

ارتباط فعالیت ناحیه پری فرونتال و بروز ناسازگاری های روانی و شخصیتی و
ناسازگاری های جنسی در بیماران مبتلا به مولتی پل اسکروزیس (M.S)

فاطمه نیمروزی*، دکتر رضا رستمی**

خلاصه

هدف این پژوهش بررسی و مقایسه انواع ناسازگاری های روانی- شخصیتی و جنسی در بیماران مبتلا به مولتی پل اسکروزیس (M.S) با فعالیت ناحیه فرونتال و پری فرونتال و این که آیا تفاوتی بین میزان فعالیت نواحی مغز از جمله نواحی پری فرونتال و فرونتال و علائم ناسازگاری روانی- شخصیتی وجود دارد، بوده است و در صورت تفاوت کدام یک از اختلال ها را شامل می شود. در این پژوهش نمونه ای تصادفی شامل $n=28$ بیمار M.S انتخاب شدند. روش تحلیل واریانس نشان داد بین میزان فعالیت نواحی فرونتال و پری فرونتال و بروز ناسازگاری های شخصیتی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میان بروز انواع ناسازگاری های جنسی و بروز و پیشرفت بیماری M.S رابطه معنادار بود.
واژه های کلیدی: ناسازگاری روانی، جنسی، شخصیتی، بیماری M.S، فعالیت ناحیه پری فرونتال، فعالیت ناحیه فرونتال.

مقدمه

می توان گفت M.S یک بیماری چند عاملی است. این بیماری نخستین بار در سال ۱۸۶۸ از سوی ژان مارتین فرانسوی کشف شد. یک بیماری مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با از بین رفتن غشای میلین در برخی اعصاب مغز و نخاع همراه است (بیمن، ۱۸۸۴). این بیماری، به نوعی از بیماری خود ایمنی است که سیستم ایمنی بدن میلین را بیگانه تلقی می کند. شواهد حکایت کننده یک اختلال اتوایمیون است این اختلال با عنوان اختلال میلین زدای اصلی اسکروز مولتی پل (M.S) مطرح می شود. سایر اختلال های میلین زدا عبارت است از:

* کارشناسی ارشد روان شناسی

** استادیار دانشگاه تهران

اسکلروز جانبی آمیوترونیک (ALS)، کلودیترو متاکروماتیک، آدرنوکلودیترونی، پان آسفالیت اسکلروزان تحت حاد و بیماری کافس^۱ که البته همه این اختلال‌ها با نشانه‌های شناختی و عصبی و رفتاری همراه هستند.

مشخصه M.S دوره‌های متعدد علایمی است که از لحاظ فیزیوپاتولوژی به ضایعه‌های چند کانونی در ماده سفید CNS مربوط هستند. شیوع اسکلروزمولتی پل در نیمکره غربی ۵۰ درصد هزار نفر است (بوتوین، ۲۰۰۰). این بیماری در مناطق سردسیر و معتدل بسیار شایع‌تر از مناطق استوایی و نیمه استوایی است. از سویی در زنان شایع‌تر از مردان است. M.S عمدتاً در سنین جوانی ظاهر می‌شود. در اکثر موارد شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است. علایم عصبی-روانی M.S را می‌توان به انواع رفتاری و شناختی تقسیم نمود. ۳۰ تا ۵۰ درصد بیماران مبتلا تخریب شناختی متوسط و ۲۰ تا ۳۰ درصد آنها تخریب شناختی جدی دارند. هر چند شواهد حاکی از آن هستند که قوای هوشی کلی در بیماران مبتلا به MS کاهش می‌یابد، اما در این بین اعمال شناختی حافظه بیشتر آسیب می‌بینند.

نشانه‌های رفتاری مربوط به MS عبارت است از: شنگولی، افسردگی و تغییرات شخصیتی. روان پریشی عارضه نادر MS است. خودکشی به علت وجود افسردگی در این بیماران نسبت به جمعیت کلی شایع است.

