مقایسه بازشناسی هیجان تنفردر بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی شـدید بـا افراد غیربیمار

A Comparison of the Recognition of Disgust between Patients with Severe Obsessive - Compulsive Disorder and Healthy People

الهام موسویان[۱]، نورالله محمدی[۲]

Elham Moosavian, Nooroallah Mohammadi

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱۶ پذیرش اولیه: ۹۵/۱/۲۱ پذیرش نهایی: ۹۵/۳/۲۶

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه بازشناسی هیجـان تنفـر در بیمـاران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی شدید و افـراد غیـر بیمـار و بررسی رابطه‌ی شدت اختلال وسواس فکـری – عملـی بـا توانـایی بازشناسی هیجان‌ها است. در این پژوهش علی مقایسه‌ای، بازشناسی هیجان در چهره در دو گروه متشکل از ۱۵ فـرد بهنجـار و ۱۵ فـرد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی شدید بررسی شد. بازشناسی هیجان‌های مـرتبط بـا چهـره، توسـط ۴۱ تصـویر اکمـن و فرایـزن (۱۹۷۶) که ۶ حالت هیجانی گوناگون (غم، شـادی، تـرس و خشـم، تنفر، تعجب) و حالت خنثی را می‌سنجند، ارزیابی شد. بین دو گروه از نظر بازشناسی هیجان تنفر تفـاوت معنـاداری وجـود دارد (p=۰/۰۴، F=۳). از آنجایی‌که موقعیت‌هایی که در آن بیماران وسواس فکـری – عملی، تنفر را تجربه می‌کنند، از آنهایی که در آن افراد عادی تنفر را تجربه می‌کنند متفاوت است، در نتیجه می‌توان ادراک متفاوت این افراد از هیجان تنفر را یکی از علل زیربنایی ابتلای این گروه ازافـراد به علائم اختلال وسواس مخصوصاً اشتغال فکری نسبت به آلـودگی دانست. به نظر می‌رسد نقص بازشناسی هیجان تنفر فقط در بیماران دارای اختلال وسواس فکری و عملی شدید وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: بازشناسی هیجان در چهره، اختلال وسواس فکـری و عملی، تنفر.

Abstract

The goal of this research was to compare the recognition of disgust between patients with severe obsessive-compulsive disorder and healthy people, and to study the relationship between the intensity of this disorder and the ability of the recognition of disgust. In this causal-comparative research, facial emotion recognition has been studied in two groups consisting of 15 normal people and 15 people with severe OCD. Facial emotion recognition was assessed by using of 41 pictures of Ekman and Friesen (1979) that evaluates 6 different emotion styles (sadness, happiness, fear, anger, disgust, surprise) and neutral emotion. The results showed that there was a significant difference between the two groups in terms of the recognition of disgust (F=3, P=0.04).Since the situation in which OCD patients experienced disgust was different from the situations in which the normal people experienced disgust, we can consider the different perception of disgust in these individuals as one of the underlying causes of having the symptoms of OCD, specially preoccupation about the air pollution. It seems that there is a defect of the recognition of disgust only in people with severe obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Facial emotion recognition, Obsessive-Compulsive disorder, disgust.

۱. (نویسنده مسئول) دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه شیرا، شیراز. ایران. elham_moosavian@yahoo.com

۲. استاد روان شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز. ایران.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]

مقدمه

بازشناسی صحیح حالات هیجانی در چهره یکی از عوامل با اهمیت در ساختار اجتماعی بشر است (اکمن[1]، ۱۹۹۲) و هدایتگر رفتار اجتماعی در نظر گرفته می‌شود ، حتی نوپایان نیز اطلاعات مهمی را از حالات هیجانی در چهره دیگران به دست می-آورند (سورس ، امد، کامپوس و کلینرت[2]،۱۹۸۵ ؛ رپاچولی، ملتزف، توب و روبا[3]،۲۰۱۶).یافته های بین فرهنگی نشان داده است که تشخیص شش هیجانپخشم، تنفر، ترس، شادی، غم و تعجب در همه ی فرهنگ ها مشترک است (اکمن ، لونسون و فرایزن۱۹۸۳[4]؛اکمن ، سورنسون و فرایزن[5]، ۱۹۶۹). برخلاف این توانایی جهان شمول گروهی از افراد با برخی از شکل‌های آسیب شناسی روانی، در بازشناسی حالات هیجانی چهره دچار اشکال هستند. با این حال درباره‌ی کیفیت و مفهوم خاص این نقص‌ها هنوز توافق نظر وجود ندارد. نقایص شناسایی هیجان در چهره تا کنون در اختلال های مختلفی مانند اختلالات آلزایمر[6] (هارگریو، مادوک و استن[7]، ۲۰۰۲)، بی اشتهایی روانی (زنویجل-ـــبندک، ون گوزن و کوهن کتنیس[8]،۲۰۰۲)، اختلال دوقطبی[9] (یالچین-سیدنتوپف[10] و همکاران،۲۰۱۴) ،اضطراب اجتماعی[11] (پلانا، لاویی، باتاگلیا و آچیم[12]،۲۰۱۳)، افسردگی اساسی[13] (دالیلی، پنتون-ووک، هارمر و مونافو[14]، ۲۰۱۵)، اسکیزوفرنی[15] (ولور[16] و همکاران،۲۰۱۴) و اختلال وسواس فکری و عملی[17] (توه، کاستل و روسل[18] ، ۲۰۱۵؛ داروس، زاکزانیس و رکتور[19]،۲۰۱۳) بررسی شده است.

