی روزانه ضروری است (وانگ و همکاران، 2008).

اصطلاح نظریه ذهن که به توانایی شناختی فهم حالت‌های ذهنی نظیر اهداف، نیات، باورها، تمایلات، هیجان‌ها و عواطف خود و دیگران اشاره دارد؛ برای اولین بار توسط پریماک و وودراف (1978) برای بررسی این فرضیه که آیا میمون‌ها برای درک، تبیین و پیش‌بینی رفتار، قادر به نسبت دادن حالت‌های ذهنی هستند، استفاده شد. این توانایی شامل مجموعه‌ای از استنباط‌ها است که به‌عنوان «نظریه» در نظر گرفته می‌شود، زیرا اولاً، حالت‌های ذهنی مستقیماً قابل مشاهده نیست و ثانیاً، برای پیش‌بینی به‌ویژه در مورد رفتار موجودات دیگر می‌تواند استفاده شود (پریماک و وودراف، 1978؛ رضویه، لطیفیان و عارفی، 1385).

سینگر (2006) معتقد است فرایند ذهن‌خوانی معطوف به اسناد نگرش‌های گزاره‌ای به فرد دیگر است که برای سهولت بیشتر «حالت‌های ذهنی» را جایگزین «نگرش‌های گزاره‌ای» کرده-

1. Kerr, Dunbar, & Bental

2. Inoue, Tonooka, Yamada & Kanba

3. mind reading

اختلال شناخت اجتماعی در بیماران مبتلا به افسردگی عمده:...

است. در هر حال، امروزه این توانایی مبنای تعامل موفق در گروه‌های اجتماعی است و به‌عنوان حیطة‌ای اختصاصی از دانش با مکانیزم‌ها و فرایندهای یادگیری مختص به خود بررسی می‌شود (ریلو و همکاران، 2003؛ سینگر، 2006؛ امین‌یزدی، 1386).

پژوهشگران برای نظریه ذهن دو مؤلفه برشمرده‌اند: «نظریه ذهن عاطفی» که به اسناد حالت-های هیجانی به دیگران اشاره دارد و نظریه ذهن شناختی که به آگاهی از باورها و مقاصد دیگران مربوط می‌شود (سینگر، 2006).

پژوهش‌هایی که طی دو دهه اخیر راجع به این مفهوم در زمینه‌های روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسی اجتماعی و علوم اعصاب شناختی صورت گرفته، اغلب به ارتباط نظریه ذهن با همدلی، اختلال‌های روان‌شناختی و بررسی زیربنای عصبی آن پرداخته است. مطالعات اخیر صورت‌گرفته پیرامون این سازه شناختی، مؤید نقصان این توانایی در بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی است.

به‌عنوان مثال برون (2005)، بر اساس مطالعات خود نشان داد کیفیت عملکرد بیماران دچار روان‌گسیختگی در تکالیف ذهن‌خوانی، پیشگوی مناسبی برای شدت ناهنجاری‌های رفتاری این بیماران است. بورا، وهیپ، گنول، کندیز، الکان و اگوت، (2006) نیز نشان دادند که توانایی رمزگشایی حالت‌های ذهنی، بهترین میانجی عملکرد اجتماعی در روان‌گسیختگی است. نظریه‌های اخیر، ظرفیت بهره‌مندی از توانایی ذهن‌خوانی را متشکل از دو مؤلفه عمده می‌دانند: مؤلفه ادراکی-اجتماعی¹ و مؤلفه شناختی-اجتماعی (تاگر-فلوسبرگ و سولیوان، 2000؛ سباق، 2004).

مؤلفه ادراکی-اجتماعی ذهن‌خوانی برای رمزگشایی حالت‌های ذهنی دیگران، بر مبنای اطلاعات قابل‌مشاهده در دسترس مورد نیاز است، حال آن‌که، مؤلفه شناختی-اجتماعی دربرگیرنده توانایی استدلال درباره‌ی حالت‌های ذهنی به قصد پیشگویی یا توصیف رفتار دیگران است (تاگر-فلوسبرگ و سولیوان، 2000).

