

اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی بر الکسی تایمیا و تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع

اسرا باقرزاده^{۱*}، نجمه حمید^۲، کیومرث بشلیده^۳، مهناز مهربابی زاده هنرمند^۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی بر الکسی تایمیا و تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به حملات شبه صرع می باشد.

روش بررسی: در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده گردیده است. کارآیی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی، طی سه مرحله مداخله شامل بررسی خط پایه، مرحله ی درمان و پیگیری، مورد ارزیابی قرار گرفت. سه بیمار به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و وارد پژوهش شده و از مقیاس الکسی تایمیا تورنتو و پرسشنامه ی تنظیم هیجان برکینگ استفاده گردید. جهت تحلیل داده ها، روش شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و ترسیم دیداری مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها: شاخص تغییر پایا برای متغیر الکسی تایمیا در بیمار اول تا سوم به ترتیب ۴/۴۶، ۴/۰۸ و ۴/۴۶ می باشد. با توجه به $(RCI > 1/96)$ ، شاخص تغییر پایا معنی دار بوده و تغییرات تصادفی نبوده است. همچنین درصد های بهبودی به ترتیب برای بیمار اول تا سوم ۵۳٪، ۴۷٪ و ۵۷٪ می باشد که بیانگر موفقیت درمانی در بیمار اول و سوم و موفقیت نسبی در بیمار دوم می باشد. در متغیر تنظیم هیجانی شاخص تغییر پایا در هر سه بیمار ۲/۰۲ می باشد که با توجه به $(RCI > 1/96)$ تغییرات به صورت معنی دار بوده است. درصد بهبودی تنظیم هیجانی در این سه بیمار به ترتیب ۷۵٪، ۷۲٪ و ۵۷٪ می باشد که در دامنه ی بهبودی و موفقیت درمان قرار دارد.

نتیجه گیری: یافته ها حاکی از اثربخشی درمان در کاهش الکسی تایمیا و افزایش تنظیم هیجانی می باشد.

واژگان کلیدی: حملات شبه صرع، الکسی تایمیا، تنظیم هیجانی، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی.

۱-دانشجوی دکتری روانشناسی.

۲-دانشیار گروه روان شناسی.

۳-استاد گروه روان شناسی.

۱ و ۲-دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی،

دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

* نویسنده مسئول:

اسرا باقرزاده، گروه روان شناسی، دانشکده ی

علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران

اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶

Email: N.bagherzade67@gmail.com

مقدمه

حملات شبه صرع یا صرع سایکوژنیک (PNES)، تغییرات ناگهانی در احساسات، حرکات و رفتار است، که در بافتی از امواج الکتروانسفالوگرافی (EEG) مغزی نرمال صورت می‌گیرد. این تشنج‌ها مشابه حملات صرع می‌باشد، اما فاقد منشأ نوروبیولوژیکی و نابهنجاری‌های مغزی است (۱). تحقیقات صورت گرفته نشان داده است، ۲۰ درصد افرادی که در مراکز صرع و تشنج بستری شده‌اند، مبتلا به حملات شبه صرع می‌باشند (۲). در ۵ درصد جمعیت بیماران صرعی می‌توان حملات شبه صرع را دید و بین ۲۰-۵ درصد بیماران مبتلا صرع به این حملات دچار هستند (۳). این حملات غالباً با حملات صرع اشتباه گرفته شده و به دلیل علائم مختلفی که در اختلال حملات شبه صرع وجود دارد، تشخیص این اختلال مشکل است. بهترین راه تشخیص استفاده از الکتروانسفالوگرافی مغزی می‌باشد، ولی گاهی اوقات صرع‌هایی همچون صرع کانونی ساده و یا صرع لوب پیشانی نیز فاقد نابهنجاری‌های امواج مغزی می‌باشد و لذا تشخیص صحیح را با دشواری‌هایی رو به رو می‌سازد (۴). فروید بر ارتباط بین صرع و هیستری تأکید داشت و بیان می‌داشت که حملات مرتبط با حملات شبه صرع اساس ارگانیک ندارند و تحت تأثیر هیجان‌ها و نیروهای ناهشیار ذهنی شکل می‌گیرند (۵). بیماران مبتلا به حملات، بی‌نظمی هیجانی چشمگیری را متحمل می‌شوند که این مؤلفه‌ها باعث آسیب پذیری بیشتر این بیماران در مقابل حملات شبه صرع می‌گردد. هیجان‌ها حل نشده و تعارضات این بیماران به شکل نشانه‌های جسمانی باز نمود پیدا کرده و حملات را ایجاد می‌نماید. این بیماری غالباً تحت عنوان بیماری با مؤلفه‌های تبدیلی و تجزیه‌ای مفهوم پردازی می‌گردد و به میزان زیادی با هیجان‌ها و تنظیم هیجانی مرتبط است. اصطلاح "کاملاً ناشی از هیجان" برای این حملات به کار می‌رود (۶). این بیماران سطوح بالایی از الکسی تایمیا، کنترل و سرکوب تجارب هیجانی را گزارش می‌دهند. الکسی تایمیا از جمله ویژگی‌هایی است که با شدت و تعداد حملات شبه صرع رابطه‌ی