بعد از کشف اینکه بیماران با اختلال هانگینگتون، شرایطی که با نابهنجاری در هسته های قاعده ای مشخص می گردد، ناتوانی در بازشناسی حالات هیجانی تنفر در چهره را نشان می‌دهند (اسپرنگل مایر[20] و همکاران،۱۹۹۶؛ یافته های مشابهی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی به دست آمد (ویدن شری و روسل جیمز[21]،۲۰۱۳). بنابراین اگر در فرایند ارزیابی هیجان تنفر در این گروه از افراد اشکالی وجود داشته باشد، ممکن است متعاقب این بدکارکردی محرکی که تنفر را در این از افراد بر می انگیزد با محرکی که تنفر را در دیگر افراد برمی انگیزد، یکسان نباشد (اسپرنگل مایر و همکاران،۱۹۹۶).

بیماران وسواس فکری - عملی غالبا ارزیابی های افزایش یافته آسیب پذیری نسبت به عفونت و گسترش آلودگی در پاسخ به اشیایی که رفتارهای شستشو را بر می انگیزد، نشان می دهند (اولاتونجی[22] و همکاران،۲۰۰۷). به دلیل آنکه موقعیت هایی که در آن بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی، تنفر را تجربه می کنند، از آنهایی که در آن افراد عادی تنفر را تجربه می کنند متفاوت است، فرض می شود که ارتباط بین هیجان تنفر و حالات هیجانی تنفر در چهره به خوبی در این افراد پرورش نیافته است (اسپرنگل مایر و همکاران،۱۹۹۶) بنابراین می توان ادراک متفاوت این افراد از هیجان تنفر را یکی از علل زیر بنایی ابتلای این گروه ازافراد به علائم وسواس های عملی مخصوصا اشتغال فکری نسبت به آلودگی دانست.

در این راستا در سال ۱۹۹۷ اسپرنگل مایر و همکاران، ۱۲ شرکت کننده با اختلال وسواس فکری - عملی (با علائم چک کردن) ۱۲ نفر با سندرم تورت (۵ نفر از آنها رفتارهای آشکار وسواس فکری –عملی داشتند) و ۸ نفر با اختلال اضطراب منتشر و ۴۰ فرد نرمال به عنوان گروه کنترل را با ۲ آزمایه

1. Ekman
2. Sorce, Emde, Campos, Klinnert
3. Repacholi, Meltzoff, Toub, Ruba
4. Levenson, Friesen
5. Sorenson
6. Alzheimer
7. Hargrave, Maddock, Stone
8. Zonnevijlle- Bendek, Van Goozen, Cohen-Kettenis
9. Bipolar disorder
10. Yalchin- seidentopf
11. Social phobia
12. Plana, Lavoie, Battaglia, Achim
13. Major depression
14. Dalili, Penton-Voak, Harmer, Munafo
15. Schizophrenia
16. Wolwer
17. Obsessive-compulsive disorder
18. Toh, Castle, Roselle
19. Daros, Zakzanis, Rector
20. Sprengelmeyer
21. Widen Sherri, Russel James
22. Olatunji

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]

در بازشناسی هیجان در چهره مورد ارزیابی قرار دادند. شرکت کننده ها با اختلال وسواس فکری - عملی نقص آشکاری در بازشناسی حالات هیجانی تنفر نشان دادند در حالیکه در بازشناسی سایر هیجان ها عملکرد طبیعی داشتند. بیماران با اختلال تورت با رفتارهای آشکار وسواس فکری-عملی نیز اختلال در بازشناسی هیجان تنفر نشان دادند در حالیکه گروه دیگر بدون رفتار آشکار وسواسی این نقص را نشان ندادند. یافته های اسپیرنگل مایر و همکاران توجه ها را نه فقط به خاطرالگوی نتایج بلکه به خاطر شدت یافته ها (همه افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی در بازشناسی هیجان تنفر دچار اشکال بودند در حالیکه هیچ شرکت کننده ای بدون رفتار وسواس فکری-عملی معنادار این نقص را نشان ندادند) جلب کرد.گروهی از پژوهشگران پیشنهاد کردند که این تاثیر ممکن است فقط در میان افراد با وسواس نوع آلودگی وجود داشته باشد (وودی و تولین[1]،۲۰۰۲)، در حالیکه گروه دیگری به عملکرد مغز در اختلال وسواس فکری - عملی با اشاره به نتایج حاصل از تصویربرداری از عقده‌های پایه و اینسولا پیشین[2] در مغز اشاره کردند (اسپیرنگل مایر و همکاران،۱۹۹۸؛ هاریسون، پوجول،کاردونر، دیوس، آلونسو و لوپز-سولا[3]، ۲۰۱۳؛ پوسنر، مارش، مایا، پترسون، گروبر و بلیرسون[4]، ۲۰۱۴؛بیوک[5] و همکاران،۲۰۱۳). اما با وجود این نتایج با اهمیت و البته غیر معمول در پژوهش اسپرنگل مایر و همکاران هیچ پژوهش دیگری نتوانست این نتایج را تکرار کند و پژوهش های بعدی ارتباطی واضح بین وسواس فکری - عملی و نقص در بازشناسی حالت چهره تنفر نشان ندادند. پارکر، مک نالی، ناکایاما و ویلهلم[6] (۲۰۰۴) و بوهلمن، مک نالی، اتکوف، توسچن-کافیر و ویلهلم[7] (۲۰۰۴) هر دو هیچ تفاوت معناداری بین افراد مبتلا به وسواس و گروه کنترل بهنجار در بازشناسی حالات چهره گزارش نکردند. در یک پژوهش اخیر، نتایج اسپیرنگل مایر و همکاران (۱۹۹۷) تکرار شد اما میزان تاثیر و اختلاف بین دو گروه بسیار کمتر بود، تنها در مورد یک سوم از شرکت کننده های مبتلا به وسواس فکری - عملی اختلال نشان داده شد (ککران، وودی و تولین[8]،۲۰۰۸). با این حال پارکر و همکاران (۲۰۰۴) به یک سرنخ جالب اشاره کرد، اگر چه آنها در تکرار نتایج به طور کلی شکست خوردند اما یک نفر از شرکت کننده ها مبتلا به وسواس فکری - عملی در گروه نمونه بسیار شدید بود که نقص اساسی در بازشناسی هیجان تنفر و نه سایر هیجان ها نشان داد. او پیشنهاد کرد که شدت اختلال وسواس فکری - عملی ممکن است اصل مهم و اساسی و تاثیرگذار باشد.

