

اثربخشی مدیریت استرس شناختی- رفتاری در میزان فراوانی حملات صرعی نوجوانان مبتلا به صرع

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

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۶/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۸/۰۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مشکلات هیجانی از مسائل رایج و آزاردهنده برای بیماران مبتلا به صرع است. علی‌رغم توجه روزافزون علم پزشکی به جنبه‌های عصب‌شناختی بیماری صرع، نیمی روانی و تأثیرات روان‌شناختی آن تقریباً ناشناخته مانده است. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تأثیر مدیریت استرس شناختی- رفتاری در تعامل با نوع صرع بر میزان فراوانی حملات تشنجی در نوجوانان مبتلا به صرع است.

مواد و روش کار: در این مطالعه آزمایشی ۴۰ بیمار مبتلا به صرع (۲۰ بیمار مبتلا به صرع عمومی، ۲۰ بیمار مبتلا به صرع کانونی) دارای پرونده در انجمن صرع تبریز با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی جایگزین شدند. دامنه سنی بیماران ۱۴ تا ۲۱ سال سن بود. برای به دست آوردن اطلاعات پایه، فراوانی حملات تشنجات در بیماران دو ماه قبل از اجرای مداخله درمانی جمع‌آوری شد (دامنه فراوانی حملات در گروه مورد مطالعه بین ۳ تا ۶ حمله بود). قبل از شروع اولین جلسه درمانی بیماران پرسشنامه لویندا برای سنجش استرس، افسردگی و اضطراب را پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش (۱۰ بیمار مبتلا به صرع عمومی و ۱۰ بیمار مبتلا به صرع کانونی) طی دو ماه تحت مداخله درمانی مدیریت استرس شناختی- رفتاری قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از SPSS21 و آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد اجرای مداخله درمانی مدیریت استرس شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به صرع منجر به کاهش فراوانی حملات تشنجی می‌شود؛ اما در بین دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی نتایج معنی‌دار آماری به دست نیامد. همچنین در این پژوهش بین آشفتگی هیجانی و فراوانی حملات تشنجی در بیماران مبتلا به صرع رابطه معنی‌دار به دست آمد.

نتیجه‌گیری: مداخلات روان‌شناختی منجر به کاهش فراوانی حملات تشنجی در بیماران مبتلا به صرع می‌شود. بنابراین می‌تواند در کنار دارودرمانی به‌منظور بهبود روند بیماری مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مداخلات روان‌شناختی، فراوانی حملات تشنجی، صرع عمومی، صرع کانونی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره نهم، پی‌درپی ۸۶، آذر ۱۳۹۵، صص ۷۷۴-۷۶۷

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

Email: Narimani@uma.ac.ir

مقدمه

میلیارد دلار به‌طور سالانه در ایالت متحده آمریکا تخمین زده می‌شود. علت این اختلال عصبی شامل عوامل مختلفی مانند ژنتیک، عوامل ساختاری، سوخت‌وساز بدن و در گاهی موارد دلایل ناشناخته می‌باشد. فرد مبتلا به صرع کسی است که حداقل دو حمله تشنجی به علت تخلیه‌های تکراری، غیرطبیعی و هم‌زمان در مغز را داشته باشد. در صرع کانونی حملات در بخش خاصی از مغز متمرکز

صرع یک اختلال عصبی پیچیده است که نزدیک ۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان را درگیر خود کرده است؛ و در ۷۵ درصد موارد قبل از نوجوانی شروع می‌شود. بروز و شیوع صرع در کشورهای درحال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. هزینه‌های مستقیم مربوط به مراقبت‌های پزشکی صرع ۹/۶ میلیون تا ۱۲/۵

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

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

^۳ دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۴ استاد روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۵ استاد مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

فراوانی حملات تشنجی بود (۶). بنابراین بین مؤلفه‌های آشفته‌گی هیجانی و فراوانی حملات تشنجی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۷). دانش دارویی با استفاده از داروهای ضد صرع سعی در کنترل میزان تشنجات در این بیماران را دارد. باوجوداین هنوز ۱/۳ بیماران از ادامه دار بودن حملات تشنجی خود رنج می‌برند. مطالعات از تداخل روش‌های روان‌شناسی و دارویی به‌منظور توسعه مدل‌های درمانی مناسب برای افرادی که از صرع رنج می‌برند، حمایت می‌کند. از آنجایی که حملات تشنجی در بیماران مبتلا به صرع تحت تأثیر عوامل درونی و بیرونی قرار می‌گیرد، کمبود استفاده از برنامه‌های رفتاری مناسب طراحی‌شده برای بیماران مبتلا به صرع وجود دارد (۸). علم پزشکی و نوروفیزیولوژی در فهم چگونگی فعالیت پاروکسیمال سلول‌های عصبی که منجر به تولید حملات تشنجی در بیماران مبتلا به صرع می‌شود و علم روان‌شناختی در رابطه با شناخت نحوه رفتار فرد که در ایجاد حملات تشنجی نقش دارد، کمک می‌کند (۹).

