

اثربخشی درمان افشای هیجانی همسریاری تک موردی بر ناگویی خلق در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع

اسرا باقرزاده^۱، نجمه حمید^۲، کیومرث بشلیده^۳، مهناز مهرابی‌زاده هنرمند^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ناگویی خلق و عدم درک و ابراز صحیح هیجانات در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع، بسیار شایع است. اختلال تشنجات غیر صرعی روان‌زاد یا حملات شبه صرع، دارای علایمی مشابه صرع است. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان افشای هیجانی همسریاری بر ناگویی خلق در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع است.

روش‌ها: در این پژوهش، از طرح تجربی تک موردی با خط پایه‌ی چندگانه‌ی ناهم‌زمان استفاده شد. جمعیت هدف، شامل همه‌ی بیماران مبتلا به تشنجات غیر صرعی روان‌زاد بود که در سال ۱۳۹۷ به درمانگاه‌های روان‌شناسی و مغز و اعصاب شهر اهواز مراجعه داشتند. کارایی درمان افشای هیجانی همسریاری به میزان ۶ جلسه طی سه مرحله‌ی خط پایه، درمان و پی‌گیری، مورد ارزیابی قرار گرفت. سه بیمار به روش هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد پژوهش گردیدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از (TAS) Toronto Alexithymia scale استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها، روش شاخص تغییر پایا (Reliable change index یا RCI)، درصد بهبودی و ترسیم دیداری مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: شاخص تغییر پایا برای متغیر ناگویی خلق در بیمار اول تا سوم به ترتیب ۴/۴۶، ۲/۷۲ و ۴/۸۳ بود. با توجه به ($RCI > 1/96$)، شاخص تغییر پایا معنی‌دار بود. همچنین، درصد‌های بهبودی به ترتیب برای بیمار اول تا سوم ۵۰، ۲۹ و ۵۲ درصد بود که بیانگر موفقیت درمانی در بیماران اول و سوم و موفقیت نسبی در بیمار دوم بود.

نتیجه‌گیری: درمان افشای هیجانی همسریاری در کاهش ناگویی خلق در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع مؤثر است.

واژگان کلیدی: تشنج؛ هیجانات؛ علایم عاطفی؛ صرع

ارجاع: باقرزاده اسرا، حمید نجمه، بشلیده کیومرث، مهرابی‌زاده هنرمند مهناز. اثربخشی درمان افشای هیجانی همسریاری تک موردی بر ناگویی خلق

در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۰؛ ۳۹ (۶۳۹): ۶۳۸-۶۳۱.

زیست شناختی و نابهنجاری‌های مغزی است. بیماران با حملات غیر صرعی روان‌زاد، از مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌نمایند؛ به گونه‌ای که هنگام مواجهه با مشکلات بیشتر از انکار و دوری جویی و کمتر از رویارویی با مسأله و برنامه‌ریزی برای رفع آن بهره می‌جویند (۱). این بیماران بسیار درون‌گرا می‌باشند، خشم خود را بدون حل کردن، درون خود نگه می‌دارند و مهار افراطی دارند. هیجانات حل نشده و تعارضات این بیماران، به شکل نشانه‌های جسمانی بازنمود پیدا کرده و حملات را ایجاد می‌کند (۲).

مقدمه

حملات تشنجی غیر صرعی روان‌زاد (Psychogenic non epileptic seizure) یا حملات شبه صرع همانند حملات صرع می‌باشد، اما آشفستگی‌های الکتروآنسفالوگرافی و شواهد بالینی موجود در صرع، در این حملات وجود ندارد. تشنج غیر صرعی روان‌زاد یا اختلال شبه صرع، تغییرات ناگهانی در احساسات، حرکات و رفتار است که در بافتی از امواج الکتروآنسفالوگرافی مغزی طبیعی صورت می‌گیرد. این تشنج‌ها، اغلب با حملات صرع اشتباه گرفته می‌شود، اما فاقد منشأ عصب-

۱- دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۴- استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: نجمه حمید: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

Email: n.hamid@scu.ac.ir

بهترین راه تشخیص، استفاده از الکتروانسفالوگرافی مغزی می باشد، اما گاهی اوقات صرع هایی همچون صرع کانونی ساده و یا صرع لوب پیشانی نیز فاقد ناهنجاری های امواج مغزی هستند و از این رو، تشخیص صحیح را با دشواری هایی رو به رو می سازد (۳). تشخیص این اختلال، مبتنی بر ترکیب داده های مختلفی است. استفاده از تاریخچه، گزارش های اطرافیان، مشاهدات بالینی، الکتروانسفالوگرافی و استفاده از روش القای تشنج، روش های اساسی تشخیص می باشد (۴).

