

مقایسه‌ی پروفایل شناختی و آشفستگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی

رقیه معزز^۱، محمد نریمانی^۲، نادر حاجلو^۳، عباس ابولقاسمی^۴، داریوش سوادی اسکویی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۱/۱۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مشکلات هیجانی و شناختی از مسائل رایج و آزاردهنده برای بیماران مبتلا به صرع است. پژوهش حاضر باهدف بررسی پروفایل شناختی و آشفستگی هیجانی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی انجام گرفته است.

مواد و روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به مطب پزشکان متخصص مغز و اعصاب شهرستان اردبیل طی ماه‌های فروردین تا شهریور ۹۴ بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۶۰ بیمار (۳۰ نفر در گروه صرع عمومی و ۳۰ نفر در صرع کانونی) در دامنه سنی ۱۳ تا ۲۰ سال بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. به منظور بررسی پروفایل شناختی از آزمودنی‌ها خواسته شد تا آزمون آندره ری به منظور بررسی حافظه دیداری، خرده مقیاس حافظه شنیداری فوری و تأخیری از مقیاس حافظه و کسلر را پاسخ دهند. همچنین به منظور بررسی آشفستگی هیجانی بیماران از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا را پاسخ دهند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و روش تحلیل چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به صرع کانونی در مقایسه با بیماران مبتلا به صرع عمومی عملکرد ضعیف‌تری در حوزه‌های شناختی مربوط به حافظه دیداری و شنیداری دارند. همچنین بیماران مبتلا به صرع کانونی آشفستگی هیجانی بالاتری را نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی نشان دادند.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابر نتایج حاصل از این پژوهش پروفایل شناختی و آشفستگی هیجانی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی متفاوت است.

کلیدواژه‌ها: صرع عمومی، صرع کانونی، پروفایل شناختی، آشفستگی هیجانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره چهارم، ص ۳۴۴-۳۳۶، تیر ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، شماره تماس: ۰۹۱۴۱۵۱۹۷۹۴

Email: Narimani@uma.ac.ir

مقدمه

صرع به‌عنوان یک بیماری نرولوژیکی رایج، همراه با جریانات الکتریکی و تشنجات بالینی قابل اندازه‌گیری، تعریف می‌شود. در حالت کلی حدود ۶۵ میلیون نفر در دنیا با این بیماری درگیر هستند و هر ساله ۱۰۰۰۰۰ مورد جدید به آن افزوده می‌شود. در این اختلال کارکردهای شناختی و رفتاری تغییر پیدا می‌کند و منجر به ناکارآمدی‌های اجتماعی شدید می‌شود. تکرار تخلیه‌های اپیلهپتیک مسئول تأثیرات طولانی‌مدت در شکل‌پذیری عملکرد مغزی شده و در نهایت منجر به ناکارآمدی‌های شناختی، رفتاری و

هیجانی در دو نوع اصلی صرع یعنی صرع کانونی و عمومی می‌گردد (۱). با وجود اینکه تشنجات مهم‌ترین ویژگی صرع است اما اختلالات هیجانی و شناختی در همه انواع صرع گزارش شده است. مطالعات نشان داده است که تشنجات در بیماران مبتلا به صرع در تمام حوزه‌های شناختی مانند توجه، زبان، کارکردهای اجرایی، حافظه، حل مسئله و بینش تأثیر می‌گذارد و این ناکارآمدی‌های شناختی جنبه حیاتی در کیفیت زندگی بیماران دارد (۲، ۳). شناخت به‌عنوان ظرفیت مغز برای پردازش دقیق اطلاعات و در سطح بالاتر به‌عنوان برنامه رفتاری سازش یافته در

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۲ استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۴ استاد روانشناسی، دانشگاه گیلان

^۵ استا مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

معنایی، تسلط واجی، ظرفیت عددی به طور معنی داری عملکرد ضعیف تری از گروه سالم نشان داده اند در حالی که بیماران مبتلا به صرع عمومی تنها در بخش تسلط معنایی عملکرد ضعیف تری نسبت به گروه سالم نشان دادند در این پژوهش تفاوت معنی دار بین صرع عمومی و کانونی به دست نیامد (۱۴).

علاوه بر مشکلات شناختی در این بیماران، همانند سایر بیماری های مزمن واکنش های روان شناختی نظیر خشم، استرس، افسردگی و اضطراب نیز بسیار گزارش می شود و بررسی اختلالات روان شناختی از نقطه نظر تحقیقاتی و بالینی در سال های اخیر در ارتباط با بیماری صرع مورد توجه است. تعداد بیشتری از فاکتورهای اضطراب آور مانند جریان تشنجات، احتمال آسیب های جسمانی، ناتوانایی های هیجانی و خجالت های اجتماعی در زندگی روزانه بیماران مبتلا به صرع وجود دارد که می تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و بر میزان اضطراب آنان بیفزاید (۱۵).