متاسفانه شدت علائم در پژوهش اسپرنگل مایر به جزئیات اشاره نشده است. همچنین آنها اطلاعات کمی در موضوعات تشخیصی دیگر مانند اینکه چگونه تشخیص وسواس فکری - عملی گذاشته شده است؟ یا اینکه چه اختلال دیگری (مثلا افسردگی) با اختلال وسواس فکری - عملیدر این افراد وجود داشته؟ یا اینکه نوع علائم وسواس فکری - عملی در این افراد چگونه بوده است گزارش نکرده اند. به همین دلیل پژوهش حاضر در این راستا، بازشناسی هیجان در چهره در دو گروه افراد نرمال و افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شدید، بررسی کرده است با این هدف که این موضوع مشخص گردد که آیا در این گروه از افراد بازشناسی هیجان تنفر دچار اشکال است یا خیر. فرضیه پژوهش این است که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی باید به طور معناداری در بازشناسی این هیجان ضعیف‌تر از گروه کنترل عمل کنند. از آنجاییکه بسیاری از بیماران وسواس فکری - عملی از افسردگی اساسی نیز رنج می برند و معلوم شده است که بیماران که از افسردگی رنج می برند سوگیری منفی در بازشناسی حالات چهره نشان می‌دهند بدین صورتکه آنها چهره های مثبت را به صورت خنثی و چهره های خنثی را به صورت منفی درک می کنند ، افسردگی اساسی نیز در این

1. Woody, Tolin
2. Anterior Insula
3. Horrison, p=Pujol, Cardoner, Deus, Alonso, Lopez-sola
4. Posener, Marsh, Maia, Peterson, Gruber, Blairson
5. Beucke
6. Parker, McNally, Nakayama, Wilhelm
7. Buhlman, Etcoff, Tuschen- Caffiere
8. Cocoran, Woody, Tolin

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]

پژوهش مورد بررسی شده است، تا تاثیرات احتمالی افسردگی بر توانایی بازشناسی هیجان‌ها مشخص شود.

روش

طرح این پژوهش از نوع پس رویدادی است. . در این پژوهش ، بازشناسی حالات هیجانی به عنوان متغیر وابسته در دو گروه از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و بهنجار مقایسه شده اند.جامعه آماری افراد مبتلا به وسواس عبارت بود از کلیه بیماران دارای دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال زن و مرد که طی نیمه دوم سال ۱۳۹۴ به بیمارستان‌های دولتی و مراکز درمانی و مشاوره شهرستان شیراز مراجعه کرده بودند و از اختلال وسواس فکری و عملی رنج می‌بردند. جامعه بهنجار نیز شامل کلیه افراد سالم زن و مرد بهنجار که شامل افراد همراه مراجعه کنندگان و دانشجویان دانشگاه شیرازبودند که از نظر متغیر های سن، جنس و تحصیلات با گروه آزمایش همتاسازی شدند. در این پژوهش حجم نمونه ۳۰ نفر بود که به صورت ۱۵ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی شدید (۸ بیمار با وسواسنوع آلودگی و ۷ وسواس با سایر علائم)و ۱۵ نفر شرکت کننده سالم به عنوان گروه کنترل بودند.. شرکت کننده ها به شیوه نمونه گیری در دسترس از بین جامعه آماری مربوط انتخاب شدند. از بین ۵۰ بیمار با تشخیص وسواس فکری عملی که مقیاس وسواسی- اجباری ییل –براون (Y-BOCS) را پاسخ دادند، ۱۵ نفر که بر اساس نمره برش مقیاس مذکور از نظر شدت وسواس ،شدید ارزیابی شدند به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند.