ناگویی خلق، از جمله ویژگی هایی است که با شدت و تعداد حملات شبه صرع رابطه مستقیم دارد (۴). در مقوله ی درمان اختلال حملات شبه صرع، باید به اختلالات همراه روان پزشکی این اختلال و اختلالات زیربنایی توجه کرد؛ چرا که تابلوی بالینی نشانه های این اختلال واضح نیست. از این رو، باید در انتخاب درمان به رویکردهای مختلف توجه نمود و از یک رویکرد منحصر به فرد اجتناب ورزید (۵). این رویکردها به صورت کلی شامل تشخیص اختلال، درمان های مرحله ی اولیه، مداخلات دارویی/روان درمانی و درمان های نگه دارنده می باشد. سازمان بهداشت جهانی، طی بررسی هایی به خلاً درمانی جامع و لزوم گسترش شیوه نامه های درمانی برای این اختلال اشاره کرده است (۶). از جمله محدودیت های مرتبط با درمان این بیماران، می توان به بی ثباتی های هیجانی، رفتارهای اجتنابی، عدم پذیرش حمایت های ارابه شده، مشکلات عصبی-شناختی و وجود اختلالات روان پزشکی و عصب شناختی همراه این اختلال، اشاره کرد (۷).

از جمله درمان هایی که بر مقوله ی هیجان تأکید دارد، درمان افشای هیجانی همسریاری (Partner assisted emotional disclosure) می باشد. این درمان، بر مؤلفه ی خود افشایی هیجانی (Emotional self-disclosure) تأکید دارد. افشای هیجانی همسریاری، یک مداخله ی جدید است که مبتنی بر افشای هیجانی و درمان شناختی- رفتاری زوجی می باشد.

بیماران مبتلا به حملات تشنجی غیر صرعی روان زاد، دچار بازداری و ناگویی خلق فراوانی می باشند و به طور معمول، قادر نیستند هیجانات خود را به نحو مطلوبی ابراز کنند و یا به دلیل ترس از برچسب زدن همسر به آن ها، همواره فاقد جرأت و رزی لازم برای بیان کردن احساسات و تنش های خود یا افشای هیجانی با همسر خود می باشند.

در این مداخله ی درمانی، شرایطی برای بیمار و همسر وی فراهم می شود که با درک و همدلی و جلب همکاری همسر، توسط درمانگر، به بیمار کمک می شود تا به راحتی بتواند احساسات خود را با همسر در میان بگذارد و در روند درمان، همسر وی یاد می گیرد که تعامل مطلوبی با بیمار برقرار کند و احساس امنیت را برای او فراهم آورد. تفاوتی که میان این مداخله ی درمانی با سایر مداخلات وجود دارد، آن

است که در این مداخله، بر خلاف سایر مداخله های درمانی، مشارکت همسر بیشتر است و در واقع، همسر نقش کمک درمانگر را در منزل برای بیمار فراهم می کند. اگر چه تمرکز اصلی درمانگر بر بیمار است، اما در اغلب جلسات درمانی، همسر نیز به طور انفرادی و یا در کنار بیمار تحت هدایت درمانگر قرار می گیرد. روان شناس، به بیمار کمک می کند تا به شناسایی و بیان هیجانات خود پیرامون بیماری پردازد و همسر وی سعی در درک تجربیات بیمار و تسهیل افشای هیجان و احساسات مرتبط با این تجربیات خواهد داشت. درمانگر فقط در موارد ضروری مانند رفع تعاملات منفی شکل گرفته بین زوجین، تحریک و تشویق افشای هیجانی، آموزش بیمار برای تهیه ی لیست تجربیات و نگرانی های مرتبط با بیماری خود، آموزش زوجین جهت ادامه ی فرایند درمان در خارج از جلسات و نظارت بر پیشرفت و نظم جلسات مداخله می نماید. شیوه نامه ی درمان افشای هیجانی همسریاری، نخستین بار به منظور آموزش زوجین پیرامون افشای احساسات و نگرانی های آن ها بر روی بیماران مبتلا به سرطان معده طراحی گردید. این روش درمانی، توسط Porter و همکاران (۸) ابداع شده است.

در درمان افشای هیجانی همسریاری، بیمار طی ۸-۴ جلسه با حضور روان شناس به شناسایی و بیان هیجانات خود پیرامون بیماری می پردازد و همسر وی سعی در درک تجربیات بیمار و تسهیل افشای هیجان و احساسات مرتبط با این تجربیات دارد. جلسه ی اول حدود ۷۵ دقیقه طول می کشد و جلسات بعدی ۴۵ دقیقه زمان می برد (۸). پژوهش حاضر، از اهمیت کاربردی بالای برخوردار است، چرا که نتایج آن در خصوص کاربرد درمان افشای هیجانی همسریاری، برای درمانگران، روان شناسان و روان پزشکان در امر درمان اختلالات هیجانی با نشانه ی جسمانی کاربرد خواهد داشت. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی این فرضیه بود که «آیا درمان افشای هیجانی همسریاری بر ناگویی خلق در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع مؤثر است؟».