استرس های هیجانی و عاطفی قوی ترین، مؤثرترین و در بعضی موارد شایع ترین عوامل برانگیزاننده حملات صرع هستند. افراد مبتلا به صرع میزان بیشتری از نشانه های افسردگی و اضطراب را نسبت به جمعیت عمومی نشان می دهند (۱۶، ۱۷).

فعالیت مغزی تغییر یافته که علت تشنجات اپیلهپتیک است باعث ایجاد خلق افسرده در این بیماران می شود و استرس زندگی با شرایط مزمن می تواند افسردگی و اضطراب را در این بیماران تشدید کند. احساسات افسردگی در این بیماران تا حدودی به دلیل استرس به خاطر شرایط مزمن بیماری و همچنین متغیرهای روانی-اجتماعی، رخ می دهد؛ اما این احساسات، اساساً به خاطر فعالیت مغزی غیرطبیعی بیماران است که رخ می دهد. طبق بررسی های موجود، تغییرات در فعالیت الکتریکی مغز افراد مبتلا به صرع در وضعیت های هیجانی-عاطفی دیده می شود.

رایج ترین آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع، افسردگی است که در حدود ۱۱ تا ۵۷ درصد بیماران گزارش می شود. شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به صرع ۱۵ تا ۵۲/۳ درصد گزارش شده که در کیفیت زندگی بیماران (۱۰) تأثیر منفی دارد. عوامل مختلفی در ارتباط با افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به صرع مورد مطالعه قرار گرفته است؛ یکی از این عوامل نوع صرع (عمومی یا کانونی بودن) می باشد. هر چند تعداد پژوهش ها در حوزه مقایسه آشفتگی هیجانی در صرع عمومی و کانونی اندک است، اما یافته های برخی تحقیقات حاکی از آن است که اضطراب در بیماران مبتلا به صرع کانونی مخصوصاً صرع لوب گیجگاهی و صرع لوب آهیانه بیشتر از بیماران مبتلا به صرع عمومی می باشد (۱۸-۲۰).

فرد تعریف می شود. در میان حوزه های شناختی این بیماران از مشکلات حافظه بیشتر از سایر مشکلات شناختی شکایت دارند.

صرع کانونی با نشانه هایی چون خیره شدن و عدم پاسخ، پاسخ های نامناسب و یا اشتباه به سؤالات، شنیدن آوازهای غیرمعمول و حرکات دست و بازو یک ناحیه خاص از مغز را، درگیر می کند و در بیشتر موارد در منطقه لوب گیجگاهی رخ می دهد. صرع عمومی در هر دو طرف مغز رخ می دهد که بیشتر علت ژنتیکی یا ارثی دارد. تحقیقات اخیر نقص شناختی مخصوصاً در حوزه حافظه را در هر دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی نشان می دهد (۴). بررسی آیکیا^۱ (۲۰۰۲) نشان داد که بیماران مبتلا به صرع کانونی مخصوصاً صرع لوب گیجگاهی آسیب بیشتری در حافظه را به دلیل اهمیت و نقش کلیدی ساختارهای میانی و آنتریور لوب گیجگاهی نشان می دهند (۵). از جمله ساختارهای واقع در این ناحیه هیپوکامپ است که نقش اساسی در کارکرد حافظه دارد و از دست دادن حافظه به خاطر از دست دادن نورون ها در مناطق CA₁، CA₂ هیپوکامپ در این منطقه از مغز رخ می دهد؛ اما مشکلات حافظه در صرع کانونی خارج لوب گیجگاهی مانند صرع کانونی لوب آهیانه نیز دیده می شود (۶). نتایج اکثر تحقیقات در حوزه شناختی بر روی بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی نشان دهنده این واقعیت است که مشکلات حافظه به خصوص در حافظه بلندمدت (۷) در صرع کانونی در مقایسه با صرع عمومی بیشتر رخ می دهد (۸-۱۰) در حالی که سوچونگ^۲ (۲۰۱۲) نشان داد که کارکردهای شناختی در صرع عمومی تقریباً در حد نرمال می باشد (۱۱). در بررسی بر روی بیماران مبتلا به صرع کانونی و مقایسه آن با گروه سالم، این بیماران در بخش حافظه منطقی تأخیری تفاوت معنی دار نشان دادند اما در حافظه منطقی فوری تفاوت معنی دار نبود (۱۲). هر چند برای رسیدن به نتایج قطعی تر در این حوزه بایستی پژوهش های بیشتری صورت گیرد؛ اما اکثر تحقیقات، آسیب بیشتر حافظه در بیماران مبتلا به صرع کانونی در مقایسه با صرع عمومی را نشان می دهد. در بررسی تولستوا و کوتوا بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به صرع عمومی و ۲۰ بیمار مبتلا به صرع کانونی با استفاده از ابزارهای شناختی مربوط به حافظه کوتاه مدت و بلندمدت بینایی و شنوایی، توجه و سیالیت کلامی، بیماران مبتلا به صرع کانونی عملکرد ضعیف تری را نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی نشان دادند (۱۳). در بررسی حوزه های شناختی مختلف در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی، بیماران مبتلا به صرع کانونی در بخش های یادآوری فوری، تأخیری، مرحله کپی و یادآوری حافظه بینایی آندره ری، تسلط

