

مقایسه بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید، آشفته و افراد بهنجار

عبدالله قاسم پور^{۱*}، دکتر محمدنریمانی^۲، دکتر عباس ابوالقاسمی^۲، شهناز حسن زاده^۲

(۱) گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت اله آملی

(۲) گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه معتق اردبیلی

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۴

چکیده

مقدمه: ناتوانی در بازشناسی بیان چهره ای هیجان ممکن است باعث ایجاد نقایص خاص در عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه بازشناسی بیان چهره ای هیجان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید، آشفته و افراد بهنجار می باشد.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر علی-مقایسه ای است. نمونه پژوهش شامل ۶۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی (۳۰ نفر پارانوئید و ۳۰ نفر آشفته) و ۳۰ نفر از افراد بهنجار بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از آزمون بازشناسی بیان چهره ای هیجان استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS v16.1 از تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که بین سه گروه در بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان شادی، غم، تعجب، خشم و تنفر تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$) و افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در بازشناسی چهره ای هیجان فوق نقص دارند. هم چنین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید از نظر بازشناسی بیان چهره ای هیجان غم و تعجب بهتر از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی آشفته عمل کردند.

بحث و نتیجه گیری: نقص در بازشناسی بیان چهره ای هیجان در بیماران اسکیزوفرنی عمیق تر از افراد بهنجار می باشد. هم چنین این نقایص در بیماران آشفته برجسته تر از بیماران پارانوئید می باشد. این نتایج تلویحات مهمی برای پیگیری و درمان مبتلایان به اسکیزوفرنی دارد

واژه های کلیدی: اسکیزوفرنی، بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان، پارانوئید، آشفته

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت اله آملی

مقدمه

اسکیزوفرنی یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است که ویژگی هایی هم چون توهم، هذیان، رفتار آشفته، علائم منفی و مختل شدن عملکرد اجتماعی و شغلی را به همراه دارد، (۱). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، اسکیزوفرنی اختلال شدیدی است که بیشتر در پایان دوره نوجوانی و اوائل جوانی شروع می شود. ویژگی مهم آن نیز آشفتگی فکر و ادراک است که با احساس های نامتناسب همراه می باشد، (۲). در ایالات متحده آمریکا میزان شیوع اسکیزوفرنی در طول عمر حدود ۱ درصد است. در ایران نیز آمار مبتلایان به سایکوزها به ویژه اسکیزوفرنی مشابه سایر کشورها بوده و حدود ۱ درصد جمعیت عمومی می باشد. شیوع اسکیزوفرنی در مرد و زن برابر است اما در مردها بین ۱۰ تا ۲۵ سالگی و در زن ها ۲۵ تا ۳۵ سالگی شیوع بالاتری دارد. به طور کلی وضعیت بیماران زن مبتلا به اسکیزوفرنی بهتر از بیماران مرد است. (۳)

هیجان یکی از مولفه های روان شناختی مهم در سبب شناسی اسکیزوفرنی است. هیجان اثر قدرتمندی روی استدلال می گذارد و از راه هایی که هنوز ناشناخته اند به تثبیت کمک می کند. در واقع هیجان یک سیستم پیچیده ای است که در طول تاریخچه تکاملی انسان رشد یافته و ارگانیسم را برای پاسخ به محرکات محیطی و چالش ها مجهز می کند، (۴). هیجان ها بر جنبه های مختلف زندگی ما تاثیر گذاشته و می توانند روابط ما را شکل داده و فعالیت های ما را برانگیزانند. بنا بر این یادگیری شناسایی آن ها و این که مردم چگونه آن ها را پنهان و بیان می کنند، مهم است. توانایی تعبیر و تفسیر هیجان ها در جلوه های چهره ای برای کارکرد اجتماعی در طی زندگی حیاتی بوده و همواره در حال تغییر است. شش هیجان اصلی (شادی، غم، خشم، ترس، تعجب و نفرت) در بازشناسی و بیان چهره ای در فرهنگ های مختلف متشابه هستند، (۵). داروین (۱۸۷۲-۱۹۶۵) اظهار داشت که بیان چهره ای هیجان در انسان، بیانگر شکل تکامل یافته همان حرکاتی است که در دیگر حیوانات شاهد آن هستیم. او عقیده داشت که بیان چهره ای هیجان پاسخ هایی فطری و ناآموخته هستند که مجموعه پیچیده ای از

حرکات به ویژه حرکات عضلات چهره را در بر می گیرد. (۶)

