

بررسی اختلال وسواسی-جبری و ارزیابی حالت وسواسی به عنوان یک صفت شخصیتی در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۱/۲۱

چکیده

کوروش بنی‌هاشمیان*

راضیه اعتصامی‌پور

گروه روانشناسی عمومی و مدرس دانشگاه پیام

نور جهرم

زمینه و هدف: تغییرات رفتاری در بیماران مبتلا به صرع، سبب شده است که همراهی اختلالات روانپزشکی با صرع از جمله اختلالات اضطرابی همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی اختلال وسواسی-جبری و ارزیابی حالت وسواسی به عنوان یک صفت در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی است. **روش بررسی:** ۷۶ نفر از بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی، ۷۴ نفر مبتلا به صرع منتشر و نیز ۷۶ نفر به عنوان گروه کنترل که در عرض سه ماه (ابتدای تیرماه تا پایان شهریور ۱۳۸۸) به مرکز درمانی تخصصی اعصاب و روان شیراز مراجعه کرده بودند، به‌طور تصادفی انتخاب شدند که با استفاده از مقیاس وسواسی-جبری ییل-براون (Y-BOCS)، فرم کوتاه MMPI و مصاحبه بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** تعداد مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری در گروه صرع لوب گیجگاهی به طور معنی‌داری بیشتر از صرع منتشر و کنترل بود ($p < 0/001$). همچنین میانگین نمرات ضعف روانی در بیماران صرع لوب گیجگاهی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه صرع منتشر و کنترل بود ($p < 0/001$). بین نمره کل مقیاس ییل-براون و نمره ضعف روانی در MMPI رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/01$). نتیجه‌گیری: بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی بیشتر از افراد سالم و بیماران مبتلا به صرع منتشر، به اختلال وسواسی-جبری مبتلا می‌شوند و همچنین حالت وسواسی در این بیماران را می‌توان به عنوان یک صفت شخصیتی در نظر گرفت. بنابراین مداخلات روانشناختی، علاوه بر درمان دارویی، جهت درمان اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی لازم به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: اختلال وسواسی-جبری، حالت وسواسی، صفت، صرع لوب گیجگاهی.

*نویسنده مسئول، جهرم، بلوار آزادگان، دانشگاه پیام‌نور

تلفن: ۰۹۱۷۳۱۴۸۷۸

email: kouroschpcsp@yahoo.com

مقدمه

گزارش نشده است. اگرچه یک تحقیق، ۲۲٪ شیوع نشانه‌های وسواسی را در ۳۰ بیمار مبتلا به صرع نشان داده است.^۵ همچنین در پژوهش دیگری Mitchell, Beyenburg و همکاران، نشان دادند که بین ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به صرع مزمن، قبل از ابتلا به صرع، مبتلا به حداقل یک نوع اختلال خلقی یا اضطرابی از جمله افسردگی یا وسواس بوده‌اند.^۶ در مطالعه‌ای در بیماران صرعی، رابطه نیرومندی بین صرع با احساس گناه، ترس، نگرانی و عزت نفس پایین به‌دست آمد.^۷ در مطالعه دیگری، افرادی که مبتلا به بیماری صرع لوب گیجگاهی بودند، بیشتر از افراد سالم نشانه‌های وسواسی-جبری داشتند.^۸ محققین مختلفی پایه‌های عصبی مغزی در اختلال وسواسی-جبری و صرع لوب گیجگاهی را دلیل رابطه آن دو بیان کردند. که از

تغییرات رفتاری (Behavioral changes) در بیماران مبتلا به صرع Epilepsia از سال‌های بسیار دور مورد مشاهده قرار گرفته است. مطالعات پیشین رابطه معنی‌داری را بین صرع خصوصاً صرع لوب گیجگاهی و رشد ویژگی‌های شخصیتی ویژه پیشنهاد کرده‌اند.^{۱-۳} نشانه‌های وسواسی می‌توانند در یک اختلال مجزا (اختلال وسواسی-جبری) یا به‌عنوان قسمتی از سایر نشانگان‌های روانپزشکی وجود داشته باشد. علاوه بر این، سبب شناسی نشانه‌های وسواسی واضح نیست و به‌نظر می‌رسد با ناکارآمدی آسیب‌شناختی در حوزه‌های مختلفی از جمله سیستم لمبیک و عقده‌های پایه همراه باشد.^۴ در ادبیات تحقیق رابطه ویژه‌ای بین صرع و اختلال وسواسی-جبری

