مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۸، شماره ۱، بهار ۸۷، صفحات ۳۹ تا ۴۳

Original Article

فراوانی علایم افسردگی، اضطراب منتشر، وسواسی و ترس مرضی در فاز اینترایکتال مبتلایان به صرع

سیما نوحی[۱]، ماهیار آذر[۲]، اردشیر کارآمد[۳]، علیرضا شفیعی کندجانی[۳]، ماندانا امیری[۴]، مهدی حبیبی[۴]، شروین آثاری[۵]

[۱] استادیار، روانپزشک، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
[۲] استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
[۳] روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
[۴] روانشناس، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
[۵] پزشک عمومی، موسسه پژوهشگران طب و توسعه

چکیده

سابقه و هدف: *هدف از مطالعه حاضر، بررسی برخی علایم روانپزشکی شامل افسردگی، اضطراب منتشر، وسواس و ترس مرضی در فاز اینترایکتال بیماران مبتلا به صرع بود.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی، ۱۳۷ بیمار مبتلا به صرع مراجعه کننده به درمانگاه نورولوژی دانشگاه امام حسین و انجمن صرع ایران در سال ۱۳۸۳ بررسی شدند. چک‌لیستی شامل متغیرهای دموگرافیک و پرسش‌نامه SCL-90-R (symptoms check list) شامل سئوالات مربوط به افسردگی، اضطراب منتشر، وسواسی- جبری و ترس مرضی تکمیل گردید.*

یافته‌ها: *فراوانی نسبی علایم افسردگی، اضطراب منتشر، وسواسی- جبری، و ترس مرضی به ترتیب ۵۵/۴، ۴۴/۹، ۵۵/۸ و ۲۳/۲ درصد بود. علایم ترس مرضی ارتباط معنی‌داری با سطح تحصیلات کمتر (P=۰/۰۳)، بیکاری (P=۰/۰۱) و سن بیشتر (P=۰/۰۱) داشت. علایم وسواسی اجباری (P=۰/۰۴) و اضطراب منتشر (P=۰/۰۴) با افزایش سن ارتباط معنی‌داری داشت. علایم مورد بررسی با جنس، وضعیت تاهل، میزان مصرف دارو، طول مدت ابتلا و نوع صرع ارتباط آماری معنی‌داری نداشت (NS).*

نتیجه‌گیری: *در این مطالعه، علایم افسردگی و وسواسی- جبری در درجه اول و علایم اضطراب منتشر و ترس مرضی در درجه بعد، از علل موربیدیتی مبتلایان به صرع در فواصل بین حملات صرع بودند. بر این اساس، همکاری نزدیک بین روانپزشکان و متخصصین اعصاب در رویکرد درمانی بیماری صرع ضروری می‌نماید.*

واژگان کلیدی: *صرع، افسردگی، اضطراب عمومی، وسواسی-جبری، ترس مرضی، SCL-90-R*

مقدمه

بیماری صرع یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن عصبی است و شیوع آن حدود یک درصد عنوان شده است (۱). میزان بروز صرع در سالخوردگان و کودکان بیش از سنین دیگر است و مردان بیشتر از زنان درگیر می شوند (۲). مطالعات انجام شده در جمعیت عمومی، شیوع اختلالات روانپزشکی را در مبتلایان به صرع دو برابر بیشتر از غیرمبتلایان عنوان کرده اند (۳). شیوع کلی اختلالات روانی را در صرع مزمن ۶۰-۵۰ درصد ذکر کرده‌اند. از بین اختلالات روانپزشکی مختلف همراه صرع، حداکثر توجه به افسردگی شده است و اختلالات دیگر کمتر مورد توجه بوده‌اند (۴).

در مورد شایعترین اختلال روانپزشکی همراه با صرع اختلاف نظر وجود دارد. برخی مطالعات افسردگی (۵) و برخی دیگر اختلال اضطرابی(۶) را شایع‌ترین اختلال گزارش کرده‌اند.