معیارهای ورود برای افراد مبتلا به وسواس شامل تشخیص اختلال وسواس فکری عملی به وسیله متخصص روانپزشکی، با سواد بودن، توانایی در برقراری ارتباط کلامی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل سابقه سوءمصرف الکل و مواد، آسیب مغزی یا روانی دیگر غیر از تشخیص اصلی بودند. معیار ورود به مطالعه برای افراد بهنجار شامل نداشتن سابقه بیماری روانی، عدم مراجعه به کلینیک های روانشناسی و روانپزشکی، با سواد بودن، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و معیارهای خروج نیز سابقه مصرف مواد و الکل و وجود بیماری جسمی و آسیب مغزی بود.

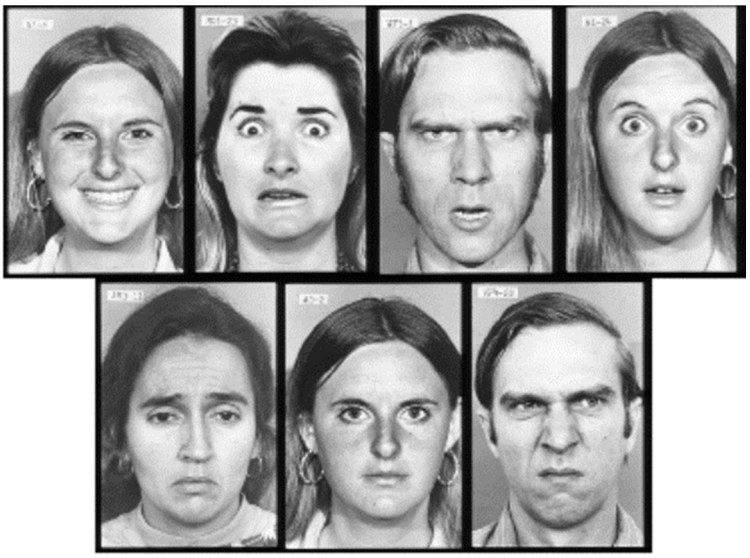
ابزار

مقیاس افسردگی بک[1]: این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است که درجه افسردگی را در یک مقیاس ۴ درجهای لیکرت می‌سنجد. ضریب بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته ای ۹۳/ گزارش شده است (بک، استیر و گاربین[2] ،۱۹۹۶). . اعتبار پرسشنامه بک از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ برابر با ۸۴/ و ضریب همبستگی حاصل از روش تصنیف را بر اساس سؤالات زوج و فرد r =/۷۰ گزارش شده است (گودرزی، ۱۳۸۰).

۱. *مقیاس وسواسی- اجباری ییل –براون (Y-BOCS)*[3] (گودمن، پرایس و راسموسن[4] ،۱۹۸۹): یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای ارزیابی شدت وسواس ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای وسواس ها و اجبارهای کنونی است. برخلاف سایر پرسش نامه های موجود در این حوزه، Y-BOCS حساسیت بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد و به طور گسترده ای برای ارزیابی اثربخشی درمان های دارویی و روان شناختی وسواس فکری - عملی به کار می رود. به طوری که با عنوان معیار طلایی ارزیابی شدت نشانه های وسواس فکری - عملی در پایان درمان شهرت یافته است. در ایران، راجرزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی و روایی این مقیاس را مورد بررسی قرار دادند. آنها ثبات درونی دو بخش مقیاس نشانه[5] (SC) و مقیاس شدت[6] (SS) را به ترتیب ۹۷/ و ۹۵/، اعتبار دونیمه سازی برای مقیاس نشانه و مقیاس شدت را به ترتیب ۹۳/ و ۸۹/ و اعتبار بازآزمایی ۹۹/ را به دست آوردند.

[1]. Beck depression inventory
[2]. Beck, Steer, Garbin
[3]. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
[4]. Goodman, Price, Rasmussen
[5]. Symptom Checklist
[6]. Severity Scale

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]



شکل۱. نمونه تصاویر آزمون بازشناسی هیجان در چهره

میان مقیاس نشانه با مقیاس وسواس فکری عملی پرسشنامه نشانگان روانی تجدید نظر شده(SCL90-R-OCS[1]) و مقیاس شدت با مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I[2])همبستگی مثبتی وجود داشت. به طور کلی نتایج آنها حاکی از آن بودکه نسخه فارسی Y-BOCS برای بررسی محتوا و شدت نشانه های وسواس- اجباری پایایی و روایی مناسبی دارد.

