



بررسی الگوی ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی بیماران صرع پارشیل پیچیده و گرندهال و مقایسه‌ی آن با گروه کنترل

محمد رضا نجفی^۱، فاطمه رضایی^{۲*}، نجمه و کیلی زارچ^۳، فهیمه دهقانی^۴، مجید برکتین^۵

۱- دانشیار گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲-۴ دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

۵- دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۲۷

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به صرع نیمرخ روانی خاصی داشته و بافت روانشناختی و هیجانی ویژه‌ای را تجربه می‌کنند. برخی بررسی‌ها وقوع همزمان اختلالات صرع و آسیب‌های روانی را گزارش کرده‌اند. هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه نیمرخ روانی بیماران صرع پارشیل پیچیده و گرندهال و مقایسه آن با گروه کنترل می‌باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۳۸۷ در کلینیک‌های نورولوژی شهر اصفهان بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به صرع گرندهال و پارشیل پیچیده و گروه کنترل که از همراهان بیماران بودند، انجام شد. پرسشنامه MMPI جهت بررسی نیمرخ روانی این افراد استفاده شد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS-15 و آزمونهای آماری خی دو و آنوا تحلیل گردید.

نتایج: یافته‌های این بررسی نشان داد باوجود اینکه نمرات بیماران در مقیاسهای بالینی MMPI افزایش بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد، اما این آسیب‌شناسی روانی در سطح نابهنجاری نیست. بیماران مصروع در مقیاسهای خودبیمارانگاری (Hs)، افسردگی (D) و هیستری (Hy) نسبت به گروه کنترل افزایش نمره بیشتری داشتند ولی این تفاوت تنها در گروه با صرع پارشیل پیچیده معنی دار بوده است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش بیماران مصروع نسبت به جمعیت عمومی با احتمال بیشتری دچار اختلالات روانشناختی می‌شوند. این نتایج ضرورت در نظر گرفتن مداخلات روانشناختی را در کنار درمان‌های دارویی مورد تأکید قرار می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: صرع پارشیل پیچیده- صرع گرندهال- MMPI

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۸۰۰۵۴، پست الکترونیک: frezaei2002@yahoo.com

مقدمه

افراد مبتلا به صرع گرنده‌مال (GMS) از مشکلات مهم روانشناختی رنج می‌برند که نیازمند مداخلات روانشناختی هستند (۱۱). امروزه با توجه به یافته‌ها و گزارش‌های مبنی بر وجود اختلال‌های رفتاری، شناختی و اجتماعی که در میان افراد مبتلا به صرع - حتی بیماران باهوش بهنجار - وجود دارد، توجه به زمینه‌ها و درمان‌های روانشناختی و غیردارویی بیشتر شده است (۱۲). در واقع در نظر گرفتن این مشکلات در طی درمان باعث بهبود هر چه بیشتر سلامت و کیفیت زندگی این بیماران خواهد شد.

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که آزمون MMPI از پایایی و روایی بالایی برخوردار است و حساسیت زیادی در اندازه‌گیری اختلالات روانی در بیماران از جمله مبتلایان به صرع دارد (۱۳، ۱۴). از آنجایی که شناسایی و تشخیص اختلالات روانشناختی شایع در بین بیماران صرع، به درمان مؤثر روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی می‌انجامد، هدف از اجرای این پژوهش بررسی و مقایسه نیمرخ روانی دو گروه از این بیماران است.

در واقع در این پژوهش سعی شده است که به این پرسش پاسخ داده شود که آیا نیمرخ روانی افراد مبتلا به صرع گرنده‌مال، پارشیل پیچیده و افراد بهنجار با یکدیگر تفاوت دارد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و مقایسه‌ای است. در این پژوهش ۲۰ بیمار مبتلا به صرع گرنده‌مال و ۲۰ بیمار مبتلا به صرع پارشیل پیچیده که تحت درمان یک یا چند دارو قرار داشتند شرکت داشتند. این بیماران شامل هر دو جنس (زن و مرد)، دارای حداقل سن ۱۸ و تحصیلات سیکل بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل آن دسته از مبتلایان به صرع بود که حملات صرع آنها علت مشخصی نداشت و همچنین بیمارانی که مبتلا به عقب ماندگی ذهنی و یا دارای مشکلات آشکار ساختاری مغز بودند.