فرایند فیزیوپاتولوژیک اسکلروزمولتی پل به صورت تشکیل ظاهراً تصادفی پلاک‌هایی در پارانشیم مغز است. یعنی وقتی این پلاک‌ها در لب گیجگاهی و نواحی دیانسفال و محور فرونتال (آهیانه-گیجگاهی) ظاهر می‌شوند، اولین تظاهرات به صورت شکایت شناختی از جمله اختلال حافظه است که در ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران دیده می‌شود. به طور مشخص یادآوری فوری و دراز مدت اطلاعات در این افراد مختل می‌شود. یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های MS افزایش سطح آنتی بادی در خون است که عامل تشخیص مهمی در شروع حملات MS است. این آزمایش نمونه قابل اعتماد آزمون خونی است. به طور کلی ناسازگاری‌های شخصیتی در بیماران MS به صورت: اختلال‌های اضطراب شدید - ترس اجتماعی - اختلال‌های افسردگی و اختلال شخصیت مرزی هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند از لحاظ نورواناتومی افزایش فعالیت در ناحیه فرونتال و نواحی قشر مغ دارند (کاپلان، ۲۰۰۲). به لحاظ

^۱ Kufs

شیوع باید گفت این اختلال در زنان ۲ برابر مردان است. پژوهش حاضر با هدف پاسخ دادن به سؤال‌های زیر انجام شده است:

۱- آیا ناحیه پری فرونتال و آهیانه-گیجگاهی در بروز ناسازگاری روانی-شخصیتی بیماران MS مؤثرند؟

۲- آیا اختلال‌های جنسی در بیماران MS منجر به بروز ناسازگاری‌های روانی - شخصیتی می‌شوند؟

۳- آیا مبتلایان به ناسازگاری شخصیتی در ناحیه فرونتال و پری فرونتال فعالیت کمتری دارند؟

روش

تعداد ۸ زن و مرد مبتلا به MS به صورت نمونه در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های اعصاب و روان و انجمن و کلینیک بیماران مولتی پل و اسکروزیس تهران انتخاب شدند. طرح مورد استفاده در این پژوهش توصیفی پس رویدادی است. برای تحلیل آماری یافته‌ها، از آزمون t مستقل و نیز تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است. چون هدف بررسی میزان فعالیت ناحیه‌های پری-فرونتال و فرونتال و بروز ناسازگاری‌های روانی-جنسی-شخصیتی بود از آزمون‌های نوروپسیکولوژی نیز استفاده شده است. البته اگر افراد در حین اجرا سؤالی داشتند به سؤال‌هایشان پاسخ داده می‌شد. میانگین سنی گروه مورد بررسی ۵۳/۵۹ (sd=۸/۶۱) و در دامنه ۷۳-۳۵ بوده است.

ابزارهای پژوهش

- بررسی نیمرخ شخصیتی در آزمون SMPT

مقیاس اضطراب و افسردگی که از سوی لویبند ولویبند (۱۹۹۵) تهیه شده و سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را مشخص می‌سازد. مشخصات روان‌سنجی این مقیاس در ایران به وسیله صاحبی و همکاران (۱۳۸۰) واری و ارایه شده است.

- ابزار جمع‌آوری اطلاعات در زمینه ناسازگاری جنسی مبتلایان به مولتی پل اسکروزیس شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه بُعد جنسی روابط مربوط به فعالیت‌های روزمره زندگی در بیماران ام اس (SEXUD-ADL-MS) و چک لیست‌های خود گزارش دهی

- استفاده از MRI عملکردی بیماران که قبلاً انجام شده بود و نیز الکتروآنسفالوگرافی کامپیوتری با نام تجاری بولیولوژیک و نرم افزار اطلس مغز نوع ۲/۳ بود.
- مرکز فعالیت ناحیه فرونتال و پری فرونتال الکتروآنسفالوگرام کامپیوتری CT اسکن مغزی بیماران و نتایج حاصل از رادیولوژی بیماران
- مقیاس چند محوری میلون ۲

اختلال های شخصیت بیماران بر اساس نمره های آنها در مقیاس چند محوری میلون ۲ تعیین شد. این مقیاس، ۱۳ اختلال شخصیت را بر حسب ۱۷۵ ماده که به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می شوند اندازه گیری می کند.