مستقیم دارد (۷). این مؤلفه بیانگر ناتوانی در ابراز هیجان‌ها است و عبارت از دشواری در شناسایی و کلامی کردن صحیح هیجان‌ها و تجربه‌ی حالات جسمی در واکنش به هیجان‌ها می‌باشد (۸). سرکوب، اجتناب، ناتوانی تجربه‌ی عاطفه، واکنش‌گری شدید هیجانی به‌ویژه به رویدادهای منفی، عدم پردازش هیجانی و به‌صورت کلی بد تنظیمی هیجانی در حملات شبه صرع، ویژگی‌هایی است، که مطالعات اخیر آن‌ها را مبنای توجه خود قرار داده و نقایصی را در این حیطه گزارش داده‌اند (۹). مؤلفه‌ی شخصیتی "بی‌نظمی در تنظیم هیجانی" در این بیماران مطرح گردیده است. ناتوانی در تنظیم هیجانی "بی‌نظمی در تنظیم هیجانی" نامیده می‌شود و یک مکانیزم زیربنایی در بیماری‌های ذهنی و فیزیولوژیکی می‌باشد که مدیریت و بیان هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این فرآیند در مراحل مختلفی مانند تولید هیجان، فهم و درک هیجان، واکنش‌پذیری هیجانی، آگاهی هیجانی، استمرار و شدت هیجان و اجتناب می‌باشد (۱۰، ۱۱). نقایص پردازش هیجانی با عدم رضایت و کیفیت زندگی و سلامت روان ارتباط بالایی دارد (۹، ۱۲). در مقوله‌ی درمان بیماران مبتلا به حملات شبه صرع روش‌های مختلفی صورت گرفته است، که در این میان می‌توان به درمان‌های روان‌پویشی، شناختی-رفتاری، درمان متناقض‌نما، درمان بین فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی و درمان‌های دارویی اشاره کرد (۱۳، ۱۴، ۱۵). اما سازمان بهداشت جهانی و سازمان پژوهشی بهداشت طی بررسی‌هایی به‌خلاف درمانی جامع و لزوم گسترش پروتکل‌های درمانی برای این اختلال اشاره کرده است (۱۶، ۱۷). پژوهشی که به صورت ویژه بر مقوله‌ی هیجان‌ها در درمان این بیماران متمرکز باشد، یافت نگردید، این امر بیانگر خلأ پژوهشی در این زمینه می‌باشد (۱۸). باتوجه به نقایص هیجانی چشمگیر موجود در این بیماری، درمان متمرکز بر هیجان، می‌تواند در کاهش علائم، اثربخش باشد. از جمله درمان‌هایی که بر مؤلفه‌ی هیجان تأکید دارد، درمان فراتشخیصی می‌باشد. بارلو معتقد

تکرار شونده ی منفی، بر الکسی تایمیا و تنظیم هیجانی مؤثر است؟

روش بررسی

در این مطالعه از طرح آزمایشی تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده گردیده است. طرح تک موردی به این ترتیب خواهد بود، که افراد واجد شرایط به طور همزمان به مرحله ی چند خط پایه وارد شده و به صورت تصادفی از نظر ترتیب ورود به مرحله خط پایه و درمان یک به یک به فاصله ی یک جلسه (یک هفته) و ناهمزمان وارد طرح درمان می گردیدند. بدین ترتیب که مراجع اول پس از تعیین خط پایه سوم یعنی هفته چهار وارد جلسه درمان شد و بعد از آن مراجع دوم در جلسه دوم مراجع اول، وارد جلسه اول درمان گردید. پس از آن مراجع سوم در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول وارد مراحل درمان شده و درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی، برگرفته از اکبری و همکاران دوازده الی شانزده جلسه (بسته به تمرکز مدول ها بر شرایط ویژه ی هر بیمار) ارائه گردید (۲۰). این درمان سه نوبت پیگیری در طی شش هفته پیگیری داشت و بیماران در طی سه مرحله در هر ملاقات با استفاده از بسته پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جامعه آماری، گروه نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به حملات شبه صرع است. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر عبارت است از شیوه ی هدفمند و غیر تصادفی از بین افراد ۱۸ تا ۵۰ سال که به کلینیک ها و مطب های مغز و اعصاب، اعصاب و روان شهر اهواز مراجعه کردند. 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 بوده اند، با توجه به ملاک های ورود و خروج بصورت هدفمند انتخاب گردید.

بود، که تنظیم هیجانی فرآیند بنیادین مشترک و فراتشخیصی اختلالات هیجانی است. پژوهش ها نشان داد که تنظیم هیجانی یک فرآیند مهم فراتشخیصی در اختلالات هیجانی است، ولی آن را به عنوان عامل زیربنایی نمی داند و این پژوهش ها سازه ی افکار تکرار شونده ی منفی را به عنوان فرآیند زیربنایی معرفی می کند. افکار تکرار شونده ی منفی شامل نگرانی، نشخوار فکری و افکار مزاحم و هرنوع افکار تکرار شونده ی منفی دیگر است. درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی شامل مؤلفه های آشنایی با اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیصی، خودآگاهی هیجانی و ذهن آگاهی هیجانی، آشنایی با افکار تکرار شونده ی منفی و راهبردهای کاهش آن، باورهای فراشناختی و بازسازی مجدد، مواجهه ی مجدد با اجتناب تجربه گرایانه و پیشگیری از عود می باشد (۱۹، ۲۰). این درمان اثربخشی خود را در اختلالات مختلف هیجانی نشان داده است (۲۱، ۲۲). با توجه به همبندی بالای اختلال حملات شبه صرع با اختلال افسردگی و اضطراب و وجود نقایصی در تنظیم و مدیریت هیجان فرض می گردد که این درمان در بهبود و کاهش علائم و حملات، مفید باشد. درباره ی بیماران مبتلا به حملات شبه صرع در مراکز صرع اطلاعات محدودی وجود دارد. تحقیقات نشان داده است که اغلب مراکز پروتکل های مرتبط با تشخیص را دارند ولی پروتکل واحدی در زمینه ی درمان وجود ندارد. در واقع شکاف زیادی بین تشخیص و درمان در این بیماران وجود دارد (۲۳). از سویی دیگر درمان های ارائه شده تنظیم هیجانی و هیجانان در این بیماران را به صورت ویژه محوریت قرار نداده اند، با وجود پژوهش های بسیار در زمینه ی وجود مشکلات تنظیم هیجانی در این بیماران هیچ گونه مداخله ای که بر مهارت های تنظیم هیجانی و مدیریت هیجانی این بیماران متمرکز باشد، یافت نگردید. این امر حاکی از یک خلأ پژوهشی در درمان مرتبط با این اختلال می باشد. با توجه به مطالب ذکر شده سوال اصلی پژوهش حاضر عبارت است از: آیا درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار

پرسشنامه‌ی مهارت‌های تنظیم هیجانی دارای خرده مقیاس آگاهی، شفافیت، ادراک، تغییر، پذیرش، تحمل، آمادگی برای مقابله و حمایت از خود می‌باشد. علاوه بر سازه‌هایی که بیان گردید، پرسشنامه‌ی تنظیم هیجانی برکینگ دارای یک نمره‌ی کل نیز می‌باشد که به عنوان میانگین کل نمرات در نظر گرفته می‌شود. هر چقدر این میانگین بالاتر باشد، یعنی فرد در مهارت‌های تنظیم هیجانی بالاتر و هرچقدر نمره‌ی میانگین پایین تر باشد، یعنی فرد در تنظیم هیجانی ضعیف تر است. آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۹۳ بدست آمده است و برای تعیین روایی از روایی همگرا و واگرا استفاده گردیده است که همبستگی منفی را با پرسشنامه‌ی سلامت روان و همبستگی مثبت بالایی را با پرسشنامه‌ی تنظیم هیجانی گراتز نشان داده است و همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۹ می‌باشد (۲۷). در این پژوهش پایایی بدست آمده ۰/۷۴ می‌باشد.

روش های آماری

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده ها از ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و معنی داری بالینی استفاده شده است. در روش ترسیم دیداری، تغییرات در نشانه های بیماری و عملکرد بیماران در عملکرد خط پایه، درمان و پیگیری توسط الگوهای ترسیم دیداری بررسی گردید. داده های پژوهش با استفاده از شاخص تغییر پایا، معنی داری بالینی و ملاک های شش گانه کارایی درمان های روان شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شاخص تغییر پایا اولین بار توسط جکوبسون و تراکس (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل طرح های تک موردی ارائه گردید (۲۸). برای سنجش عملیاتی شاخص تغییر پایا، نمره پس آزمون منهای نمره پیش آزمون تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت نمرات دو آزمون می گردد. اگر میزان تغییرات از ۱/۹۶ بیشتر گردد، می توان با در نظر گرفتن ۵ درصد احتمال خطا نتیجه گرفت، که تغییر و بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی بوده و تغییر بدست آمده تصادفی نمی باشد. معنی داری بالینی توسط شاخص درصد بهبودی مورد ارزیابی قرار می گیرد، به گونه ای که اگر

الف- ملاک‌های ورود به پژوهش

- رضایت آگاهانه از حضور در مطالعه
- سن در بازه‌ی زمانی ۵۰-۱۸
- حداقل تحصیلات (حداقل ۶ کلاس جهت خواندن و نوشتن) برای تکمیل ابزار پژوهش

ب- ملاک‌های خروج از پژوهش

- ابتلا به بیماری روان پزشکی ناتوان کننده
- ابتلا به بیماری نورولوژیک شناخته شده مثل ام اس
- سابقه ضربه به سر
- سابقه سکته مغزی
- سو مصرف مواد
- مصرف داروهای مرتبط با بیماری

ابزار پژوهش

مقیاس الکسی تایمیا تورنتو: مقیاس الکسی تیمیای تورنتو (TAS) توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، پارکر و تیلور مورد تجدید نظر قرار گرفته شد (۲۴). این مقیاس شامل ۲۰ ماده است که سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) را دارا می‌باشد. روش نمره‌گذاری این آزمون به شیوه‌ی لیکرت است. دامنه‌ی پاسخ به هر ماده از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق متغیر است و به پاسخ کاملاً مخالف نمره‌ی یک و به پاسخ کاملاً موافق نمره‌ی پنج تعلق می‌گیرد. نمره‌ی کل بیانگر میزان الکسی تایمیا فرد می‌باشد. پایایی کل مقیاس با استفاده از روش دو نیمه سازی و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس ۰/۸۵ گزارش گردیده است (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی بدست آمده معادل ۰/۷۷ می‌باشد.