درمان‌های روان‌شناختی در رابطه با بیماری صرع بیش از یک نیم‌قرن با رویکردی دیگر سعی در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به صرع دارد. از نقطه‌نظر روان‌شناختی یک رابطه ساده علت معلولی بین فعالیت نرونی و حملات تشنج وجود ندارد؛ بلکه حملات تشنجی را به‌عنوان یک تعامل پیچیده بین استعداد بیولوژیکی و عوامل محیطی در نظر می‌گیرد. حتی از دیدگاه مدل رفتاری سنتی، حملات تشنجی به‌عنوان یک رفتار درست مانند هر رفتار دیگری دیده می‌شود که توسط افراد مورد ارزیابی و کنترل در می‌آید (۱۰). به نظر می‌رسد که حداقل در بعضی از بیماران شروع و بازداری حملات تشنج به‌وسیله فاکتورهای هیجانی و روان‌شناختی کنترل می‌شود (۱۱).

می‌باشد و در صرع عمومی، کل مغز از جمله بخش شبکیه‌ای درگیر است که بدین طریق فعالیت الکتریکی غیرطبیعی در سراسر مغز ایجاد می‌کند (۱).

علاوه بر آسیب‌های شناختی و جسمانی، بیماران مبتلا به صرع آشفته‌گی‌های هیجانی معنی‌داری را تجربه می‌کنند (۲،۳). توجه به آشفته‌گی‌های هیجانی و مسائل مربوط به آن مخصوصاً در سنین نوجوانی و اوایل جوانی در بیماران مبتلا به صرع حائز اهمیت است. نوجوانی مرحله خاصی از زندگی است که بر اثر تغییر و تحول شدید روحی و جسمی، افراد با احساسات شدید درگیر هستند و تغییرات معنی‌دار رفتاری و هیجانی در آن‌ها دیده می‌شود. این تغییرات معنی‌دار شامل احساس بی‌کفایتی، ناامنی، از دست دادن کنترل و ترس از ناشناخته‌ها است. همه این تغییرات می‌تواند منجر به افزایش تجارب اضطراب و استرس در آنان گردد (۴).

استرس یکی از بزرگ‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده معنی‌دار حملات تشنجی در بیماران مبتلا به صرع شناخته شده است. نزدیک دوسوم بیماران آن را به‌عنوان بزرگ‌ترین پیش‌بینی کننده جریان حملات تشنجی خود می‌دانند. در بیماران با درصد بالای اضطراب، احتمال بروز حمله تشنجی دو برابر بیشتر از بیماران با درصد پایین‌تر اضطراب می‌باشد. در مطالعه‌ای در انگلستان، شیوع افسردگی در بیماران با تشنج‌های فراوان ۳۳٪ و در بیماران با میزان تشنج‌های کم‌تر تنها ۱۶٪ گزارش شد (۵). در بررسی رابطه بین افسردگی و فراوانی حملات تشنجی بر روی ۵۰ نوجوان در دامنه سنی ۱۵ تا ۲۰ سال رابطه معنی‌داری بین این دو مؤلفه به دست آمد. همچنین در این پژوهش نشانه‌های افسردگی، احساس شرمندگی، سطح آگاهی بیمار و شرایط اقتصادی-اجتماعی والدین پیش‌بینی کننده



استفاده از فن آرام‌سازی طی جلسات سه‌هفته‌ای، بهبود پیشرفته‌ای از احساس تندرستی و خوب بودن و کاهش در فراوانی حملات تشنجی در بیماران را نشان داد (۱). استفاده از رویکردهای روان‌شناختی با تمرکز بر کاهش تنش و مدیریت استرس همراه با آرامش عضلانی بر روی بیماران مبتلا به صرع تأکید شده است. آموزش مهارت مدیریت استرس و تمرین تنش و سپس آرامش عضلانی به‌طور متوالی بر روی ۸ نوجوان مبتلا به صرع صورت گرفت؛ آموزش به مدت سه هفته برگزار شد و احساس مثبت و کاهش در فراوانی تشنجات در بیماران بعد از جلسات گزارش شد (۱۴). در پژوهشی بر روی ۶۸ بیمار مبتلا به صرع در بیماران مراجعه‌کننده