نتایج

جدول شماره ۱ ویژگی های جمعیت شناختی گروه بیماران ام اس را به تفکیک جنسیت، تحصیلات و وضعیت تأهل آنها نشان می دهد.

جدول شماره ۱: مشخصه های جمعیت شناختی گروه بیماران ام اس

بیمار	متغیر	
۱۰	زن	جنسیت
۱۸	مرد	
۱۶	دیپلم	تحصیلات
۲	لیسانس	
۱	مجرد	تأهل
۱۷	متأهل	

خرده مقیاس های ناسازگاری شخصیتی در گروه بیماران ام اس و فعالیت قشر فرونتال با آزمون t مستقل بررسی شده و نتایج در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است. یافته ها نشان می دهند بیماران مبتلا به ام اس به طور معنادار دارای فعالیت متابولیک بیشتر در ناحیه فرونتال (آهیانه ای-گیجگاهی) هستند. همچنین نمره افسردگی و تکانشی بودن بیماران ام اس بیشتر از نمره دیگر خرده مقیاس های ناسازگاری شخصیتی است.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون t مستقل در مقایسه میزان فعالیت قشر فرونتال و بروز مقیاس های

ناسازگاری شخصیتی

خرده مقیاس ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	P	ناسازگاری شخصیتی
افسردگی	فعالیت زیاد فرونتال	۳۱/۹۲	۷/۶۸	۱۰/۹۹	۰/۰۰۱
	فعالیت کم فرونتال	۱۵/۶۴	۶/۹۰		
اضطراب	فعالیت زیاد فرونتال	۲۹/۲۸	۴/۶۴	۲/۰۱	۰/۰۰۵
	فعالیت کم فرونتال	۱۰/۱۱	۳/۵۲		
تکانشی بودن	فعالیت زیاد فرونتال	۳۲/۱۶	۶/۹۱	۶/۵۰	۰/۰۰۱
	فعالیت کم فرونتال	۲۲/۸۵	۳/۸۱		
هسته	فعالیت زیاد فرونتال	۳۸/۲۴	۴/۰۰	۳/۲۴	۰/۰۰۱
	فعالیت کم فرونتال	۱۹/۶۶	۴/۶۴		
درون گرایی	فعالیت زیاد فرونتال	۲۹/۲۸	۵/۸۹	۹/۲۶	۰/۰۰۱
	فعالیت کم فرونتال	۲۷/۵۲	۵/۴۲		

یافته دیگر این پژوهش نشانگر آن است که از انواع اختلال های جنسی در بیماران مبتلا به ام اس به طور معناداری حدود دو برابر است به طوری که منجر به ناسازگاری هایی چون افسردگی، تکانشی بودن و پرخاشگری (آشفتگی خلق) در این بیماران می شود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: بررسی رابطه اختلال های جنسی و ناسازگاری های شخصیتی

اختلال جنسی	ناسازگاری روانی	میانگین	انحراف استاندارد	t	P
اختلال نعوظی	افسردگی	۱۹۴/۳۰	۴۶/۶۵	۱۱/۴۷	۰/۰۱
	پرخاشگری	۱۸۳/۲۱	۵۲/۲۴		
اختلال های واژینوسموس	تکانشی بودن	۱۰۹/۶۹	۶۳/۰۲	۱۱/۹۸	۰/۰۱
	سرد عاطفی	۱۹۲/۵۲	۴۲/۲۲		

همچنین یکی دیگر از یافته های پژوهشی حاضر حاکی از آن است که میزان آتروفنی و میلین زدایی بیشتر در ناحیه قشر مخ مبتلایان به ام اس و نیز ناحیه فرونتال (یعنی نواحی آهیانه ای و گیجگاهی) به صورت نامنظم و در سطح زیاد مشاهده می شود که پیشرفت آن به صورت تدریجی است و باعث ناهماهنگی حرکات، گیجی و اختلال های روانی- شخصیتی و در نتیجه تغییرات خلقی می شود (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: میزان آتروفی و میلین زدایی در نواحی مختلف مغزی بیماران مبتلا به ام اس