روش تصادفی ساده و با استفاده از لیست کل بیمارانی که در این فاصله زمانی به درمانگاه مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. تمام بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی یا صرع منتشر افرادی بودند که در کلینیک صرع پذیرفته شدند. تشخیص صرع به وسیله متخصص مغز و اعصاب و بر پایه شرح حال، علایم بالینی و یافته‌های نوار مغزی (EEG) انجام گرفت. بیماران زیر ۱۸ سال، افرادی که مشکوک به تشخیص صرع لوب گیجگاهی و صرع منتشر بودند و افراد دارای اختلال یادگیری یا عقب‌ماندگی ذهنی که تشخیص آنها قبلاً به وسیله روانپزشک انجام و در پرونده درج گردیده بود، جزء نمونه قرار نگرفتند. از تمامی بیماران و خانواده‌های آنان قبل از اجرای آزمون و مصاحبه، توسط محققین جلب رضایت شد و اسامی آنان در پرسشنامه و مصاحبه از آنان خواسته نشد تا این پژوهش، با رعایت اصول اخلاقی و حفظ کامل اسرار و اطلاعات شخصی بیماران، انجام شود. ابتدا تمام آزمودنی‌ها توسط مصاحبه بالینی ساختار یافته DSM IV برای بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس جهت اندازه‌گیری شدت و سواس افراد، از مقیاس و سواسی - جبری ییل - براون (Y-BOCS) استفاده شد. این مقیاس که Price, Goodman و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته‌اند یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که به منظور ارزیابی نشانه‌ها، شدت آنها و پاسخ به درمان اختلال و سواسی - جبری به کار می‌رود. این مقیاس شامل بیش از ۵۰ علامت و سواسی - جبری از جمله افکار و سواسی در مورد پرخاشگری، مسایل جنسی و اجبارها در زمینه پاکیزگی و آلودگی، واری، نظم و ترتیب، گردآوری و انبارکردن می‌باشد. در این مقیاس شدت و سواس برحسب نمره کسب شده تعیین می‌گردد به نحوی که نمره صفر تا هشت بدون ابتلا به اختلال و سواسی - جبری، از هشت تا ۱۵ بیانگر فرم خفیف، ۱۶ تا ۲۳ متوسط، ۲۴ تا ۳۱ شدید و ۳۲ تا ۴۰ بسیار شدید می‌باشد. پایایی (Reliability) این مقیاس در بررسی‌های انجام شده در ایران، بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده که بیانگر پایایی بالای این مقیاس است.^{۱۰} روایی (Validity) این مقیاس در پژوهشی در دانشجویان دانشگاه اصفهان به صورت روایی همگرا (Convergent) گزارش شد که در آن همبستگی این مقیاس با پرسشنامه ۶۰ سؤالی Padua که در چهار خرده مقیاس (آلودگی، واری، کنترل و نگرانی) و سواس‌های رایج را اندازه می‌گیرد، ۰/۵۸ به دست آمد که بیانگر روایی نسبتاً بالایی است. همچنین در همین تحقیق ضریب پایایی