نمونه مورد مطالعه از میان بیماران مبتلا به صرع گرنده‌مال و پارشیل پیچیده در تابستان ۱۳۸۷ به شیوه در دسترس از بین کلینیک‌های نورولوژی شهر اصفهان انتخاب شدند. این

صرع یکی از فراوان‌ترین اختلالات نورولوژیک با میزان شیوع ۳ درصد در جمعیت عادی است. اصطلاح صرع، به حملات عودکننده اشاره دارد و به معنای تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نورونهای مغزی است (۱، ۲). صرع می‌تواند از نظر بالینی همراه با تغییر در احساس، رفتار، درک و سطح هوشیاری باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوع اختلالات روانی در مبتلایان به صرع بیشتر از جمعیت عادی است (۳، ۴). همچنین شیوع این اختلالات از دیگر بیماری‌های مزمن و بیماری‌های نورولوژیک در بیماران مصروع بیشتر است (۵). بیش از یک چهارم افراد مبتلا به صرع، مشکلات روانشناختی‌ای را تجربه می‌کنند که ممکن است نیاز به درمان داشته باشند و بیش از ۱۰ درصد بیماران در بیمارستان‌های روانپزشکی، به صرع مبتلا هستند (۶). مطالعات انجام شده بیانگر آن است که صرع به میزان ۱۱/۶ درصد با مشکلات روانی، ۵۶/۶ درصد با احساس شرم، ترس، نگرانی و اعتماد به نفس پایین و ۲۶/۶ درصد با احساس برجسب خوردن در اجتماع ارتباط دارد (۷). Chang و Lowenstein در سال ۲۰۰۳ با بررسی متغیرهای نورویولوژیک، روانی و اجتماعی نشان داد که از میان ۷ عامل پیش‌بینی‌کننده آسیب‌شناسی روانی در مبتلایان به صرع، ۶ عامل ماهیتاً روانی - اجتماعی بودند که این عوامل تأثیر بسزایی در سطوح مختلف کیفیت زندگی این بیماران به جا می‌گذارند (۲). King و همکاران نشان دادند که ۵۴ درصد از مبتلایان به صرع نشانه‌های اسکیزوفرنی، ۵۱ درصد افسردگی و ۳۸ درصد نیز نشانه‌های هیستریکی را نشان دادند (۸). Stauss و همکاران گزارش کردند که برخی از انواع خاص صرع، با آسیب‌شناسی روانی بیشتری در ارتباط هستند. آنها اظهار داشتند که مبتلایان به صرع پارشیل پیچیده (CPS) نسبت به دیگر انواع صرع، به میزان بیشتری نشانه‌های افسردگی و اسکیزوفرنی نشان می‌دهند (۹). همچنین ۷۰ درصد مبتلایان به صرع پارشیل به اختلالات محور I در راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی (DSM)، ۱۸ درصد این بیماران به اختلالات شخصیتی و ۳۲ درصد از آنان به اختلالات اضطرابی مبتلا بودند (۱۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که

افراد شرکت کننده در محدوده ۳۵-۲۵ سال قرار داشت. بیشترین سطح تحصیلات گروه با صرع گزندمال، لیسانس (۴۰ درصد) و گروه با صرع پارشیال پیچیده، دیپلم (۵۰ درصد) بود. ۶۰ درصد افراد گروه گزندمال مجرد و ۶۵ درصد افراد گروه با صرع پارشیال پیچیده متأهل بودند. سه گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و سن شروع حمله و فراوانی حملات توسط آزمون خی دو مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تنها تفاوت مشاهده شده بین سه گروه از نظر متغیر تحصیلات بود ($P < 0/05$) و دیگر متغیرها تفاوت معناداری را با یکدیگر نشان ندادند.