2. Sujoeng

1. Aikia

ب- آزمون اشکال پیچیده آندره ری: همچنین به منظور بررسی حافظه دیداری از آزمون اشکال پیچیده آندره ری استفاده شد. این آزمون به منظور ارزیابی توان رشد ترسیم، ساخت یابی ادراکی و حافظه دیداری مورد استفاده قرار می‌گیرد. این آزمون اولین بار توسط آندره ری^۱ در سال ۱۹۴۱ طراحی و سپس توسط اوستریث^۲ در سال ۱۹۹۴ هنجاریابی شد. در نوبت اول تصویر در جلوی آزمودنی در جهت مناسب گذاشته می‌شود و به او پیشنهاد می‌شود تا مشابه آن را بر روی کاغذ سفید ترسیم کند. در نوبت دوم از آزمودنی خواسته شد این بار به‌طور حفظی تصویر مشاهده شده قبلی را ترسیم کند. نمره‌گذاری آن بر مبنای صحت، دقت، سرعت و بر اساس ۲۸ جزء کامل مجموعه که هر کدام حداکثر ۲ نمره دارد محاسبه می‌گردد. ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های به‌کاررفته کپی و بازیابی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ به دست آمد.

ج- خرده مقیاس حافظه شنیداری فوری و تأخیری از مقیاس حافظه وکسلر: به منظور بررسی حافظه شنیداری از خرده مقیاس‌های شنیداری فوری (حافظه منطقی ۱ و تداعی زوج‌های کلامی ۱) و خرده مقیاس شنیداری تأخیری (حافظه منطقی ۲ و تداعی زوج‌های کلامی ۲) آزمون وکسلر استفاده شد. ضریب پایایی برای خرده مقیاس‌های به‌کار گرفته شده به ترتیب شامل ۰/۷۸ و ۰/۸۱ است (۲۲).

از بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی واجد شرایط، در پژوهش حاضر خواسته شد تا پرسشنامه‌های مربوط به آشفتگی هیجانی و شناختی را پاسخ دهند. برای تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها آزمون چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است به طوری که برای توصیف داده‌های جمع‌آوری شده از جداول میانگین و انحراف استاندارد و در آمار استنباطی به منظور تعیین مقایسه پروفایل شناختی (حافظه دیداری، حافظه فوری شنیداری، حافظه تأخیری شنیداری) و آشفتگی هیجانی (استرس، اضطراب، افسردگی) در بین افراد مبتلا به صرع عمومی و کانونی از روش تحلیل واریانس چند متغیره مانوا (MANOVA) استفاده شد.

با توجه به بحث‌های صورت گرفته و اهمیت پرداختن به حوزه‌های شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به صرع و کمبود پژوهش‌ها مخصوصاً در مقایسه بین دو نوع صرع عمومی و کانونی در ایران و اهمیت پی بردن به تفاوت خصوصیات بالینی در انواع مختلف بیماران مبتلا به صرع به منظور به‌کارگیری بهتر روش‌های درمانی و مراقبت‌های مناسب روان‌شناختی و پزشکی، پژوهش حاضر درصدد بررسی این است که آیا بین پروفایل شناختی (حافظه دیداری و شنیداری) و آشفتگی هیجانی (استرس، افسردگی و اضطراب) در بین دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟

مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی، علی-مقایسه‌ی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دختر و پسر مبتلا به صرع عمومی و کانونی در گروه سنی ۲۰-۱۳ سال که طی ماه‌های فروردین تا شهریور ۹۴ به مطب پزشکان متخصص مغز و اعصاب شهرستان اردبیل مراجعه کرده‌اند، بود. نمونه مورد مطالعه ۶۰ آزمودنی ۳۰ نفر در گروه مبتلا به صرع عمومی و ۳۰ نفر مبتلا به صرع کانونی بود؛ که در هر دو گروه ۱۸ پسر و ۱۲ دختر حضور داشتند. ملاک ورود به پژوهش تشخیص بیماری صرع در بیماران توسط پزشکان متخصص که به‌غیر از صرع هیچ اختلال دیگری نداشتند، بود. بیماران دو گروه از لحاظ دامنه سنی، طول مدت بیماری، سن شروع تشنج، سطح تحصیلات و جنس همگن شدند. در این پژوهش نمونه‌ها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند در گروه بیماران مبتلا به صرع کانونی اکثر بیماران مبتلا به صرع کانونی لوب گیجگاهی بودند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل:

الف- مقیاس لویندا: به منظور بررسی آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا (۱۹۹۵) استفاده شد که دارای ۲۱ ماده هست و هر آزمودنی به هر آیتم به صورت هرگز (۰)، کم (۱)، زیاد (۲) و خیلی زیاد (۳) پاسخ می‌دهد. آیتم‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ استرس، آیتم‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ افسردگی و آیتم‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱ اضطراب را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برای افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳؛ و استرس ۰/۸۱ می‌باشد. ضریب اعتبار آن برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹؛ و اضطراب ۰/۶۷ می‌باشد (۲۱).