بنیان رویکردهای روان‌شناختی بر دو هدف مهم تکیه دارند: ۱- کاهش فراوانی حملات تشنجی و ۲- تکیه بر سازش یافتگی مناسب فردی و اجتماعی (۱۲). استفاده از مداخلات روان‌شناختی مانند مدیریت استرس شناختی- رفتاری از طریق کاهش میزان استرس، بهبود خودکنترلی، افزایش عزت‌نفس تأثیر مثبتی بر روی کاهش فراوانی حملات تشنجی خواهد داشت. باوجود ضرورت تشخیص داده شده اهمیت فاکتورهای روان‌شناختی و اجتماعی در صرع، هنوز کمبود پژوهش‌ها و تحقیقات در موضوعات روان‌شناختی و اجتماعی در این بیماری احساس می‌شود (۱۳).

را که برای سنجش استرس، افسردگی و اضطراب بود را پاسخ دادند. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و استرس ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۸۱ و همچنین با استفاده از روش ملاکی برای محاسبه اعتبار ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و استرس ۰/۴۹، ۰/۶۶ و ۰/۶۷ معنی‌دار می‌باشد. مداخله درمانی مدیریت استرس شناختی- رفتاری طی ۱۰ جلسه درمانی دوساعته طی دو ماه بر روی گروه آزمایش (۱۰ بیمار مبتلا به صرع عمومی و ۱۰ بیمار مبتلا به صرع کانونی) اجرا شد. بعد از ۲ ماه اجرای مداخله درمانی آزمودنی‌ها مجدداً با مقیاس لویندا مورد ارزیابی قرار گرفتند و فراوانی حملات بیماران ثبت گردید.

مداخله درمانی مرکب از عناصری از قبیل آگاهی در مورد استرس، آموزش آرامیدگی عضلانی و تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی آموزشی، حل مسئله، آموزش مهارت ابزارهای مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها می‌باشد؛ که باهدف شناسایی و مدیریت تسریع‌کننده‌های حملات تشنج و همچنین با تمرکز بر مدیریت خلق و استرس صورت گرفت. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا تکالیف خانگی مربوط به هر جلسه را که شامل برگه خود نظارتی روزانه برای تعیین سطوح استرس روزانه و اجرای تمرین‌های مربوط به آرامیدگی عضلانی می‌باشد را با دقت انجام بدهند.

ملاک ورود به پژوهش تشخیص بیماری صرع توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب با بررسی الکتروانسفالوگرافی مغز که به‌غیر از تشخیص صرع هیچ اختلال دیگری در بیماران وجود نداشت بیمارانی که همراه با تشنج دارای معلولیت جسمی و دیابت بودند از پژوهش خارج شدند. در مورد محرمانه بودن اطلاعات بیماران، ضرورت و اهمیت شرکت در جلسات درمانی توضیحات کافی داده شد و افراد واجد شرایط با رضایت و تمایل در جلسات شرکت کردند. بعد از انجام مداخله درمانی مجدداً همه بیماران مورد ارزیابی با پس‌آزمون قرار گرفتند. نتایج با استفاده از spss21 مورد ارزیابی قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌های پژوهشی از شاخص‌ها و روش‌های آماری توصیفی و شاخص‌های استنباطی شامل خی دو تک‌بعدی و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، بیماران مبتلا به صرع شرکت‌کننده طی ۱۰ جلسه درمانی مدیریت استرس شناختی- رفتاری کاهش در میزان حملات تشنجی را نشان دادند. به‌طوری‌که دامنه حملات تشنجی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش قبل از

به درمانگاه‌های اعصاب علوم پزشکی، میزان متوسط تعداد حملات تشنجی آن‌ها ۶ ماه قبل از اجرای آموزش برنامه خود مراقبتی، ۳- ۴ حمله گزارش شد؛ بعد از ۳ ماه اجرای برنامه آموزشی بر روی گروه آزمایش، متوسط حملات تشنجی به میزان متوسط تعداد حملات ۲-۱ بار کاهش یافت (۱۵).