به منظور تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌های این پژوهش از تحلیل واریانس (آنوای یکراهه) به منظور مقایسه گروه‌ها استفاده شد. پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای روایی و بالینی با استفاده از کلموگروف اسمیرنوف بررسی شد و در هر سه گروه مورد تایید قرار گرفت ($P > 0/05$). پیش فرض تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. این پیش فرض نیز در مورد تمام متغیرهای هر سه گروه برقرار بود ($P > 0/05$). همچنین از آزمون تعقیبی شفه برای سنجش میزان تفاوت بین گروه‌ها استفاده گردید. سه گروه آزمودنی در سه مقیاس روایی و هشت مقیاس بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج میانگین، انحراف استاندارد، نمرات F و سطح معناداری هر مقیاس در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر مقیاس‌های روایی دیده نمی‌شود. این نتایج نشان می‌دهد هر سه گروه از نظر میزان صداقت در پاسخگویی به سوالات، میزان نابسامدی و نامتعارف بودن افکار و سعی در ارائه تصویر مطلوب از خود، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. ولی در مقیاس‌های بالینی خودبیمارانگاری، افسردگی و هیستری بین سه گروه در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنادار وجود دارد.

به منظور تحلیل دقیق تر تفاوت معنی دار میانگین‌های سه گروه، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج آزمون شفه نشان می‌دهد در مقیاس خودبیمارانگاری بین دو گروه صرع پارشیال پیچیده و گزندمال ($sig = 0/004$) و بین دو گروه صرع پارشیال پیچیده و

کلینیک‌ها در مناطق با وضعیت اجتماعی-اقتصادی مختلف قرار داشتند. گروه کنترل شامل ۲۰ نفر از همراهان و بستگان بیماران بود. علت انتخاب افراد گروه کنترل از بستگان بیماران، حذف تأثیر احتمالی عوامل ژنتیکی و اجتماعی بر نتایج بدست آمده از پاسخگویی به پرسشنامه بود. در ملاحظات اخلاقی ابتدا پس از تصویب طرح پژوهش توسط کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پژوهشگران به کلینیک‌ها معرفی و مجوز انجام تحقیق از مدیریت محترم مراکز اخذ گردید.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا یک روانشناس بالینی اهداف تحقیق پژوهش را برای آزمودنی‌ها توضیح داد و پس از کسب رضایت از آنان و در صورت تمایل، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا پرسشنامه MMPI را تکمیل کنند.

پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) از معتبرترین پرسشنامه‌هایی است که به خاطر ویژگی‌های بالینی و فنی آن کاربرد فراوانی دارد. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۴۷ ارایه گردید (۱۶، ۱۵). فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۷۱ سوال است که در سال ۱۹۶۷ تهیه و منتشر گردید. ویژگی‌های آماری این آزمون توسط محققین ایرانی در تحقیقات متعدد برای جامعه‌ی ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۷، ۱۸). فرم کوتاه داری ۳ مقیاس روایی دروغ یاب (L) نابسامدی یا مقیاس احساس بد (F) و مقیاس اصلاح (K) و ۸ مقیاس بالینی شامل خودبیمارانگاری (Hs)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، انحراف اجتماعی - روانی (Pd)، پارانوئیا (Pa)، ضعف روانی (Pt)، اسکیزوفرنیا (Sc) و هیومانی (Ma) می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که همه مقیاس‌های MMPI کاملاً پایا هستند و دامنه تغییر ضرایب پایایی آنها از ۰/۷۱ (مقیاس Ma) تا ۰/۸۴ (مقیاس Pt) است (۱۶).

بعد از اجرا، پرسشنامه‌ها توسط دو تن دیگر از کارشناسان ارشد روانشناسی بالینی نمره‌گذاری شد. داده‌ها وارد رایانه و توسط آزمون تحلیل واریانس یکراهه بررسی شد. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نیز توسط آزمون خی دو مقایسه گردید.

نتایج

در پژوهش حاضر ۵۵ درصد کل آزمودنی‌ها زن و ۴۵ درصد مرد بودند که همین نسبت در سه گروه برقرار بود. سن ۵۰ درصد

کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (sig=۰/۰۰۱). بین دو گروه صرع پارشیال پیچیده و کنترل در مقیاس هیستری تفاوت وجود دارد (sig=۰/۰۱۴). در مقیاس افسردگی بین دو گروه صرع پارشیال پیچیده و کنترل تفاوت وجود دارد (sig=۰/۰۱۲).