^۱. Andre- Rey

^۲. Osterrieth

جدول (۱): نتایج میانگین و انحراف استاندارد استرس، اضطراب، افسردگی و حافظه دیداری، فوری شنیداری و تأخیری شنیداری

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار
استرس	عمومی	۹/۳۸	۳/۷۰۵
	کانونی	۱۵/۳۳	۳/۰۰۸
اضطراب	عمومی	۱۱/۲۷	۳/۹۳۰
	کانونی	۱۶/۵۳	۳/۹۱۷
افسردگی	عمومی	۱۲/۳۷	۴/۳۸۲
	کانونی	۳۷/۷۰	۴/۳۵۶
حافظه دیداری	عمومی	۱۷/۹۰	۶/۳۴۸
	کانونی	۱۴/۶۳	۱/۱۵۶
حافظه فوری شنیداری	عمومی	۱۲۰/۶۳	۳۰/۰۹۴
	کانونی	۹۳/۹۴	۲۸/۵۶۶
حافظه تأخیری شنیداری	عمومی	۱۲۰/۷۰	۲۹/۳۳۸
	کانونی	۸۵/۸۷	۳۱/۷۳۸

همان‌طور که در جدول ۱ گزارش شده است میانگین نمرات مربوط به استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به صرع کانونی در مقایسه با بیماران مبتلا به صرع عمومی بالاتر است. همچنین میانگین نمرات مربوط به حافظه دیداری، حافظه شنیداری فوری و حافظه شنیداری تأخیری در بیماران مبتلا به صرع کانونی پایین‌تر از بیماران مبتلا به صرع عمومی به دست آمد.

در راستای تعیین معنی‌داری تفاوت میان گروه‌ها (صرع عمومی و کانونی) در مؤلفه‌های آشفتگی هیجانی و پروفایل شناختی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جداول زیر ارائه شده است. از آنجایی که به منظور انجام آزمون تحلیل واریانس چند متغیری باید پیش‌فرض برابری واریانس‌ها محقق شود، به این منظور ابتدا از آزمون لوین به این منظور استفاده کردیم که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول (۲): نتایج جدول لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرها	F	df _۱	df _۲	سطح معنی‌داری
استرس	۰/۱۱۱	۱	۵۸	۰/۷۴۰
اضطراب	۰/۱۳۰	۱	۵۸	۰/۷۲۰
افسردگی	۰/۲۱۸	۱	۵۸	۰/۶۴۳
حافظه دیداری	۰/۰۲۸	۱	۵۸	۰/۸۶۷
حافظه فوری شنیداری	۰/۱۱۵	۱	۵۸	۰/۷۳۶
حافظه تأخیری شنیداری	۱/۳۰۵	۱	۵۸	۰/۲۵۸

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای تحلیل واریانس چند متغیری رعایت شده است، به این صورت که این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره بلامانع

است، همچنین برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار $BOX = ۳۱/۵۵۷$ ، $f = ۱/۳۳۵$ ، $p = ۰/۱۳۹$ و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

جدول (۳): نتایج آزمون معنی‌داری واریانس چند متغیره

آزمون	ارزش f	درجه آزادی	درجه خطا	سطح معنی‌داری	مجذوراتا
اثر پیلاهی	۰/۵۰۹	۶	۵۳	۰/۰۰۰÷	۰/۵۰۹
لامبدای ویلکز	۰/۴۹۱	۶	۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۰۹
اثر هتلینگ	۱/۰۳۸	۶	۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۰۹
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱/۰۳۸	۶	۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۰۹

جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در گروه‌ها و متغیرها وجود دارد، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در جدول ۴ ارائه شده است. مطابق مندرجات این جدول چنین استنباط می‌شود که تفاوت گروه‌های مورد مطالعه (صرع عمومی و کانونی) در افسردگی، اضطراب، استرس و حافظه دیداری، فوری شنیداری، تأخیری شنیداری در سطح $P \leq 0/05$ معنی‌دار است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳ مشاهده می‌شود که اثر کلی گروه معنی‌دار است، چراکه F مربوط به آزمون‌های اثر پیلاهی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه خطا با (۹/۱۷۲) با درجه آزادی ۶ در سطح $P \leq 0/05$ معنی‌دار است. یعنی بین دو گروه صرع عمومی و کانونی حداقل در یکی از متغیرهای پژوهشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مورد مطالعه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذوراتا
گروه‌ها	استرس	۴۵۳/۷۵۰	۱	۴۵۳/۷۵۰	۳۲/۹۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
	اضطراب	۴۳۲/۰۱۷	۱	۴۳۲/۰۱۷	۲۸/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶
	افسردگی	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۴/۲۷۸	۰/۰۴۳	۰/۰۶۹
	حافظه دیداری	۱۶۶/۶۶۷	۱	۱۶۶/۶۶۷	۴/۲۳۲	۰/۰۶۸	۰/۰۶۸
	حافظه فوری شنیداری	۹۹۰/۷۳۵۰	۱	۹۹۰/۷۳۵۰	۱۱/۵۰۹	۰/۱۶۶	۰/۱۶۶
	حافظه تأخیری شنیداری	۱۸۲۰/۴۱۷	۱	۱۸۲۰/۴۱۷	۱۹/۴۸۷	۰/۲۵۱	۰/۲۵۱