بررسی تأثیر روش‌های روان‌شناختی در تعامل با نوع صرع در دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی بسیار کم مورد مطالعه بوده است. در بررسی جلسات درمانی روان‌شناختی بر روی بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی، بیماران مبتلا به صرع کانونی نسبت به بیماران مبتلا به صرع عمومی پاسخ‌های بهتری به جلسات درمانی از خود نشان دادند همچنین در این مطالعه بیماران مبتلا به تشنجات غیر صرعی نسبت به بیماران مبتلا به تشنجات صرعی پاسخ بهتری به جلسات درمانی از خود نشان دادند (۱۲). در برخی پژوهش‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل در تعامل با نوع صرع در آموزش مدیریت شناختی- رفتاری در کاهش فراوانی حملات تشنجی تفاوت معنی‌دار گزارش نشد (۳، ۱۶).

آشفته‌گی هیجانی در بیماران مبتلا به صرع به‌خصوص در سنین نوجوانی و اوایل جوانی با توجه به تأثیرگذاری بسزای آن هم در کیفیت زندگی و هم در فراوانی حملات تشنجی موضوع قابل‌بحث می‌باشد که با پرداختن به مدیریت و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با آن گامی مهم و مؤثر در افزایش کیفیت زندگی و همچنین بهبود روند بیماری، در این بیماران برداشته خواهد شد. علی‌رغم شناخت اهمیت و تأثیرگذاری این‌گونه مداخلات اجرای پژوهش در بیماران مبتلا به صرع با کم‌توجهی روبه‌رو هست. با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناختی در بهبود روند بیماری در بیماران مبتلا به صرع می‌باشد سؤال اصلی این است که آیا مدیریت استرس شناختی- رفتاری در تعامل با نوع صرع در کاهش فراوانی حملات تشنجی در نوجوانان مبتلا به صرع تأثیر دارد؟

مواد و روش کار

در این مطالعه آزمایشی ۴۰ بیمار مبتلا به صرع (۲۰ بیمار مبتلا به صرع عمومی، ۲۰ بیمار مبتلا به صرع کانونی) دارای پرونده در انجمن صرع تبریز با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی قرار گرفتند. دامنه سنی بیماران ۱۴ تا ۲۱ سال بود. در نمونه بیماران ۲۱ دختر و ۱۹ پسر حضور داشتند. برای به دست آوردن اطلاعات پایه فراوانی تشنجات در بیماران دو ماه قبل از اجرای مداخله درمانی جمع‌آوری شد (دامنه فراوانی حملات در گروه مورد مطالعه بین ۳ تا ۶ حمله بود)؛ و قبل از شروع اولین جلسه درمانی بیماران پرسشنامه لویندا

جلسات درمانی از خود نشان ندادند. همچنین بین آشفته‌گی هیجانی و فراوانی حملات تشنجی همبستگی مستقیم به دست آمد. به عبارت دیگر استرس، اضطراب و افسردگی احتمال افزایش حملات تشنجی در بیماران را تشدید می‌کند.

شرکت در جلسات بین (۳ تا ۶ حمله) بود و بعد از اتمام جلسات درمانی دامنه حملات به (۲ تا ۴ حمله) کاهش یافت که از نظر آماری معنی‌دار است؛ اما بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی تفاوت معنی‌دار آماری در کاهش میزان حملات تشنجی بعد از شرکت در

جدول (۱): فراوانی حملات صرع در گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیرهای پژوهش	نوع صرع	گروه	فراوانی مشاهده فراوانی مورد شده انتظار	خی دو	سطح معنی‌داری
	عمومی	آزمایش	۲۹	۴۲/۵	
		کنترل	۵۶	۴۲/۵	۰/۰۰۳
حملات صرع	کانونی	آزمایش	۳۱	۴۱/۵	
		کنترل	۵۲	۴۱/۵	۰/۰۰۲
	کل	آزمایش	۶۰	۸۴	
		کنترل	۱۶۸	۸۴	۰/۰۰۱

تفاوت معنی‌داری ($p=0/02$) وجود دارد. صرف‌نظر از نوع صرع بین فراوانی مشاهده حملات صرع در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری ($p<0/001$) مشاهده شد. به عبارت دیگر مداخله مدیریت استرس شناختی- رفتاری در کاهش فراوانی حملات تشنجی تأثیر مثبت داشت.