روش ها

پژوهش حاضر، از نوع طرح آزمایشی تک موردی با خط پایه ی چندگانه ی ناهم زمان بود که بر اساس مجوز کمیته ی اخلاق IR.IAU.AHV.AZ.REC.1400.065 و کد مجوز انجام تحقیق کارآزمایی بالینی به شماره ی IRCT20100927004827N3 انجام شد. جامعه ی هدف، عبارت از کلیه ی بیماران مبتلا به حملات شبه صرع بود که به درمانگاه های روان شناسی و مغز و اعصاب شهر اهواز در سال ۱۳۹۷ مراجعه داشتند. نمونه گیری در پژوهش حاضر، به شیوه ی هدفمند انجام شد. نمونه ی مطالعه، شامل افراد ۵۰-۱۸ سال بود که بر اساس فراخوان، ۳ نفر متقاضی شرکت در طرح که با توجه به تشخیص متخصصین مغز و اعصاب و مصاحبه ی صورت گرفته، مبتلا

به حملات شبه صرع بودند، انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش، شامل رضایت آگاهانه از حضور در مطالعه، متأهل بودن، سن ۵۰-۱۸ سال، حداقل تحصیلات راهنمایی و کسب یک انحراف معیار کمتر از میانگین در پرسشنامه‌ی Toronto Alexithymia scale (TAS) بود.

معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ابتلا به بیماری روان پزشکی ناتوان کننده، بیماری حاد جسمانی، ابتلا به بیماری عصبی شناخته شده نظیر Multiple sclerosis (MS)، سابقه ضربه به سر یا سکته مغزی، سوء مصرف مواد و مصرف داروهای مرتبط با بیماری بود.

با اتمام نمونه گیری، سه بیمار به صورت غیر هم زمان و با فاصله یک هفته وارد درمان افشای هیجانی همسر یاری شدند. این درمان توسط پژوهشگر که دارای گواهی معتبر گذراندن دوره ی درمان افشای هیجانی همسر یاری از انجمن روان شناسی ایران بود، اجرا شد. در این پژوهش، درمان افشای هیجانی همسر یاری برگرفته از Porter و همکاران (۸) طی ۸ جلسه ارائه گردید.

شیوه نامه ی درمان در این پژوهش، بر مبنای سه خط پایه تعریف و بیمار اول پس از تعیین خط پایه ی سوم به مراحل درمان وارد گردید. سپس، هر بیمار پس از اتمام خط پایه با فاصله ی یک هفته فرایند درمان را آغاز کرد؛ به گونه ای که بیمار دوم در جلسه ی دوم درمان بیمار اول و بیمار سوم در جلسه ی سوم درمان بیمار اول و جلسه ی دوم درمان بیمار دوم به مراحل درمان وارد گردیدند. جلسات درمانی به مدت یک ماه و نیم برگزار گردید. سپس، جلسات پی گیری با فاصله ی دو هفته طی سه جلسه ی متوالی صورت پذیرفت. مرحله ی پی گیری در طی شش هفته صورت گرفت و بیماران در طی سه مرحله در هر ملاقات با استفاده از پرسش نامه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

درمان افشای هیجانی همسر یاری: در مرحله ی ابتدایی درمان، پیرامون ماهیت هیجانات، شناسایی، آگاهی هیجانی و واکنش به هیجانات آموزش هایی به بیمار ارائه گردید. در مرحله ی بعد، از بیمار درخواست شد در مورد تجربیات مرتبط با بیمار خویش فکر کند و هیجانات به وجود آمده را ثبت نماید. در مرحله ی دوم، درمان با حضور همسر بیمار برگزار گردید. بیمار از تجربیات و هیجانات خود در حضور همسر صحبت کرد و سپس، یک بازه ی زمانی جهت فکر کردن به همسر داده شد. روند افشای هیجانات با همراهی همسر طی تمامی جلسات ادامه داشت و از جلسات دوم تا انتهای جلسات درمانی، همسر با درمانگر جهت رفع هیجانات منفی و آموزش مهارت های مقابله ای همکاری داشت (۸).

دستورالعمل این مداخله ی درمانی به اقتباس از مطالعه ی Porter و همکاران (۸) در جدول ۱ آمده است.

جهت ملاحظات اخلاقی، در خاتمه ی جلسات درمانی بعد از دوره ی پی گیری، به بیماران توصیه شد که در صورت نیاز به جلسات درمانی بیشتر، به روان شناس اطلاع دهند تا تحت درمان قرار گیرند.

ابزار سنجش: TAS: مقیاس Toronto Alexithymia scale (TAS) توسط Taylor (۱۹۸۶) ارائه و به وسیله ی Bagby و همکاران مورد تجدید نظر قرار گرفت (۹). این مقیاس، یک ارزیابی ۲۰ ماده ای شامل سه خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل ۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ سؤال) و تفکر برون گرا (شامل ۸ سؤال) می باشد. روش نمره گذاری لیکرت بود که دامنه ی نمره ی ۱-۵ را شامل می شود. نمره های ۶۰ به بالا، به عنوان Alexithymia با شدت زیاد و نمره های ۵۲ به پایین به عنوان Alexithymia با شدت کم در نظر گرفته می شوند. پایایی کل