شواهد زیادی در رابطه با نقش زیاد بازشناسی بیان چهره ای هیجان در اختلالات پسیکوتیک وجود دارد که نشان می دهد بازشناسی بیان چهره ای هیجان سهم عمده ای در سازگاری با اسکیزوفرنی دارد. به عنوان مثال چن و همکاران (۲۰۱۰) این چنین مطرح می کنند که روابط بین فردی ناسالم در اسکیزوفرنی ها در نتیجه نقص در بازشناسی بیان چهره ای هیجان طرف مقابل اتفاق می افتد، (۷). علاوه بر این، بازشناسی بیان چهره ای هیجان از مدت ها قبل به عنوان اساسی ترین عنصر در ادبیات بالینی اختلالات پسیکوتیک مطرح است. (۸)

در همین رابطه، بدیو و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بازشناسی هیجانات خشم و غم دارای نقص بوده و در بازشناسی هیجانات شادی، ترس و تنفر همانند افراد عادی عمل کرده و تفاوتی بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و بهنجار از لحاظ بازشناسی هیجانات فوق مشاهده نشد، (۹). اشنایدر و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بازشناسی تظاهرات چهره ای هیجانات مربوط به شادی، غم، ترس و خشم نقص داشته و ضعیف تر از افراد بهنجار در بازشناسی این هیجانات عمل می کنند، (۱۰). هافر و همکاران (۲۰۰۹) که به بررسی ۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و ۴۰ نفر از افراد بهنجار از لحاظ بازشناسی بیان چهره ای هیجان پرداختند، دریافتند که بیماران اسکیزوفرنی در بازشناسی تظاهرات چهره ای هیجانات مربوط به تنفر، شادی، غم و تعجب دارای مشکل بوده و کندتر از افراد بهنجار عمل می کنند، در حالی که از لحاظ بازشناسی هیجانات مربوط به خشم و ترس تفاوت معناداری بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و افراد بهنجار مشاهده نشد، (۱۱). لیندن و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی بیان کردند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بازشناسی هیجانات خشم و شادی دارای نقص عملکرد هستند و نمی توانند این دو هیجان را به خوبی تشخیص دهند، (۱۲). بیسیریل و بارچ (۲۰۱۰) در پژوهشی به این

رضایت نامه آگاهانه، دارا بودن ملاک های تشخیصی DSM-IV برای ابتلا به اسکیزوفرنی بدون همبودی یا آلودگی با اختلال های محور یک و دو DSM-IV به تشخیص روان پزشک، داشتن حداقل ۱۸ سال، داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی (مدرک سیکل) و عدم سوء مصرف مواد مخدر بود. افرادی که دارای عقب ماندگی ذهنی یا آسیب مغزی بودند از مطالعه خارج شدند. معیار ورود افراد بهنجار به پژوهش شامل ارائه رضایت نامه آگاهانه، عدم سابقه اختلال های روان پزشکی/روان شناختی در گذشته و در زمان اجرای پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ سال، داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی (مدرک سیکل) و عدم سوء مصرف مواد مخدر بود.

نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر؛ ۳۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی آشفته، ۳۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید و ۳۰ نفر از افراد بهنجار (شامل همراهان افراد مراجعه کننده و کارکنان بیمارستان) بود که به صورت نمونه گیری در دسترس از بین جامعه آماری پژوهش انتخاب شدند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی علاوه بر تشخیص روان پزشک، به وسیله روان شناسان ارشد بالینی و عمومی بر اساس مصاحبه بالینی DSM-IV انتخاب شدند. در پژوهش های مقایسه ای تعداد آزمودنی حداقل ۱۵ نفر پیشنهاد شده است، (۱۶). در پژوهش حاضر، به خاطر افزایش اعتبار بیرونی ۹۰ آزمودنی انتخاب گردید.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت

بودند از:

۱. مصاحبه بالینی ساختار یافته (Structured Clinical Interview): برای تشخیص اختلالات محور ۱ در DSM-IV مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور I مصاحبه ای انعطاف پذیر است که توسط فرست (First) و همکاران (۱۹۹۵)؛ به نقل از (۱۶) تهیه شده است. به اعتقاد سگال (۱۹۹۷) این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد. (۱۷)

۲. آزمون بازشناسی بیان چهره ای هیجان (emotion facial expression from recognition test): این آزمون شامل ۳۶ عکس سیاه و سفید از هیجانات

نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از لحاظ بازشناسی بیان چهره ای هیجان دارای نقص و آسیب بوده و ضعیف تر از افراد بهنجار در کارکردهای مربوط به بازشناسی بیان چهره ای هیجان عمل می کنند. هم چنین آن ها نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بازشناسی چهره ای هیجانات مثبت، منفی و خنثی تفاوت معناداری با افراد بهنجار داشتند، (۱۳). آمینجر و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد بالینی با ریسک فاکتورهای بالا هم چون بیماران اسکیزوفرنی در بازشناسی بیان چهره ای هیجانات ترس، غم و خشم تفاوت معناداری با افراد بهنجار داشته و ضعیف تر از آن ها در بازشناسی این هیجانات عمل می کنند، در حالی که از لحاظ بازشناسی بیان چهره ای هیجانات خنثی تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود نداشت، (۱۴). پژوهش هانگ و همکاران (۲۰۱۱) حاکی از آن بود که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در ادراک و بازشناسی بیان چهره ای هیجان نقص داشته و عموماً محرک های هیجانی-اجتماعی تهدیدکننده همانند بیان چهره ای خشم را به صورت گند و نامتمایز بازشناسی می کردند. (۱۵)

با توجه به موارد اشاره شده، مطالعه و شناخت هر چه بیشتر توانایی بازشناسی بیان چهره ای هیجانات مختلف در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ضرورتی است انکارناپذیر که تا به امروز اگر چه پژوهش های بسیاری را به خود اختصاص داده اما نتایج متفاوت و متناقضی از آن ها منتج شده است. به همین منظور، پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه توانایی بازشناسی بیان چهره ای هیجانات مختلف در مبتلایان به اسکیزوفرنی آشفته، پارانوئید و افراد بهنجار پرداخته است.

مواد و روش ها

این پژوهش علی-مقایسه ای و از نوع مورد-شاهدی است که به صورت گذشته نگر انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در بیمارستان رازی تبریز (در ماه های بهمن ۱۳۸۹ الی اردیبهشت ۱۳۹۰) و کلیه افراد بهنجار شهر تبریز (در ماه های بهمن ۱۳۸۹ الی اردیبهشت ۱۳۹۰) بودند. معیارهای ورود بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی به پژوهش شامل ارائه

داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا) و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد و $P < 0.05$ به عنوان اختلاف معنادار در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل آماری به وسیله نرم افزار آماری SPSS vol.16 انجام گرفت.

یافته‌های پژوهش

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، از نظر تحصیلات، ۲۶/۶۶ درصد (۲۴ نفر) آزمودنی‌های پژوهش تحصیلات سیکل، ۱۶/۶۶ درصد (۱۵ نفر) متوسطه، ۳۶/۶۶ درصد (۳۳ نفر) دیپلم، ۱۶/۶۶ درصد (۱۵ نفر) فوق دیپلم و ۳/۳۳ درصد (۳ نفر) کارشناسی داشته‌اند. از نظر وضعیت تاهل، ۴۷/۷ درصد (۴۳ نفر) آزمودنی‌ها مجرد، ۴۲/۲ درصد (۳۸ نفر) متاهل و ۱۰ درصد (۹ نفر) مطلقه بودند. از نظر سنی، ۳/۳ درصد (۳ نفر) از آزمودنی‌های پژوهش حاضر در رده سنی ۱۹-۱۸ سال، ۴۳/۳ درصد (۳۹ نفر) در رده سنی ۳۰-۲۰ سال، ۳۰ درصد (۲۷ نفر) در رده سنی ۴۰-۳۱، ۱۶/۶ درصد (۱۵ نفر) در رده سنی ۵۰-۴۱ سال و ۶/۶ درصد (۶ نفر) در رده سنی بالای ۵۰ سال قرار داشتند. میانگین (و انحراف معیار) سن افراد پارانوئید، آشفته و بهنجار به ترتیب برابر ۳۳/۸۳ (۱۰/۲۲)، ۳۳/۷۳ (۹/۷۴) و ۳۱/۹۳ (۹/۲۷) بود.

چهره‌ای است که در سال ۱۹۷۶ توسط اکمن و فرایسن ساخته شد. این عکس‌ها، تصاویر چهره‌ای از دو زن و مرد است که ۶ هیجان اصلی (خشم، تنفر، ترس، شادی، غم و تعجب) را نشان می‌دهند و آزمودنی باید با نگاه کردن به هر یک از تصاویر بتواند هیجان مورد نظر را بازشناسی کرده و پاسخ بدهد، (۱۸). آزمون فوق به صورت رایانه‌ای اجرا و به صورت صفر و ۱ درجه بندی شده و عملکرد آزمودنی‌ها به وسیله تعداد پاسخ‌های صحیح ارزیابی می‌شود. پایایی آزمون فوق در پژوهش حاضر با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