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان بقیه الله، گروه روانپزشکی، دکترسیما نوحی
(**email:** snouhi2005@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱/۲۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۲/۹

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-02-18]

احساس بی ارزشی، ناامیدی، غمگینی و عصبی بودن در مبتلایان به صرع بیش از غیرمبتلایان بوده است(۷). سندرم دیسفوری اینترایکتال (interictal dysphoric disorder)، سندرم رفتار اینترایکتال (interictal behavior syndrome) و سایکوز صرع نیز از جمله اختلالات روانپزشکی گزارش شده در مبتلایان به صرع می باشند (۸). گزارش شده که تفکرات خودکشی در این بیماران بیشتر از جمعیت عمومی است (۶).
افسردگی باعث افت کیفیت زندگی مبتلایان به صرع می‌شود (۶). اضطراب نیز می‌تواند اثرات نامطلوب زیادی بر کیفیت زندگی مبتلایان به صرع وارد نماید (۴). وجود افسردگی در کنار صرع به بهره‌گیری بیشتر از خدمات درمانی سرپایی، بستری و هزینه بیشتر درمان منجر شده است (۱۰). هم‌چنین عنوان شده که کیفیت زندگی مبتلایان به صرع، بیش از آنچه وابسته به متغیرهای مرتبط با صرع باشد، وابسته به متغیرهای وابسته به سلامت روانی می‌باشد (۹). علی‌رغم اهمیت فراوان، افسردگی در مبتلایان به صرع کمتر مورد تشخیص و درمان قرار می‌گیرد (۱۱). پزشکان از طریق غربالگری و تشخیص مشکلات روانپزشکی مبتلایان به صرع خواهند توانست پیامدهای بیماران خود را ارتقا بخشند (۷). توجه بیشتر ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی به اختلالات روانپزشکی همراه در مبتلایان به صرع الزامی است (۱۲).
با توجه به اثرات نامناسب اختلالات روانپزشکی بر زندگی بیماران و ضرورت توجه به این اختلالات، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی برخی علایم روانپزشکی شامل افسردگی، اضطراب منتشر، وسواس و ترس مرضی در فاز اینترایکتال بیماران مبتلا به صرع و همچنین بررسی ارتباط بین فراوانی علایم مذکور و برخی متغیرها انجام شد.

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی، بیماران ۱۰ تا ۵۰ سال مبتلا به صرع مراجعه‌کننده به درمانگاه نورولوژی بیمارستان امام‌حسین(ع) و انجمن صرع ایران در سال ۱۳۸۳ بررسی شدند. تشخیص صرع توسط متخصص مغز و اعصاب و بر پایه شرح حال، علائم بالینی و یافته‌های الکتروانسفالوگرام (EEG) مطرح گردید. سابقه بیماری‌های طبی، مصرف مواد مخدر در ۲ ماه اخیر، ضربه به سر، تشنج ناشی از حوادث، و نداشتن سواد خواندن و نوشتن به عنوان شرط خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. تمامی بیماران در فواصل بین حملات صرع حداقل به مدت دو هفته بودند.
از یک چک لیست شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، نوع صرع، زمان شروع صرع، تعداد داروهای مصرفی و یافته‌های EEG و پرسش‌نامه SCL-90-R استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۹۰ سوال می‌باشد که ۷ دسته علایم از جمله افسردگی، اضطراب منتشر، اختلال وسواسی-جبری و ترس مرضی را بررسی می‌کند. این آزمون حدود ۳۰ سال قبل معرفی شد و شامل فهرستی از علائم روانی است و الگوهای علائم روانی بیماران جسمی و روانی را منعکس می‌نماید. سوالات این آزمون به صورت لیکرت ۵ نمره‌ای از صفر تا ۴ است. نمره ۱ و کم‌تر به عنوان عدم وجود علامت و نمره ۱ و بالاتر به عنوان وجود علامت در نظر گرفته شد. همچنین نمرات زیر مقیاس‌های مذکور به صورت کیفی یعنی طبیعی و غیرطبیعی در نظر گرفته شد (۱۴،۱۳). اعتبار این پرسش‌نامه در خارج از کشور بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و روایی آن بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (۱۵). در عین حال، حساسیت، ویژگی و کارایی این آزمون با اعتبار بالا و به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ گزارش شده است و از این رو این آزمون می‌تواند به عنوان یک وسیله غربالگری تشخیصی در مطالعات همه‌گیر شناختی اختلالات روانی به طور موفقیت‌آمیزی بکار رود (۱۶).
به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 11 استفاده شد. توصیف متغیرهای کمی با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و توصیف متغیرهای اسمی با استفاده از جداول فراوانی انجام شد. به منظور مقایسه فراوانی علایم روانپزشکی در زیرگروه‌های جمعیت، از آزمون کای دو یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. P-value کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۳۷ بیمار مبتلا به صرع مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۷۶ نفر (۵۵/۵ درصد) زن و ۶۱ نفر (۴۴/۵ درصد) مرد بودند. ۶۶/۷ درصد بیماران مجرد و ۳۳/۳ درصد متأهل بودند. از نظر نوع صرع، ۸۰ درصد بیماران صرع تونیک-کلونیک ژنرالیزه، ۹/۶ درصد صرع پارشیال (نسبی) کمپلکس، ۶/۶ درصد آبسانس، ۳ درصد صرع میوکلونیک، ۰/۷ درصد صرع موضعی ساده ، ۰/۷ درصد صرع تونیک و ۰/۷ درصد صرع شکمی (ابدومینال) داشتند. فراوانی گروه‌های سنی ۲۰-۱۰ سال، ۳۰-۲۱ سال، ۴۰-۳۱ سال و ۵۰-۴۱ سال به‌ترتیب ۲۳/۹، ۳۹/۲، ۲۷/۵و ۹/۴ درصد بود. ۷۱ نفر (۵۱/۸