جمله می‌توان به سیستم لیمبیک در مغز و خصوصاً آمیگدال Amygdala اشاره داشت که آسیب آن در هر دو اختلال گزارش شده است. همچنین نقص در گیرنده‌های انتقال دهنده گاما آمینوبوتیریک اسید GABA در مغز، در هر دو اختلال دیده می‌شود.^۹ در واقع اساس زیست‌شناختی اختلالات اضطرابی مخصوصاً اختلال و سواسی - جبری و صرع لوب گیجگاهی را یکسان فرض نموده‌اند.^۷ این مسأله که آیا نابهنجاری‌ها در صرع، یک حالت است (یعنی بر نقش بیماری در زندگی فرد وابسته است) و یا یک صفت است (مشخصه طبیعت آزمودنی را نشان می‌دهد) و اینکه آیا این نابهنجاری‌ها مختص نشانگان‌های صرع است، سؤالاتی است که همچنان ذهن پژوهشگران را به خود مشغول ساخته است. مسائلی اصلی در تحقیقات گذشته نقص نظام‌دار داده‌ها است، که ناشی از استفاده بیش از حد از مقیاس‌های خود سنجی، بدون یک ارزیابی بالینی رسمی و عدم استفاده از ابزارهای روانسنجی استاندارد است و همانگونه که ملاحظه شد، در تحقیقات گذشته رابطه صرع لوب گیجگاهی و اختلال و سواسی - جبری به طور خاص مورد مطالعه قرار نگرفته است، که نتیجه پژوهش حاضر می‌تواند توجه ویژه بالینی و روانشناختی را به اختلالات احتمالی همراه بیماری صرع مخصوصاً اختلال و سواسی - جبری را در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی برانگیزد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال و سواسی - جبری در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی و ارزیابی حالت و سواسی به عنوان یک صفت شخصیتی در این بیماران، تدوین گردید.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش توصیفی است که به صورت مقطعی انجام شد. نمونه این پژوهش شامل ۷۶ بیمار مبتلا به صرع لوب گیجگاهی و ۷۴ بیمار مبتلا به صرع منتشر از بین حدود ۵۵۰ بیمار مبتلا به صرع است که در عرض سه ماه (ابتدای تیرماه تا پایان شهریور ۱۳۸۸) از استان فارس و همچنین استانهای بوشهر، کهگیلویه و بویراحمد و هرمزگان، که به دلیل کمبود امکانات تخصصی پزشکی در حوزه مغز و اعصاب به درمانگاه تخصصی اعصاب و روان شیراز مراجعه کرده بودند و نیز ۷۶ نفر بدون ابتلا به بیماری صرع (از بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه به علت هر نوع بیماری مغز و اعصاب به غیر از بیماری صرع) به عنوان گروه کنترل که اعضای هر سه گروه به

سپس از بین آنها افرادی که تشخیص همزمان اختلال وسواسی-جبری دریافت کردند از نظر فراوانی مورد مقایسه قرار گرفتند. جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به گروه‌های صرع لوب گیجگاهی، صرع منتشر و کنترل را نشان می‌دهد. جهت مقایسه فراوانی گروه‌های صرع لوب گیجگاهی، صرع منتشر و کنترل که مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بودند از آزمون همگونی χ^2 استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است. همانگونه که فراوانی‌های جدول ۲ مقدار $\chi^2(11/23)$ و سطح معنی‌داری آن ($p < 0/001$) نشان می‌دهد، نتیجه این آزمون نشان داد که بین فراوانی گروه صرع لوب گیجگاهی همراه با اختلال وسواس با گروه‌های صرع منتشر همراه با اختلال وسواس و کنترل همراه با اختلال وسواس، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بنابراین این نتیجه نشان می‌دهد که فراوانی اختلال وسواسی-جبری در بیماران صرع لوب گیجگاهی به‌طور معنی‌داری بیشتر از فراوانی این اختلال در افراد سالم و بیماران مبتلا به صرع منتشر است. جهت مقایسه سه گروه صرع لوب گیجگاهی، صرع منتشر و کنترل از نظر نمره مقیاس ضعف روانی (PT) در MMPI، از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده، تفاوت در گروه‌ها در مقیاس ضعف روانی مشاهده شده که در همین جدول دیده می‌شود. همانگونه که جدول ۳ نشان می‌دهد بین سه گروه صرع لوب گیجگاهی، صرع منتشر و کنترل از نظر نمره ضعف روانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین آزمون تعقیبی شفه نشان داد که تفاوت میانگین بین دو گروه صرع لوب گیجگاهی و صرع منتشر و بین دو گروه صرع لوب گیجگاهی و کنترل معنی‌دار بوده ($p < 0/001$)، اما بین دو گروه صرع منتشر و کنترل معنی‌دار به‌دست نیامد ($p = 0/22$). بنابراین نمره ضعف روانی در گروه صرع لوب گیجگاهی به‌طور معنی‌داری بیشتر از دو گروه صرع منتشر و کنترل