جدول ۱. دستورالعمل جلسات درمانی در مداخله ی درمان افشای هیجانی همسر یاری

شماره ی جلسات	مضامین و برنامه های جلسات
جلسه ی اول	معرفی، شناسایی باورهای افراد در رابطه با به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات و چالش با باورها، به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات از طریق مکالمه ی زوجی هدایت شده، تشویق بیمار به بیان عواطف و احساسات سرکوب شده، جلب همکاری همسر در درک بیمار و اجرای دستورالعمل و تکالیف خانگی.
جلسه ی دوم	تمرکز بر نحوه ی پاسخدهی همسران و آموزش ارزیابی گذاری از طریق مکالمه ی زوجی هدایت شده، تمرین ایفای نقش ابراز و افشای هیجانی، بیان عواطف و احساسات سرکوب شده در حضور همسر با تشویق درمانگر، تعیین تکالیف خانگی.
جلسه ی سوم	تمرکز بر نحوه ی پاسخدهی همسران و آموزش ارزیابی گذاری از طریق مکالمه ی زوجی هدایت شده.
جلسه ی چهارم	بررسی تکالیف خانگی، مکالمات زوجی هدایت شده، تنظیم و هدایت احساسات و هیجانات در ارتباط با رویدادهای مختلف زندگی و همسر، تکالیف خانگی.
جلسه ی پنجم	بررسی تکالیف خانگی، مکالمات زوجی هدایت شده، تعیین رویدادهای مختلف زندگی که موجب احساسات ناگوار در بیمار شده است.
جلسه ی ششم	تصحیح احساسات و تشویق بیمار به بیان تنش های خانوادگی و احساسات سرکوب شده در برابر همسر. بررسی تکالیف خانگی، گزارش عملکرد زوجی، مکالمات زوجی هدایت شده، خاتمه ی درمان

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران

آزمودنی	جنسیت	سن	تخصیلات	مدت	سابقه‌ی بیماری	درمان
بیمار اول	مرد	۲۴	فوق دیپلم	۹ سال	-	-
بیمار دوم	زن	۲۱	دیپلم	۵ سال	دارو صرع	دارو صرع
بیمار سوم	مرد	۲۷	لیسانس	۳ سال	دارو صرع	دارو صرع

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، میانگین و سطح نمره‌های ناگویی خلق در هر سه بیمار در مرحله‌ی درمان و پی‌گیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است.

جدول ۳. روند تغییرات مراحل درمانی افشای هیجانی همسرریاری بر

Alexithymia

متغیر	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه‌ی اول	۷۶/۰۰	۷۵/۰۰	۷۷/۰۰
خط پایه‌ی دوم	۷۳/۰۰	۷۸/۰۰	۷۸/۰۰
خط پایه‌ی سوم	۷۴/۰۰	۷۸/۰۰	۷۵/۰۰
خط پایه‌ی چهارم	-	۷۷/۰۰	۷۷/۰۰
خط پایه‌ی پنجم	-	-	۷۴/۰۰
میانگین مرحله‌ی خط پایه	۷۴/۳۳	۷۷/۰۰	۷۶/۲۰
جلسه‌ی اول درمان	۷۲/۰۰	۷۵/۰۰	۷۵/۰۰
جلسه‌ی سوم درمان	۶۵/۰۰	۶۴/۰۰	۶۲/۰۰
جلسه‌ی پنجم درمان	۴۱/۰۰	۵۳/۰۰	۴۷/۰۰
جلسه‌ی هشتم درمان	۳۶/۰۰	-	۳۶/۰۰
میانگین مرحله‌ی درمان	۵۳/۵۰	۶۴/۰۰	۵۵/۰۰
شاخص تغییر پایا (درمان)	۴/۴۶	۲/۷۲	۴/۸۳
درصد بهبودی پس از درمان	۵۰	۲۹	۵۲
درصد بهبودی کل پس از درمان	۵۱	-	-
پی‌گیری نوبت اول	۳۵/۰۰	-	۳۷/۰۰
پی‌گیری نوبت دوم	۳۵/۰۰	-	۳۶/۰۰
پی‌گیری نوبت سوم	۳۷/۰۰	-	۳۶/۰۰
میانگین مرحله‌ی پی‌گیری	۳۵/۶۶	-	۳۶/۳۳
شاخص تغییر پایا (پی‌گیری)	۴/۳۳	-	۴/۸۳
درصد بهبودی پس از پی‌گیری	۴۸	-	۵۲
درصد بهبودی کل پس از پی‌گیری	۵۰	-	-

شاخص تغییر پایا در مرحله‌ی پس از درمان در بیمار اول ۴/۴۶، در بیمار دوم ۲/۷۲ و در بیمار سوم ۴/۸۳ به دست آمده است که با توجه به بالاتر بودن هر سه شاخص از $Z = 1/96$ می‌توان گفت نتایج منظم بوده و به صورت تصادفی و ناشی

مقیاس در نمونه‌ی ایرانی با استفاده از روش دو نیمه‌سازی و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش گردیده است. علاوه بر این، نتایج تحلیل عوامل نیز ساختار سه عاملی نسخه‌ی فارسی مقیاس Alexithymia را تأیید نمود (۱۰). میزان پایایی این مقیاس، به روش بازآزمایی در پژوهش حاضر ۰/۷۷ به دست آمد. سه نمونه از سؤالات این پرسش‌نامه شامل «اغلب برایم مبهم است چه احساسی دارم»، «در بدنم حس‌ها و حالت‌هایی به وجود می‌آید که حتی پزشکان هم آن‌ها را درک نمی‌کنند.» و «برایم مشکل است که احساسم را درباره‌ی دیگران توصیف کنم.» می‌باشد.