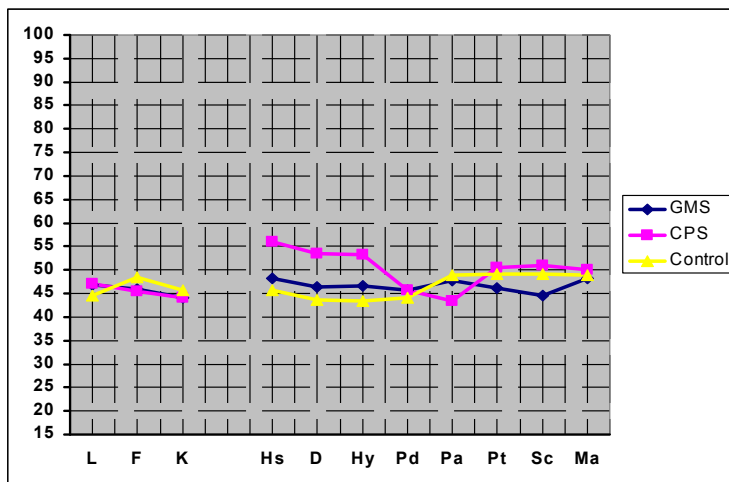
جدول ۱: توزیع درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	صرع گزندمال	صرع پارشیال پیچیده	کنترل	سطح معناداری
مرد زن	%۴۵	%۴۵	%۴۵	۱
	%۵۵	%۵۵	%۵۵	
تأهل مجرد متأهل	%۶۰	%۳۵	%۶۰	۰/۲۴۱
	%۴۰	%۶۵	%۴۰	
سن	%۲۰	%۲۰	%۲۰	۰/۷۹۳
	%۶۰	%۵۵	%۴۰	
	%۲۰	%۲۵	%۴۰	
تحصیلات	۰	%۲۵	%۴۰	۰/۰۲۶*
	%۲۵	%۵۰	%۴۰	
	%۲۰	%۲۰	%۱۵	
	%۴۰	%۵	%۵	
	%۱۵	۰	۰	
سن شروع حمله	۱-۱۰	%۴۰	-	۰/۳۵۳
	۱۱-۲۰	%۵۵	-	
	۲۱-۳۰	%۵	-	
	۳۱-۴۰	۰	-	
	۴۱-۵۰	۰	-	

جدول ۲: مقایسه سه گروه آزمودنی در سه مقیاس روانی و بالینی

متغیر	صرع گزندمال (GMS)		صرع پارشیال پیچیده (CPS)		کنترل (Control)	
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	F	Sig
دروغ یاب (L)	۴۶/۸۶ (۳/۷۹)	۴۷ (۶/۷۶)	۴۴/۶۶ (۵/۹۳)		۰/۸۱	۰/۴۵۲
نابسامدی (F)	۴۶ (۸/۱۷)	۴۵/۵۳ (۳/۷۷)	۴۸/۵۳ (۹/۷۳)		۰/۶۶۷	۰/۵۱۹
اصلاح (K)	۴۴ (۵/۶۹)	۴۴/۰۶ (۳/۳۴)	۴۵/۶۶ (۸/۵۹)		۰/۳۴۱	۰/۷۱۳
خودبیمارانگاری (Hs)	۴۸/۲۶ (۶/۳۵)	۵۶ (۸/۲۴)	۴۵/۷۳ (۶/۱۵)		۸/۸	*۰/۰۰۱
افسردگی (D)	۴۶/۴ (۱۱/۳۳)	۵۳/۶ (۸/۷۴)	۴۳/۵۳ (۵/۳۵)		۵/۱۷	*۰/۰۱
هیستری (Hy)	۴۶/۷۳ (۸/۶۳)	۵۳/۲۶ (۷/۸۲)	۴۳/۴ (۹/۸۵)		۴/۸۶	*۰/۰۱۳
انحراف روانی اجتماعی (Pd)	۴۵/۷۳ (۸/۰۶)	۴۵/۶ (۸/۰۱)	۴۴ (۸/۷۵)		۰/۲۰۳	۰/۸۱۷
پارانویا (Pa)	۴۷/۷۳ (۷/۲۶)	۴۳/۴۶ (۷/۱۶)	۴۸/۸۶ (۷/۷۴)		۲/۲۲	۰/۱۲۱
ضعف روانی (Pt)	۴۶/۱۳ (۷/۹۳)	۵۰/۶ (۱۱/۶۶)	۴۹/۱۳ (۸/۹۵)		۰/۸۳۵	۰/۴۴۱
اسکیزوفرنیا (Sc)	۴۴/۵۳ (۶/۰۸)	۵۱ (۱۰/۲۶)	۴۹/۲ (۱۰/۶۷)		۱/۹۵۷	۰/۱۵۴
هیپومانیا (Ma)	۴۸/۲۶ (۵/۱۷)	۵۰/۰۶ (۸/۹۶)	۴۸/۹۳ (۱۱/۳۲)		۰/۱۵۸	۰/۸۵۴