بحث و نتیجه‌گیری

مشکلات هیجانی و شناختی از مسائل رایج و آزاردهنده برای بیماران مبتلا به صرع است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات حافظه دیداری و شنیداری و نمرات آشفته‌گی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس عملکرد بیماران مبتلا به صرع کانونی نسبت به صرع عمومی در حوزه‌های شناختی ضعیف‌تر بود و همچنین این بیماران نمرات بالاتری را در آشفته‌گی هیجانی نشان دادند. نتیجه این پژوهش با نتایج تحقیقات (۵، ۱۳) همسوست. علم نروسایکولوژی امکان بررسی سیستم عصبی و اثر آن بر رفتار را مورد بررسی قرار می‌دهد. بنابراین با مشاهده آسیب در سطوح مختلف مغز می‌توان به پایین آمدن عملکرد در کارکردهای ذهنی و

رفتاری پی برد. مواجه طولانی مدت با فعالیت عصبی غیر نرمال می‌تواند ساختار و عملکرد مغز را تغییر دهد بیماران مبتلا به صرع در مقایسه با گروه سالم در حوزه‌های مختلف حافظه مخصوصاً حافظه کلامی و حافظه غیرکلامی ضعیف‌تر عمل می‌کنند. در بین دو گروه مبتلا به صرع، مشکلات حافظه در اکثر حوزه‌ها عموماً در صرع کانونی نسبت به صرع عمومی بیشتر گزارش شده است. در تبیین این یافته، محققان فرضیه آسیب‌شناسی و انحطاط هیپوکامپ به علت از دست دادن نرون‌ها و جوانه‌ی فیبرها در رابطه با صرع لوب گیجگاهی را مطرح کرده‌اند. یافته‌های اندازه‌گیری ایمونو-هیستوچیمستری نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به صرع کانونی لوب گیجگاهی جوانه فیبرهای خزه مانند که در لایه مولکولی داخلی شکنج دندانه‌دار در هر دو قسمت شکمی و پشتی

هیپوکامپ قرار دارد، تخریب می‌شود. در بررسی رابطه بین آسیب شناسی حافظه و صرع کانونی، دو نوع آسیب، اسکروز یا آتروفی هیپوکامپ و تجمع جسم آمیلاز مطرح است. اسکروز هیپوکامپ شامل گلیوز، از دست دادن نرون‌های هرمی و پراکندگی سلول گرانول و جسم آمیلاز^۱ شامل وجود توده شفاف مشتق شده از انحطاط سلول‌های عصبی می‌باشد (۱۲).

در رابطه با آسیب حافظه در بیماران مبتلا به صرع عمومی فر ضیه بیشتر در رابطه با آسیب شناسی مناطق پیشانی و پیشانی و همچنین در رابطه با ناکارآمدی تالاموس مطرح شده است. بنابراین در مطالعه حافظه دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی بررسی مناطق گیجگاهی و پیشانی به تنهایی کافی به نظر نمی‌رسد. با این وجود آتروفی تالاموس در صرع کانونی نیز گزارش شده است. در بررسی حافظه در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی اندازه‌گیری حجمی مربوط به مناطق پیشانی، تالاموس و گیجگاهی و بررسی اینکه آیا کاهش حجمی در این مناطق می‌تواند توضیحی بر این تفاوت باشد یا نه بایستی صورت گیرد (۷). در رابطه با بررسی علل نتایج به دست آمده در حوزه‌های شناختی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی نیاز به تحقیقات بیشتر ضروری به نظر می‌رسد.