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌گردد در مرحله پس‌آزمون در گروه صرع عمومی بین فراوانی مشاهده‌شده حملات صرع در گروه آزمایش و کنترل با توجه به فراوانی مورد انتظار تفاوت معنی‌داری ($p=0/003$) وجود دارد. همچنین در گروه صرع کانونی نیز بین فراوانی مشاهده‌شده حملات صرع در گروه آزمایش و کنترل

جدول (۲): فراوانی حملات صرع گروه آزمایش و کنترل با توجه به نوع صرع در پس‌آزمون

متغیرهای پژوهش	نوع صرع	گروه	فراوانی مشاهده فراوانی مورد شده انتظار	خی دو	سطح معنی‌داری
	عمومی	آزمایش	۲۹	۳۰	
		کنترل	۳۱	۳۰	۰/۷۹
حملات صرع	کانونی	آزمایش	۵۶	۵۴	
		کنترل	۵۲	۵۴	۰/۷۰
	کل	آزمایش	۸۵	۸۴	
		کنترل	۸۳	۸۴	۰/۸۷

معنی‌داری وجود ($p=0/70$) ندارد. صرف‌نظر از گروه کنترل و آزمایش بین فراوانی مشاهده حملات صرع در گروه صرع عمومی و صرع کانونی تفاوت معنی‌داری ($p=0/87$) مشاهده نشد. به عبارت دیگر تأثیر مداخله درمانی در دو نوع صرع عمومی و کانونی معنی‌دار به دست نیامد.

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌گردد در گروه آزمایش بین فراوانی مشاهده‌شده حملات صرع در گروه صرع کانونی و عمومی با توجه به فراوانی مورد انتظار تفاوت معنی‌داری ($p=0/79$) وجود ندارد. همچنین در گروه کنترل در آزمون نیز بین فراوانی مشاهده‌شده حملات صرع در گروه صرع کانونی و عمومی تفاوت

جدول (۳): رابطه بین آشفته‌گی هیجانی با فراوانی حملات صرع در پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
استرس	.۶۶	.۰۰۱
اضطراب	.۷۲	.۰۰۱
افسردگی	.۶۰	.۰۰۱
آشفته‌گی هیجانی	.۷۴	.۰۰۱

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ابعاد آشفته‌گی هیجانی یعنی استرس، اضطراب و افسردگی رابطه معنی‌داری ($p < ۰/۰۰۱$) با میزان حملات تشنجی در پس‌آزمون داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی تأثیر مدیریت استرس شناختی- رفتاری در میزان فراوانی حملات صرعی نوجوانان مبتلا به صرع بود. نتایج نشان داد که فراوانی حملات تشنجی به‌طور معنی‌داری در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. در مطالعه پراپورترا^۱ (۲۰۱۴) ۵۷ درصد بیماران مبتلا به صرع کاهش در میزان حملات تشنجی را با استفاده از روش‌های مدیریت استرس نشان دادند و ۸۸ درصد نیز روند بهبودی در بیماری خود را گزارش کردند (۱۷)؛ اما تأثیر مدیریت استرس شناختی- رفتاری در تعامل با نوع صرع (عمومی و کانونی) معنی‌دار نبود. در بررسی اثربخشی مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر روی دو گروه بیماران مبتلا به صرع عمومی و کانونی در دو گروه کنترل و آزمایش اجرای جلسات طی ۶ هفته به‌طور معنی‌داری در کاهش میزان تشنجات تأثیر مثبت داشت اما تأثیر مدیریت استرس در کاهش حملات تشنجی بر روی دو گروه مبتلا به صرع عمومی و کانونی معنی‌دار نبود (۳).

همچنین بین آشفته‌گی هیجانی و فراوانی حملات تشنجی در این پژوهش رابطه معنی‌دار به دست آمد. فراوانی حملات تشنجی با ترس و سوءتفاهم که در نهایت منجر به کناره‌گیری و تبعیض‌های اجتماعی در بیماران می‌شود در ارتباط است. به‌عبارت‌دیگر فراوانی حملات تشنجی رابطه منفی با احساس خوب بودن دارد (۱۸، ۱۹). نتایج پژوهش حاضر اهمیت بیشتری به ارتباط بین استرس به‌عنوان عامل محرک وقوع حملات صرعی می‌دهد. بنابراین مداخله ما در کاهش این عامل به‌عنوان یک نوع مکانیسم مقابله در بیماران مبتلا به صرع برای جلوگیری از تشنجات از طریق تسکین استرس‌هایشان

موفق بود. در واقع به‌کارگیری چنین مکانیسم‌هایی برای بهبود مقابله‌ای بیماران مبتلا به صرع به‌منظور کاهش برخی از مشکلات کارکردهای انطباقی و کاهش تکرر حملات آنان توصیه می‌شود (۲۰). فعالیت تشنجات در محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنالین^۲ شبیه به پاسخ بدن در هنگام مواجهه‌شدن با استرس می‌باشد. به دنبال افزایش سطح هورمون استرس، حساسیت فرد نسبت به تشنجات افزایش می‌یابد و این چرخه باعث ایجاد تشنجات بیشتر می‌شود. احتمال دارد حملات تشنجی در بیماران تحت تأثیر اضطراب در نتیجه فعال شدن مدار لیمبیک در رابطه با عامل رها کننده کورتیزول^۳ تشدید یابد (۲۱).