در کودکان دچار نشانگان ویلیامز²، بروز آسیب منفرد در مؤلفه ادراکی-اجتماعی ذهن‌خوانی، گواهی بر عملکرد مستقل این دو مؤلفه ذهن‌خوانی است (تاگر-فلوسبرگ و سولیوان، 2000). مطابق با ادبیات پژوهشی موجود، این دو مؤلفه خاستگاه عصب‌شناختی مجزایی نیز دارد. خاستگاه عصب‌شناختی مؤلفه ادراکی-اجتماعی، بادامه³ (آدولفس، بارون-کوهن و ترانل، 2002). شکنج گیجگاهی میانی (پوس، آلیسون، بنتین، کر و مک‌کارتی، 1998؛ هاکسبی،

-
1. social-perceptual
 2. Williams syndrome
 3. amygdala

گوبینی، فوری، ایسای و اسکوتن، 2001، هاکسی، هوفمن و کوبینی، 2002) و قطعه پیشانی (هورناک، رولز و وید، 1996؛ سباق، مولسون و هارکنس، 2004)، است حال آن‌که ناحیه مغزی درگیر در مؤلفه شناختی-اجتماعی ذهن‌خوانی، ناحیه میانی-پیشانی مغزی است (فریس و فریس، 2001؛ سیگال و وارلی، 2002).

شواهد پژوهشی معتبری در زمینه ارتباط بین رمزگشایی حالت‌های ذهنی و مؤلفه ادراکی-اجتماعی نظریه ذهن از یک سو و توانایی استدلال پیرامون کیفیات حالت‌های ذهنی با مؤلفه‌ی شناختی-اجتماعی نظریه ذهن وجود دارد (ولکنستین، اسکوننبرگ، اسپیرم و هاوتزینگر، 2011؛ وانگ و همکاران، 2008).

در راستای مطالعات فوق شواهدی مبنی بر ارزیابی و سنجش رمزگشایی حالت‌های ذهنی از طریق آزمون نظریه ذهن وجود دارد. با توجه به این‌که نقصان در عملکرد اجتماعی افراد افسرده یکی از مهم‌ترین خصیصه‌های علامت‌شناسی این اختلال است، ارزیابی کیفیت بهره‌مندی این بیماران از توانایی رمزگشایی حالت‌های ذهنی دیگران در ارتباطات اجتماعی‌شان می‌تواند دلالت‌های درمانی قابل توجهی را در بهبود و ارتقای عملکرد اجتماعی این بیماران به همراه داشته باشد.

دلالت‌های نظری و پژوهشی یافته‌هایی که بیشتر به آن اشاره شد، نشان می‌دهد که مطالعات معدودی کیفیت بهره‌مندی از توانایی ذهن‌خوانی را در بیماران دچار افسردگی عمده بررسی کرده است. با توجه به جدید بودن موضوع نظریه ذهن به‌طور خاص و مباحث شناخت اجتماعی به‌طور اعم در آسیب‌شناسی روانی از یک سو و نیز انگشت‌شمار بودن تعداد مقاله‌هایی که به ارزیابی توانایی نظریه ذهن بیماران افسرده پرداخته‌اند، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که؛ آیا توانایی ادراک حالت‌های ذهنی دیگران در بیماران افسرده اصلی با همتایان فاقد آسیب روان‌شناختی آن‌ها تفاوت دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و مطالعه مقطعی و جامعه آماری حدود 160 بیمار دچار اختلال افسردگی عمده بود که طی شش ماه نخست سال 1389 به بیمارستان لقمان تهران مراجعه و تشخیص بالینی یاد شده را مطابق با فهرست معیارهای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی¹ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، 1994) توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس همان بیمارستان دریافت کرده بودند. با توجه به نوع بیماری و عدم همکاری کلیه بیماران، 45 بیمار از

1. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th. ed.)

فهرست مراجعین دچار اختلال یادشده به‌عنوان نمونه‌های این پژوهش، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با 50 فرد بدون سابقه آسیب روان‌پزشکی یا روان‌شناختی که از نظر متغیرهای سن و میزان تحصیلات با گروه نخست، همتا شده بودند، مقایسه شد.

ابزار پژوهش

آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصویر چشم¹. این آزمون یک آزمون عصب‌روان‌شناسی است که توسط بارون-کوهن، ویل‌رایت، هیل، راست و پلومب (2001) ساخته شده و شامل تصاویری از بازیگران و هنرپیشه‌ها معروف خارجی است که قسمت چشم این تصاویر بریده شده است که 36 حالت مختلف ذهنی مثل آرام، دلسرد، وحشت‌زده و جز آن را نشان می‌دهد. برای هر تصویر، حالت‌های ذهنی که از ظرفیت هیجانی مشابهی برخوردار است ارائه می‌شود (شکل 1). پاسخ‌دهنده تنها از طریق اطلاعات بینایی موجود در تصویر، باید گزینه‌ای را که به بهترین نحو توصیف‌کننده حالت ذهنی شخص موجود در تصویر است را از بین چهار گزینه انتخاب کند. حداکثر امتیاز قابل اکتساب برای انتخاب واژگان درست در این آزمون 36 و کمترین آن صفر است. در غالب مطالعات صورت گرفته برای بررسی توانایی ذهن‌خوانی افراد سالم و بیمار، از این آزمون استفاده شده است (وانگ و همکاران، 2008). روش نمره‌گذاری آزمون بارون کوهن مبتنی بر پاسخ درست پاسخ‌گوینده به گویه‌ها است و مجموع درست کلیه گویه‌ها نمره پاسخ-گوینده را تشکیل می‌دهد و حداکثر زمان لازم برای اجرای کامل این آزمون در یک شرکت-کننده، 15 دقیقه است. به‌منظور برگردان فارسی واژگان به‌کار رفته در این آزمون، از راهنمایی و نظارت سه زبان‌شناس نیز بهره گرفته شد و آلفای کرونباخ آزمون در پژوهش حاضر 0/72 به دست آمد. در مطالعه حاضر علاوه بر شیوه نمره‌گذاری فوق، با توجه به ماهیت این مطالعه یعنی بررسی ابعاد مختلف شناخت اجتماعی مطرح شده در آزمون ذهن‌خوانی در افراد افسرده، شیوه نمره‌گذاری جدیدی توسط یک متخصص علوم اعصاب شناختی آشنا به این آزمون و مشاوره با سازنده اصلی آزمون صورت گرفت تا علاوه بر داشتن یک نمره کلی، سوگیری افراد افسرده را نیز در این مطالعه سنجیده شود. در این روش نمره‌گذاری هر یک از تصاویر ارائه شده بر اساس جواب درست، یکی از سه حالت مثبت، خنثی و منفی دارد. مجموع نمره‌های گویه-های مثبت، منفی و خنثی به‌عنوان زیر شاخص‌های آزمون در نظر گرفته شد. نمره دیگر، تفسیر فرد از تصاویر ارائه شده بود. بدین منظور گزینه‌های تصاویر به صورت مثبت، منفی و خنثی

1. reading the mind in the eyes test (RMET)

*علاقه‌مندان می‌توانند جهت استفاده از نسخه فارسی آزمون با نشانی الکترونیکی نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

کدگذاری شدند، سپس با در نظر گرفتن ارزش تصویر که شامل مثبت، منفی و یا خنثی بود تفسیر فرد از تصویر، نمره‌گذاری شد. به‌عنوان مثال، اگر در تصویر منفی، فرد گزینه منفی را انتخاب می‌نمود، نمره صفر؛ در صورت انتخاب گزینه خنثی، نمره 1+ و چنانچه گزینه مثبت را انتخاب می‌نمود، نمره 2+ می‌گرفت بنابراین در این روش نمره‌گذاری، صحیح یا غلط بودن پاسخ‌ها در نظر گرفته نمی‌شوند.



هیجان‌زده وحشت‌زده آرام دلسرد

شکل 1. تصویری نمونه از مجموعه تصاویر آزمون ذهن‌خوانی بارون-کوهن (جواب درست: دلسرد)

شبهه اجرا. 36 تصویر موجود در آزمون ذهن‌خوانی بارون-کوهن در قالب یک نرم‌افزار رایانه‌ای به صورت انفرادی به هر یک از آزمودنی‌ها ارائه شد. برای مقایسه میانگین عملکرد دو گروه در تکالیف ذهن‌خوانی از آزمون t استودنت و نیز از آزمون تحلیل واریانس دوراهه استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر در مورد 45 نفر دچار افسردگی عمده شامل 19 مرد و 26 زن؛ 16 نفر مجرد و 29 نفر متأهل) و 50 نفر همتای سالم شامل 27 مرد و 23 زن؛ 16 نفر مجرد و 34 نفر متأهل صورت گرفت. میانگین سنی گروه افسرده 28 و انحراف معیار 1/49 با گروه سالم 28/02 و انحراف معیار 1/70 با توجه به $t=0/060$ با $P=0/952$ تفاوت معناداری نداشت. همچنین نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان می‌دهد که دو گروه از نظر (میانگین سال‌های تحصیل گروه افسرده 13/82 و انحراف استاندارد 2/32 با گروه سالم 13/84 و انحراف معیار 2/24 با توجه به $t=0/038$ با $P=0/970$ نیز تفاوت معناداری نداشت.

جدول 1. مقایسه توانایی ذهن خوانی بیماران دچار افسردگی عمده و همتایان سالم

آماره t	افسرده (45 نفر)		سالم (50 نفر)		گروه	متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
4/52**	4/29	17/40	2/51	20/54	کل آزمون ذهن خوانی	
5/89**	2/15	4/40	1/59	6/68	حالت ذهنی مثبت	
2/86**	1/67	4/46	0/87	5/24	حالت ذهنی خنثی	
-2/94*	1/78	7/17	1/76	6/34	حالت ذهنی منفی	
10/03**	4/03	-1/51	4/26	7/06	تفسیر گویه‌ها	

*P<0/05 **P<0/01

جدول 1 نشان می‌دهد. دو گروه تفاوت معناداری در نمره ذهن خوانی دارند، به نحوی که گروه افسرده کارایی پائین تری در نمره این آزمون داشته است. مقایسه زیرشاخص‌های آزمون نشان می‌دهد که افراد افسرده در گویه‌های با حالت‌های ذهنی مثبت و خنثی نمره کمتری از همتایان عادی خود کسب کرده‌اند، ولی در گویه‌های با حالات ذهنی منفی نمره بالاتری نسبت به همتایان سالم خود داشتند. نمره تفسیر گویه‌ها نیز نشان می‌دهد، افراد افسرده تفسیر منفی-تری از تصاویر ارائه شده داشته‌اند.

جدول 2. میانگین نمره‌های تراز شده شاخص‌های آزمون ذهن خوانی در دو گروه

نمره تراز شده	گروه	سالم		افسرده	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گویه‌های حالت ذهنی مثبت		66/80	15/96	44	21/57
گویه‌های حالت ذهنی خنثی		58/46	9/86	49/75	18/82
گویه‌های حالت ذهنی منفی		45/34	12/46	51/26	12/56
کل آزمون ذهن خوانی		56/68	15/66	48/34	18/19

جدول 2 نشان می‌دهد تفاوت دو گروه افسرده و سالم در گویه‌های خنثی و مثبت به نفع افراد سالم و در گویه‌های منفی به نفع افراد افسرده است. جهت تعیین تفاوت نوع حالت ذهنی گویه‌ها شامل شاخص مثبت، خنثی و منفی در دو گروه دچار افسردگی عمده و سالم آزمون تحلیل واریانس دوراهه با نمرات تراز شده (تقسیم نمره شاخص بر تعداد سوالات ضربدر صد) انجام شد و نتایج آن در جدول 3 خلاصه شد.