اکثر مطالعات بر وجود احتمال بیشتر آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع کانونی مخصوصاً صرع لوب گیجگاهی تأکید دارند هرچند برخی مطالعات نتایج دیگری را نشان دادند (۲۳)، (۲۴). نتایج این پژوهش نشان داد که آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع کانونی نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی بالاتر است. این یافته با نتایج پژوهش (۲۰، ۲۵) همسو است. در سال‌های اخیر بررسی اختلالات روان‌شناختی با بیماری صرع مورد توجه است. داده‌ها احتمال افزایش آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع را نشان می‌دهند؛ به طوری که در افراد مبتلا به صرع این همبودی ۲۰ تا ۴۰ درصد گزارش شده و در برخی موارد تا ۷۰ درصد هم رسیده است (۲۶). افسردگی در بیماران مبتلا به صرع می‌تواند نتیجه فعل‌وانفعالات بین عوامل مختلف مانند، عوامل روانی اجتماعی و عوامل مربوط به بیماری باشد؛ اما تحقیقات اخیر همبودی افسردگی و صرع را به دلیل پاتوژ نیز مشترک آن‌ها می‌داند. احتمال اختلال در میزان سروتونین مغز (۵ هیدروکسی تریپتامین) به عنوان یک عامل مشترک بین مکانسیم عمل صرع و افسردگی در نظر گرفته می‌شود. شواهد حاکی از دلالت نقش سروتونین در بیماری صرع است. اثرات ضد تشنجی داروهای ضد افسردگی مانند سیتالپرام در مطالعات فاول^۲ (۲۰۰۳)

تأیید شده است (۲۷). به طوری که برای افراد غیر افسرده، دارای تشنجات کنترل شده، استفاده از این دارو باعث کاهش میزان فراوانی تشنجات در این بیماران شد. مطالعات مربوط به بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی و بیماران افسرده، کاهش اتصال به گیرنده در سروتونین را در مناطق تالاموس، هیپوکامپ، عایق قدامی، کمر بند قدامی و هسته رافه نشان داده است. بنابراین در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی همراه با افسردگی تغییرات در سیستم سروتونرژیک نه تنها در مناطق مغزی مربوط به بیماری صرع بلکه در سایر مناطقی که درگیر با احساسات و عواطف هستند، مانند آنچه در بیماری افسردگی است، دیده می‌شود (۲۸). فعالیت اپیلپتیک در مناطق معینی از مغز به عنوان عامل مستقیم اضطراب مخصوصاً در حملات پانیک تعیین شده است. این باور باعث پذیرش این تئوری است که یک مکانسیم آسیب‌شناسی مشترک بین اضطراب و صرع مخصوصاً در ناحیه آمیگدال مغز وجود دارد. همچنین مکانسیم مؤثر بر حملات صرعی و تغییرات سیستم دوپامینرژیک، سروتونرژیک و نوروادرنرژیک در بحث آشفتگی‌های هیجانی و صرع مطرح می‌شود. از نقطه نظر شیمی-عصبی آسیب‌شناسی گاما بوتیریک اسید (GABA) نیز عامل مشترک بین صرع و اضطراب است. شاپان ذکر است که اضطراب در ارتباط با افزایش حملات تشنجی در بیماران مبتلا به صرع کانونی لوب پیشانی، از جمله کرتکس اوربیتو فرونتال است (۲۶).

امکان تعیین برآورد دقیق از میزان ابتلا به آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی آسان نیست، چراکه انواع زیادی از عوامل می‌تواند تأثیرگذار باشد. اکثر محققان دخالت لیمبیک را به عنوان یک توضیح احتمالی ممکن در بالاتر بودن میزان آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع کانونی لوب گیجگاهی نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی مطرح کردند (۲۹). هرچند در برخی مطالعات مانند مطالعه فیلهو^۳ (۲۰۱۳)، آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع میکولونیک عمومی نسبت به بیماران صرع لوب گیجگاهی بیشتر گزارش شد؛ نتیجه حاصل به دلیل بیشتر بودن میزان تشنجات در آن گروه از بیماران به دست آمد. بنابراین فراوانی حملات تشنجی و تعداد داروهای مصرفی می‌تواند در ارتباط با میزان آشفتگی هیجانی باشد. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که ارتباط بین آشفتگی هیجانی و صرع یک ارتباط یک‌بعدی و ساده نیست بلکه به عنوان یک رابطه چندبعدی و پیچیده تعریف می‌شود و بیماری صرع از طرق مختلف می‌تواند در شکل‌گیری آشفتگی هیجانی نقش داشته باشد، با این وجود منطقه اپیلپتیک به عنوان یک عامل احتمالی بالقوه

3. Filho

1. corpora amylacea

2. Favael

این پژوهش عدم بررسی تأثیر این عوامل در حوزه شناخت و هیجان بیماران بود.