در پژوهش حاضر، از ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و معنی‌داری بالینی استفاده گردید؛ بدین صورت که داده‌های مربوط به آزمودنی‌ها در سه مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه)، مداخله و پی‌گیری، گردآوری و به کمک آمار توصیفی، تجزیه و تحلیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل دیداری (رسم نمودار)، فرمول درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد. هدف از محاسبه‌ی شاخص تغییر پایا، تعیین معنی‌داری بالینی نتایج است. همچنین، در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص روند و شاخص ثبات استفاده گردید.

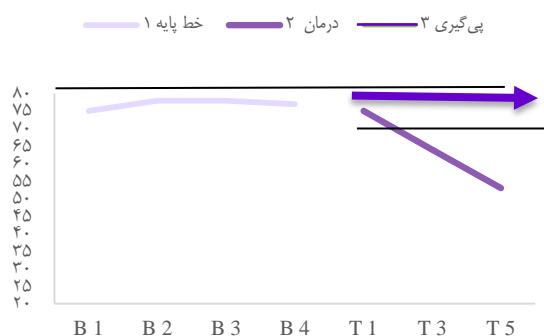
شاخص تغییر پایا، اولین بار توسط Jacobson و Truax برای تجزیه و تحلیل طرح‌های تک‌موردی ارائه گردید (۱۱). برای سنجش عملیاتی شاخص تغییر پایا، نمره‌ی پس‌آزمون منهای نمره‌ی پیش‌آزمون تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت نمرات دو آزمون می‌گردد. اگر میزان تغییرات از ۱/۹۶ بیشتر گردد، می‌توان با در نظر گرفتن ۵ درصد احتمال خطا، نتیجه گرفت که تغییر و بهبودی حاصل شده، ناشی از مداخله‌ی درمانی بوده است و تغییر به دست آمده، تصادفی نمی‌باشد.

معنی‌داری بالینی با استفاده از شاخص درصد بهبودی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد؛ به گونه‌ای که اگر نمره‌ی افراد پس از درمان از نقطه‌ی برش پایین‌تر آید، می‌توان گفت در اثر مداخله، بیمار در طیف افراد سالم قرار گرفته است. برای عینی‌سازی معنی‌داری بالینی، از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌گردد. در این فرمول، نمره‌ی پیش‌آزمون از نمره‌ی پس‌آزمون کسر و بر نمره‌ی پیش‌آزمون تقسیم و نتیجه در ۱۰۰ ضرب می‌گردد. چنانچه حاصل، ۵۰ درصد و یا بیشتر باشد، به عنوان کاهش در علائم، بهبودی و موفقیت در درمان در نظر گرفته می‌شود. ۴۹-۲۵ درصد به عنوان بهبودی نسبی و در نهایت، کاهش نمرات به زیر ۲۵ درصد، به عنوان شکست درمان تلقی می‌گردد (۱۲).

یافته‌ها

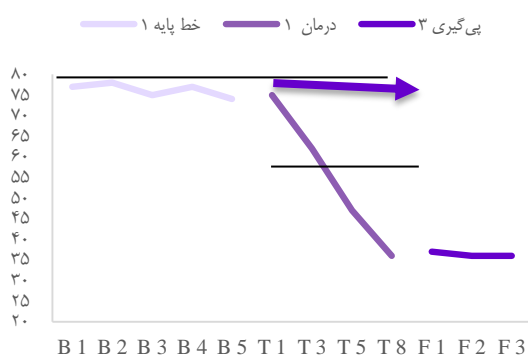
در جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، هر سه بیمار دارای حداقل تحصیلات دیپلم بودند. دو تن از بیماران سابقه‌ی دارودرمانی داشتند، اما هیچ‌یک سابقه‌ی استفاده از خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی را نداشتند.

تغییر پذیری ادامه یافت. در مرحله‌ی پی‌گیری نیز افزایش یا کاهش در سطح تغییرات وجود نداشت. شیب نمودار در بیمار اول نیز تند و به صورت منظم ادامه یافت، اما این شیب در بیمار سوم بسیار قابل توجه‌تر بود.