* P<۰/۰۵



نمودار ۱: نیمرخ روانی MMPI بیماران مصروع و افراد عادی

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه‌ای که به منظور مقایسه بین بیماران دچار صرع پارشیل پیچیده با بیماران دچار صرع گرنده‌مال انجام شد، نشان داد که افراد دچار صرع پارشیل پیچیده مشکلات هیجانی دوران کودکی و اختلالات روانپزشکی برجسته‌تری دارند. Novrose، اسکیزوفرنی و اختلالات رفتاری با شیوع بیشتری در گروه صرع پارشیل مشاهده شد. درحالیکه مشکلات شخصیتی ناشی از صرع و دلیریوم در بیماران دچار صرع گرنده‌مال شایع‌تر بود (۲۵).

در مطالعه دیگری که به منظور مقایسه وضعیت سلامت روان بیماران مبتلا به صرع ژنرالیزه با گروه شاهد صورت گرفت نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری از نظر شکایات جسمانی، اضطراب و حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی و علائم وسواسی جبری و خودبیمارانگاری بین گروه مورد و شاهد وجود دارد (۲۶). همانطور که نتایج این مطالعه نشان داد مقیاس خودبیمارانگاری نیز در گروه مصروع این مطالعه بالاتر از جمعیت عمومی است اما این میزان در گروه با صرع پارشیل پیچیده معنادار است.

افرادی که نمره بالایی در مقیاس هیپوکندریا می‌گیرند نگرانی زیادی درباره بیماری از خود نشان می‌دهند. مقیاس هیپوکندریا همراه با برافراشتگی‌هایی در مقیاس افسردگی و هیستری نشان‌دهنده‌ی افسردگی و حالت‌های اضطرابی است (۲۷). در پژوهش حاضر مشاهده شد که نمرات در سه مقیاس هیپوکندریا،

مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی بیماران دچار صرع پارشیل پیچیده و گرنده‌مال صورت گرفته است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد بیماران مبتلا به صرع پارشیل پیچیده نمرات بالاتری را نسبت به بیماران با صرع گرنده‌مال و جمعیت عمومی نشان می‌دهند که بیانگر آن است که وضعیت سلامت روان و آسیب‌شناسی روانی در بیماران مبتلا به صرع پارشیل پیچیده نسبت به بیماران با صرع گرنده‌مال و گروه کنترل نامطلوب‌تر می‌باشد. این یافته‌ها تا حد زیادی با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های Barncord و همکاران و نیز Nelson و همکاران مشابه است (۱۹،۲۰).

نتایج پژوهش‌های صورت گرفته قبل نشان می‌دهند که افراد با صرع پارشیل پیچیده نمرات بالاتری را در متغیرهای از جمله اضطراب، افسردگی، اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس-اجبار بدست آورده‌اند (۲۱،۲۲). همچنین در مطالعه‌ای که به منظور بررسی اختلالات خلقی در بیماران مصروع صورت گرفت نتایج نشان داد که میزان افسردگی در بیماران صرع پارشیل پیچیده و گرنده‌مال شیوع بیشتری دارد (۲۳). همانطور که در نیمرخ روانی بیماران در مطالعه حاضر نیز دیده می‌شود مقیاس افسردگی در آنها بالاتر از گروه کنترل می‌باشد اگرچه که این میزان در بیماران با صرع گرنده‌مال معنادار نبود. این نتیجه با پژوهش Modrego و همکاران همخوان است (۲۴).