پژوهش حاضر جزء معدود پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با شناخت و آشفتگی هیجانی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی است. برای دست یافتن به نتایج قطعی‌تر نیاز به اجرای پژوهش در این حوزه توصیه می‌شود. بررسی ویژگی‌ها و شرایط متفاوت بالینی و رفتاری موجود در این دو گروه از بیماران مبتلا به صرع در به‌کارگیری فرایندهای درمانی می‌تواند مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این دو گروه در حوزه‌های مختلف رفتاری، شخصیتی و شناختی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند تا اطلاعات دقیق‌تر و کامل‌تر در تمام حوزه‌ها به‌منظور ارائه بهتر خدمات به دست آید. همچنین با تهیه نمونه دقیق‌تر می‌توان تأثیر عوامل مختلف مانند سن شروع صرع، داروهای مصرفی، مدت‌زمان ابتلا، دوز داروهای مصرفی و نوع داروهای مصرفی را نیز در حوزه‌های هیجانی و شناختی مورد مطالعه قرار داد. از محدودیت‌های این پژوهش عدم بررسی تأثیر این عوامل در حوزه شناخت و هیجان بیماران بود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی بیماران مبتلا به صرع و افرادی که صمیمانه در به نتیجه رسیدن این پژوهش همکاری نمودند به‌خصوص خانم فریبا سلمان اوغلی تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1. Lopes R, Moeller F, Besson P, Oqez F, Szurhaj, X. Study on the relationships between intrinsic functional connectivity of the default mode network transient epileptic activity. *Frontiers Neurol* 2014;10(5): 1-16.
2. Schouten A. Learning and memory of school children with epilepsy: a prospective controlled longitudinal study. *J Child Neurol* 2002;44(3): 802-11.
3. Zhao F, Kang H, You L, Rastogi P, Venkatesh D, Chandra M. Neuropsychological deficits in temporal lobe epilepsy: A comprehensive review. *Ann Indian Acad Neurol* 2014;17(4):374-82.
4. Tritz H, Faustman D, Hassse C. Executive deficits in generalised and extrafrontal partial epilepsy long versus short seizure-free periods. *Epilepsy Behav* 2009;14;66-70.

تأثیرگذار در رابطه با آشفتگی هیجانی در نظر گرفته می‌شود. به‌طور کلی بیماران مبتلا به صرع کانونی کنترل ضعیف‌تری بر حملات تشنجی خود، نسبت به بیماران صرع عمومی دارند (۳۰). علاوه بر این نشانه‌های جسمانی مانند، سرگیجه، غش، بی‌حسی، ترس از دست دادن کنترل و پیش‌بینی رویدادهای منفی در این بیماران بیشتر دیده می‌شود که این عامل می‌تواند تبیینی بر ضعف‌تر بودن بیماران مبتلا به صرع کانونی در حوزه‌های شناختی و نمرات بالاتر آنان در آشفتگی هیجانی باشد.

پژوهش حاضر جزء معدود پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با شناخت و آشفتگی هیجانی در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی است. برای دست یافتن به نتایج قطعی‌تر نیاز به اجرای پژوهش در این حوزه توصیه می‌شود. بررسی ویژگی‌ها و شرایط متفاوت بالینی و رفتاری موجود در این دو گروه از بیماران مبتلا به صرع در به‌کارگیری فرایندهای درمانی می‌تواند مؤثر باشد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این دو گروه در حوزه‌های مختلف رفتاری، شخصیتی و شناختی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند تا اطلاعات دقیق‌تر و کامل‌تر در تمام حوزه‌ها به‌منظور ارائه بهتر خدمات به دست آید. همچنین با تهیه نمونه دقیق‌تر می‌توان تأثیر عوامل مختلف مانند سن شروع صرع، داروهای مصرفی، مدت‌زمان ابتلا، دوز داروهای مصرفی و نوع داروهای مصرفی را نیز در حوزه‌های هیجانی و شناختی مورد مطالعه قرار داد. از محدودیت‌های

5. Aikia M. Verbal memory in newly diagnosed partial epilepsy. *Department of Neurological* 2002; 64(5): 1-40.
6. Van Rijckevorsel K. Cognitive problems related to epilepsy syndromes, especially malignant epilepsies. *Seizure* 2006;15(4):227-34.
7. Hooting K, Malina T, Lindenau M, Bengner T. Long-term versus Short-term memory deficits for faces in temporal lobe and generalized epilepsy patients. *Int Neuropsychol Soc* 2010;11(2): 1-5.
8. Hommet C, Suerwein HC, Toffol DE, Lasonde B. Idiopathic epileptic syndromes And cognition. *Neurosci Biobehav* 2006;30: 85-96.
9. Zeman A, Gatman M, Kupor N. Epilepsy and memory. *Epilepsy J* 2012;20(1): 4-10.