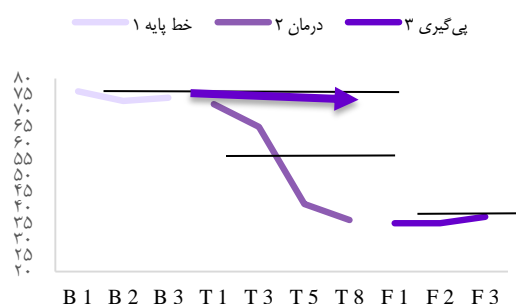
شکل ۲. روند تغییر نمرات مقیاس Alexithymia در بیمار دوم مبتلا به حملات شبه صرع تحت مداخله‌ی افشای هیجانی همسراری در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری

بیمار دوم در مرحله‌ی خط پایه، سیر ثابت داشت و در مرحله‌ی درمان، تغییرات منظم و پیوسته‌ای نشان داد. این بیمار با توجه به مشکلات و استرس‌های خانوادگی شدید، دچار عود حملات و بستری در بیمارستان گردید. از این رو، در جلسه‌ی آخر درمان و مرحله‌ی پی‌گیری امکان حضور نداشت.



شکل ۳. روند تغییر نمرات مقیاس Alexithymia در بیمار سوم مبتلا به حملات شبه صرع تحت مداخله‌ی افشای هیجانی همسراری در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری

از ناپایایی آزمون نبوده است. علاوه بر آن، همان‌طور که مشاهده می‌گردد، درصد بهبودی بیمار اول تا سوم در متغیر ناگویی خلق در مرحله‌ی درمان به ترتیب ۵۰، ۲۹ و ۵۲ درصد می‌باشد که مطابق با نظر Blanchard و Schwars، بیمار اول و سوم در طبقه‌ی بهبود کامل و موفقیت درمانی و بیمار دوم در طبقه‌ی بهبود نسبی قرار گرفته است. در مرحله‌ی پی‌گیری، شاخص تغییر پایا در بیمار اول ۴/۳۳ و در بیمار سوم ۴/۸۳ می‌باشد. با توجه به $1/96 > \text{Reliable change index}$ یا RCI، می‌توان بیان داشت که تغییرات حاصل در متغیر Alexithymia از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. در مرحله‌ی پی‌گیری، این مقادیر به ترتیب در بیمار اول و سوم ۴۸ و ۵۲ درصد بود که با توجه به نظر Blanchard و Schwars، بیمار سوم در مرحله‌ی درمان طبقه‌ی بهبود کامل قرار می‌گیرد و بیمار اول در مرحله‌ی پی‌گیری به بهبود نسبی رسیده است. بیمار دوم در جلسه‌ی انتهایی درمان و پی‌گیری به دلیل بستری شدن در بیمارستان به واسطه‌ی تشدید حملات در پی مسایل خانوادگی شدید شرکت نداشت. شکل‌های ۱، ۲ و ۳ روند تغییرات مقیاس Alexithymia در بیماران اول، دوم و سوم مبتلا به حملات شبه صرع تحت مداخله‌ی افشای هیجانی همسراری در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری را نشان می‌دهد.



شکل ۱. روند تغییر نمرات مقیاس Alexithymia در بیمار اول مبتلا به حملات شبه صرع تحت مداخله‌ی افشای هیجانی همسراری در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری

همان‌طور که در شکل‌های ۱، ۲ و ۳ مشاهده می‌گردد، با توجه به ملاک دوگانه‌ی محافظه‌کارانه، تمامی چهار نقطه‌ی مورد نیاز در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در هر سه بیمار قرار دارد. از این رو، تغییر به دست آمده در این بیماران، تصادفی نیست و در نتیجه‌ی درمان می‌باشد. روند تغییر نمره‌های Alexithymia در هر سه بیمار سیر ثابتی داشت و در مرحله‌ی درمانی، روند تغییر در سطح و شیب Alexithymia منظم و کاهش بود و در بیمار سوم، شیب تندتری مشاهده گردید. این شیب تند، تا آخرین جلسه‌ی درمان بدون نوسان و

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان افشای هیجانی همسراری بر ناگویی خلق در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع بود. نتایج

بازداری، هیجانان منفی خود را که زیرساز عود حملات شبه صرع است، با هدایت و نظارت درمانگر به راحتی ابراز کند و این امر در کاهش حملات بسیار مؤثر خواهد بود و طی جلسات درمانی، بیمار قادر خواهد شد که در عوض سرکوبی هیجانان خود، تنظیم آن‌ها را به صورت منطقی فرا گیرد.

نقطه ی قوت این پژوهش، توصیه به روان پزشکان و متخصصان روان درمانی است که از این روش درمانی در درمان بیماران مبتلا به حملات شبه صرعی استفاده کنند.