کد ۲۱/۱۲ (یعنی نمره بالا در مقیاس هیپوکندریا و افسردگی) تجربه می کنند پیرامون نشانه های بدنی و شکوه هایی دور می زند که ممکن است عضوی یا کارکردی باشند. صرف نظر از اینکه مشکلات بدنی اساس عضوی دارند یا نه، این افراد درباره ی نشانه های بیماری خود مبالغه می کنند و آنها را به عنوان وسیله ای برای تحت تأثیر قرار دادن دیگران به کار می برند (۲۷).

با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر وجود اختلالات روانی خاص در مبتلایان به صرع و همچنین به علت تأثیر نامطلوب اختلالات روانی بر کیفیت زندگی و حتی نتایج درمانی بیماران مصروع، در نظر گرفتن روان درمانی و ارائه خدمات روانشناختی برای این بیماران لازم و ضروری می نماید. در حقیقت وجود نیمرخ روانی خاص در مبتلایان به صرع در این پژوهش، تصور غلط در مورد دوگانگی ذهن و بدن را رد می کند. امید است نتایج این پژوهش متخصصان نورولوژی را به اهمیت دادن بیشتر به جنبه روانی بیماری تشویق کند که نتیجه مستقیم آن می تواند درمان کارتر و سریع تر بیماران باشد. با توجه به نتایج به دست آمده، انجام مطالعات با حجم نمونه بزرگتر و استفاده از دیگر ابزار تشخیصی لازم و ضروری به نظر می رسد.

سپاسگزاری

مجریان طرح بر خود لازم می دانند از زحمات پرسنل محترم مراکز صرع دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قدردانی و تشکر نمایند.

افسردگی و هیستری در بیماران مصروع نسبت به جمعیت عادی بیشتر است.

افرادی که در مقیاس افسردگی آزمون MMPI برافراشتگی متوسطی بدست می آورند دارای افسردگی واکنشی هستند. احتمالاً برخورد فرد با مشکلاتش با بدبینی و درماندگی همراه است. از آنجا که چنین افرادی نسبت به انتقاد به شدت حساس هستند، به هر قیمتی که شده از درگیری و مقابله اجتناب می ورزند. این امر موجب می شود که اغلب از ارتباط با دیگران بپرهیزند. سطح متوسط افسردگی ممکن است نشانه مثبتی برای روان درمانی باشد، زیرا اینگونه افراد برای بهبودی انگیزه نیرومندی دارند (۲۷). با توجه به این نکته بیماران مبتلا به صرع پارشیل پیچیده و گزندمال ممکن است گزینه های خوبی برای درمان های روانشناختی باشند.

ویژگی مهم افرادی که در مقیاس هیستری نمره بالا می گیرند، این است که ضمن مطرح کردن شکوه های جسمانی خاص، از شیوه ی انکار نیز استفاده می کنند. یکی از روش های مهم و اولیه آنان در مقابله با نگرانی و تعارض، نسبت دادن این ناراحتی ها به بدن است. متداول ترین تشخیص برای کدهای ۱۳/۳۱ (یعنی نمره بالا در مقیاس هیپوکندریا و هیستری) اختلالات عاطفی (افسردگی، اختلال افسرده خویی)، خودبیمارانگاری، شخصیت پرخاشگر نافع و شخصیت نمایشی است (۲۷). نمره بالا در مقیاس های ۲ (افسردگی) و ۳ (هیستری) مشخص کننده اشخاص فاقد انرژی، بی علاقه و افسرده است. مشکلاتی که دارندگان نوع

منابع:

- 1- Victor M, Ropper AH. *Principle of neurology*. 7th. Boston: McGraw Hill; 2001: 331-5.
- 2- Chang BS, Lowenstein DH. *Epilepsy*. New England Journal of Medicine 2003; 349(13): 1257-66.
- 3- Swinkels WAM, Kuyk J, de Graaf EH, Van Dyck R, Spinhoven PH. *Prevalence of psychopathology in Dutch epilepsy inpatients a comparative study*. Epilepsy and Behavior 2001; 2(5): 441-7.
- 4- Whitman S, Hermann BR, Gordon AC. *Psychopathology in epilepsy: How great is the risk?* Biological Psychiatry 1984; 19(2): 213-36.
- 5- Trimble MR, Ring HA, Schmitz B. *Neuropsychiatric symptoms from the temporolimbic lobes*. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 1996; 9: 429-38.