۲. *آزمون بازشناسی هیجان در چهره*[3]: در این پژوهش، بازشناسی هیجان‌های مرتبط با چهره نیز، توسط ۴۱ تصویر که ۶ حالت هیجانی گوناگون (غم، شادی، ترس و خشم، تنفر، تعجب) و حالت خنثی را می‌سنجید، بررسی شد.. به منظور ساخت این آزمون در ابتدا ۱۱۰ تصویر از تصاویر هیجان-های چهره اکمن و همکارش (۱۹۷۶) که شامل تصاویری از چهره افراد از سنین مختلف و از هر دو جنس با حالات هیجانی شادی، غم، خشم، ترس، تنفر و تعجب و خنثی بود، تهیه گردید. سپس این تصاویر در یک گروه ۴۱ نفری متشکل از دانشجویان رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز که در طیف سنی ۱۹ تا ۲۲ سال قرار داشتند، اجرا گردید. سپس ۴۱ عکسی (هر هیجان ۶ عکس، به جز هیجان ترس که ۵ عکس را به خود اختصاص می‌داد) که در غربالگری اولیه،افراد شرکت‌کننده بیش از ۸۵ درصد توافق را در تشخیص صحیح هیجان مرتبط با تصویر دارا بودند، به عنوان محرک‌های بازشناسی و ۷ عکسی (مربوط به ۶ حالت هیجانی و حالت خنثی) را که آزمودنی‌ها ۱۰۰ درصد توافق را دارا بودند به عنوان گزینه‌های اصلی انتخاب گردیدند. بنابراین، آزمون به صورت چند گزینه‌ای با ۴۱ ماده طراحی گردید، به صورتیکه ۷ تصویری که صد درصد توافق را دارا بوده و هر کدام به صورت مشخص معرف یکی از ۶ هیجان اصلی (غم، شادی، ترس، تنفر، تعجب و خشم و حالت خنثی) است به عنوان گزینه‌های آزمون و ۴۱ تصویر دیگر به عنوان ماده‌های آزمون در نظر گرفته شد، و تصاویری که به عنوان گزینه-های آزمون در نظر گرفته شده بود به صورت ۷ کارت در قطع ۲۰×۳۰ سانتی‌متری در جلوی دید آزمودنی قرار می‌گرفت و سایر تصاویر به صورت رایانه‌ای از جلوی دید آزمودنی پشت سر هم رد می‌شدند که البته قابل ذکر است که این تصاویر به صورت کاملاً تصادفی شماره‌گذاری گردیده بودند و سپس به همان ترتیب شماره‌گذاری شده به تمام آزمودنی‌ها، نشان داده می‌شد. در شکل ۱ تعدادی از تصاویر آزمون بازشناسی هیجان در چهره نشان

[1]. SymptomChekList-90- Revised, Obsessive-Compulsive Scale
[2]. Structured Clinical Interview for DSM Disorders- I axis
[3]. Facial affect recognition task

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]

داده شده است.

روش اجرا

پس از برقراری ارتباط و جلب رضایت شرکت کننده ها، وی با فاصله ۵±۴۰ سانتی‌متر از صفحه نمایش رایانه بر روی صندلی مناسب می‌نشست و روش کار به وی تفهیم می‌شد. آزمون به صورت رایانه‌ای اجرا گردید. روش اجرای آزمون نیز به این صورت بود که ۷ عکسی که شامل گزینه‌های آزمون بود در جلوی دید آزمودنی قرار می‌گرفت، سپس یکی یکی ۴۱ عکس دیگر بر روی صفحه ۱۶ اینچی کامپیوتر دستی با ۸۰۰×۱۲۸۰ پیکسل [1]برای مدت ۵۰۰ میلی‌ثانیه نمایش داده می‌شد، بعد از ارائه هر تصویر، آزمودنی‌ها ۵ ثانیه فرصت داشتند ، تا هیجان تصویر را نام ببرند یا از بین ۷ تصویر که در جلو آزمودنی قرار دارد و نشان‌دهنده ۶ هیجان و حالت خنثی است، تصویری را که از نظر هیجانی به تصویر هدف شباهت دارد، نشان دهند. عملکرد آزمودنی‌ها در این آزمون بر اساس مجموع تعداد پاسخ‌های درستشان سنجیده می‌شد.

یافته‌ها

دامنه سنی افراد شرکت کننده بین ۱۸ تا ۵۸ سال بود. میانگین سنی افراد گروه وسواس ۳۶ و انحراف معیار ۱۰ و گروه بهنجارمیانگین سنی ۲۹ و انحراف معیار ۱۲ بود. از نظر مدرک تحصیلی بیشتر شرکت کننده‌ها به ترتیب دیپلم و لیسانس داشتند. به طور کلی دو گروه از نظر مشخصات جمعیت-شناختی همتا بودند و تفاوت معناداری از این نظر نداشتند (p>0/05).

به منظور بررسی اینکه تاثیر گروه بر کدام یک از متغیر های وابسته معنادار است از آنالیز واریانس چند متغیره استفاده شد. همانطور که پیشتر ذکر شد بیماران که از افسردگی رنج می برند، سوگیری منفی در بازشناسی حالات چهره نشان می‌دهند؛ بدین صورتکه آنها چهره های مثبت را به صورت خنثی و چهره های خنثی را به صورت منفی درک می کنند. به همین دلیل در پژوهش حاضر افسردگی در این گروه ازبیماران نیز ارزیابی شد، تا تاثیر احتمالی این متغیر بر پژوهش بررسی شود. نتایج حاکی از آن بود که بین افراد گروه وسواس و افراد گروه کنترل از نظر متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد (t=3,p=/001) و افسردگی افراد گروه وسواس بیشتر و شدیدتر از گروه کنترل بود.. به همین دلیل افسردگی به عنوان متغیر کوواریانس در تحلیل واریانس وارد و اثر آن ارزیابی شد. ابتدا به منظور بررسی نمره کلی بازشناسی هیجان در چهره در دو گروه از تحلیل کوواریانس تک متغیری(ANCOVA) استفاده شد، عملکرد دو گروه درنمره کلی بازشناسی هیجانات در جدول ۱ گزارش شده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره حاکی از آن بود که بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال وسواس شدید و افراد سالم در نمره کلی بازشناسی هیجان در چهره تفاوت معناداری وجود دارد ,F=3 (p=/05).