مقیاس ییل- براون از طریق دو نیمه سازی، آلفای کرونباخ و ضریب گاتمن به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۳ و ۰/۹۲ به‌دست آمد.^{۱۱} به منظور ارزیابی حالت وسواسی به عنوان یک صفت، از مقیاس بالینی ضعف روانی (PT) Psychasthenia در فرم کوتاه آزمون MMPI به‌طور همزمان با مقیاس ییل- براون استفاده شد. فرم کوتاه آزمون MMPI استاندارد شده برای ایران یک ابزار ۷۱ سؤالی خود گزارشی بر اساس "درست" و "غلط" یا "نمی‌دانم" است. این آزمون شامل سه مقیاس اعتبار است که بر اساس تعبیر نادرست دستورالعمل‌ها، دروغگویی و بی‌دقتی به آزمودنی‌ها نمره می‌دهد. این آزمون همچنین ۱۰ مقیاس بالینی دارد که صفت‌های شخصیت از جمله، خود بیمارانگاری، افسردگی، هیستری، رفتار ضداجتماعی، زنانگی- مردانگی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنی، هیپومانیا و برونگرایی اجتماعی را می‌سنجد.^{۱۲} مطالعات سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ نشان داد که مقیاس‌های این آزمون کاملاً پایا هستند و دامنه این پایایی از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ متغیر است. همچنین روایی صوری این آزمون در تحقیقات مختلف در ایران توسط استادان روانشناسی و روانسنجی مورد تأیید قرار گرفته است.^{۱۳} مقیاس ضعف روانی با شک گسترده و فراگیر، وسواس‌های عملی و فکری و یک شخصیت کمال‌گرا و خشک با ترس‌های غیرمنطقی مشخص می‌شود. ضعف روانی با اختلال وسواسی-جبری ارتباط نزدیکی دارد. مقیاس ضعف روانی به‌طور کلی به منظور شناسایی بیماران با اختلال وسواس فکری- عملی، نشخوارهای ذهنی غیرانطباقی یا افکار وسواسی ساخته شده است.^{۱۳}

یافته‌ها

در این پژوهش ابتدا سه گروه صرع لوب گیجگاهی، صرع منتشر و کنترل از نظر نمره مقیاس ضعف روانی (PT) مورد مقایسه قرار گرفتند،

جدول ۱: اطلاعات توصیفی مربوط به گروه‌های صرع لوب گیجگاهی، صرع منتشر و کنترل

گروه‌ها	تعداد به تفکیک جنسیت					
	مرد		زن		میانگین سنی (به سال)	میانگین نمره ضعف روانی (مقیاس Pt در آزمون MMPI)
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)		
صرع لوب گیجگاهی	۳۱	۳۰/۶۹	۴۵	۳۶	۲۸/۱۴	۷/۶۷
صرع منتشر	۳۲	۳۱/۶۸	۴۲	۳۳/۶	۲۸/۱۲	۵/۸۷
کنترل	۳۸	۳۷/۶۲	۳۸	۳۰/۴	۲۹/۱۹	۵/۶۸

جدول-۲: آزمون χ^2 در مقایسه تعداد مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری در سه گروه صرع لوب گیجگاهی، منتشر و کنترل با تشخیص اختلال وسواس

گروه‌ها	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار	مقدار χ^2
گروه صرع لوب گیجگاهی همراه با اختلال وسواس	۱۰	۴/۳	۱۱/۲۳***
گروه صرع منتشر همراه با اختلال وسواس	۲	۴/۳	
گروه کنترل همراه با اختلال وسواس	۱	۴/۳	

*** $p < 0.001$, آزمون آماری: χ^2

جدول-۳: تحلیل واریانس یک راه جهت مقایسه سه گروه صرع لوب گیجگاهی، صرع منتشر و کنترل از نظر نمره مقیاس ضعف روانی

ضعف روانی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مشاهده شده
بین گروهی	۱۸۱/۸۰	۲	۹۰/۹۰	۱۹۲/۸۶***
درون گروهی	۱۰۵/۱۰۳	۲۲۳	۰/۴۷۱	
مجموع	۲۸۶/۹۰۳	۲۲۵		

*** $p < 0.001$, آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

جدول-۴: ضریب همبستگی و معنی‌داری آن برای بررسی رابطه خرده مقیاس‌های بیل- براون و ضعف روانی

متغیر	(۱) پاکیزگی و آلودگی	(۲) واریسی	(۳) نظم و ترتیب	(۴) مسایل جنسی	(۵) پرخاشگری	(۶) انبار کردن	(۷) نمره ضعف روانی (Pt)
(۱)	۱						
(۲)	۰/۸۶**	۱					
(۳)	۰/۸۱**	۰/۷۳**	۱				
(۴)	۰/۸۱**	۰/۶۶**	۰/۶۷**	۱			
(۵)	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۶۵**	۰/۶۸**	۱		
(۶)	۰/۸۸**	۰/۸۸**	۰/۸۶**	۰/۷۴**	۰/۶۷**	۱	
(۷)	۰/۸۳**	۰/۷۹**	۰/۷۷**	۰/۷۴**	۰/۸۶**	۰/۶۷**	۱