10. Liik M, Vahter L, Grod K, Halder, S. Cognitive profile and depressive sing in patinents with epilepsy. *Medicina* 2013;49(2): 254-61.
11. Sujoeng U. Cognitive function of idiopathic childhood epilepsy. *Department of pediatrics* 2012;55(4): 155-63.
12. Aiyer R, Nath J. Mechanism of memory deficit in temporal lobe epilepsy. *J Neuroscience* 2011;22: 6051-2.
13. Tolsto NV, Koto SV. Cognitive functions in patients with idiopatihic generalized and crytogenic focal epilepsy. *Epileptic Disord* 2010;10(2): 8-13.
14. Realmuto S, Zummo L, Cerami C, Agro L, Dodich A, Caneesa N. Social cognition dysfunction in patients with epilepsy evidence from patients with temporal lobe and idpiathic generalized epilepsies. *Epilepsy Behav* 2015;47(5): 98-103.
15. Vasilios K, Kimiskidis K, Valeta T. Epilepsy and anxiety *Epidemiology, Classification, ariology and treatment. Epileptic Disord* 2012;3: 248-56.
16. Macrodimitris S, Wershler J, Hatfield M, Hamilton K. group cognitive behavioral therapy for depressive and anxious symptom in patients with epilecy. *Epilepsy Behav* 2011;23(1): 33-8.
17. Saygm Gülbahar D, Huseyin Karadeli H, Esenkaya Ö, Emin Ozcan M, Halac G, Asil T. Influences of socio-demographics on depression and anxiety in patients with complex partial and tonic-clonic seizures. *Med Glas (Zenica)* 2014;11(2):356-60.
18. Marshal L, Rao V. Psychiartic complications in patients with epilepsy. *Epilepsy Res* 2002: 48(3): 11-33.
19. Vasiliose K, kimiskidis K, Valeata T. Epilepsy and anxiety *Epidemiology, classification, aetiology, and treatment. Epileptic Disord* 2012;3: 248-56.
20. Nenadovic M, Vicintic S, Simonoic P. Anxiety in epileptic patients. *Psychiatria Danubin* 2011;3(3): 264-9.
21. Abolghasemi, A, Narimani M. *Psychological tests. Ardabil: Ardabil entesharat bagherezvan; 2006. P. 43-5.(Persian)*
22. Miraghaye A, Moradi A, Hasani J, Rahimi V, Mirzaye J. Compare the performace of the With obsessive-compulsive disorder and post-traumatic steress disorder in verbal and nonverbal memory. *J Kermanshah Med* 2013;7(1): 34-40. (Persian)
23. Fiordeli E, Begh E, Bgliun C. Epilepsy and psychiatric disturbans. *Psychiatry* 1999;163(4): 46-50.
24. Swinkel WA, Kuych J, Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsia* 2005;7: 37-50.
25. Tang, WT, Lu J, Ungavari G, Wong KS, Kwan P. Anxiety symptoms in patients with epilepsy versus generalized epilepsy. *J homepage* 2014;21(2): 457-60.
26. Filho G. Psychiatric comorbidity in patients with two prototypes of focal versus genealed epilepsy syndroms. *J homopage* 2013;20: 383-6.
27. Favael E. The anticonvulsant effect of citaloparma as an indirect evidence of serotonergic impairment in human epileptogenesis. *Seizure* 2003;12(3): 316-8.
28. Lothe A, Hammer A. Comorbidity between temporal lobe epilepsy and depression *Brian* 2008;131(4): 65-82.
29. Hauser WA, Hesdorfer DC. Depression and epilepsy. *Epilepsia* 2001;30(2): 7-18.
30. Brandt C. Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy a prospective clinic based survey. *Epilepsy Behav* 2010: 17: 259-63.

COMPARISON OF COGNITIVE PROFILE AND EMOTIONAL DISTRESS IN PATIENTS WITH GENERAL AND FOCAL EPILEPSY

Roghayeh Moazaz¹, Mohammad Narimani^{*2}, Nader Hajlo³, Abbas Abolghasemi⁴, Dariush savadi oskoei⁵

Received: 1 Feb, 2016; Accepted: 5 Apr, 2016

Abstract

Background & Aims: Emotional and cognitive problems are common and annoying problems among patients with epilepsy. This study was carried out with the purpose of examining the cognitive profile and emotional distress of two groups of patients, one with the general and the other with the focal epilepsy.

Materials & Methods: The method used in this study is descriptive, the causal-comparative kind. The statistical population included all the patients, with epilepsy, who referred to neurology specialists' offices in Ardabil city from April to September, 2015. The sample group consisted of 60 patients (30 focal epilepsy cases and 30 general epilepsy cases) across the age range of 13 to 20 years, which was selected as the sample in access. To study the cognitive profile, subjects under study were asked to answer Andre Ray's test for visual memory assessment, and to examine immediate and delayed auditory memory subscales, they were asked to answer the Wechsler Memory Scale. Also, in order to examine the patients' emotional distress, they were asked to answer Lewinda's depression, anxiety and stress scale. Research data were analyzed by the use of descriptive statistics and multivariate analysis (MANOVA).

Results: The results showed that patients with focal epilepsy, compared with the general epilepsy patients, show poorer performance in cognitive abilities related to auditory and visual memory. Also, patients with focal epilepsy display higher emotional distress than patients with general epilepsy.

Conclusion: The results of this study prove that cognitive profile and emotional distress vary among the two groups of patients one with general and the other with focal epilepsy.

Keywords: General epilepsy, Focal epilepsy, Profile of cognitive, Emotional distress

Address: University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Tel: +98 9141519794

Email: Narimani@uma.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(4): 344 ISSN: 1027-3727

¹PhD Student in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

²Professor, Psychology Department, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

³Associate Professor, Psychology Department, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

⁴ Professor, Psychology Department, University of Guilan, Rasht, Iran

⁵ Professor of Neurology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran