

تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، تنظیم هیجان شناختی و حملات تشنجی بیماران مبتلا به تشنجهای غیر صرعی

مژگان شکراللهی^۱، ماهگل توکلی^۲، مریم اسماعیلی^۳، مجید برکتین^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تشنجهای غیر صرعی، یک اختلال عصب‌شناختی با ترکیبی از علائم نورولوژی و تعارض روان‌شناختی می‌باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی مداخله‌ی تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، تنظیم شناختی هیجان و تعداد حملات تشنجی بیماران مبتلا به تشنجهای غیر صرعی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بود.

روش‌ها: این پژوهش، مطالعه‌ی نیمه‌تجربی به همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری است. از میان بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های نور و آیت‌الله کاشانی اصفهان، تعداد ۱۶ بیمار مبتلا به تشنجهای غیر صرعی انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۸ نفری مورد و شاهد با میانگین سنی به ترتیب ۲۹/۷۱ و ۳۱/۱۴ سال تقسیم شدند. ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای مداخله‌ی درمانی تنظیم هیجان به شیوه‌ی گروهی برای گروه مورد اجرا شد. داده‌های پژوهش با پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی محقق ساخته، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و تنظیم هیجان شناختی Garmfsky جمع‌آوری و با استفاده از آزمون Repeated measures ANOVA و نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: مداخله‌ی تنظیم هیجان، تفاوت معنی‌داری در کیفیت زندگی، تنظیم هیجان شناختی و تعداد حملات تشنجی بین دو گروه مورد مطالعه در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری یک ماهه ایجاد نمود ($P < 0/050$).

نتیجه‌گیری: مداخله‌ی تنظیم هیجانی در بهبود ابعاد کیفیت زندگی، افزایش استفاده از راهبردهای مثبت، کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و کاهش تعداد حملات تشنجی بیماران مبتلا به تشنجهای غیر صرعی اثرگذار بود.

واژگان کلیدی: تشنج، غیر صرعی، هیجان، کیفیت زندگی

ارجاع: شکراللهی مژگان، توکلی ماهگل، اسماعیلی مریم، برکتین مجید. تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، تنظیم هیجان شناختی و

حملات تشنجی بیماران مبتلا به تشنجهای غیر صرعی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۳۴): ۶۸۵-۶۷۷

مقدمه

تشنجهای غیر صرعی (شبه صرع یا Pseudo seizure) یک بیماری مزمن روانی است. حمله‌های شبه تشنجی که بیماران شبه صرع تجربه می‌کنند، عبارت از تغییرات ناگهانی و گهگاهی در هوشیاری، فعالیت‌های حرکتی و رفتار است که بسیار به حمله‌های تشنجی واقعی شبیه می‌باشند، اما بر خلاف آن‌ها، به علت فعالیت الکتریکی غیر طبیعی در مغز ایجاد نمی‌شوند؛ بلکه اغلب ناشی از یک تعارض روان‌شناختی یا یک اختلال روان‌پزشکی می‌باشند (۱). تجربه‌ی استرس‌های مداوم و برگشت پذیر در زندگی، تجربه‌ی آزار و اذیت

جسمی یا جنسی در کودکی، مشکلات خانوادگی، سبک‌های مقابله‌ای غلط و دیگر آسیب‌های روانی، به عنوان عوامل زمینه‌ساز در بروز این اختلال مطرح می‌باشند. همچنین، تجربه‌ی استرس‌های هیجانی شدید و ناتوانی در مقابله با استرس‌ها و تنظیم هیجان، به عنوان یک عامل آشکار ساز قوی مطرح می‌شود که با شدت و تعداد حملات تشنجی بیماران رابطه دارد (۱-۲).

در واقع، یکی از مشکلات مهم این بیماران که نقش عمده‌ای در شدت یافتن عوامل زمینه‌ای پیش‌گفته و بروز حملات تشنجی ایفا می‌کند، عدم توانایی بیماران در تنظیم هیجان‌اتشان می‌باشد (۲). بر

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات روان تنی و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

پژوهش‌های مختلف، اثربخشی مداخله‌ی تنظیم هیجان را بر روی بیماران مختلف نظیر بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مورد بررسی قرار داده‌اند. یافته‌های این مطالعات حاکی از آن است این مداخله، موجب کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی و وضعیت روانی بیماران می‌شود (۱۳-۱۲). در مورد بیماران شبه صرع، پژوهش‌های اندکی به خصوص در داخل کشور در راستای بررسی نیاز روانی این بیماران و نیز بررسی اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی بر روی این بیماران صورت گرفته است. این در حالی است که در مورد این بیماران، دارودرمانی به ندرت تنها جنبه‌ی درمانی است که باید مورد توجه قرار گیرد؛ چرا که بر طرف شدن مشکلات روان‌شناختی بیماران، تأثیر زیادی در بر طرف شدن علائم بیماری آن‌ها دارد. با توجه با اهمیت این موضوع، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان بر روی کیفیت زندگی، تنظیم شناختی هیجان و تعداد حملات تشنجی بیماران مبتلا به شبه صرع بوده است.

روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه تجربی به همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری یک ماهه بود. جامعه‌ی آماری، شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به اختلال شبه صرع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه‌گیری در این پژوهش، طی دو مرحله صورت گرفت. در مرحله‌ی اول، با مراجعه به بیمارستان‌های نور و آیت‌اله کاشانی اصفهان، تعداد ۱۶ بیمار بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش که شامل ابتلا به بیماری شبه صرع بر اساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب و الگوی الکترو آنسفالوگرافی (Electroencephalography یا EEG)، رد تشخیص ابتلا به بیماری صرع واقعی، گذشتن حداقل ۶ ماه از شروع بیماری، شروع درمان دارویی و تحت کنترل بودن بیماری و سطح تحصیلات سیکل و بالاتر از آن بود، انتخاب شدند. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها، شامل دریافت تشخیص هم‌زمان اختلال در محورهای I و II و نیز وجود مشکلات جسمی برای تشخیص حملات تشنجی بودند. در مرحله‌ی دوم، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه مورد و شاهد (هر گروه $n = 8$) گمارده شدند، اما در نهایت، با ریزش نمونه‌ی اولیه، تعداد شرکت کنندگان در هر گروه به صورت گروه مورد ($n = 7$) و گروه شاهد ($n = 7$) تقلیل یافت. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل موارد زیر بود:

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (Quality of life questionnaire):

این پرسش‌نامه، فرم خلاصه شده‌ی مقیاس ۱۰۰ ماده‌ای کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد که ۴ حیطه‌ی کلی سلامت عمومی، جنبه‌های روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط فیزیکی و جنبه‌های

مبنای پیشینه‌ی پژوهشی، بیماران شبه صرع در مقایسه با افراد سالم به میزان بیشتری دچار نقص در پردازش هیجانی می‌باشند و این اشکال در پردازش هیجانی، به میزان زیادی با اختلالات روان‌شناختی، فراوانی و شدت علائم جسمانی و سطح کیفیت زندگی پایین در این بیماران رابطه دارد (۴-۳).

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به شبه صرع، با توجه به عواملی نظیر فراوانی حمله‌ها، سن شروع بیماری، شدت اختلال، ناتوانی در داشتن عملکرد مناسب، مشکلات در روابط اجتماعی، برخی اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی به شدت کاهش می‌یابد (۵). در عین حال، عواملی نظیر داشتن نگرش مناسب و صحیح نسبت به بیماری، توانایی مقابله با استرس‌های روزمره، توانایی مقابله با تجربه‌های هیجانی منفی و تنظیم صحیح هیجان و نیز بهره بردن از برخی روش‌های درمانی روان‌شناختی، موجب بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۶). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، انجام برخی مداخله‌های درمانی روان‌شناختی مختلف، موجب بهبود همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی بیماران شبه صرع و نیز افزایش رضایت آن‌ها از زندگی می‌شود (۸-۷).

از سوی دیگر، بیماران شبه صرع به علت ویژگی خاص بیماری خود به میزان بیشتری نسبت به سایر افراد با هیجان‌های منفی روبه‌رو می‌شوند که به شدت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، این بیماران مجبورند از راهبردهای مختلف برای تنظیم این هیجان‌ها استفاده کنند و نحوه‌ی تنظیم این هیجان‌ها رابطه‌ی مستقیمی با شدت و تعداد حملات تشنجی و در واقع روند بهبودی بیماری آن‌ها دارد (۲).

راهبردهای تنظیم هیجان شناختی، طبقه‌ی مهمی از راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد که اغلب توسط افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد (۹). این راهبردها اغلب نیازمند درگیر شدن فعال فرد و تلاش او در جهت تغییر هیجان‌ات از طریق تفسیر و ارزیابی معنای رویدادها می‌باشد و شامل دو دسته راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان است که راهبردهای منفی هسته‌ی اصلی مشکلات هیجانی را تشکیل می‌دهند (۱۰).

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که بیماران اغلب از راهبردهای منفی تنظیم هیجان، جهت تنظیم هیجان‌ات خود استفاده می‌کنند. این افراد، به طور معمول راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان را نمی‌شناسند و در تنظیم هیجان با مشکل مواجه هستند و این مسأله، باعث شدت یافتن بیماری آن‌ها می‌شود (۲). پس احتمال می‌رود استفاده از مداخله‌هایی که مهارت بیماران در تنظیم هیجان را افزایش می‌دهد، بتواند به کاهش مشکلات و بهبود علائم بیماری کمک کند. مداخله‌ی تنظیم هیجان، فرایندی است که هدف آن درمان مشکلات هیجانی از طریق راهبردهای تنظیم و الگوهای رفتاری و شناختی سازگارانه است (۱۱).

مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می‌کند.

اعتبار و روایی این پرسش‌نامه در ایران به نقل از مرادی و طاهری، توسط عشقی و همکاران بررسی و تأیید شد. پایایی در بخش عملکرد جمعی ۰/۷۰، درد ۰/۹۰، فعالیت روزانه ۰/۹۵، احساس ۰/۸۴، خواب ۰/۸۹، سلامت کلی ۰/۷۸ و ارتباط با نزدیکان ۰/۹۱ تعیین گردید. ضریب Cronbach's alpha برای پیوستگی درونی و روایی آن به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۶ و میانگین ابعاد آن ۰/۸۶ به دست آمد (۱۴).

- پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان

(*Cognitive emotion regulation questionnaire*): این

پرسش‌نامه، به نقل از امین‌آبادی و همکاران، در سال ۲۰۰۱ توسط Garmfsky و همکاران ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت و ۹ خرده مقیاس می‌باشد که هر کدام از آن‌ها، راهبردهای خاصی از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را می‌سنجد. پایایی این پرسش‌نامه، از طریق Cronbach's alpha برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی ۰/۹۷ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ گزارش شده است. یوسفی نیز روایی آن را از طریق همبستگی نمره‌ی کل با نمرات خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۶۸-۰/۴۰ و با میانگین ۰/۵۶ به دست آورده است (۱۵).

پرسش‌نامه‌ی جمعیت شناختی: به منظور کسب اطلاعات

جمعیت شناختی بیماران و ارزیابی حملات تشنجی آن‌ها، از یک پرسش‌نامه‌ی جمعیت شناختی محقق ساخته استفاده شد.

پس از انجام نمونه‌گیری و کسب موافقت اعضا از شرکت در پژوهش، از کلیه‌ی آزمودنی‌های پیش‌آزمون به عمل آمد. پس از آن، آزمودنی‌های گروه مورد طی ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله‌ی

تنظیم هیجان بر اساس مدل درمانی Allen و همکاران (۱۱) قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی، هر دو گروه با پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمون پی‌گیری نیز یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون، از آزمودنی‌ها به عمل آمد. با توجه به طرح تحقیق، برای تحلیل داده‌ها از روش Repeated measures ANOVA و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد. لازم به ذکر است که به منظور رعایت اخلاق پژوهش، پس از اتمام پژوهش، مداخله‌ی درمانی برای گروه شاهد نیز اجرا شد.

یافته‌ها

میانگین \pm انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه مورد برابر با $10/16 \pm 29/71$ سال و در گروه شاهد برابر با $11/52 \pm 31/14$ سال بود. هم در گروه مورد و هم در گروه شاهد، ۳ نفر از آزمودنی‌ها (۴۳ درصد) مرد و ۴ نفر (۵۷ درصد) زن بودند. نتایج بررسی سایر متغیرهای جمعیت شناختی شامل وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت فرهنگی و اقتصادی خانواده، نشان می‌دهد که دو گروه مورد و شاهد، به لحاظ توزیع این متغیرها مشابهت زیادی با هم داشتند و تفاوت معنی‌داری در متغیرهای جمعیت شناختی بین گروه‌های مورد و شاهد وجود نداشت.

میانگین \pm انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری گروه‌های مورد و شاهد در مقیاس‌های کیفیت زندگی، تنظیم هیجان شناختی و تعداد حملات تشنجی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲، خلاصه‌ی نتایج آزمون Repeated measures ANOVA را برای متغیر کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین \pm انحراف معیار متغیرهای پژوهش برای نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه‌های مورد و شاهد ($n = 7$)

متغیر	مرحله	مورد		شاهد
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
کیفیت زندگی کل	پیش‌آزمون	۶۵/۴۳ \pm ۸/۱۸	۶۰/۷۱ \pm ۱۳/۰۸	
	پس‌آزمون	۸۲/۲۲ \pm ۹/۰۶	۵۹/۸۵ \pm ۱۰/۶۸	
	پی‌گیری	۷۶/۳۲ \pm ۸/۶۲	۵۹/۴۲ \pm ۱۱/۱۱	
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۴۵/۱۴ \pm ۱۰/۸۹	۴۰/۰۰ \pm ۷/۴۴	
	پس‌آزمون	۶۹/۵۷ \pm ۸/۸۴	۳۹/۲۰ \pm ۶/۶۸	
	پی‌گیری	۴۶/۷۱ \pm ۱۱/۶۲	۳۸/۴۲ \pm ۶/۳۹	
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۴۲/۰۰ \pm ۹/۹۰	۴۴/۲۸ \pm ۸/۲۸	
	پس‌آزمون	۲۱/۸۶ \pm ۱۰/۰۶	۴۴/۷۱ \pm ۷/۶۷	
	پی‌گیری	۲۷/۲۸ \pm ۶/۱۶	۴۵/۰۰ \pm ۷/۳	
تعداد حملات تشنجی	پیش‌آزمون	۱۸/۲۸ \pm ۳/۶۸	۲۰/۸۵ \pm ۶/۷۷	
	پس‌آزمون	۸/۴۳ \pm ۱/۹۸	۱۸/۰۰ \pm ۶/۷۱	
	پی‌گیری	۸/۵۷ \pm ۱/۷۱	۱۸/۴۲ \pm ۷/۴۴	

جدول ۲. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA برای متغیر کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن

متغیر	منبع تغییرات	درجه‌ی آزادی	مقدار P	اندازه‌ی اثر	توان آماری
کیفیت زندگی	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳	۰/۹۷۰
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۱۵	۰/۴۰۳	۰/۸۷۴
سلامت جسمانی	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲	۰/۹۹۲
	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۰/۹۹۷
سلامت روانی	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۳۲	۰/۲۹۹	۰/۷۷۸
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۰/۹۹۹
روابط اجتماعی	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۳۹۲	۰/۹۲۱
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۴۰	۰/۲۸۵	۰/۷۵۲
سلامت محیط	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۳۷۹	۰/۹۰۶
	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴	۰/۹۹۰
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۱۹	۰/۳۸۱	۰/۷۹۸
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹	۰/۹۸۲
	زمان	۱/۲۷۷	۰/۲۲۵	۰/۱۲۰	۰/۲۴۵
	گروه	۱/۴۷۰	۰/۲۴۹	۰/۱۰۹	۰/۲۰۱
	زمان * گروه	۳/۰۴۰	۰/۰۹۴	۰/۲۰۲	۰/۴۱۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود، برای نمره‌ی کل کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی بین گروه‌های مورد و شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$) و در طول زمان (پیش‌آزمون تا پی‌گیری) بهبود در اعضای گروه دوام داشت ($P < ۰/۰۵۰$). علاوه بر این، تعامل بین زمان (پیش‌آزمون تا پی‌گیری) و عضویت گروهی نیز معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵۰$).

بحث

مشخصه‌ی اصلی بیماران مبتلا به شبه صرع، تجربه‌ی حمله‌های تشنجی است که در پیدایش آن‌ها، وجود تعارض‌های روان‌شناختی، تجربه‌ی هیجان‌های شدید و ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها و اضطراب و افسردگی نقش اساسی ایفا می‌کند. از این رو، انجام مداخله‌های روان‌شناختی در جهت حل تعارض‌ها و مشکلات روانی بیماران، موجب بر طرف شدن علایم بیماری می‌شود و سلامت روان آن‌ها را افزایش می‌دهد (۱۶). نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که فرضیه‌ی اصلی پژوهش تأیید شده و مداخله‌ی تنظیم هیجان، بر بهبود کیفیت زندگی، افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان و کاهش تعداد حملات تشنجی بیماران مبتلا به شبه صرع شهر اصفهان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری، اثرگذار بوده است. عوامل گوناگونی نظیر تجربه‌ی حملات تشنجی و پیامدهای روانی و اجتماعی همراه با آن، بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به شبه صرع اثر می‌گذارد و آن را کاهش می‌دهد و هر عاملی که بتواند روی این عوامل تأثیر بگذارد و آن‌ها را بهبود بخشد، کیفیت زندگی را نیز بهبود می‌بخشد (۵).

همان‌طور که مشاهده می‌شود، برای نمره‌ی کل کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی بین گروه‌های مورد و شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$) و در طول زمان (پیش‌آزمون تا پی‌گیری) بهبود در اعضای گروه دوام داشت ($P < ۰/۰۵۰$). علاوه بر این، تعامل بین زمان (پیش‌آزمون تا پی‌گیری) و عضویت گروهی نیز برای زیر مقیاس‌های پیش‌گفته معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵۰$).

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج آزمون Repeated measures ANOVA

برای متغیر تنظیم شناختی هیجان و زیر مقیاس‌های آن نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، برای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان شناختی و زیر مقیاس‌های ملامت خویش، نشخوارگری، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و فاجعه‌انگاری، بین گروه‌های مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$) و در طول زمان (پیش‌آزمون تا پی‌گیری)، بهبودی در اعضای گروه دوام داشت ($P < ۰/۰۵۰$). علاوه بر این، تعامل بین زمان (پیش‌آزمون تا پی‌گیری) و عضویت گروهی برای متغیرهای ذکر شده نیز معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵۰$). نتیجه این که مداخله‌ی تنظیم هیجان بر روی تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به شبه صرع و زیر مقیاس‌های آن، اثرگذار بود. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA برای متغیر تعداد حملات تشنجی در جدول ۴ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، برای متغیر تعداد حملات تشنجی بین گروه‌های مورد و شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود داشت

جدول ۳. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA برای متغیر تنظیم شناختی هیجان و زیر مقیاس‌های آن

متغیر	منبع تغییرات	درجه‌ی آزادی	معنی‌داری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	زمان	۱/۱۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۰/۹۹۹
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۵۰۱	۰/۸۸۹
	زمان * گروه	۱/۱۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶	۰/۹۹۹
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۰/۹۹۷
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۵۳۰	۰/۹۲۱
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰	۰/۹۹۹
ملاحت خویش	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۹	۱/۰۰۰
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶	۰/۹۵۵
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲۴	۱/۰۰۰
پذیرش	زمان	۱/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۴	۰/۹۷۴
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۴۹۶	۰/۸۸۳
	زمان * گروه	۱/۲۰۴	۰/۰۰۳	۰/۴۷۹	۰/۹۲۶
نشخوارگری	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	۰/۹۹۴
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۴۵	۰/۲۷۴	۰/۷۷۸
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴	۰/۹۹۵
تمرکز مجدد مثبت	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۹	۱/۰۰۰
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۳۳۴	۰/۷۸۲
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	۱/۰۰۰
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	زمان	۱/۳۸۸	۰/۰۰۲	۰/۴۷۵	۰/۹۳۳
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۱۸	۰/۳۸۳	۰/۷۷۵
	زمان * گروه	۱/۳۸۸	۰/۰۰۲	۰/۴۶۹	۰/۹۲۶
ارزیابی مجدد مثبت	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۳۵۲	۰/۸۶۸
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۲۱	۰/۳۷۲	۰/۸۵۵
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹۵
دیدگاه پذیری	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۵۳	۰/۲۳۰	۰/۶۰۹
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۳۳	۰/۳۲۵	۰/۵۹۹
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۳۱۷	۰/۰۹۱	۰/۲۳۸
فاجعه‌انگاری	زمان	۲/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۳۵۸	۰/۸۷۷
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳	۰/۹۹۸
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۰۱۵	۰/۲۹۴	۰/۷۵۲
ملاحت دیگران	زمان	۲/۰۰۰	۰/۵۳۵	۰/۰۵۱	۰/۱۴۵
	گروه	۱/۰۰۰	۰/۰۵۵	۰/۲۷۴	۰/۴۹۸
	زمان * گروه	۲/۰۰۰	۰/۳۰۲	۰/۰۹۵	۰/۲۴۷

طرفی، یافته‌های پژوهش حاضر، از نظر تأثیر سایر مداخله‌های روان‌شناسی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به شبه‌صرع با یافته‌های پژوهش Conwill و همکاران (۷) و نیز یافته‌های پژوهش Metin و همکاران (۱۷) مبنی بر تأثیر روان‌درمانی گروهی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش حملات تشنجی و همچنین، یافته‌ها پژوهش Wiseman و همکاران (۱۸) مبنی بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران تحت تأثیر مداخله‌ی آموزش روان‌شناسی مختصر، هم‌خوانی دارد.

نتایج تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌ی تنظیم هیجان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری، بر روی ابعاد کیفیت زندگی بیماران شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی مؤثر است و موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود. پژوهشی که هم‌چون پژوهش حاضر تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان را بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به شبه‌صرع مورد بررسی قرار داده باشد، نه در داخل کشور و نه در خارج از کشور یافت نشد. از

جدول ۴. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA برای متغیر تعداد حملات تشنجی

متغیر	منبع تغییرات	درجه‌ی آزادی	F	مقدار P	اندازه‌ی اثر	توان آماری
حملات تشنجی	زمان	۱/۳۳۷	۳۰/۱۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۵	۱/۰۰۰
	گروه	۱/۰۰۰	۷/۹۱۹	۰/۰۱۶	۰/۳۹۸	۰/۷۳۴
	زمان*گروه	۱/۳۳۷	۹/۹۴۶	۰/۰۰۴	۰/۴۵۳	۰/۹۰۲