*** $p < 0.001$, آزمون معنی‌دار بودن ضریب همبستگی پیرسون

روانی، $r = 0.78$ به دست آمد که در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اختلال وسواسی- جبری در صرع لوب گیجگاهی و اینکه آیا حالت وسواسی را می‌توان به عنوان یک صفت در این بیماران در نظر گرفت یا خیر، تدوین شد. طبق تعریف، یک صفت معمولاً آسیب‌شناختی نیست بلکه تمایز ویژگی طبیعت شخصیتی افراد با یکدیگر را نشان می‌دهد و در هر فرد با درجات پایین‌تر و بالاتر وجود دارد.^{۱۴}

اگرچه تحقیقات گذشته نشان داده‌اند که نمرات ضعف روانی

است، که می‌توان نتیجه گرفت که حالت وسواسی به‌عنوان یک صفت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری وجود دارد. جهت بررسی میزان همبستگی بین خرده مقیاس‌های بیل- براون (پاکیزگی و آلودگی، واریسی، نظم و ترتیب، پرخاشگری، مسایل جنسی و انبارکردن) و مقیاس ضعف روانی (Pt) مربوط به آزمون MMPI از آزمون معنی‌دار بودن ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، بین نمرات تمامی خرده مقیاس‌های بیل- براون و نمره ضعف روانی (Pt) در آزمون MMPI همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین در این پژوهش همبستگی نمره کل مقیاس بیل- براون و ضعف

یکی از مهمترین انتقال دهنده‌های عصبی بازدارنده در سیستم عصبی مرکزی است که تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که کارکرد غیرطبیعی گیرنده‌های GABA می‌تواند نقش برجسته‌ای در آسیب‌شناسی هر دو اختلال وسواسی-جبری و صرع لوب گیجگاهی داشته باشد.^۹ در پژوهشی نشان داده شد که اعمال تکراری و اجباری از جمله تکرار در واری و شستشو در افراد مبتلا به صرع لوب گیجگاهی وجود دارد که به نظر می‌رسد که مراکز مغزی که مسؤول بازدارندگی اعمال تکراری هستند، در صرع لوب گیجگاهی بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند.^{۲۲} همچنین تبیین دیگری که برای یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، اهمیت جنبه‌های شناختی در کنترل رفتارهای وسواسی و هیجانی در بیماری‌های مزمن از جمله صرع می‌باشد.

در پژوهشی نشان داده شد که ارتباط معنی‌داری بین اختلالات اضطرابی در بیماران صرع لوب گیجگاهی و نقص توانایی آنها در اداره و کنترل رفتار و افکارشان وجود دارد و در واقع اساس زیست‌شناختی اختلالات اضطرابی مخصوصاً اختلال وسواسی-جبری و صرع لوب گیجگاهی، یکسان فرض می‌شود.^۷ این یافته که بیماران مبتلا به صرع منتشر در پژوهش حاضر از نظر نمره وسواس با گروه کنترل مشابهت داشتند، این نکته را خاطر نشان می‌سازد که یک دامنه از ویژگی‌های شخصیتی مختص صرع منتشر است که از حالت وسواسی جدا هستند.^{۱۴}

نکته دیگر، نقش متفاوت داروهای ضد صرع در حساسیت به رشد آسیب‌شناسی روانی در صرع است. اگرچه بیماران صرع لوب گیجگاهی و صرع منتشر تحت درمان با کاربامازپین و والپروات قرار داشتند، شواهدی مبنی بر اینکه این دو نوع درمان دارویی بتواند مبتلا به اختلال وسواسی-جبری را در بیماران صرعی تبیین کند، وجود ندارد.^{۱۸} بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی بیشتر از افراد سالم و بیماران مبتلا به صرع منتشر به اختلال وسواسی-جبری مبتلا می‌شوند و همچنین حالت وسواسی در این بیماران را می‌توان به عنوان یک صفت شخصیتی در نظر گرفت. بنابراین انجام درمان‌های روانشناختی برای اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به صرع لوب گیجگاهی بیش از پیش لازم به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری: بدینوسیله از همکاری بیماران و تمامی افرادی که در این پژوهش به عنوان آزمودنی شرکت داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