- 6- Flor-Henry R. *Ictal and interictal psychiatric manifestations in epilepsy: Specific or non specific? A critical review of some of the evidence*. Epilepsia 1972; 13(6): 773-83.
- 7- Souza EAP, Salgado PCB. *A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy*. Epilepsy and Behavior 2006; 8(1): 232-8.
- 8- King TZ, Fennell EB, Bauer R, Crosson B, Dede D, Riley JL, et al. *MMPI-2 profiles of patients with intractable epilepsy*. Journal of Clinical Neuropsychology 2002; 17(6): 583-93.
- 9- Stauss E, Wada J, Moll A. *Depression in male and female subjects with complex partial seizures*. Archives of Neurology 1992; 49(4): 391-2.
- 10- Victoroff J. *DSM-III-R psychiatric diagnoses in candidates for epilepsy surgery: Life time prevalence*. Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology 1994; 7(2): 87-97.
- 11- Swinkels WAM, Duijsens IJ, Spinhoven PH. *Personality disorder traits in patients with epilepsy*. Seizure 2003; 12(8): 587-94.
- 12- Najafi M. *Psychology and psychiatry in epileptic children*. Third epilepsy seminar 2001. Nov 19-21; Tehran, Iran. [Persian]
- 13- Dikman S, Herman BP, Wilensky AJ, Rainwater G. *Validity of the Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI) to psychopathology in patients with epilepsy*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1983; 171(2): 114-22.
- 14- Derry PA, Harnadek MCS, McLachlan RS, Sontrop J, Blume WT, Girvin JP. *A longitudinal study of the effects of seizure symptoms on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) clinical interpretation*. Journal of Clinical Psychology, 2002; 58(7): 817-26.
- 15- Graham JR. *MMPI-2: assessing personality and psychopathology*. Translated by Yaghoobi H. Tehran: Arjmand; 2006. [Persian]
- 16- Duckworth JC, Anderson WP. *MMPI & MMPI2: Interpretation manual for counselors and clinicianist*. Translated by Pasha Sharifi H, Nikkho MR. Tehran: Sokhan; 1999. [Persian]
- 17- Okhovat V. *Research on the diagnostic value of Minnesota multiple personality Inventory*. Journal of psychiatry events 1973; 3. [Persian]
- 18- Godrorrz Chegini S. *Research in value of diagnosis depression with Beck depression inventory and MMPI. Thesis for Msc Degree of psychology*. Tehran university. 1982. [Persian]
- 19- Barncord SW, Wanlass RL. *A correction procedure for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 for person with spinal cord injury*. Arch phys Med Rehabil 2000; 81: 1185-90.
- 20- Nelson LD, Elder JT, Tehrani P, Groot J. *Measuring personality and emotional functioning in multiple sclerosis: a cautionary note*. Arch Clin Neuropsychol 2003; 18:412-29.
- 21- Perini GI, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G, Canevini MP, Canger R, et al. *Interictal mood and personality*

- disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy*. Journal of Neurology, neurosurgery and psychiatry 1996; 61(6):601-5.
- 22- Rodin EA, Katz M, Lennox K. *Differences between patients with temporal lobe seizures and those with other form of epileptic attacks*. Epilepsia 1976; 17(3): 313-20.
- 23- Hecimovic H, Bosnjak J, Demarin V. *Prevalence of Mood Dysfunction in Epilepsy Patients in Croatia*. Coll Antropol 2008; 32(1): 65–8.
- 24- Modrego PJ, Pina MA, Golino M, Minguez J. *Study of psychopathology in patients with chronic non-lesional epilepsy: Minnesota Multiphasic Personality Inventory Profile controlled study*. Eur Neural 2002; 48(2): 80-6.
- 25- Shukla GD, Srivastava ON, Katiyar BC, Joshi V, Mohan PK. *Psychiatric manifestations in TLE: a controlled study*. The British Journal of Psychiatry 1979; 135: 411-7.
- 26- Salehi M, Firozkohi M, Najafi M. *The comparison of mental health status in patients with generalized seizures and control group*. Journal of Tabib Shargh 2007; 8(1): 37-44. [Persian]
- 27- Marnat GG. *The guidance of mental assessment*. Translated by Pasha Sharifi H, Nikkho MR. Tehran: Roshd; 2004. [Persian]