بنابراین می‌توان استنباط کرد که پاسخ فیزیولوژیکی استرس در تحریک حملات تشنجی مؤثر است. مطالعات انسانی بیشتر بر محور HPA در بیماران مبتلا به صرع تکیه کرده است. همان‌طور که انتظار می‌رود میزان کورتیزول بعد از هر دو نوع تشنجی کانونی و عمومی افزایش می‌یابد.

از دیگر اختلالات محور HPA در بیماران مبتلا به صرع می‌توان به افزایش سطح کورتیزول و هرمون آدرنوکورتیکو تروپین^۴، کاهش نروپیتید آلوتراهیدرو دزوکسی کورتیکوسترون^۵ مرتبط با استرس اشاره کرد. به‌منظور بررسی ارتباط بین صرع و عملکرد محور HPA، خون بیماران بالغ، ۱۲ ساعت پس از قطع حملات تشنجی جمع‌آوری شد. نتایج بالینی این بیماران در ۶ تا ۱۲ روز بعد در ارتباط با میزان پاسخ محور HPA نشان داد که بیماران با عوارض پزشکی شدیدتر میزان بیشتری از کورتیزول در پلاسمای آنان وجود دارد. این مطالعات به اختلال عملکرد محور HPA در بیماران مبتلا به صرع اشاره دارد. تحقیقات اخیر همبودی افسردگی و صرع را به دلیل پاتوژ نیز مشترک آن‌ها می‌دانند. بررسی اختلال در میزان سروتونین مغز (۵ هیدروکسی تریپتامین) به‌عنوان یک عامل مشترک بین مکانیسم

4. sympathetic-adrenomedullary system (ACTH)

5. allotetrahydrodeoxycorticosterone

1. Privitera

2. hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)

3. corticotropin-releasing factor

برون‌ریزی در آن‌ها است که همراه با به خطر انداختن خود پنداره و عزت‌نفس می‌باشد. این مسائل در این دوران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا در تداخل با شرایط مربوط به بیماری محدودیت‌هایی را برای فرد مبتلا در رابطه با استقلال و شیوه زندگی‌شان به وجود می‌آورد. پرداختن به فن‌های روان‌شناختی و اجرای منظم و دنباله‌دار این فرایندها با ایجاد حس حمایت از بیماران مشکلات روانی-اجتماعی آنان را بهبود بخشیده و همراه با تسکین استرس و بهبود تشنجات خواهد بود (۲۳).

از سوی دیگر نتایج تحقیقات اخیر نشان می‌دهد، افزایش ارتباطات نرونی و ایجاد تغییرات در اتصالات نرونی بر اساس توان‌بخشی شناختی و ادراکی منجر به کاهش ۵۰ تا ۶۰ درصدی در فراوانی حملات تشنجی می‌شود (۲). شرکت در جلسات درمانی گروهی حس انزوای نوجوانان را کاهش داده و در نهایت منجر به کاهش میزان اضطراب، افسردگی، ترس و نگرانی آنان می‌گردد. ارزیابی اثربخشی برنامه‌های روان‌شناختی بر روی بیماران مبتلا به صرع به خاطر دشواری در اجرای مطالعات کنترل‌شده و کنترل دقیق عواملی چون رژیم دارویی، شیوه زندگی، شخصیت و تجربه‌های زندگی روزمره، همچنان بحث‌برانگیز و پیچیده باقی‌مانده است. باوجود مزیت درمان دارویی بسیاری از افراد مبتلا به صرع همچنان رنج‌های بسیاری را متحمل می‌شوند. استفاده از روش‌های روان-شناختی بدون عوارض جانبی و با توجه به علاقه بیماران برای شرکت در جلسات درمانی می‌تواند تا حدودی به‌منظور بهبود شرایط جسمانی و روانی بیماران مثمر ثمر باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی در دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد. نظر به اینکه جمع‌آوری داده‌ها در شهر تبریز و انجام صرع انجام شد از مسئولان محترم آن انجمن و کلیه بیماران که صادقانه و صبورانه در این مطالعه شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود؛ و برای تمام بیماران مبتلا به صرع آرزوی تندرستی و موفقیت داریم.

References:

1. Lundgren T. ACT treatment of Epilepsy. Department of psychology 2001; 23(2): 78-91.
2. 1. Fiore K. Biofeedback-CBT May Block Epileptic Seizures [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 18]. Available from:

عمل صرع و افسردگی حائز اهمیت است. شواهد حاکی از نقش سرتونین در بیماری صرع دارد. آمیگدال مسئول پردازش و تقویت محرک‌های هیجانی از منابع مختلف به لیمبیک و دیگر سازه‌های قشر مغز، عقده‌های قاعده‌ای هیپوتالاموس و ساقه مغز است. از این رو آمیگدال مرکز تولید هیجانان و ایجاد نشانه‌های بالینی اضطراب در نظر گرفته می‌شود. در بیماران مبتلا به صرع و افراد مضطرب کاهش حجم آمیگدال دیده می‌شود (۲۲). بررسی‌ها نشان داده است که تغییراتی در فعالیت الکتریکی مغز افراد مبتلا به صرع در وضعیت‌های هیجانی-عاطفی دیده می‌شود.

از آنجایی که تکرار حملات تشنجی کیفیت زندگی بیماران را پایین آورده و شرایط بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، پزشکان و روان‌شناس بر کاهش فراوانی حملات تشنجی تأکید دارند. یکی از اهداف اصلی درمان‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به صرع کاهش فراوانی حملات تشنجی در این بیماران می‌باشد. وضعیت روان‌شناختی و شرایط اجتماعی بیماران پیش‌بینی کننده فراوانی حملات تشنجی می‌باشد (۳).

بیماران شرکت‌کننده در جلسات درمانی به‌طورکلی وضعیت روان‌شناختی بهتر و تنظیم مؤثرتر حملات صرعی را گزارش می‌کنند. محققان درک بیماران از کنترل تشنجات (یک عامل روان-شناختی) را به‌عنوان عامل مهم در بهبودی آنان می‌دانند؛ حتی اگر از نظر پزشکی این عامل به‌عنوان عامل مهمی در کاهش فراوانی حملات نظر گرفته نشود؛ اما بیماران با افزایش درک مثبت از حملات تشنجی خویش و کاهش تأثیر عوامل استرس‌زا در تجارب زندگی احساس بهبودی بیشتری خواهند نمود. از سوی دیگر فهم اینکه بروز حملات تشنجی کاملاً تصادفی و غیرقابل پیش‌بینی نبوده و توسط یکسری عوامل هشداردهنده قابل کنترل، تحریک می‌گردد. یک بینش انگیزه‌بخش برای بسیاری از بیماران برای کنترل وضعیت سلامتی‌شان را به وجود خواهد آورد.

از منظر دیگر، تأثیر روش مدیریت استرس شناختی- رفتاری در کاهش فراوانی حملات تشنجی ناشی از بهبود خود پنداره و عزت‌نفس در میان بیماران است. مشکل عمده گزارش‌شده در بیماران با سن پایین‌تر وجود مشکلات پرخاشگرانه و رفتارهای

<http://www.medpagetoday.com/meetingcoverage/aes/55092>

3. Mcllin D, McFarland K. A randomized trial of a group based cognitive behavior therapy program for older adults with epilepsy: the impact on seizure frequency, depression and psychosocial well-being. J Behav Med 2011; 34: 201-7.

4. Barnett J. Accommodating students with epilepsy or seizure disorders: effective strategies for teachers. *PEDERS* 2015; 34(1): 1-13.
5. Oc O, Ca G, Oa A, Oe A, Of A, Oa F, et al. Psychosocial Correlates of Depression in Children and Adolescents with Epilepsy in a Nigeria Neuro-Psychiatric Hospital. *J Clin Case Rep* 2012;23(3):34-45.
6. Kwon U, Park S. Depression and Anxiety in People with Epilepsy. *J Clin Neurol* 2014;10(3): 175-88.
7. Jackson CF, Makin SM, Baker GA. Neuropsychological and psychological interventions for people with newly diagnosed epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(7):CD011311.
8. Wilson KG, Murrell AR, Hayes BT, Follette VM, Linehan M. Values-Centered Interventions: Setting a Course for Behavioral Treatment. *Cell* 2004;662: 120-51.
9. Mula M, Schmitz B. Depression in epilepsy: mechanisms and therapeutic approach. *Ther Adv Neurol Disord* 2009;2(5):337-44.
10. Tan S, Bruni J. Cognitive-behavior therapy with adult patients with epilepsy: A controlled outcome study. *Epilepsia* 1986; 27, 255-63.
11. Wolf P. From precipitation to inhibition of seizures: rationale of a therapeutic paradigm. *Epilepsia* 2005; 46 (1): 15-6.
12. Goldstein LH. Ectiveness of psychological interventions for people with poorly controlled epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;63: 137-42.
13. Elliott JO. The biopsychosocial model and quality of life in persons with active epilepsy Dissertation. *J Clin Neurol* 2012;23(2): 43-50.
14. Mittan RJ. Psychosocial treatment programs in epilepsy: A review. *Epilepsy Behavior J* 2009;16(2): 371-80.
15. Hakimi T. Determine the effect of self-care clinics in reducing the incidence of seizures, neurological hospitals of Tehran University of Medical Sciences. (Dissertation). Tehran: Medical University Tehran; 1994. (Persian)
16. Amany SS, Noha M. Effect of progressive relaxation technique in reducing epileptic seizures among Adolescents. *J Nurs Educ Pract* 2014; 4(7): 8-15.
17. Privitera M. Characteristics of people with self-reported stress-precipitated seizures. *Epilepsy Behav J* 2014; 41(4): 74-7.
18. Thapar A, Kerr M, Harold G. Stress, anxiety, deprivation, and epilepsy: investigating the relationship between psychology. *Epilepsia* 2009; 34-54.
19. Niki T. Stress and Epilepsy: Multiple Models, Multiple Outcomes. *J Clin Neurophysiol* 2010;27: 445-52.
20. Franchi JS. Kin conductance biofeedback training in adults with drug-resistance temporal lobe epilepsy and stress-triggered seizures: A proof-of-concept study. *Epilepsy Behav J* 2014; 41: 244-50.
21. Jacoby A. Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy Behav* 2002;3(6S2):10-20.
22. Siqueira N, Oliveira F, Siqueira H, Souza E. In adolescents with epilepsy, high scores of anxiety and depression are associated with occurrence of seizures in public places. *Departamento de Neurologia J* 2015; 23(3): 83-97.
23. Collins S. The psychosocial effect of epilepsy on adolescents and young adults. *Nurse Stand* 2011; 25(43): 48-56.

THE EFFECT OF COGNITIVE-BEHAVIORAL STRESS MANAGEMENT IN THE FREQUENCY OF EPILEPTIC SEIZURES IN ADOLESCENTS WITH EPILEPSY

Roghayeh moazaz¹, Mohamad narimani², Nader hajlo³, Abbas abolghasemi⁴, Dayosh savadi oskoe⁵

Received: 25 Aug, 2016; Accepted: 25 Oct, 2016

Abstract

Background & Aims: Emotional problems are common and annoying for patients affected by epilepsy. Despite the increasing attention of medical science, the neurological aspects of epilepsy and its psychological effects are remained almost unknown. This study aimed to evaluate the impact of cognitive-behavioral stress management on reducing the frequency of seizures in dealing with the type of epilepsy in adolescents with epilepsy.

Materials & Methods: In this pilot study, 40 patients with epilepsy (20 patients with general epilepsy, and 20 patients with focal epilepsy) were selected by convenience sampling from Tabriz Epilepsy Society, and then they were randomly divided into two groups: Control and Experimental. The range of their age was 14 to 21 years old. To obtain the data, the frequency of seizures of the patients was collected two months before the intervention). The frequency of attacks was about 3 to 6 times). Before the start of the first session, Lvynda questionnaire was delivered to measure stress, depression and anxiety of the patients. The experimental group (10 patients with General epilepsy, 10 patients with Focal epilepsy) was intervened by cognitive-behavioral stress management intervention for two months. Data analysis was performed using the spss 21 software.

Results: The results showed that Cognitive-behavioral stress management intervention in patients with epilepsy resulted in the reducing of the frequency of seizures. There was no significant difference between general and focal epileptic patients. Based on the results of the study, there was a significant relationship between emotional distress and the frequency of seizures.

Conclusion: Psychological interventions to reduce the frequency of the seizures can be an effective factor. So in addition to medicine therapy, this method can be used to improve the condition of in the epileptic patients.

Keywords: Psychological interventions, the frequency of seizures, general epilepsy, focal epilepsy

Address: University of Mohaghegh Ardabili, Iran, Ardabil

Tel: +98 9141519794

Email: Narimani@uma.ac.ir

¹ PhD student Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

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

³ Associate Professor of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

⁴ Professor of psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

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