از طرف دیگر، در مداخله‌ی تنظیم هیجان استفاده شده در پژوهش حاضر، بیماران به اندازه‌ی راهبردهای دیگر با این دو راهبرد آشنا نمی‌شوند و مهارت‌های لازم را کسب نمی‌کنند. پژوهشی که به طور دقیق نظیر پژوهش حاضر تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان را بر روی راهبردهای تنظیم هیجان شناختی بیماران شبه صرع مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد، اما پژوهش حاضر از نظر تأثیر سایر مداخلات روان‌شناختی بر روی راهبردهای تنظیم هیجان‌شناختی در سایر بیماران، با پژوهش‌های صفوی (۲۰)، باقری‌نیا و همکاران (۲۱) و نیز Goldin و همکاران (۲۲) هم‌خوانی دارد.

صفوی طی مطالعه‌ای به بررسی مداخله‌ی تنظیم هیجان بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دارای نشانه‌ی الکسی تایمیا پرداخت و نشان داد که این مداخله، موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان می‌شود (۲۰). Goldin و همکاران نیز تأثیر مداخله‌ی شناختی- رفتاری را بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مورد بررسی قرار دادند و بیان داشتند که این درمان، موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر، همچنین نشان دهنده‌ی تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری بر کاهش معنی‌دار تعداد حملات تشنجی بود. در بیماران شبه صرع، استرس‌ها و تجربه‌های هیجانی شدید هم به عنوان یک عامل زمینه‌ساز و هم به عنوان یک عامل آشکارساز در بروز حملات تشنجی مطرح می‌باشند (۱۶). مداخله‌ی تنظیم هیجان به‌کار رفته در پژوهش حاضر، به گونه‌ای متناسب با بیماران تنظیم شده بود که موجب تسهیل پردازش هیجانی و خاموش شدن پاسخ‌های مفرط هیجانی بیرونی و درونی در بیماران می‌شد. از این رو، توانست حملات تشنجی بیماران را به طور معنی‌داری کاهش دهد.

در داخل کشور و خارج از کشور، پژوهشی که تأثیر مداخله‌ی تنظیم هیجان را بر روی تعداد حملات تشنجی بیماران شبه صرع مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد، اما پژوهش حاضر از نظر تأثیرگذاری سایر مداخله‌های روان‌شناختی بر روی تعداد حملات تشنجی بیماران شبه‌صرع با پژوهش‌های Metin و همکاران (۱۷) و نیز Mayor و همکاران (۲۳) مبنی بر تأثیر مداخله‌ی روان‌درمانی

در تبیین این یافته، می‌توان به ارتباط مستقیم نحوه‌ی تنظیم هیجان با شدت و تعداد حملات تشنجی بیماران به عنوان عامل اصلی کاهش کیفیت زندگی در این بیماران اشاره داشت (۵). از این رو، تنظیم هیجان سازگارانه، موجب کاهش علائم بیماری می‌شود و احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. از سوی دیگر، رویکرد درمانی تنظیم هیجان که در پژوهش حاضر متناسب با نیاز بیماران شبه صرع تنظیم و تعدیل شد، به بررسی خطاهای شناختی بیماران، بر طرف کردن آن‌ها و جایگزین کردن افکار مناسب می‌پردازد و برخی مهارت‌های رفتاری نظیر برنامه‌ریزی فعالیت، تنفس آرامی و آموزش مهارت‌های حل مسأله و کنترل خشم جزء برنامه‌ی درمانی به حساب می‌آید و در نتیجه، موجب افزایش بهیستی روان‌شناختی بیماران و ایجاد احساس رضایت، فعال بودن و مؤثر بودن به بیماران می‌شود و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهد.

برنامه‌های موجود در شیوه‌نامه‌ی درمانی به همراه تکالیف خانگی تعیین شده برای بیماران، علاوه بر این که بر روی کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد، موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در بیماران می‌شود. همان‌طور که مشاهده شد، مداخله‌ی تنظیم هیجان در بیماران مرحله‌ی پس‌آزمون و مرحله‌ی پی‌گیری، استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت را در بیماران افزایش می‌دهد و استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان شامل ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌انگاری را در بیماران کاهش می‌دهد، اما مداخله‌ی تنظیم هیجان بر روی مؤلفه‌های دیدگاه‌گیری و ملامت دیگران تأثیر نداشته است. در تبیین این مسأله، می‌توان این طور بیان کرد که به علت همراه بودن اختلال شبه صرع با نقص در عملکردهای شناختی نظیر حافظه، توجه و عملکرد اجرایی، همچنین، عدم توانایی بیماران مبتلا به این اختلال در شناسایی هیجان و تنظیم آن و نیز وجود سابقه‌ی سوء استفاده‌ی جسمی، جنسی و عاطفی در این بیماران (۱۹)، مداخله‌ی تنظیم هیجان توانست توانایی بیماران را تنها در استفاده از برخی راهبردهای تنظیم هیجان افزایش دهد و بر روی راهبردهای دیدگاه‌گیری و ملامت دیگران تأثیری نداشت.