برای اجرای این پژوهش بعد از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه و مراجعه به بیمارستان رازی تبریز، پرونده بیماران مورد بررسی قرار گرفت. بیماران طبق تشخیص به عمل آمده در پرونده آن‌ها توسط روان‌پزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط محققان انتخاب شدند، سپس آزمون بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در بخش بیمارستان به صورت انفرادی توسط محققان اجرا شد. افراد بهنجار نیز شامل همراهان افراد مراجعه‌کننده و کارکنان بیمارستان بودند که پس از دارا بودن معیارهای ورود توسط محققان انتخاب و به پاسخگویی آزمون بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در بخش بیمارستان می‌پرداختند. برای تجزیه و تحلیل

جدول شماره ۱. وضعیت جمعیت شناختی افراد شرکت کننده

متغیرها	فراوانی	درصد	
وضعیت تحصیلی	سیکل	۲۴	۲۶/۶
	متوسطه	۱۵	۱۶/۶
	دیپلم	۳۳	۳۶/۶
	فوق دیپلم	۱۵	۱۶/۶
وضعیت تاهل	لیسانس	۳	۳/۳
	مجرد	۴۳	۴۷/۷
	متاهل	۳۸	۴۲/۲
وضعیت سنی	مطلقه	۹	۱۰
	زیر ۲۰	۳	۳/۳
	۲۰-۳۰	۳۹	۴۳/۳
	۳۱-۴۰	۲۷	۳۰
	۴۱-۵۰	۱۵	۱۶/۶
	بالای ۵۰	۶	۶/۶

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات بازشناسی بیان چهره ای هیجان و مولفه های آن را در سه گروه از بیماران افراد مبتلا به اسکیزوفرنی آشفته، پارانوئید و افراد بهنجار نشان می دهد.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار بازشناسی بیان چهره ای هیجان و مولفه های آن در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید، آشفته و بهنجار

متغیرها	پارانوئید		آشفته		بهنجار	
	SD	M	SD	M	SD	M
تعجب	۱/۴۴	۶/۶۳	۱/۵۱	۲/۷۰	۵/۳۰	۱/۰۵
تنفر	۱/۴۵	۳/۴۰	۱/۷۵	۲/۸۶	۴/۲۳	۱/۲۷
غم	۱/۳۶	۳/۷۰	۱/۴۱	۲/۸۳	۴/۴۰	۰/۸۹
خشیم	۱/۲۲	۳/۱۳	۱/۵۴	۲/۶۰	۴/۴۳	۱/۱۳
شادی	۱/۲۶	۴/۸۳	۱/۴۶	۴/۷۰	۵/۷۶	۰/۴۳
ترس	۱/۸۰	۳/۰۳	۱/۴۲	۲/۴۰	۳/۵۰	۱/۲۷

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای مورد بررسی معنی دار می باشد [$P < 0.001$ ، $F(164, 12) = 6/880$] از تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین سه گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا که در واقع مجذور همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است.

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای مورد بررسی معنی دار می باشد [$P < 0.001$ ، $F(164, 12) = 6/880$] از تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین سه گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا که در واقع مجذور همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون های تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) برای اثرات عضویت گروهی

نام آزمون	ارزش	F	Df1	Df2	P	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۴۴۲	۶/۸۸۰	۱۲	۱۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵

با توجه به داده های جدول ۴، بین مولفه های بازشناسی بیان چهره ای هیجان در سه گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. ($P < 0.001$)؛

جدول شماره ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات سه گروه در متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P
تعجب	۱۰۴/۰۸	۲	۵۲/۰۴	۲۸/۳۷	۰/۰۰۱
تندر	۲۸/۴۶	۲	۱۴/۲۳	۶/۲۵	۰/۰۰۱
غم	۳۶/۹۵	۲	۱۸/۴۷	۱۱/۸۴	۰/۰۱
خشم	۵۳/۳۶	۲	۲۶/۶۷	۱۵/۴۷	۰/۰۰۱
شادی	۲۰/۲۶	۲	۱۰/۱۳	۷/۷۴	۰/۰۰۱
ترس	۱۸/۲۸	۲	۹/۱۴	۳/۹۴	۰/۰۵

نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین دو به دوی گروه ها نشان می دهد که افراد بهنجار از لحاظ بازشناسی هیجان‌ات تعجب، تندر، غم، خشم و شادی در وضعیت بهتری قرار داشتند، از نظر بازشناسی هیجان ترس افراد بهنجار در وضعیت بهتری نسبت به افراد آشفته قرار داشتند، در حالی که با بیماران پارانوئید تفاوت معناداری نداشتند. ($P > 0.05$) بیماران پارانوئید از نظر بازشناسی هیجان‌ات تعجب و غم با بیماران آشفته در وضعیت بهتری قرار داشتند. در نهایت از نظر بازشناسی بیان چهره ای هیجان‌ات تندر، خشم، شادی و ترس تفاوت معناداری بین دو گروه آشفته و پارانوئید مشاهده نشده است. ($P > 0.05$) (جدول شماره ۵)

نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین دو به دوی گروه ها نشان می دهد که افراد بهنجار از لحاظ بازشناسی هیجان‌ات تعجب، تندر، غم، خشم و شادی در وضعیت بهتری قرار داشتند، از نظر بازشناسی هیجان ترس افراد بهنجار در وضعیت بهتری نسبت به افراد آشفته قرار داشتند، در حالی که با بیماران پارانوئید تفاوت معناداری نداشتند. ($P > 0.05$) بیماران پارانوئید از نظر بازشناسی هیجان‌ات تعجب و غم با بیماران آشفته در وضعیت بهتری قرار داشتند. در نهایت از نظر بازشناسی بیان چهره ای هیجان‌ات تندر، خشم، شادی و ترس تفاوت معناداری بین دو گروه آشفته و پارانوئید مشاهده نشده است. ($P > 0.05$) (جدول شماره ۵)

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دو میانگین گروه ها بر اساس شاخص های تفاوت میانگین ها و سطح معناداری

متغیرها	گروه ها	گروه ۲	گروه ۳
تعجب	۱- پارانوئید	*۰/۹۲	*-۱/۶۶
	۲- آشفته	-	*-۲/۶۰
	۳- بهنجار	-	-
تنفر	۱- پارانوئید	۰/۵۳	*-۰/۸۳
	۲- آشفته	-	*-۱/۳۶
	۳- بهنجار	-	-
غم	۱- پارانوئید	*۰/۸۶	*-۰/۷۰
	۲- آشفته	-	*-۱/۵۶
	۳- بهنجار	-	-
خشم	۱- پارانوئید	۰/۵۳	*-۱/۳۰
	۲- آشفته	-	*-۱/۸۳
	۳- بهنجار	-	-
شادی	۱- پارانوئید	۰/۱۳	*-۰/۹۳
	۲- آشفته	-	*-۱/۰۶
	۳- بهنجار	-	-
ترس	۱- پارانوئید	۰/۶۳	*-۰/۴۶
	۲- آشفته	-	*-۱/۱۰
	۳- بهنجار	-	-

*P<0.05

چهره ای هیجان مغایر با نتایج بیدو و همکاران، (۹)، در زمینه بازشناسی هیجان شادی و تنفر؛ هافر و همکاران، (۱۱)، در زمینه بازشناسی هیجان خشم بوده است، این پژوهشگران نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنی از لحاظ بازشناسی هیجان فوق تفاوتی با افراد بهنجار ندارند. وجود نقص در مولفه های بازشناسی بیان چهره ای هیجان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می تواند ناشی از توانایی محدود تجسم نمادین هیجان های دیگران در آن ها باشد. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نقایصی در فرایندهای شناختی، (۱۹)، و سیستم پردازش اطلاعات، (۲۰)، دارند و از دیدگاه علوم شناختی هیجان ها به عنوان گونه ای از طرحواره های پردازش اطلاعات شناخته می شوند که پردازش ها و تجسم های نمادین یا شبه نمادین را در بر می گیرد. در حالی که تجسم های نمادین ممکن است تصاویر یا کلمات باشند، بازنمایی های شبه نمادین الگوهایی از حس های بدنی و احشایی هستند که هنگام برانگیختگی هیجانی در بیماران اسکیزوفرنی تجربه می شوند. سیستم های نمادین توانایی تفکر درباره احساسات هیجانی و دیگر تجربه ها را به ارمان می آورند و به این ترتیب حالت ها و بازشناسی هیجانی

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه بازشناسی بیان چهره ای هیجان مختلف در بیماران اسکیزوفرنی پارانوئید، آشفته و افراد بهنجار بود. بررسی مولفه های بازشناسی بیان چهره ای هیجان بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و بهنجار نشان داد که افراد بهنجار از لحاظ بازشناسی بیان چهره ای هیجان مربوط به تعجب، تنفر، غم، خشم و شادی در وضعیت بهتری نسبت به دو گروه اسکیزوفرنی قرار داشتند، نتایج فوق از یکسو در راستای نتایج بیدو و همکاران، (۹)، در زمینه بازشناسی هیجان شادی و غم؛ اشنایدر و همکاران، (۱۰)، در زمینه بازشناسی هیجان شادی، غم و خشم؛ هافر و همکاران، (۱۱)، در زمینه بازشناسی هیجان تنفر، شادی و غم؛ لیندن و همکاران، (۱۲)، در زمینه بازشناسی هیجان شادی و شادی، آمینجز و همکاران، (۱۴)، و هانگ و همکاران، (۱۵)، در زمینه بازشناسی هیجان غم و خشم بوده است. این نتایج نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از لحاظ بازشناسی هیجان فوق دارای نقص بوده و ضعیف تر از افراد بهنجار عمل می کنند. از سوی دیگر نتایج حاصله از این پژوهش در زمینه بازشناسی مولفه های

کردند که ترس هیجانی مشکل برای بیان و ابراز کردن است و دلیل آن‌ها این بود که خاموشی در بیان و ابراز ترس بر اصل تکاملی استوار است، بدین معنا که علائم بیانی ترس ضعیف شده و به خوبی ابراز و بیان نمی‌شوند و به همین دلیل بیماران اسکیزوفرنی و افراد بهنجار در بازشناسی این هیجان مشکل داشته و به صورت مشابه عمل می‌کنند (۲۲). نتایج نشان داد که افراد بهنجار از نظر بازشناسی هیجان ترس در وضعیت بهتری نسبت به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نوع آشفته قرار داشتند. در تبیین این یافته می‌توان به نقایص شناختی بیشتر و فراگیر افراد آشفته نسبت به افراد پارانوئید اشاره کرد که موجب تفاوت بازشناسی ترس در بین افراد آشفته و عدم تفاوت معنادار بازشناسی ترس در بین افراد پارانوئید نسبت به افراد بهنجار شده است. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید از نظر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان به صورت کلی و بازشناسی هیجانات تعجب و غم به صورت اختصاصی در وضعیت بهتری از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی آشفته قرار داشتند. علاوه بر این در بازشناسی هیجانات تنفر، خشم، شادی و ترس تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشده است. این نتایج تقریباً با نتایج پژوهش‌های دیویس و گیسون (۲۰۰۲) و مندوزا و همکاران (۲۰۱۱) همسو بوده است، (۲۳-۲۱). آن‌ها در پژوهش‌های خود نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از نوع پارانوئید نسبت به بیماران آشفته از لحاظ بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در وضعیت بهتری قرار دارند. در تبیین این یافته می‌توان شرح داد که بیماران اسکیزوفرنی با علائم منفی (آشفته) در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنی با علائم مثبت (پارانوئید) قادر به تمایز هیجانات درونی خویش و هیجانات بیرونی دیگران نیستند. در واقع آن‌ها به صورت مبهم و غیرمتمايز هیجان‌های چهره‌ای دیگران را احساس می‌کنند و در شناسایی آن‌ها مشکل دارند. هم‌چنین، این افراد در توصیف و بازشناسی هیجانات دیگران مشکل داشته و اغلب بیان چهره‌ای هیجانات دیگران را به صورت خنثی بازشناسی می‌کنند، (۱۴). علاوه بر این، الگوهای شناختی که در بازشناسی چهره‌ای هیجان نقش دارند در افراد آشفته بیشتر از افراد

دیگران را در این بیماران تعدیل می‌کنند. به نظر می‌رسد که نقص در مولفه‌های بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ناشی از توانایی محدود آن‌ها برای تجسم نمادین هیجان‌های دیگران باشد. ناتوانی بازشناسی هیجانات منفی در بیماران اسکیزوفرنی را می‌توان بر اساس نظریه تنظیم هیجانی گراس (Gross) (۲۰۰۲؛ به نقل از ۱۵) تبیین کرد. بر طبق این دیدگاه تغییر توجه از محرک‌های برانگیزاننده هیجان از فرایندهای تنظیم هیجان اولیه نشأت می‌گیرد. بر این اساس فعال‌سازی سوگیری منفی در بیماران اسکیزوفرنی باعث افزایش انگیزتگی فیزیولوژیکی در آن‌ها شده و پاسخ‌های روان‌شناختی در آن‌ها برای بازشناسی بیان چهره‌ای هیجانات منفی کاهش می‌یابد. در همین رابطه هامپل و همکاران (۲۰۰۵؛ به نقل از ۱۵) نشان دادند که با نافع‌ال‌سازی سوگیری منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انگیزتگی فیزیولوژیکی در این بیماران کاهش یافته و پاسخ‌های روان‌شناختی مربوط به بازشناسی بیان چهره‌ای هیجانات منفی افزایش می‌یابد. ناتوانی بیماران اسکیزوفرنی در بازشناسی هیجانات مثبت هم چون شادی را می‌توان به نقص شناختی در این بیماران مرتبط دانست. مندوزا و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که ناتوانی موجود در بازشناسی بیان چهره‌ای هیجانات مثبت در بیماران اسکیزوفرنی با نقص موجود در حوزه‌های شناختی و عملکردی در آن‌ها مرتبط است. (۲۱)

نتایج نشان داد که از نظر بازشناسی هیجان ترس تفاوت معناداری بین افراد بهنجار و بیماران اسکیزوفرنی از نوع پارانوئید وجود ندارد. این یافته از یک سو با نتایج پژوهش‌های بدیو و همکاران، (۹)، و هافر و همکاران، (۱۱)، همسو بوده است. این نتایج نشان داد که بین بیماران اسکیزوفرنی و افراد بهنجار از لحاظ بازشناسی هیجان ترس تفاوت معناداری وجود ندارد. از سوی دیگر این یافته مغایر با نتایج پژوهش آمینجر و همکاران، (۱۴)، بوده است. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنی در بازشناسی هیجان ترس ضعیف‌تر از افراد بهنجار عمل می‌کنند. در تبیین این یافته پاتنام و کرینگ (۲۰۰۷) گزارش

عملکردهایی (بازشناسی برخی از مولفه های بیان چهره ای هیجان) را به طور یکسان تحت تأثیر قرار داده و باعث عدم تفاوت معنادار در این دو گروه شود. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده نقص کلی در بازشناسی بیان چهره ای هیجان در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید و آشفته بود. به طوری که این نقایص در افراد مبتلا به آشفته برجسته تر از افراد مبتلا به پارانوئید بود که این امر باعث اختلال بیشتر در عملکردهای اجتماعی و بین فردی در این افراد نسبت به افراد مبتلا به پارانوئید خواهد شد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدود بودن انتخاب افراد در هر گروه به شهر تبریز و یکسان نبودن شرایط آزمایشی از لحاظ فضا برای اجرای رایانه ای آزمون اشاره کرد. در نهایت، با توجه به نتایج پژوهش فوق پیشنهاد می شود که تدابیر درمانی ویژه ای (روش های درمانی مبتنی بر هیجان و تنظیم هیجانی) جهت بهبود توانایی بازشناسی بیان چهره ای هیجان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی صورت گیرد.

پارانوئید آسیب دیده است. تمام این مشخصه ها، یعنی دشواری در شناسایی و توصیف احساسات دیگران و نقص شناختی فراگیر، الگویی را در افراد آشفته به وجود می آورد که آن ها را در استفاده از راهبردهای بازشناسی بیان چهره ای هیجان دچار بازداری کرده و باعث می شود کارکرد میان فردی و اجتماعی آن ها بیشتر از بیماران پارانوئید آسیب ببیند. از سوی دیگر، نقص بیشتر در بازشناسی چهره ای هیجان در بیماران آشفته با شدت علائم منفی در آن ها مرتبط است (۲۰). نشانه های منفی در بیماران اسکیزوفرنی با نابهنجاری در نواحی فرونتال مغز (۲۴)، و با آسیب پذیری ژنتیکی برای رشد اسکیزوفرنی مرتبط است و این نابهنجاری ها به طور خاص با عملکرد بین فردی و هیجانی مرتبط هستند (۲۱)، بنا بر این بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با علائم منفی (آشفته) در بازشناسی بیان چهره ای هیجان ضعیف تر از بیماران پارانوئید عمل می کنند. در تبیین عدم تفاوت معنادار بین دو گروه اسکیزوفرنی پارانوئید و آشفته در بازشناسی هیجانات تنفر، خشم، شادی و ترس، می توان گفت که فرایند و ماهیت این دو نوع اسکیزوفرنی ممکن است به گونه ای باشد که چنین

References

- 1-Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004;363:2063-72 .
- 2-World Health Organization. Nations for mental health. *Schizophrenia Pub Health* 1998;6:2-4.
- 3-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2007.P.20.
- 4-Kring AM, Moran EK. Emotional response deficits in schizophrenia: insights from affective science. *Schizophrenia Bull* 2008;34:819-34.
- 5-Kohler CG, Turner T, Stolar N, Bilker W, Brensinger C, Gur RE, et al. Differences in facial expressions of four universal emotions. *Psychiatry Res* 2004;128:235-44.
- 6-Kohler CG, Martin EA, Milonova M, Wang P, Verma R, Brensinger C, et al. Dynamic evoked facial expressions of emotions in schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2008; 105:30-9.
- 7-Chen R, Li H, Cheung E, Gong Q. Impaired facial emotion perception in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 2010;178:381-90.
- 8-Mandal MK, Pandey RP, Prasad AB. Facial expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bull* 1998; 24:399-412.
- 9-Bediou B, Franck N, Saoud M, Baudouin JY, Tiberghien G, Dalery J, et al. Effects of emotion and identity on facial affect processing in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2005;133:149-57.
- 10-Schneider F, Gur RC, Koch K, Backes V, Amunts K, Shah NJ, et al. Impairment in the Specificity of Emotion Processing in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 64:442-7.
- 11-Hofer A, Benecke C, Edlinger M, Huber R, Kemmler G, Rettenbacher MA, et al. Facial emotion recognition and its relati-

- onship to symptomatic, subjective, and functional outcomes in outpatients with chronic schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009; 24:27-32.
- 13-Linden SC, Jackson MC, Subramanian L, Wolf C, Green P, Healy D, et al. Emotion-cognition interactions in schizophrenia: Implicit and explicit effects of facial expression. *Neuropsychologia* 2010;48: 997-1002.
- 14-Becerril K, Barch D. Influence of emotional processing on working memory in schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2010;22:1-10.
- 15-Amminger G, Schafer M, Papageorgiou K, Klier C, Schlogelhofer M, Mossaheb N, et al. Emotion Recognition in Individuals at Clinical High-Risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2011;21:1-10.
- 16-Huang J, Chan R, Gollan J, Liu W, Ma Z, Li Z, et al. Perceptual bias patients with schizophrenia in morphed facial expression. *Psychiatry Res* 2011;185:60-5.
- 17-Delavar A. [Research method in psychology and educational science]. *Roshd Press* 2006;45:46-9.(Persian)
- 18-Segal D. Structured interviewing and DSM classification. In: *Adult psychopathology and diagnosis*. Newyork: John wiley & Sons, Inc; 1997.P.24-87.
- 19-Ekman P, Friesen W. Photographs of facial affect recognition test. *Psychol Press* 1976;92:758-62.
- 20-Ojeda N, Peña J, Sánchez P, Elizagárate E, Ezcurra J. Processing speed mediates the relationship between verbal memory, verbal fluency, and functional outcome in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2008; 101:225-33.
- 21-White P, Joseph V, Francis S, Liddle P. Aberrant salience network (bilateral insula and anterior cingulate cortex) connectivity during information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2010;123:105-15.
- 22-Mendoza R, Cabral-Calderin Y, Dominguez M, Garcia A, Borrego M, Caballero A, et al. Impairment of emotional expression recognition in schizophrenia: A Cuban familial association study. *Psychiatry Res* 2011; 185:44-8.
- 23-Putnam M, Kring M. Accuracy and intensity of posed emotional expressions in unmedicated schizophrenia patients: vocal and facial channels. *Psychiatry Res* 2007;151: 67-76.
- 24-Davis J, Gibson G. Recognition of Posed and Genuine Facial Expressions of Emotion in Paranoid and Non-paranoid Schizophrenia. *J Abnorm psychology* 2002;109: 445-50.
- 25-Kohler CG, Bilker W, Hagoort M, Gur RE, Gur RC. Emotion recognition deficit in schizophrenia: association with symptomatology and cognition. *Biol Psychiatry* 2000;48:127-36.

Comparing the Ability to Recognize Facial Expression of Emotion in Paranoid Schizophrenic, Disorganized Schizophrenic and Normal Subjects

Ghasempour A^{1*}, Narimani M², Abolghasemi A², Hassanzadeh Shahnaze²

(Receive: 12 Oct. 2011

Accept: 25 Jul. 2012)

Abstract

Introduction: Disability to recognize the facial expression of emotion may causes specific defects in the social function of patients with schizophrenia. The aim of the current study was to compare the ability to recognize the facial expression of emotion in the schizophrenic paranoid, disorganized and the normal people.

Materials & Methods: The current research was a causal-comparative study. The sample included 60 patients with schizophrenia (30 paranoid and 30 disorganized) and 30 normal persons, who were selected through a simple sampling method. To collect the required data, recognizing facial expressions of emotions test (RFET) was used. Multivariate analysis of variance (M-ANOVA), LSD and post hoc tests were conducted to analyze the data.

Findings: The results showed significant differences among the groups in recognizing the facial expressions of

happiness, sadness, surprise, anger and disgust ($P < 0.05$). The subjects suffering from schizophrenia faced difficulties to recognize the facial expressions of these emotions. Also, subjects with paranoid schizophrenia had a better ability than subjects with disorganized schizophrenia in recognizing the facial expression of sadness and surprise.

Discussion & Conclusion: Defect in recognizing the facial expression of emotion was deeper in schizophrenic patients than in the normal subjects. Also, the defects in disorganized patients were more prominent than in the paranoid patients. The results of this study revealed important implications for the treatment of patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, recognizing facial expressions of emotions, paranoid, disorganized

1. Dept of General Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran

2. Dept of General Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

*(corresponding author)