محدودیت مهم این تحقیق آن بوده است که مصاحبه ی درمانگر با بیماران انعکاس دهنده ی بهبودی بسیار بالایی در بیماران بوده است که در پرسش نامه‌ها به این میزان بازتاب نشان نمی دادند. بنابراین، پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی در این مورد، از ابزارهای دیگری، علاوه بر پرسش نامه استفاده شود. تحقیقات اندکی در زمینه ی این پژوهش وجود دارد. از این رو، تعمیم پذیری نتایج، مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه می باشد. همچنین، پیشنهاد می شود که علاوه بر پرسش نامه، از ابزارهای عینی و کیفی دیگری استفاده شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان می دهد که درمان افشای هیجانی همسریاری در کاهش شدت نشانه های Alexithymia در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع از نظر آماری و بالینی تأثیر معنی داری داشته است. این بیماران، در متغیر Alexithymia در مرحله ی درمان و پی گیری در دامنه ی بهبودی کامل و موفقیت درمانی قرار دارد. بنابراین، پیشنهاد می شود که برای درمان بیماران مبتلا به حملات شبه صرعی، علاوه بر درمان های دارویی، به منظور جلوگیری و کنترل عود علائم و درمان زیربنایی، از این روش درمانی در درمان بیماران مبتلا به حملات شبه صرعی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از پایان نامه ی دکتری روان شناسی بالینی است. نویسندگان مقاله از معاونت محترم تحقیقات و فن آوری دانشگاههای شهید چمران اهواز و علوم پزشکی جندی شاپور و تمام شرکت کنندگان در پژوهش قدردانی می نمایند.

حاصل از این پژوهش، با یافته های مطالعات پیشین مبنی بر تأثیر مثبت مداخله ی درمانی افشای هیجانی همسریاری در کاهش هیجانان و مشکلات ارتباطی در بیماران دچار سرطان نیز هم خوانی دارد (۱۷، ۹).

همان طور که عنوان شد، ناگویی خلق یا Alexithymia در این بیماران شیوع بالایی دارد و در پژوهش های درمانی کمتر به این مؤلفه پرداخته شده است. این نتیجه را می توان چنین تبیین کرد که در درمان افشای هیجانی همسریاری در گام اول به بیمار آموزش ابراز و آگاهی هیجانی داده می شود. استفاده از همسر برای بیان هیجانان و تسهیل کردن شرایط در کاهش عواطف منفی و نگرانی های بیماران اثربخش است (۳، ۵).

در جلسات زوجی، منطلق افشای هیجانی و درمان برای زوجین تشریح گردید. طی مکالمات زوجی هدایت شده، بیان نگرانی و هیجانان بیماران در حضور همسر تسهیل شد و درمانگر با همراهی همسر بیماران به بیان هیجانان، کاهش عواطف منفی و تنظیم احساسات کمک کرد. رفتارهای ناشی از هیجان، واکنش گری های هیجانی و عدم بیان هیجانی بیمار با کمک همسر بیماران به صورت غیر قضاوتی به اشتراک گذاشته شد. درمانگر با یاری همسر بیماران، رفتارهای جایگزین و سازگار برای بیمار تعریف نمود. همچنین، همسر بیماران جهت جلوگیری از تشویق و تقویت حملات آموزش هایی توسط درمانگر دریافت نمودند. با استفاده از پاسخ دهی مناسب، عدم قضاوت و ارزش گذاری همسر، بیماران در بیان هیجانان خود به صورت بهتری عمل نمودند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر، با یافته های پژوهش Myers و همکاران (۱۳) که بر اهمیت تنظیم هیجانی و Alexithymia در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع اشاره دارد، هم خوان بوده است. پریشانی هیجانی غیر قابل تشخیص و بیان نشده، اغلب به شکل جسمانی باز نمود پیدا می کند. بنابراین، بی نظمی در تنظیم هیجانی و عدم آگاهی و بیان هیجانان به سطوح بالای اختلالات افسردگی، اضطراب و نشانه های جسمانی در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع مرتبط می گردد.

کاربرد مهم این پژوهش، تأیید اثربخشی درمان افشای هیجانی همسریاری در کاهش شدت نشانه های Alexithymia در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع بوده است. با توجه به محتوای جلسات درمانی، این شرایط برای بیمار فراهم می شود که به کمک همسر خود بدون

References

1. Bodde NM, Brooks JL, Baker GA, Boon PA, Hendriksen JG, Mulder OG, et al. Psychogenic non-epileptic seizures--definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. *Seizure* 2009; 18(8): 543-53.
2. Goodman AM, Allendorfer JB, Blum AS, Bolding MS, Correia S, Ver Hoef LW, et al. White matter and neurite morphology differ in psychogenic nonepileptic seizures. *Ann Clin Transl Neurol* 2020; 7(10): 1973-84.
3. Milbury K, Weathers SP, Durrani S, Li Y, Whisenant M, Li J, et al. Online couple-based meditation intervention for patients with primary or metastatic brain tumors and their partners: results of a pilot

- randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2020; 59(6): 1260-7.
4. Scott JG, Ross CA, Dorahy MJ, Read J, Schafer I. Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders. In: Andrew Moskowitz A, Dorahy MJ, Schäfer I, editors. *Psychosis, trauma and dissociation: evolving perspectives on severe psychopathology*. Hoboken, NJ: Wiley; 2018. P. 141-57.
 5. Bosisio M, Paquet M, Bois K, Rosen N, Bergeron S. Are depressive symptoms and attachment styles associated with observed and perceived partner responsiveness in couples coping with genito-pelvic pain? *J Sex Res* 2019; 57(4): 534-44.
 6. Ibanez-Valdes L, Foyaca-Sibat H. Psychogenic Nonepileptic Seizures in Patients Living with Neurocysticercosis. In: Sibat HF, editor. *Seizures*. IntechOpen; 2018.
 7. Langer SL, Porter LS, Romano JM, Todd MW, Lee SJ. A couple-based communication intervention for hematopoietic cell transplantation survivors and their caregiving partners: Feasibility, acceptability, and change in process measures. *Biol Blood Marrow Transplant* 2018; 24(9): 1888-95.
 8. Porter LS, Keefe FJ, Baucom DH, Hurwitz H, Moser B, Patterson E, et al. Partner-assisted emotional disclosure for patients with gastrointestinal cancer: results from a randomized controlled trial. *Cancer* 2009; 115(18 Suppl): 4326-38.
 9. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23-32.
 10. Besharat MA. Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iran J Med Sci* 2008; 33(1): 1-6.
 11. Valente KD, De Paola L, Palmimi A, Faveret E, de Araujo-Filho GM, van der Linden H, et al. The approach to patients with psychogenic nonepileptic seizures in epilepsy surgery centers regarding diagnosis, treatment, and education. *Epilepsy Behav* 2017; 68: 78-83.
 12. Bagherzadeh ASRA, Hamid N, Beshlide K, Mehraby M. The effectiveness of transdiagnostic therapy based on repetitive negative thoughts on the alexithymia, emotional regulation in patient with psychogenic non epileptic seizures. *Jundishapur Sci Med J* 2019; 18(3): 263-74. [In Persian].
 13. Myers L, Matzner B, Lancman M, Perrine K, Lancman M. Prevalence of alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures and epileptic seizures and predictors in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2013; 26(2): 153-7.
 14. Manne SL, Kashy DA, Kissane D, Zaider T, Heckman CJ, Penedo FJ, et al. Relationship intimacy processes during treatment for couple-focused interventions for prostate cancer patients and their spouses. *J Psychosoc Oncol Res Pract* 2019; 1(2): e7.
 15. Berking M, Znoj HR. Development and Validation of a Self-Report Measure for the Assessment of Emotion Regulation Skills (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatr Psychol und Psychother* 2008; 56(2): 141-53.
 16. Mohammadi R, Bahari Z, Robat Meeli S, Seyedahmadian SM, Karimi R. Reliability, validity, and normalization of Berking's Emotion-Regulation Skills Questionnaire in the students of Police University. *J Police Med* 2015; 4(2): 105-12. [In Persian].
 17. Hamid Pour H. The importance of methodology in cognitive behavioral research. *Baztab-e Danesh* 2008; 3(10): 49-56. [In Persian].

The Effectiveness of Partner-Assisted Emotional Disclosure Therapy on Alexithymia in Patients with Psychogenic Non-Epileptic Seizures (PNES)

Asra Bagherzadeh¹, Najmeh Hamid², Kiomars Bashlideh³, Mahnaz Mehrabizadeh-Honarmand⁴

Original Article

Abstract

Background: Alexithymia and lack of understanding and expression of emotions are very common in patients with epileptic seizures. Psychiatric non-epileptic seizures are among the disorders that have epilepsy-like symptoms, and are often confused with epilepsy. The aim of this research was to study the effectiveness of partner-assisted emotional disclosure therapy on alexithymia in patients with psychogenic non-epileptic seizures (PNES).

Methods: In this research, a single case experimental design with multiple asynchronous baseline was used. The research population was all patients with non-epileptic psychiatric seizures who referred to psychology and neurology clinics in Ahvaz City, Iran, in 2018. The effectiveness of 6 sessions of partner-assisted emotional disclosure therapy on alexithymia was evaluated at three stages of baseline, posttest, and follow-up. Three patients were purposefully selected based on inclusion and exclusion criteria. Data gathering tool was Toronto Alexithymia Scale (TAS). For data analysis, the Reliable Change Index (RCI), clinical significances and visual inspection were used.

Findings: The RCI for the alexithymia variable in the first to third patients was 4.46, 2.72, and 4.83, respectively. According to $RCI > 1.96$, the reliable change index was significant. Moreover, the recovery rates for the first to third patient were 50%, 29%, and 52%, respectively, which indicated the success of treatment in the first and third patients, and relative success in the second patient.

Conclusion: The partner-assisted emotional disclosure therapy is effective in reducing alexithymia in patients with non-epileptic seizures.

Keywords: Seizures; Emotions; Affective symptoms; Epilepsy

Citation: Bagherzadeh A, Hamid N, Bashlideh K, Mahnaz Mehrabizadeh-Honarmand M. **The Effectiveness of Partner Assisted Emotional Disclosure Therapy on Alexithymia in Patients with Psychogenic Non Epileptic Seizures (PNES).** J Isfahan Med Sch 2021; 39(639): 631-8.

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

3- Professor, Department of Industrial Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

4- Professor, Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Corresponding Author: Najmeh Hamid, Associate Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran; Email: n.hamid@scu.ac.ir