به منظور بررسی اینکه تاثیر گروه بر کدام یک از متغیر های وابسته معنادار است از آنالیز کوواریانس چند متغیره استفاده شد، و با وارد کردن متغیر افسردگی به عنوان متغیر کوواریانس در تحلیل واریانس اثر این متغیر نیز ارزیابی گردید. قبل از تحلیل داده ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون باکس استفاده شد نتیجه آزمون همگنی ماتریس کوواریانس ها بر روی متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۵ معنی دار نبودو به محقق اجاه می‌دهد که فرض کند واریانس ها مساوی هستند. در ابتدا نتایج آزمون آماری لامبدا-ویکلز[2] معنادار شد که این موضوع حاکی از وجود تفاوت معنادار بین عملکرد دو گروه در متغیر های وابسته است ، بنابراین اثر گروه بر ترکیب خطی بازشناسی هیجان در چهره معنی دار است (P<۰/۰۱). با توجه به معناداری نتایج آزمون لامبدا ویکلز، نتایج عملکرد دو گروه در تمامی متغیرهای وابسته در تمامی هیجانات به تفکیک مورد بررسی واقع شد تا مشخص شود بین دو گروه در کدام یک از متغیر های وابسته تفاوت معنادار وجود دارد، این نتایج در

[1]. Resolution

[2]. Willks Lambda

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]

جدول ۱. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه در بازشناسی هیجان در چهره

متغیر	گروه وسواس	گروه بهنجار	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آمارهF	سطح معناداری
بازشناسی هیجان	۲۹±۹	۳۳±۳	۱	۱۳۴	۳	۰/۰۵

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه در بازشناسی هیجان ها

متغیر	گروه وسواس	گروه بهنجار	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
ترس	۲±۰	۳±۱	۱	۱	۰	NS
تنفر	۴±۲	۴±۲/۰۸	۱	۱۴/۰۵	۳	۰/۰۴
غم	۴±۱	۵±۱	۱	۱	۰	NS
خنثی	۴±۱	۵±۰	۱	۱۳	۱۱	۰/۰۰۱
شادی	۵±۰	۷±۱	۱	۶	۳	۰/۰۳
خشم	۳±۲	۳±۱	۱	۰	۰	NS
تعجب	۵±۳	۷±۵	۱	۱۶	۰	NS

جدول ۲ گزارش شده است.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ، بین دو گروه، تنها از نظر هیجان‌های تنفر (F=3, p=/05)و شادی (F=3,p=/03) و حالت خنثی[1] (F=3, p=/001) تفاوت معناداری وجود داشت و افراد گروه وسواس در هیجان های ترس و تنفر و خنثی نسبت به گروه کنترل عملکرد ضعیف تری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج ضد و نقیض پژوهش های گذشته در رابطه با نقص در بازشناسی هیجان تنفر در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و از طرف دیگر نتایج پژوهش پارکر و همکاران (۲۰۰۴) مبنی بر این که شدت اختلال وسواس فکری – عملی می تواند نقش مهم و تاثیر گذاری در ارتباط بین نقص در بازشناسی هیجان تنفر و این اختلال داشته باشد، و با توجه به اینکه در هیچ یک از پژوهش های این حوزه شدت علائم اختلال وسواس فکری - عملی با جزئیات اشاره نشده است؛ هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش شدت علائم اختلال وسواس فکری - عملی در بازشناسی هیجان تنفر بود. نتایج پژوهش حاضرحاکی از آن بود که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی شدید در نمره کلی بازشناسی هیجان در چهره نسبت به افراد سالم عملکرد ضعیف‌تری داشتند که این نقص به طور خاص در بازشناسی هیجان‌های تنفر، شادی و حالت خنثی است. بنابراین در پژوهش حاضر همخوان با پژوهش اسپرنگل مایر و همکاران (۱۹۹۷) بیماران در بازشناسی هیجان تنفر عملکرد ضعیفتری داشتند، در راستای ادعای پارکر و همکاران (۲۰۰۴) شدت اختلال وسواس فکری - عملی در این نقص از اهمیت قابل توجهی برخوردار است، به نظر می رسد در راستای نتایج پژوهش های گذشته می توان از پژوهش حاضر اینگونه نتیجه گیری کرد که تنها بیمارانی که از اختلال وسواس شدید رنج می برند در بازشناسی هیجان تنفر دچار اشکال هستند، همانگونه که پیشتر مطرح گردید سایر پژوهش هایی که شدت اختلال را در پژوهش خود لحاظ نکرده بودند در تکرار نتایج شکست خوردند.