همچنین، این مداخله می‌تواند به عنوان یک درمان پیش‌گیرانه برای جلوگیری از ایجاد مشکلات و اختلالات روانی بعدی در بیماران شبه صرع و بیماران صرع واقعی مورد استفاده قرار گیرد.

به طور کلی، بر اساس یافته‌های این مطالعه، می‌توان گفت مداخله‌ی تنظیم هیجان به طور معنی‌داری موجب بهبود ابعاد کیفیت زندگی، افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و کاهش تعداد حملات تشنجی بیماران شبه صرع شهر اصفهان در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری یک ماهه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی کارشناسی ارشد به شماره‌ی ۱۵۱۶۲۲۳ در دانشگاه اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از همکاری صمیمانه‌ی کلیه‌ی بیمارانی که در انجام مراحل پژوهش مشارکت نمودند و نیز از مساعدت و همکاری پرسنل بیمارستان آیت‌اله کاشانی و نور شهر اصفهان قدردانی می‌گردد.

گروهی در کاهش تعداد حملات تشنجی بیماران شبه صرع و نیز پژوهش Cope و همکاران (۲۴) که نشان داد مداخله‌ی درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش حملات تشنجی و بهبود عملکرد روانی بیماران می‌شود، قابل مقایسه و هم‌سو می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های موجود در انجام پژوهش حاضر، حجم کم نمونه‌ی در دسترس و دارای ملاک ورود به پژوهش بود که این نمونه‌ی محدود نیز در طی انجام مراحل پژوهش ریزش داشت. همچنین، با وجود این که درمانگر مهارت لازم جهت انجام درمان گروهی تنظیم هیجان را زیر نظر استاد راهنما کسب کرده بود، اما به هر حال دانشجوی بودن وی، به عنوان محدودیت دیگری در پژوهش حاضر تلقی می‌گردد. با این حال، با توجه به تأثیرگذاری مداخله‌ی تنظیم هیجان بر روی متغیرهای مورد بررسی، به متخصصان مغز و اعصاب، روان‌پزشکان و روان‌شناسان فعال در زمینه‌ی درمان این بیماران، پیشنهاد می‌شود که به منظور کسب نتیجه‌ی درمانی بهتر در کنار درمان دارویی، از مداخله‌ی تنظیم هیجان نیز استفاده کنند.

References

1. Marie GP. Psychogenic nonepileptic seizures. *Innov Clin Neurosci* 2013; 10(11-12): 15-8.
2. Urbanek M, Harvey M, McGowan J, Agrawal N. Regulation of emotions in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2014; 37: 110-5.
3. Novakova B, Howlett S, Baker R, Reuber M. Emotion processing and psychogenic non-epileptic seizures: A cross-sectional comparison of patients and healthy controls. *Seizure* 2015; 29: 4-10.
4. Gul A, Ahmad H. Cognitive deficits and emotion regulation strategies in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A task-switching study. *Epilepsy Behav* 2014; 32: 108-13.
5. Viteri C, Codina M, Cobaleda S, Lahuerta J, Barriga J, Morales MD. Quality of life and treatment satisfaction in Spanish epilepsy patients on monotherapy with lamotrigine or valproic acid. *Seizure* 2010; 19(7): 432-8.
6. Karakis I, Montouris GD, Piperidou C, Luciano MS, Meador KJ, Cole AJ. Patient and caregiver quality of life in psychogenic non-epileptic seizures compared to epileptic seizures. *Seizure* 2014; 23(1): 47-54.
7. Conwill M, Oakley L, Evans K, Cavanna AE. CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: a pilot study. *Epilepsy Behav* 2014; 34: 68-72.
8. Baslet G, Dworetzky B, Perez DL, Oser M. Treatment of psychogenic nonepileptic seizures: updated review and findings from a mindfulness-based intervention case series. *Clin EEG Neurosci* 2015; 46(1): 54-64.
9. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci* 2005; 9(5): 242-9.
10. Hartley CA, Phelps EA. Changing fear: the neurocircuitry of emotion regulation. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35(1): 136-46.
11. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: A unified protocol. In: Barlow DH, editor. *Clinical handbook of psychological disorders: A Step-by-step treatment manual*. 4th ed. New York, NY: Guilford; 2007. p. 216-49.
12. Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersma HM, Minderaa RB, et al. Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51(12): 1314-23.
13. Khosravani V, Sharifi BF, Ghorbani F, Kamali Z. Difficulties in emotion regulation mediate negative and positive affects and craving in alcoholic patients. *Addict Behav* 2017; 71: 75-81.
14. Moradi A, Taheri S. Evaluation positive psychology in students. Tehran, Iran: Danje Publication; 2012. [In Persian].
15. Aminabadi Z, Dehghani M, Khodapanahi MK. Factor structure and validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences* 2012; 5(4): 365-71. [In Persian].
16. Patidar Y, Gupta M, Khwaja GA, Chowdhury D, Batra A, Dasgupta A. Clinical profile of psychogenic non-epileptic seizures in adults: A study of 63 cases. *Ann Indian Acad Neurol* 2013; 16(2): 157-62.
17. Metin SZ, Ozmen M, Metin B, Talasman S, Yeni SN, Ozkara C. Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2013; 28(1): 91-4.
18. Wiseman H, Mousa S, Howlett S, Reuber M. A multicenter evaluation of a brief manualized psychoeducation intervention for psychogenic nonepileptic seizures delivered by health