می‌تواند در بیماران مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی به‌طور چشمگیری بالا باشد (از قبیل اختلال حمله وحشتزدگی، اضطراب منتشر و ترس مرضی)، ارتباط بین مقیاس ضعف روانی و حالت وسواسی، قوی‌تر از دیگر اختلالات اضطرابی بوده است.^{۱۳} در پژوهش حاضر رابطه بین صرع لوب گیجگاهی و اختلال وسواسی-جبری، همچنین بین صرع لوب گیجگاهی و نمره فرد در مقیاس ضعف روانی معنی‌دار به‌دست آمد. این یافته با نتایج حاصل از بیشتر پژوهش‌های پیشین همسو بوده است.^{۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷} همچنین برخی پژوهش‌ها رابطه معنی‌داری بین صرع لوب گیجگاهی و اختلال وسواسی-جبری به‌دست نیاوردند.^{۱۵، ۱۶}

تحقیق دیگری پیشنهاد می‌دهد که حالت وسواسی در بیماران صرع لوب گیجگاهی یک صفت محسوب می‌شود و آن دسته‌ای که آسیب‌پذیری زیستی دارند، (با تاریخچه روانپزشکی قبلی مشخص شده بودند)، دچار اختلال وسواسی-جبری می‌شدند. یکی از تبیین‌هایی که مطرح است، این است که طبق نظر تعدادی از محققین، نقص در سیستم لیمبیک میانی یکی از دلایل صرع لوب گیجگاهی است که از طرفی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری با نقص در عملکرد این قسمت از مغز مواجه هستند.^{۱۷، ۱۸}

پژوهش‌های دیگری پیشنهاد داده‌اند که آسیب‌شناسی روانی به‌طور کلی با صرع مرتبط است و تفاوت‌ها ممکن است فقط مربوط به استدلالات روانی-اجتماعی و شدت بیماری باشد و ارتباطی با نقطه خاصی در مغز نداشته باشد.^{۱۹} مطالعه دیگری پیشنهاد می‌دهد که اختلال وسواسی-جبری در بیماران مبتلا به اختلالات عصب شناختی، می‌تواند ناشی از آسیب ساختاری زیر کورتیکال لیمبیک در لوب پیشانی باشد که این قسمت نیز در بسیاری از بیماران صرع لوب گیجگاهی آسیب دیده است.^{۲۰} به نظر می‌آید Amygdala یکی دیگر از مراکز مغزی در سیستم لیمبیک است که عناصر انگیزشی و مؤثر اختلال وسواسی-جبری را شامل می‌شود که عملکرد آن در صرع لوب گیجگاهی مختل می‌شود.^{۲۱}

آمیگدال از طرفی مسؤول ایجاد نشانه‌های اضطراب، پردازش و تقویت محرک‌های هیجانی است که از منابع مختلف به لیمبیک، قشر مخ، گره‌های پایه، هیپوتالاموس و ساقه مغز وارد می‌شوند و از طرفی مسؤول تخلیه صرعی (Epileptic discharge) در صرع لوب گیجگاهی می‌باشد. در تبیین دیگر می‌توان GABA را مدنظر قرار داد. GABA،

References

- Hermann BP, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia* 2000;41 Suppl 2:S31-41.
- Kanner AM, Palac S. Depression in Epilepsy: A Common but Often Unrecognized Comorbid Malady. *Epilepsy Behav* 2000;1(1):37-51.
- Gilliam F, Hecimovic H, Sheline Y. Psychiatric comorbidity, health, and function in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4 Suppl 4:S26-30.
- Liddle PF. Obsessive compulsive disorder. In: Liddle PF, editor. *Disordered Mind and Brain: The Neural Basis of Mental Symptoms*. London: Gaskell; 2001. p. 214-20.
- Kulaksizoglu IB, Bebek N, Baykan B, Imer M, Gürses C, Sencer S, et al. Obsessive compulsive disorder after epilepsy surgery. *Epilepsy Behav* 2004;5(1):113-8.
- Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger CE, Reuber M. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav* 2005;7(2):161-71.
- de Souza EA, Salgado PC. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006;8(1):232-8.
- Isaacs KL, Philbeck JW, Barr WB, Devinsky O, Alper K. Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004;5(4):569-74.
- Mula M, Cavanna AE, Critchley H, Robertson MM, Monaco F. Phenomenology of obsessive compulsive disorder in patients with temporal lobe epilepsy or tourette syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008;20(2):223-6.
- Maroufi A, Goraishizadeh SM. Obsessive compulsive disorder HI patients with bipolar I disorder and schizophrenia. *Iranian J Psychiat Clin Psychol* 2004;10(2):37-43.
- Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, validity and reliability of the Modified Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder in Students. *Iranian J Psychiat Clin Psychol* 2010;15(4):343-50.
- Fakhari A, Nejatbakhsh A, Nouhi S, Mohagheghi A, Shafiei Kandijani AR. Rate of agreement of clinical interview and MMPI in diagnosis of psychiatric disorders. *J Behav Sci* 2008;2(3):231-5.
- Derry PA, Harnadek MC, 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. *J Clin Psychol* 2002;58(7):817-26.
- Janz D. The psychiatry of idiopathic generalized epilepsy. In: Trimble MR, Schmitz B, editors. *The Neuropsychiatry of Epilepsy*. Cambridge: Cambridge University; 2002. p. 41-61.
- Herzog AG. Psychoneuroendocrine aspects of temporolimbic epilepsy. Part III: Case reports. *Psychosomatics* 1999;40(2):109-16.
- Titlic M, Basic S, Hajnsek S, Lusic I. Comorbidity psychiatric disorders in epilepsy: a review of literature. *Bratisl Lek Listy* 2009;110(2):105-9.
- Swinkels WA, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005;7(1):37-50.
- Amo C, Quesney LF, Ortiz T, Maestú F, Fernández A, López-Ibor MI, et al. Limbic paroxysmal magnetoencephalographic activity in 12 obsessive-compulsive disorder patients: a new diagnostic finding. *J Clin Psychiatry* 2004;65(2):156-62.
- Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger CE, Reuber M. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav* 2005;7(2):161-71.
- Berthier ML, Kulisevsky J, Gironell A, Heras JA. Obsessive-compulsive disorder associated with brain lesions: clinical phenomenology, cognitive function, and anatomic correlates. *Neurology* 1996;47(2):353-61.
- Rauch SL, Whalen PJ. Neurobiologic models of obsessive compulsive disorder. In: Jenike MA, Baer L, Dougherty Minichiello WE, editors. *Obsessive-compulsive Disorders: Practical Management*. St. Louis: Mosby; 1998. p. 222-53.
- Isaacs KL, Philbeck JW, Barr WB, Devinsky O, Alper K. Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004;5(4):569-74.

Investigation of obsessive-compulsive disorder and assessment of obsessionality as a personality trait in patients with complex partial seizure

Received: January 27, 2010 Accepted: April 10, 2010

Abstract

Kourosh Banihashemian M.A.*
Razieh Etesami Pour M.A.

Department of General Psychology,
Jahrom Payam-e-nour University

Background: Behavioral changes in patients with epilepsy could cause comorbid psychiatric disorders such as anxiety disorders. This study is concerned with investigation of obsessive-compulsive disorders and assessment of obsessionality as a personality trait in patients with complex partial seizure.

Methods: Seventy six patients with complex partial seizure, 74 patients with generalized epilepsy that referred to Shiraz psychiatric professional center during three month (from July to September 2009), and 76 matched healthy controls were randomly selected and evaluated using the Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS), short form of Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI) and clinical interview.

Results: Complex partial seizure and obsessive-compulsive disorder (%13.15) are significantly more prevalent than generalized seizure (%2.70) and than control groups (%1.31) ($p < 0.001$), and mean of psychasthenia scale (Pt scale) scores in patients with complex partial seizure is more than mean of Pt scores in generalized epilepsy and control groups ($p < 0.001$). There is significant relationship between total score of Yale-Brown scale and Pt scale in MMPI ($r = 0.79$, $p < 0.01$).

Conclusions: Patients with complex partial seizure are suffering from obsessive-compulsive disorder more than healthy persons and patients with generalized epilepsy, and obsessionality can be a personality trait in patients with complex partial seizure. So, in addition to drug therapy, psychological intervening for treatment of anxiety disorders in patients with complex partial seizure seems necessary.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, obsession, trait, complex partial, epilepsy.

*Corresponding author: Payam-e-nour
University, Azadegan Blvd., Jahrom,
Iran.
Tel: +98-7912234904
email: kouroshcpsp@yahoo.com