پرسشنامه‌ی مهارت‌های تنظیم هیجانی برکینگ

پرسشنامه‌ی تنظیم هیجانی توسط برکینگ و زنوج (ERSQ) ساخته شده است (۲۶). شامل ۲۷ آیت می‌باشد که از یک مقیاس لیکرتی پنج درجه ایی (۰= همیشه، ۱= اغلب، ۲= گاهی اوقات، ۳= به ندرت و ۴= اصلاً) برای سنجش مهارت‌های تنظیم هیجانی طراحی گردیده است.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می گردد، شاخص تغییر پایا در بیمار اول ۴/۴۶، بیمار دوم ۴/۰۸ و در بیمار سوم ۴/۴۶ است، که با توجه به بالاتر بودن هر سه شاخص از $Z=1/96$ می توان گفت نتایج منظم بوده و بصورت تصادفی و ناشی از ناپایی آزمون نبوده است. درصد بهبودی متغیر الکسی تایمیا در بیمار اول ۵۳٪ در بیمار دوم ۴۷٪ و بیمار سوم ۵۷٪ می باشد که با توجه به نظر بلانچارد و اسکوارز، بیمار اول و سوم در دامنه ی بهبود کامل و موفقیت درمانی قرار گرفته اند، در بیمار دوم درصد بهبودی در دامنه ی بهبود نسبی قرار دارد. در مرحله ی پیگیری تغییرات درمانی بیمار اول و سوم به صورت پایدار باقی مانده است، ولی در بیمار سوم کاهش درصد بهبودی و اثرات درمانی مشاهده می گردد. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می گردد، شاخص تغییر پایا در متغیر تنظیم هیجانی برای بیماران ۲/۰۲ می باشد که با توجه به $(RCI > 1/96)$ تغییرات منظم بوده و ناشی از ناپایی آزمون ها و تصادفی نمی باشد. همان طور که مشاهده می گردد، درصد بهبودی بیمار اول ۷۵٪، بیمار دوم ۷۲٪ و بیمار سوم ۵۷٪ است، که با توجه به نظر بلانچارد و اسکوارز هر سه بیمار در دامنه ی بهبودی و موفقیت درمانی قرار می گیرد. در مرحله ی پیگیری بیمار اول و سوم اثرات درمانی را حفظ کرده اند، ولی در بیمار دوم همانند متغیر الکسی تایمیا، اثرات بهبودی کاهش نشان داده و به عدم موفقیت درمانی رسیده است.

نمره افراد پس از درمان از نقطه برش پایین تر آید، می توان گفت در اثر مداخله بیمار، در طیف افراد سالم قرار گرفته است. برای عینی سازی معنی داری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده می گردد. این فرمول اولین بار توسط بلانچارد و اسکوارز (۱۹۸۸) ارائه شده است (۲۹). در این فرمول نمره ی پیش آزمون از نمره ی پس آزمون کم شده و بر نمره ی پیش آزمون تقسیم و نتیجه در ۱۰۰ ضرب می گردد. چنانچه حاصل، ۵۰ درصد و یا بیشتر باشد، به عنوان کاهش در علائم، بهبودی و موفقیت در درمان در نظر گرفته می شود. ۲۵ الی ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و نهایتا کاهش نمرات به زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می گردد.

یافته ها

در جدول ۱ ویژگی های جمعیت شناختی بیماران نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می گردد، هر سه بیمار دارای حداقل تحصیلات دیپلم بوده اند. دو تن از بیماران سابقه ی دارو درمانی داشته اما هیچ کدام سابقه استفاده از خدمات روان شناختی و روان درمانی را نداشته اند.

در جدول ۲ و ۳ آماره های توصیفی آزمودنی های تحت درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی بیماران

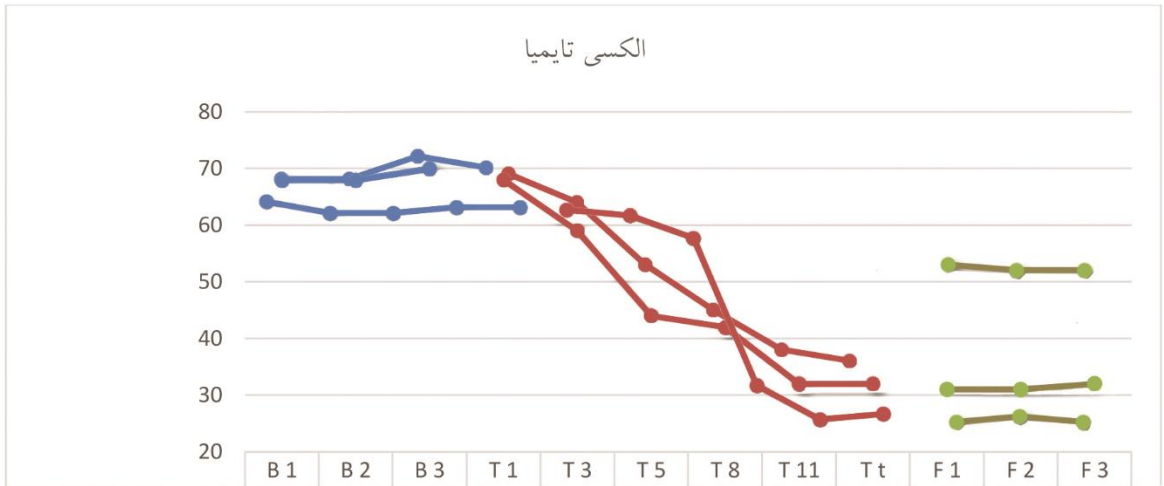
آزمودنی	جنسیت	سن	تحصیلات	مدت بیماری	سابقه درمان
بیمار اول	زن	۳۶	دیپلم	۵ سال	دارو
بیمار دوم	مرد	۲۵	دیپلم	۱۱ سال	دارو
بیمار سوم	مرد	۳۴	لیسانس	۳ سال	-

جدول ۲: روند تغییرات مراحل درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده ی منفی در الکسی تایمیا

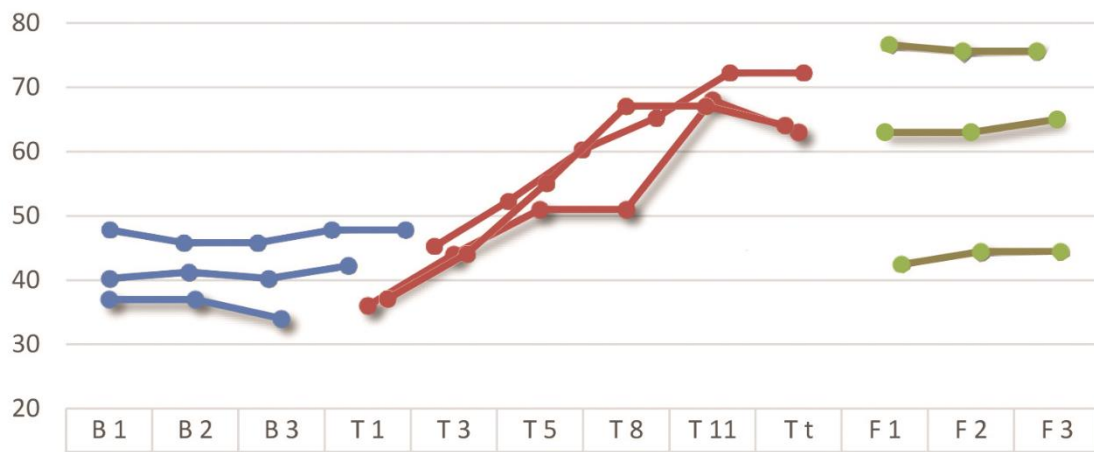
بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۶۵	۶۸	۶۸	خط پایه ی اول
۶۳	۶۸	۶۸	خط پایه ی دوم
۶۳	۷۲	۷۰	خط پایه ی سوم
۶۴	۷۰	-	خط پایه ی چهارم
۶۴	-	-	خط پایه ی پنجم
۶۳/۸	۶۹/۵	۶۸/۶۶	میانگین مرحله ی خط پایه
۶۳	۶۹	۶۸	جلسه ی اول درمان
۶۲	۶۴	۵۹	جلسه ی سوم درمان
۵۸	۵۳	۴۴	جلسه ی پنجم درمان
۳۲	۴۵	۴۲	جلسه ی هشتم درمان
۲۶	۳۸	۳۲	جلسه ی یازدهم درمان
۲۷	۳۶	۳۲	جلسه ی آخر درمان
۴۴/۶۶	۵۰/۸۳	۴۶/۱۶	میانگین مرحله ی درمان
۴/۴۶	۴/۰۸	۴/۴۶	شاخص تغییر پایا(درمان)
%۵۷	%۴۷	%۵۳	درصد بهبودی پس از درمان
	%۵۲		درصد بهبودی کل پس از درمان
			پیگیری
۲۶	۵۴	۳۱	پی گیری نوبت اول
۲۷	۵۳	۳۱	پی گیری نوبت دوم
۲۶	۵۳	۳۲	پی گیری نوبت سوم
۲۶/۳۳	۵۳/۳۳	۳۱/۳۳	میانگین مرحله پی گیری
۴/۵۸	۱/۹۸	۴/۴۶	شاخص تغییر پایا(پی گیری)
%۵۸	%۲۳	%۵۳	درصد بهبودی پس از پی گیری
	%۴۴,۶۶		درصد بهبودی کل پس از پی گیری

جدول ۳: روند تغییرات مراحل درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی در تنظیم هیجانی

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۴۷	۳۹	۳۷	خط پایه ی اول
۴۵	۴۰	۳۷	خط پایه ی دوم
۴۵	۳۹	۳۴	خط پایه ی سوم
۴۷	۴۱	-	خط پایه ی چهارم
۴۷	-	-	خط پایه ی پنجم
۴۶/۲	۳۹/۷۵	۳۶	میانگین مرحله ی خط پایه
۴۷	۳۷	۳۶	جلسه ی اول درمان
۵۴	۴۴	۴۴	جلسه ی سوم درمان
۶۲	۵۵	۵۱	جلسه ی پنجم درمان
۶۷	۶۷	۵۱	جلسه ی هشتم درمان
۷۴	۶۷	۶۸	جلسه ی یازدهم درمان
۷۴	۶۴	۶۳	جلسه ی آخر درمان
۶۳	۵۵/۶۶	۵۲/۱۶	میانگین مراحل درمان
۲/۰۲	۲/۰۲	۲/۰۲	شاخص تغییر پایا(درمان)
%۵۷	%۷۲	%۷۵	درصد بهبودی پس از درمان
	%۶۸		درصد بهبودی کل پس از درمان
			پیگیری
۷۵	۴۲	۶۳	پی گیری نوبت اول
۷۴	۴۴	۶۳	پی گیری نوبت دوم
۷۴	۴۴	۶۵	پی گیری نوبت سوم
۷۴/۳۳	۴۳/۳۳	۶۳/۶۶	میانگین مرحله پی گیری
۲/۰۲	۰/۵۲	۲/۱۷	شاخص تغییر پایا(پی گیری)
%۵۷	%۱۹	%۸۰	درصد بهبودی پس از پی گیری
	%۵۲		درصد بهبودی کل پس از پی گیری



تنظیم هیجانی برکینگ



بحث

نشان داده اند. درصد بهبودی در بیمار اول ثابت، در بیمار دوم کاهش محسوس و در بیمار سوم ۱٪ افزایش داشته است. کاهش درصد بهبودی و اثرات درمانی در بیمار دوم با توجه به محدودیت های این بیمار در درک مفاهیم که در طی جلسات نتیجه گیری شد، قابل تبیین است. با مبنی قرار دادن نظر بلانچارد و اسکوارز، بیمار دوم در مرحله ی درمان در دامنه ی بهبود نسبی قرار داشته و جلسات پیگیری این بهبود نسبی به شکست درمانی رسیده و نتیجه ی معنی

پژوهش حاضر نشان داد، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده ی منفی بر متغیر های الکسی تایمیا و تنظیم هیجانی موثر بوده است. تمامی آزمودنی ها در متغیر های مربوطه تغییرات معنی داری نشان دادند. در متغیر الکسی تایمیا درصد بهبودی کلی بیماران ۵۲٪ و در مرحله ی پیگیری ۴۴/۶۶٪ می باشد. بیمار دوم در این درمان درصد بهبودی ۴۷٪ کمترین درصد بهبودی و بیمار سوم با درصد بهبودی ۵۷٪ بالاترین درصد بهبودی در این متغیر

تداوم اثرات درمانی وجود نداشته است. البته در این بیماران سطوح متغیرها در مرحله پیگیری نسبت به درمان افزایش داشته است ولی از نظر بالینی و آماری این افزایش معنی دار نمی باشد. میزان پذیرش (درصد بیمارانی که درمان را کامل یا ترک کرده اند). بیماران مشارکت کننده در درمان به صورت کامل تا جلسه ی انتهای درمان همکاری داشته و درمان افت از مودنی نداشته است. ایمنی (بیانگر این می باشد که آیا درمان، مشکلات و دردسری برای آنها داشته است یا خیر) با توجه به مصاحبه صورت گرفته، گرفتاری و دردسری از سوی بیماران گزارش نگردید. درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی بر الکسی تایمیا و تنظیم هیجانی مؤثر بوده است، به گونه ای که در مرحله ی درمان و پیگیری اثرات درمانی قابل مشاهده می باشد. نقایص تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به حملات شبه صرع در مطالعات مختلفی نشان داده شده است. بیماران مبتلا در ابعاد مختلف آگاهی هیجانی، درک و تجربه ی هیجانی، مواجه با هیجانات و تنظیم هیجانی دچار اختلال می باشند (۹). این بیماران میزان بالاتری از الکسی تایمیا را نشان داده و در مواجه با عواطف منفی بیش تر از سرکوب و انکار استفاده می نمایند (۱۰). در پژوهش های متفاوتی نیز کارآیی درمان فراتشخیصی بر اختلالات هیجانی مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه ای توسط فارکیونه و همکاران (۲۰۱۲) اثربخشی درمان بر روی بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار گرفت. پس از ۱۶ جلسه درمان بر روی ۳۷ بیمار بهبود قابل توجهی در سطوح افسردگی و اضطراب و عواطف مثبت و منفی مشاهده گردید (۲۲). درمان های مختلف شناختی- رفتاری، خانواده درمانی و روان پویشی بر روی این بیماران صورت گرفته و بیانگر معنی داری و اثرگذاری بر روی این طیف افراد می باشد (۱۶، ۳۱). ولی پژوهشی که بیانگر اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده ی منفی در این بیماران باشد، یافت نگردید. این درمان بر مقوله ی آموزش بازشناسی هیجانات، ردیابی و آگاهی هیجانی، ارزیابی شناختی و رویارویی هیجانی،

دار بالینی در جلسات پیگیری این بیمار مشاهده نشد. در متغیر تنظیم هیجانی درصد بهبود کلی ۶۷٪ می باشد. بیمار اول در این متغیر با ۷۵٪ بهبودی دارای بالاترین بهبودی می باشد که در مرحله ی پیگیری با ۵٪ افزایش، اثرات درمانی پایدار باقی مانده است. بهبودی بیمار دوم ۷۲٪ در مرحله ی درمان بوده که حاکی از موفقیت درمان می باشد، البته در مرحله ی پیگیری کاهش چشمگیری داشته و لذا اثرات درمانی پایدار باقی نمانده است، که با توجه به محدودیت بیمار در نگهداری مفاهیم و لذا عدم توانایی نگهداری آموزش ها، قابل تبیین است. بیمار سوم بهبودی ۵۷ درصدی در مرحله ی درمان نشان داده که در مرحله ی پیگیری نیز به صورت ثابت باقی مانده است و بیانگر بهبودی و موفقیت درمان در تنظیم هیجانی بیمار می باشد. اینگرام هیزواسکات (۲۰۰۰) در بررسی کارآیی درمان های روان شناختی به متغیرهای مختلفی اشاره نموده اند (۳۰). این متغیرها عبارتند از: روند تغییر (منظور میزان تغییر در آماج یا اهداف درمانی است). در این پژوهش یافته ها بیانگر تغییر در متغیرهای وابسته بود، که به صورت جداگانه در هر بیمار ارائه گردید. کلیت تغییر (درصد افرادی که تغییر نشان داده و نشان نداده اند) نتایج نشان داد، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی در هر سه بیمار در دو متغیر تنظیم هیجانی و الکسی تایمیا مؤثر واقع گردیده است. عمومیت تغییر (تغییر در سایه کارکردی بین فردی و عملکردی را نشان می دهد). در این پژوهش میزان عود حملات بین فردی توسط مصاحبه مورد ارزیابی قرار گرفته است. میزان عود توسط یک مقیاس گزارش دهی که توسط درمانگر ساخته شده بود نیز مورد ارزیابی قرار گرفت، که نتایج حاکی از کاهش شدت، مدت حملات و افزایش کارکرد و روابط بین فردی این بیماران بوده است. ثبات (میزان تداوم نتایج درمان را نشان می دهد). برای سنجش این مولفه ۳ مرحله پیگیری صورت گرفته است، که نتایج نشان داد، بعد از اتمام درمان اثرات منفی درمانی در دو تن از بیماران کاملاً تداوم یافته است و در یک بیمار به دلیل عدم توانایی نگهداری مفاهیم، امکان

فرا تشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی می باشد (۲۰). گزارشات این بیماران در طی جلسات درمان و پیگیری حاکی از اثر بخشی درمان در فرآیند مواجهه و شناسایی هیجانات خویش به ویژه هیجانات منفی بوده است.

هر پژوهشی با محدودیت هایی روبه روست. در این پژوهش استفاده از مقیاس و محدودیت های آنها در پژوهش، عدم سنجش متغیرهای شناختی و بررسی تغییرات آنها و عدم در نظر گرفتن سطح انتظارات بیماران در نحوه درمان به عنوان متغیر مداخله گر، از جمله این محدودیت ها بوده است، لذا پیشنهاد می گردد، با توجه به این که این درمان علاوه بر مؤلفه های هیجانی بر مؤلفه های شناختی نیز متمرکز است، پژوهش های آتی متغیرهای شناختی بیماران مبتلا به حملات شبه صرع را مد نظر قرار دهد.

مواجهه و ممانعت از اجتناب، آگاهی و تحمل احساسات بدنی و ذهن آگاهی تاکید دارد. این درمان بر روی بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب مؤثر واقع گردیده است، ولی مطالعه ای که این درمان بر روی بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی و حملات شبه صرع انجام شده باشد، یافت نگردید. چندین تبیین احتمالی از تاثیرگذاری این درمان بر بیماران مبتلا به حملات تشنجی شبه صرع وجود دارد. نخست اینکه مطابق با پژوهش های صورت گرفته بیماران مبتلا به این حملات، بیشترین مشکل را در تنظیم هیجانی نشان داده اند، به گونه ای که مؤلفه ی شخصیتی بی نظمی تنظیم هیجانی در این بیماران مطرح گردیده است، و درمان فرا تشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی یکی از محورهای زیر بنایی اختلالات را تنظیم هیجانی دانسته و بر این مقوله متمرکز می گردد (۳۲). از سویی دیگر رفتارهای اجتنابی موجود در این بیماران از دیگر محورهای درمان

منابع

- 1-Bodde NMG, Brooksd JL, Bakerd GA, Boona PAJM, Hendriksena BJGM, Muldera OG, Aldenkam pAP. Psychogenic non epileptic seizures—Definition, etiology, treatment and prognostic issues: A critical review. *Seizure*. 2009;18: 543–553.
- 2-Gates JR. Non-epileptic seizure: Classification co-existence with epilepsy: Diagnosis therapeutic approaches and consensus. *Epilepsy & Behavior*. 2002; 43: 28-33.
- 3-Tanvir U, Syed MD, Curt MPH, LaFrance JR, Emine S, Kahriman MD, Saba N, Hasan MD, Rajasekaran MD, et al. Semiology predict psychogenic non-epileptic seizures? A prospective study. *Annals of Neurology*. 2011; 69(6): 997–1004.
- 4-Asadi-Pooya, AA. Psychogenic nonepileptic seizures: a concise review. *Neurological Sciences*. 2017; 38(6): 935–940.
- 5-Thompson R, Isaac CL, Rowse G, Totho CL, Reuber M. What is it like to receive a diagnosis of nonepileptic seizure? *Epilepsy & Behavior*. 2009; (14): 508-515.
- 6-Nicole A, Robert S, Mary H, Bureson A, Dana J, Weber F, Larson A, Kristin S & et al. Emotion in psychogenic nonepileptic seizures: Responses to affective pictures. *Epilepsy & Behavior*. 2012; 24: 107–115.
- 7-Urbaneck M, Harvey M, Gowan J, Agrawal N. Regulation of emotions in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behavior*. 2014; 37:110-5.
- 8-Afshari A, Afshari H, Shafiei K, Eskandari E, Adibi N. The Relationship between Alexia Thymia and its Components with Anxiety and Depression in Patients with Mental Disorders. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*. 2014; 19 (5): 39-33.
- 9-Novakova B, Howlett S, Baker R, Reuber M. Emotion Processing and Psychogenic Non-Epileptic Seizures, a crosssectional comparison of patients and healthy controls. *Eropean Journal of Epilepsy*. 2015; 29: 4-10.
- 10-Mennin DS, Holaway R, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*. 2007; 38: 284–302.

- 11-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 & Behavior*. 2013; 26: 153-7.
- 12-Zavala SS, Boswell JF, Gallagher MW, Bentley KH, Ametaj A, Barlow DH. The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behav Res Ther*. 2012; 50(9): 551-557.
- 13-Russell, LA, Abbass AA, Allder SJ, Kisely S, Pohlmann EB, Town JM. A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behav*. 2016; 7: 17-19.
- 14-Barry JJ, Wittenberg D, Bullock KD, Michaels JB, Classen CC, Fisher RS. Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: A pilot study. *Epilepsy Behav*. 2008; 13(4): 624-629.
- 15-Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*. 2010; 74(24): 1986-1994. Stone J, Casron A, Hallet A. Explanation as treatment for functional neurologic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016; 139: 194-201.
- 16-Stone J, Casron A, Hallet A. Explanation as treatment for functional neurologic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016; 139: 194-201.
- 17-Baslet, G. Psychogenic nonepileptic seizures: A treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium? *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012; 8: 585-598.
- 18-Sequeira AS, Silva B. A Comparison Among the Prevalence of Alexithymia in Patients with Psychogenic Nonepileptic Seizures, Epilepsy, and the Healthy Population: A Systematic Review of the Literature. *Psychosomatics*. 2019; 1-8.
- 19-Akbari M, Roshan R, Fata L, Shabani A, Zarghami F. The Role of Cognitive, Behavioral, Emotional, and Metacognitive Factors in Predicting Negative Thoughts: A Fractal Approach. *Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*. 2014; 20 (2): 343-322.
- 20-Akbari M, Roshan R, Sha'bani A, Fati L, Poetry MR, Zarghami F. The Comparison of the Efficacy of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts with Unified Transdiagnostic Therapy in Treatment of Patients with Co-occurrence Anxiety and Depressive Disorders: A Randomized Clinical Trial *Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*. 2015; 21 (2): 90-88.
- 21-Shannon SZ, James F, Boswell, Matthew, W, Gallagher, Kate H, Bentley, Amantia A, David H, Barlow. The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behav Res Ther*. 2012; 50(9): 551-557.
- 22-Farchione TJ, Christopher P, Fairholme KK, Ellard CL, Boisseau Hollands TJ, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2012; 43(3): 666-678.
- 23-Kette D, Valente A, Luciano DE, Paola BC, Andre Palmiini DEF, Faveret G, et al. The approach to patients with psychogenic nonepileptic seizures in epilepsy surgery centers regarding diagnosis, treatment, and education. *Epilepsy & Behavior* 2017; 68: 78-83.
- 24-Taylor GJ, Bagby R M, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994; 38: 23-32.
- 25-Besharat, MA. Psychometric characteristics of Persian Version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iranian Journal of Medical Science*. 2008; 33(1): 1-6.
- 26-Berking M, Znoj H, Entzwickung ND, Validierung eines ZR. standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2008; 56: 141-53.
- 27-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. *Journal of Police Medicine*. 2015; Vol. 4, No. 2: 105-112.
- 28-Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 199; 59(1):12-9.
- 29-Hamid Pour, H. The Importance of Methodology in Cognitive Behavioral Research. *Reflection of Knowledge*. 2008; 3: 56-49.
- 30-Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatments: A critical analysis. In C. R. Snyder & Q. R. E. Ingram (EDS). *Handbook of psychological change*. New York: Wiley; 2000: p. 40-60.
- 31-LaFrance WC, Miller, IW, Ryan, CE, & et al. (2009). Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*, 14(4), 591-596.
- 32-Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 3: 194-187.

The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts on the Alexithymia, Emotional Regulation in patients with Psychogenic Non Epileptic Seizures

Asra Bagherzade^{1*}, Najmeh Hmid², Kiumars Beshlide³,
Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand³

1-Ph.D. Student of Psychology.

2-Associate Professor of Psychology.

3-Professor of Psychology.

1,2,3-Department of Psychology,
Faculty of Educational Science and
Psychology, Shahid Chamran
University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Asra Bagherzade; Department of
Psychology, Faculty of Educational
Science and Psychology, Shahid
Chamran University of Ahvaz, Ahvaz,
Iran.

Tel: +9161187586

Email: N.bagherzade67@gmail.com

Abstract

Background and Objective: The purpose of this study is to determine the effectiveness of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts on the Alexithymia, Emotional Regulation in patients with Psychogenic Non-Epileptic Seizures. **Subjective and Methods:** In this study, a single-case experimental design with asynchronous multiple base line was used. The efficacy of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts was evaluated during three steps of intervention, including the study of the baseline, the treatment phase and follow-up. Three patients were selected through purposive sampling and entered the study. In this study, Alexithymia Toronto scale and Berking Emotional Regulation Questionnaire were used. The data were analyzed using the Reliable Change Index, clinical significances and visual inspection.

Results: In this study, the Reliable Change Index for the Alexithymia variable in patients was 4.46, 4.08 and 4.46, respectively, which was significant (RCI >1.96), and therefore, no random changes were made. Percent of improvement was 53%, 47% and 57% for patient respectively, indicating success in treatment in the first and third patient and the relative success in the second patient. In the emotional regulation variable, the Reliable Change Index was 2.02 in all three patients, which was significant (RCI >1.96). The improvement percentage of emotional regulation in these three patients was 75%, 72%, and 57%, which was in the range of improvement and treatment success.

Conclusion: The findings indicate the effectiveness of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts in decreasing Alexithymia and increased emotional regulation.

Keywords: Psychogenic Non Epileptic Seizures, Alexithymia, emotional regulation, Transdiagnostic therapy based on repetitive negative thought.

► Please cite this paper as:

Bagherzade A, Hmid N, Beshlide K, Mehrabizadeh Honarmand M. The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts on the Alexithymia, Emotional Regulation in patients with Psychogenic Non Epileptic Seizures. *Jundishapur Sci Med J* 2019; 18(3):263-274

Received: Apr 14, 2019

Revised: June 30, 2019

Accepted: July 13, 2019