نواحی قشر مغز	میزان آتروفی	میانگین	انحراف استاندارد	t	P
آتروفی قشر مخ	کم زیاد	۳۲/۱۹ ۴۳/۳۴	۱۱/۴۵ ۱۳/۲۹	۱۱/۵۲	۰/۰۱
آتروفی قشر فرونتال	کم زیاد	۴۸/۵۴ ۵۲/۸۲	۱۴/۵۳ ۱۵/۹۴	۱۲/۴۹	۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد بیماران مبتلا به اسکروزمولتی پل نواحی نامنظم میلین زدایی، دارای ظاهری منگنه شده هستند که در بطن چهارم مشاهده می شوند. از سویی تظاهرات خارجی مربوط به این بیماری شامل خستگی مفرط، ضعف، کرخ شدن دست و پا، ناهماهنگی حرکات- از دست رفتن قوای بینایی- گیجی و اختلال‌های شناختی و تغییرات خلقی است.

حدود ۲۶/۳٪ بیماران مبتلا به MS خلق سرخوشی دارند که در حد هیپومانیا نیست، ۱۱٪ این بیماران خلق بالای مستمر دارند، با این حال افسردگی شایع است و در بین ۲۷/۴۸ درصد بیماران مبتلا به MS دیده می شود. تغییرات شخصیتی که غالباً به صورت افزایش تحریک پذیری یا بی احساسی است، در ۲۲/۳۸ درصد این بیماران دیده می شود.

نتایج به دست آمده همچنین ارتباط بین فرایندهای متابولیک ناحیه فرونتال (آهیانه گیجگاهی) و نواحی فرونتال قشر مخ را در نیمرخ‌های شخصیتی در SMPT و بروز ناسازگاری‌های شخصیتی از جمله درون گرایی (افسردگی و اضطراب و واکنش‌های تکانشی) نشان می دهد. یافته‌های دیگر در زمینه بروز ناسازگاری‌های شخصیتی با علائم اختلال اسکیزوئید مطابقت دارد که شامل درون گرایی، سرد بودن عاطفی، وجود زندگی تخیلی، و پیچیده و از سویی علائم اختلال شخصیت نمایشی و تکانشی است و با علائمی چون دنبال کردن توجه دیگران، خودبینی و پرتوقعی، تکانشی بودن، شور و شوق بی دوام و کوتاه مدت داشتن، همراه است.

همچنین ۱۴/۲٪ دچار اضطراب، ۱۳/۷٪ دچار افسردگی، ۱۲٪ درصد دچار حالتی تکانشی، و ۱۵/۳٪ دچار پرخاشگری بوده اند. نتایج به دست آمده در زمینه ناسازگاری‌های جنسی در این بیماران نشان می دهد که دمیلیزاسیون اعصاب در MS سبب اختلال در عملکرد شناختی و حسّی حرکتی می شود که می تواند به صورت اختلال در لیبیدو و نعوظ و انزال در

مردان و اختلال در لغزنده سازی واژن در زنان گردد. علائم ثانویه اختلال به صورت خستگی، اسپاسمیته عضلانی مرد، بی اختیاری ادراری و دفعی و آتاکسی است.

با توجه به نتایج مذکور به طور کلی می توان گفت ۸۵٪ مردان و ۵۰٪ زنان مبتلا به MS دچار اختلال عملکرد جنسی هستند. البته این اختلال با سن، افسردگی، اختلال‌های شناختی، اضطراب و پیشرفت بیماری رابطه دارد. شایع ترین اختلال جنسی به میزان ۸۴/۶ درصد در مردان اختلال در نعوظ و در زنان ۴۹/۲ درصد اختلال در لغزنده سازی واژن مشاهده شد و در هر دو جنس عدم دست یابی به رضایت و ارگاسم مشهود است.

هیچ یک از منابع مورد استفاده نویسندگان در بخش پایانی نوشتار ذکر نگردیده است و در پایان فهرستی از منابع نامشخص ذکر نموده است.