- professionals with limited experience in psychological treatment. *Epilepsy Behav* 2016; 63: 50-6.
19. Portuguese MW, Costa DId, Marroni SP, Pagliarini V, Vieira K. Neuropsychological aspects of psychogenic nonepileptic seizures. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology* 2007; 13: 24-7.
 20. Safavi S. Evaluation of effectiveness of emotion regulation therapy on self-efficacy, coping styles, interpersonal problem, cognitive emotion regulation strategies and severity of symptoms of alexithymia, in student with symptoms of alexithymia [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Psychology and Educational Science, University of Isfahan; 2014. [In Persian].
 21. Bagherinia H, Yamini M, Javadielmi L, Nooradi T. Comparison of the efficacy of cognitive behavior therapy and mindfulness-based therapy in improving cognitive emotion regulation in major depressive disorder. *Armaghane-danesh* 2015; 20(3): 210-9. [In Persian].
 22. Goldin PR, Lee I, Ziv M, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross JJ. Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2014; 56: 7-15.
 23. Mayor R, Brown RJ, Cock H, House A, Howlett S, Smith P, et al. A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure* 2013; 22(9): 760-5.
 24. Cope SR, Smith JG, King T, Agrawal N. Evaluation of a pilot innovative cognitive-behavioral therapy-based psychoeducation group treatment for functional non-epileptic attacks. *Epilepsy Behav* 2017; 70(Pt A): 238-44.

The Effect of Emotion Regulation Intervention on Quality of Life, Cognitive Emotion Regulation, and Seizures in Patients with Nonepileptic Seizures

Mojgan Shokrolahi¹, Mahgol Tavakoli², Maryam Esmaili², Majid Barekatin³

Original Article

Abstract

Background: Nonepileptic seizures are of serious neurological disorders associated with a combination of neurological symptoms and psychological conflict. The aim of this study was to determine the effectiveness of emotion regulation on quality of life, cognitive emotion regulation, and frequency of seizures in patients with nonepileptic seizures in Isfahan City, Iran.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest, post-test and follow-up stages. Among patients admitted to Noor and Ayatollah Kashani Hospitals, 16 patients with nonepileptic seizures were selected and randomly assigned to two groups of experimental and control (n = 8). Twelve 90-minute sessions of emotion regulation group therapy intervention was implemented for the experimental group. Quality of life questionnaire from World Health Organization, cognitive emotion regulation questionnaire designed by Garnefski, and demographic questionnaire designed by the researcher were used to collect the data. Data were analyzed using repeated measure analysis via SPSS software.

Findings: Regulation of emotion intervention showed a significant difference in aspects of quality of life, cognitive emotion regulation, and number of seizures between the 2 groups. In addition, changes were persistent in one-month follow-up period ($P < 0.05$).

Conclusion: Emotion regulation intervention improved the quality of life, increased use of positive cognitive emotion regulation strategies, and reduced negative cognitive emotion regulation strategies and the frequency of seizures in patients with nonepileptic seizures Isfahan City.

Keywords: Seizure, Nonepileptic, Emotions, Quality of life

Citation: Shokrolahi M, Tavakoli M, Esmaili M, Barekatin M. **The Effect of Emotion Regulation Intervention on Quality of Life, Cognitive Emotion Regulation, and Seizures in Patients with Nonepileptic Seizures.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(434): 677-85.

1- Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Professor, Psychosomatic Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mahgol Tavakoli, Email: m.tavakoli@edu.ui.ac.ir