جدول 3. نتایج آزمون تحلیل واریانس دوره‌ها دو گروه و سه شاخص با نمرات تراز شده

آماره F	میانگین مربعات	منابع تغییرات
14/95**	3638/36	الگوی اصلاح شده
3231/86**	786453	برش
5/56**	1353/53	شاخص‌ها (مثبت، منفی، خنثی)
21/22**	5164/91	گروه (سالم و افسرده)
20/08**	4886/74	گروه - شاخص‌ها

**P<0/05 *P<0/01

داده‌های جدول 3 و نتایج آزمون تعقیبی توکی بین دو گروه سالم و افسرده و بین سه نوع حالت ذهنی تفاوت معناداری را بین افراد دو گروه نشان می‌دهد، به نحوی که افراد سالم در حالت‌های ذهنی مثبت بهتر از خنثی و در خنثی بهتر از منفی عمل می‌کنند و افراد افسرده دقیقاً الگوی عکس دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات اخیر صورت گرفته پیرامون مفهوم نظریه ذهن، مؤید نقصان این توانایی در بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی بوده است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفیت بهره‌مندی از این توانایی در بیماران دچار اختلال افسردگی عمده صورت گرفت و به این یافته دست یافت، در آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم، عملکرد افراد افسرده در مقایسه با هم‌تایان سالم نقصان دارد. این یافته با مطالعه اینو و همکاران (2004)، لی، هارکنس، سباق و جانسون (2005) و بورا (2005) هم‌خوانی دارد.

مطالعه اینو و همکاران (2004) نشان داد که دو پنجم بیماران افسرده نقص در نظریه ذهن دارند و این نقصان همبستگی بسیار زیادی با مهارت‌های برقراری روابط اجتماعی این بیماران دارد. از آنجایی که تعارض بین فردی یک عامل مهم در برگشت بیماری افسردگی است، به نظر می‌رسد، نظریه ذهن پیشگوی مناسبی برای عود افسردگی و تعامل‌های اجتماعی این بیماران باشد.

برخی از مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهند که نقصان ذهن‌خوانی در بیماران افسرده، در مراحل حاد بیماری (کر و همکاران، 2003) و دوره‌های بهبودی علایم (اینو و همکاران، 2004)، وجود دارد. لی و همکاران (2005)، گزارش نموده‌اند که زنان دچار افسردگی تک-قطبی، نقایصی در تکالیف ذهن‌خوانی از خود نشان می‌دهند. براساس مطالعات عصب‌شناختی

اختلال شناخت اجتماعی در بیماران مبتلا به افسردگی عمده....

خاستگاه عصبی نظریه ذهن، قشر پیش پیشانی، قشر حدقه‌ای پیشانی، نواحی شکمی میانی پیشانی و آمیگدال است (برادرز، 1990).

از طرفی بسیاری از مطالعات تصویر بردای مغز نشان داده‌اند که قشر پیش پیشانی نقش مهمی در آسیب‌شناسی جسمانی اختلال‌های خلقی دارد (میرگ، 1997). یکی از ساختارهایی که نقش اساسی در پردازش هیجانی دارد، قشر حدقه‌ای پیشانی است. آسیب به این قشر موجب تغییر عمده در هیجان، شخصیت، رفتار و ارتباط اجتماعی می‌شود (کرینگل‌باچ¹، 2004).

شواهد پژوهشی گویای آن است که در بیماران با افسردگی عمده حجم قشر حدقه‌ای پیشانی کاهش می‌یابد (برمر، 2002، بالمیر، 2004، لاسردا، 2004) که این نکته بیانگر نقش این ناحیه مغزی در آسیب‌شناسی جسمانی افسردگی عمده است. از طرفی قشر حدقه‌ای پیشانی در ذهن‌خوانی نقش دارد.

بارون-کوهن (1994) نشان داد قشر حدقه‌ای چشمی در بازشناسی حالات ذهنی از طریق تصاویر چشم نقش دارد. استون²، بارون-کوهن و نایت (1998) در مطالعه‌ای نشان دادند که بیماران با آسیب دو طرفه قشر حدقه‌ای پیشانی در تکلیف داستان‌گوئی که نیازمند درک رفتارهای اجتماعی متناسب و اثر رفتار روی حالات ذهنی دیگران است مشکل دارند.

نتایج برخی از مطالعات نیز حاکی از آن است که نقص و سوگیری در درک منظور و یا حالت‌های ذهنی دیگران موجب جامعه‌ستیزی می‌شود (کریک و دوج³، 1994؛ فشاخ، 1987). به نظر می‌رسد اختلال افسردگی نیز همین خصوصیت را دارا باشد؛ سوگیری توجه به محرک‌های منفی و برداشت منفی از محرک‌های مبهم اجتماعی اعم از حالت‌های ذهنی دیگران از مشخصه‌های شناختی افسردگی است (بیورز، ولس، الیس و فیشر، 2009).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد افراد دچار اختلال افسردگی عمده نمره بهتری در ذهن-خوانی تصاویر منفی دارند. این موضوع را می‌توان به سوگیری توجه و حافظه بهتر افراد افسرده در مورد محرک‌های منفی مرتبط دانست (ماتئوس و مک لئود، 2005). موری، فیوری-کولی و هوپر (1996) نشان دادند که مادران افسرده تظاهرات هیجانی منفی کودک خود را بهتر شناسایی می‌کنند و به آن پاسخ متفاوتی نسبت به مادران سالم می‌دهند.

-
1. Kringelbach
 2. Stone
 3. Crick & Dodge

این یافته در مورد اضطراب نیز شواهدی دارد. مادران مضطرب نیز تعامل چهره به چهره کمتری با کودک خود دارند (موری، کوپر، کراسول، اسچوفلد و ساک، 2007؛ نیکل هارپر، هاروی و استین، 2007).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر آن بود که افراد دچار اختلال افسردگی عمده نمره کمتری در ذهن‌خوانی تصاویر مثبت دارند. این یافته را می‌توان ناشی از اختلال شناختی افراد افسرده در پردازش محرک‌های با بار هیجانی مثبت دانست (بیورز و همکاران، 2009).

بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افراد دچار اختلال افسردگی عمده در تفسیر حالت‌های ذهنی تصاویر ارائه شده حالت منفی را بیشتر انتخاب می‌کنند و یا تفسیری منفی از تصویر را انتخاب می‌نمایند. نظریه‌های شناختی افسردگی بر این باورند که افراد افسرده تمایل به تفسیر محرک‌های مبهم به صورت منفی دارند و این سوگیری تفسیری نقش مهمی در ایجاد و دوام این بیماری دارد. افراد افسرده تفسیرهای منفی‌تری از موقعیت‌های اجتماعی مبهم دارند (بیورز و همکاران، 2009).

افراد افسرده در تفسیر اطلاعات بین‌فردی مانند هیجان‌ها و تظاهرات صورت مشکل دارند. پژوهش حاضر نیز این یافته را با آزمون نظریه ذهن به عنوان یک آزمون عصب‌شناختی شناخت اجتماعی تأیید می‌کند (موگ، بردبوری و بردلی، 2006).

در پژوهش دیگری موگ و همکاران (2006)، از دو آزمون تفسیر متن و ارائه لغات جناس، جهت بررسی تفسیر محرک‌های مبهم در افراد افسرده استفاده شد. در آزمون اول یک جمله مبهم به فرد ارائه می‌شود و فرد باید با دو گزینه پیش‌رو، یکی برداشت مثبت و دیگری برداشت منفی آن را تکمیل کند و در آزمون دوم یک کلمه با تلفظ واحد و دو معنی (جناس تام) به صورت شنیداری به فرد ارائه می‌شود و فرد باید کلمه را بنویسد. نتایج مطالعه فوق نشان داد که افراد افسرده در هر دو آزمون محرک‌های مبهم را به صورت منفی تفسیر می‌نمایند که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، افسردگی به‌عنوان حالتی از عدم توازن شناختی-هیجانی است که می‌تواند به صورت نوعی شناخت اجتماعی ناهنجار در نظر گرفته شود. مبنای عصبی افسردگی که بخش شکمی-داخلی قشر پیش‌پیشانی است می‌تواند با ساختارهای عصبی که در شناخت اجتماعی به طور کلی و در رمزگشایی حالت‌های ذهنی دیگران به طور خاص دخالت دارند، رابطه داشته باشد.

مبتنی بر یافته‌های مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد، کیفیت بهره‌مندی بیماران افسرده از توانایی نظریه ذهن و ادراک حالت‌های ذهنی دیگران در تعامل‌های اجتماعی، پیشگوی مناسبی

اختلال شناخت اجتماعی در بیماران مبتلا به افسردگی عمده....

برای عود اختلال افسردگی و نقصان در تعامل‌های اجتماعی این بیماران باشد. لذا پیشنهاد می‌شود به ارزیابی و آموزش شناخت اجتماعی در بیماران دچار افسردگی توجه خاصی مبذول گردد. در مجموع در حد خطوط کلی می‌توان اشاره کرد که استفاده از راهبردهای درمانی مبتنی بر آموزش شناخت اجتماعی می‌تواند در بهبود کیفیت تعاملات اجتماعی افراد افسرده به عنوان یک راهبرد درمانی مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از از زحمات سرکار خانم دکتر مهیناز میردهقان (دکتری تخصصی زبان‌شناسی) و خانم‌ها ایلماز داوودی و نازنین محمدخانی (کارشناس ارشد زبان‌شناسی از دانشگاه شهید بهشتی) که محتوای آزمون فارسی ذهن‌خوانی را به لحاظ زبان‌شناختی بررسی کردند و همچنین از مدیریت و اعضای پرسنل بخش و درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان لقمان تهران که همکاری لازم را جهت اجرای این پژوهش به‌عمل آوردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- امین‌یزدی، امیر. (1386). شناخت اجتماعی و زبان. *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی مشهد*، 159(12)، 115-134.
- رضویه، اصغر، لطیفیان، مرتضی، و عارفی، مژگان. (1385). نقش تئوری ذهن و همدلی در پیش-بینی رفتارهای پرخاشگری ارتباطی، آشکار و جامعه‌پسند دانش‌آموزان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی دانشگاه الزهراء*، 3(2)، 25-38.

- Adolphs, R., Baron-Cohen, S., & Tranel, D. (2002). Impaired recognition of social emotions following amygdale damage. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(4):1264–1274.
- Ballmaier, M., Toga, A. W., Blanton, R. E., Sowell, E. R., Lavretsky, H., & Peterson J. (2004). Anterior cingulate, gyrus rectus, and orbito frontal abnormalities in elderly depressed patients: An MRI-based parcellation of the prefrontal cortex. *Am J Psychiatry*, 161(8):99–108.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). 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*, 42, 241-251.
- Baron-Cohen, S., Ring, J., Moriarty, B., Schmitz, D., & Costa. P. (1994). Recognition of mental state terms. Clinical findings in children with autism and a functional neuro imaging study of normal adults. *Psychiatry*, 165(4): 640–649.

- Beevers, C., Wells, T., Ellis, A., & Fischer, K. (2009). Identification of emotionally ambiguous interpersonal stimuli among dyphoric and non dysphoric individuals. *Cognitive Therapy Research*, 33(2): 283–290.
- Bora, E., Vahip, S., Gonul, A.S., Akdeniz, F., Alkan, M., Ogut, F. (2005). Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(7): 110–116.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Nazeer, A., Adil, J., & Khan, S. (2002). Reduced volume of orbito frontal cortex in major depression. *Biol Psychiatry*, 51(4): 273–279.
- Brothers, L. (1990). The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neurosci*, 1(2): 27–51.
- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, theory of mind and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133(4): 135–147.
- Brüne, M. (2005). “Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(6): 1–22.
- Brune, Martin., & Brune - Cohrs, U. (2006). Theory of Mind—Evolution, Ontogeny, Brain Mechanisms and Psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30 (4): 437–455.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children’s social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(5): 74–101.
- Feshbach, N. D. (1987). *Parental empathy and child adjustment/maladjustment. In: Eisenberg N, Strayer J, editors. Empathy and its development. New York: Cambridge University Press; p. 271–91.*
- Frith, U., & Frith, C. (2001). The biological basis of social interaction. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5): 151–155.
- Haxby, J. V., Gobbini, M. I., Furey, M. L., Ishai, A., Schouten, J. L., & Rolls, E. (2001). Distributed and overlapping representations of faces and objects in ventral temporal cortex. *Science*, 29(4): 2425–2430.
- Haxby, J. V., Hoffman, E. A., & Gobbini, M. I. (2002). Human neural systems for face recognition and social communication. *Biological Psychiatry*, 51(6): 59–67.
- Hornak, J., Rolls, E. T., & Wade, D. (1996). Face and voice expression identification in patients with emotional and behavioral changes following ventral frontal lobe damage. *Neuro psychologia*, 34(3): 247–261.
- Inoue, Y., Tonooka, Y., Yamada, K., & Kanba, S. (2004). Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *J. Affect. Disord*, 82(2): 403–409.
- Kerr, N., Dunbar, R. I., & Bentall, R. P. (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(4): 253–259.
- Kringelbach, M. L., & Rolls, E. T. (2004). The functional neuroanatomy of the human orbitofrontal cortex: Evidence from neuroimaging and neuro psychology. *Prog Neurobiol*, 72(3): 341–372.

- Lacerda, A. L., Keshavan, M. S., Hardan, A. Y., Yorbik, O., Brambilla, P., & Sassi, R. B. (2004). Anatomic evaluation of the orbitofrontal cortex in major depressive disorder. *Biol Psychiatry*, 55(4): 353–358.
- Lee, L., Harkness, K. L., Sabbagh, M. A., & Jacobson, J. A. (2005). Mental state decoding abilities in clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 86(4): 247–258.
- Mayberg, H. (1997). Limbic-cortical dysregulation: a proposed model of depression. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 9(2): 471–481.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(3): 167–195.
- Mogg, K., Bradbury, K. E., & Bradley, B. (2006). Interpretation of ambiguous information in clinical depression. *Behavior Research and Therapy*, 44(3): 1411–1419.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Scak, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(4): 45–52.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., & Hooper, R. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67 (4): 2512–2526.
- Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior & Development*, 30(6): 161–167.
- Puce, A., Allison, T., Bentin, S., Gore, J. C., & McCarthy, G. (1998). Temporal cortex activation in humans viewing eye and mouth movements. *Journal of Neuroscience*, 18(2): 2188–2199.
- Realo, A., Allik, J., olvak, A., Valk, R., Ruus, T. (2003). Mind-Reading Ability: Beliefs and Performance. *Journal of Research in Personality*, 37(4): 420–445.
- Sabbagh, M. A., Moulson, M. C., & Harkness, K. L. (2004). Neural correlates of mental state decoding in human adults: an event-related potential study. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16(3): 415–426.
- Sabbagh, M. A. (2004). Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: implications for autism. *Brain and Cognition*, 55 (3): 209–219.
- Siegal, M., & Varley, R. (2002). Neural systems involved in “theory of mind”. *Nature Neuroscience*, 3(2): 463–471.
- Singer, T. (2006). The Neuronal Basis and Ontogeny of Empathy and Mind Reading: Review of Literature and Implications for Future Research. *Neuroscience and Bio behavioral Reviews*, 30(5): 855–863.
- Stone, V., Baron-Cohen, R.E., & Knight, E. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *J. Cogn. Neurosci*, 10(4): 640–656.
- Tager-Flusberg, H., & Sullivan, K. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*, 76(6): 59–90.

Wang, Y., Wang, Y. G., Chen, S., Zhu, C., & Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Research*, 161(4): 153–161.

Wolkenstein, L., Sch?nenberg, M., Schirm, E., & Hautzinger, M., (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of Affective Disorders*. 132(4): 104–111.