به نظر می‌رسد نقایص بازشناسی هیجان‌ها در چهره با بدعملکردی های هسته های قاعده ای[2] در بیماران با اختلال وسواس فکری و عملی رابطه دارد. نا بهنجاری در هسته‌های قاعده‌ای مخصوصا هسته-های دمی[3]، در اختلال وسواس فکری-عملی وجود دارد، به گونه ای که این گروه از بیماران نسبت به گروه کنترل بهنجار حجم هسته های دمی کوچکتری دارند (نارایاناسوامی و همکاران، ۲۰۱۳). بیماران با اختلالات عصب شناختی که از آسیب به هسته های قاعده ای رنج می برند، افکار و رفتار وسواسی شبیه به آنچه توسط بیماران وسواس فکری - عملی ابراز می گردد نشان می دهند. از طرف

[1]. Neutral

[2]. Basal ganglia

[3]. Caudate nucleus

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]

دیگر بیماران با اختلال هانگینگتون– شرایطی که با نابهنجاری در هسته های قاعده ای مشخص می گردد- ناتوانی در بازشناسی حالات هیجانی تنفر در چهره را نشان می دهند(اسپرنگل مایرو همکاران،۱۹۹۶؛ اسپرنگل مایر و همکاران،۱۹۹۷ ، ترینکلر و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس این یافته ها می توان بیان کرد که احتمالاً نقایص هسته‌های قاعده ای در ناتوانی در بازشناسی هیجان های چهره ای در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی نیز نقش دارد. .

همچنین نتایج حاکی از آن بود که این گروه از بیماران در بازشناسی حالت خنثی نسبت به افراد سالم عملکرد ضعیف تری دارند. به طور کلی در طیف اختلالات وسواس فکری عملی سوگیری های شناختی در فرایند پردازش اطلاعات وجود دارد به گونه ای که اضطراب بر تفسیر محرک های مبهم تاثیر می‌گذارد؛ بنابراین می‌توان نقص در بازشناسی حالت چهره خنثی را با توجه به نقش سوگیری شناختی در افراد مبتلا به طیف اختلال های وسواس فکری و عملی (ویلیام و گریشام[1] ، ۲۰۱۳) تبیین کرد. با توجه به ویژگی گوش به زنگی نسبت به محرک های تهدیدآمیز در این گروه از بیماران ، می توان انتظار داشت که آنها (هزل و مک نالی[2]، ۲۰۱۵)، در بازشناسی هیجان هایی که تهدید آمیز محسوب نمی شوند (شادی و خنثی) عملکرد ضعیف تری داشته باشند در حالیکه سایر هیجان های تهدید آمیز (خشم و ترس)را بهتر بازشناسی می کنند.

از محدودیت های این پژوهش می‌توان به استفاده از عکس به منظور بازشناسی هیجان در چهره اشاره کرد، زیرا برخی از محققان بر این باورند که چهره افراد در محیط واقعی به دلیل وجود پویایی‌های موجود در چهره با آنچه در عکس مشاهده می شود متفاوت است، بنابراین پیشنهاد می‌شود، در تحقیقات آینده از تصاویر ویدیویی که با آنچه در محیط واقعی است، شباهت بیشتری دارد استفاده شود.

[1]. Williams, Grisham
[2]. Hezel, MacNally

منابع

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

Beucke, J.C., Sepulcre, J., Talukdar, T., Linman, C., Zschenderlein, K., Endrass, T., Kaufman, Ch., & kathmann, N. (2013). Abnormally high degree connectivity of the orbitofrontal cortex in obsessive compulsive disorder. Achieve of General Psychiatry,70(6), 619-629.

Buhlmann, U., McNally, R. J., Etcoff, N. L., Tuschen-Caffier, B., & Wilhelm, S. (2004). Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder. Journal of Psychiatric Research, 38, 201–206.

Corcoran, K.M., Woody, S.R., & Tolin, D.F. (2008). Recognition of facial expressions in obsessive–compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders 22, 56–66.

Dalili, M.N., Penton-Voak, I.S., Harmer, C.J., & Munafo, M.R. (2015). Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. Psychological Medicine, 45, 1135-1144.

Daros, A.R., Zakzanis, K.K., & Rector, N.A. (2013). A quantitative analysis of facial emotion recognition in obsessive compulsive disorder. Psychiatry Research, 14, 235-249.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. Cognition and Emotion, 6, 169–200.

Ekman, P., & Friesen,W.V. (1976). Pictures of facial affect. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Ekman, P., Levenson, R. W., & Friesen, W. V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. Science, 221, 1208–1210.

Ekman, P., Sorenson, E. R., & Friesen, W. V. (1969). Pan-cultural elements in facial displays of emotion. Science, 164, 86–88.

Goodarzi, M.A. (2000). Reliability and validity of Beck Depression Inventory in students of Shiraz University. Journal of Social Science of Shiraz University, 36, 26-32. [Persian].

Goodman, W.K., Price, L.H., & Rasmussen, S.A (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs), Part 1. Development, use and reliability. Journal of Achieves of general Psychiatry, 46, 1006-1011.

Hargrave, R., Maddock, R. J., & Stone, V. (2002). Impaired recognition of facial expressions of emotion in Alzheimer's disease.Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 14, 64–71.

Harrison, B.J., Pujol, J., Cardoner, N., Deus, J., Alonso, P., Lopez-Sola, M. (2013). Brain corticostriatal systems and major clinical symptom dimension of obsessive compulsive disorder. Biological Psychiatry, 73 (4), 321-328.

Hezel, D.M., & Mcnally, R.J. (2015). A theoretical

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]

with recognition of facial expressions of basic emotions. Proceedings, Biological Sciences, 265, 1927–1931.

Sprengelmeyer, R., Young, A.W., Calder, A.J., Karnat, A., Lange, H., Homberg, V., Perrett, D.I., & Rowland, D., (1996). Loss of disgust. Perception of faces and emotions in Huntington's disease. Brain, 119, 1647–1665.

Sprengelmeyer, R., Young, A.W., Pundt, I., Sprengelmeyer, A., Calder, A.J., Berrios, G., Winkel, R., Vollmoeller, W., Kuhn, W., Sartory, G., Przuntek, H., (1997). Disgust implicated in obsessive–compulsive disorder. Proceedings, Biological Sciences, 264, 1767–1773.

Toh, W., Castle, D.J., & Roselle, S.L. (2015). Facial affect recognition in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder: an eye tracking study. Journal of Anxiety Disorder, 35, 49-59.

Trinkler, I., De Langavante, L.C., & Bachoud-Levi, A.C. (2013). Joint recognition-expression impairment of facial emotions in Hungtington's disease intact understanding of fellings. Cortex, 49(2), 549-558.

Widen Sherri, C., & Russel James, A. (2013). Children's recognition of disgust in others. Psychological Bulletin, 139 (2), 271-299.

Williams, A.D., & Grisham, J.R. (2013). Cognitive bias modification of obsessive compulsive beliefs. BMC Psychiatry, 256, 52-64.

Wit, S.J.D., Alonso, P., Schweren, L., Mataix-Cols, D., Lochner, Ch., Menchon, J.M. (2014). Multicenter voxel-based morphometry mega analysis of structural brain scans in obsessive compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 171, 340-349.

Wolwer, w., Lowe, a., Brinkmeyer, J., Streit, M., Habakuck, M., Agelink, M.W. (2014). Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) improves facial affect recognition in schizophrenia. Brain Stimulation, 7 (4), 559-563.

Woody, S. R., & Tolin, D. F. (2002). The relationship between disgust sensitivity and avoidant behavior: studies of clinical and nonclinical samples. Journal of Anxiety Disorders, 16(3), 543–559.

Yalcin- Siedentopf, N., Hoetnagl, Ch.M., Baumgartner, S., Deisenhammer, E.A., Hausmann, A., Kaufmann, A. (2014). Facial affect recognition in symptomatically remitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. Schizophrenia research, 152 (2-3), 440-445.

Zonnevijlle-Bendek, M.J.S., van Goozen, S.H.M., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? European Child and Adolescent Psychiatry, 11(2), 38–42.

review of cognitive biases and deficits in obsessive-compulsive disorder. Biological Psychology, in press.

Narayanaswamy, J.C., Jose, D.A., Kalmady, S.V., Venkatasubramanian, G., & Janardan Ressy, Y.C. (2013). Clinical correlates of caudate volume in drug naïve adult patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research, 212 (1), 7-13.

Olatunji, B.O., Williams, N.L., Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Sawchuk, C.N., Lohr, J.M., Elwood, L.S., (2007). The Disgust Scale: item analysis, factor structure, and suggestions for refinement. Psychological Assessment 19, 281–297.

Parker, H. A., McNally, R. J., Nakayama, K., & Wilhelm, S. (2004). No disgust recognition deficit in obsessive–compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35, 183–192

Parmer, A., Sharan, P., Khanelwal, U., sharma, N., & Jagannathan, N. (2016). Caudate neurochemistry in unmedicated obsessive compulsive disorder patients: a magnetic resonance spectrodcopy study. Europen Psychiatry, 33, 14-29.

Perrett, D.I., Rowland, D., Williams, S.C., Gray, J.A., & David, A.S., (1997). A specific neural substrate for perceiving facial expressions of disgust. Nature 389, 495–498.

Plana, I., Lavoie, M-A., Battaglia, M., & Achim, A.M. (2013). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorder. Journal of Anxiety disorder, 17, 9-20.

Posener, J., Marsh, R., Maia, T.V., Peterson, B.S., Gruber, A., & Blairson, H. (2014). Reduced functional connectivity whithin the limbic cortico-striato-thalamo- cortical loop in unmedicated adults with obsessive compulsive disorder. Human Brain, 36 (6), 2852-2860.

Rajerzi, S., Moteghadem, Y., Kamkari, K., Zahirdeik, A., & Janbozorgi, M (2012). Reliability and validity of the Persian version of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, , 17 (4), 297-303. [Persian].

Repacholi, B.A., Meltzoff, A.N., Toub, T.S., & Ruba, A.L. (2016). Infants generalization about other people's emotions: foundation for trait-like attributions. Developmental Psychology, 52(3), 364-378.

Richards, A., French, C.C., Calder, A.J., Webb, B., Fox, R., & Young, A. (2002). Anxiety related bias in the classification of emotionally ambiguous facial expressions. Emotion, 2(3), 272-287.

Sorce, J.F., Emde, R.N., Campos, J.J., & Klinnert, M.D. (1985). Maternal emotional signaling: its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. Developmental Psychology, 21, 195–200.

Sprengelmeyer, R., Rausch, M., Eysel, U.T., & Przuntek, H., (1998). Neural structures associated

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.5.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.17]