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-02-18]

درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۵۶ نفر (۴۰/۹ درصد) دارای دیپلم و ۱۰ نفر (۷/۳ درصد) دارای لیسانس و بالاتر بودند. ۵۹/۱ درصد بیماران بیکار و ۴۰/۹ درصد شاغل بودند. ۸۴ نفر (۶۱/۳ درصد) یک نوع دارو و ۵۳ نفر (۳۸/۷ درصد) از چند نوع دارو استفاده می‌کردند.

جدول ۱- فراوانی علایم روانی بیماران صرعی بر اساس متغیرهای دموگرافیک

	افسردگی	اضطراب منتشر	اختلال وسواسی	ترس مرضی
جنس				
مرد (n= ۶۱)	۳۳ (۵۴)*	۲۵ (۴۱)	۳۵ (۵۷)	۱۰ (۱۶)
زن (n=۷۶)	۴۷ (۶۱)	۳۷ (۴۸)	۴۲ (۵۵)	۲۲ (۲۹)
مصرف دارو				
یک دارو (n=۵۳)	۲۸ (۵۲)	۱۹ (۳۵)	۲۶ (۴۹)	۱۴ (۲۶)
> یک دارو (n=۸۴)	۵۲ (۶۲)	۴۳ (۵۱)	۵۱ (۶۰)	۱۸ (۲۱)
سطح تحصیلات				
زیر دیپلم (n=۷۱)	۴۶ (۶۴)	۳۴ (۴۷)	۴۴ (۶۲)	§۲۲ (۳۱)
بالای دیپلم (n=۶۶)	۳۴ (۵۱)	۲۸ (۴۲)	۳۳ (۵۰)	§۱۰ (۱۵)
وضعیت تاهل				
مجرد (n= ۹۱)	۵۵ (۶۰)	۴۰ (۴۴)	۵۱ (۵۶)	۲۰ (۲۲)
متاهل (n=۴۶)	۲۵ (۵۴)	۲۲ (۴۷)	۲۶ (۵۶)	۱۲ (۳۰)
شغل				
بیکار (n=۸۱)	۵۱ (۶۳)	۴۱ (۵۰)	۵۲ (۶۴)	§۲۵ (۳۰)
شاغل (n=۵۶)	۲۹ (۵۱)	۲۱ (۳۷)	۲۵ (۴۴)	§۷ (۱۲)
سن (سال)				
۳۰> (n=۸۶)	۵۲ (۶۰)	§ ۳۰ (۳۴)	§ ۴۰ (۴۶)	§۱۶ (۱۸)
۳۰< (n=۴۱)	۲۸ (۶۸)	§ ۲۲ (۵۳)	§ ۲۷ (۶۵)	§۱۶ (۳۹)
طول مدت ابتلا (سال)				
۲> (n=۲۲)	۱۴ (۶۳)	۱۴ (۶۳)	۱۳ (۵۹)	۴ (۱۸)
۲< (n=۱۱۵)	۶۶ (۵۷)	۴۸ (۴۱)	۶۴ (۵۵)	۲۸ (۲۴)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.
§ P<۰/۰۵

فراوانی علایم افسردگی، اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری و ترس مرضی در زیر گروه‌های جمعیت بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۱ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، علایم ترس مرضی با سطح تحصیلات کمتر (P=۰/۰۳)، بیکاری (P=۰/۰۱) و سن بیشتر (P=۰/۰۱) ارتباط آماری معنی‌داری دارد. علایم وسواسی اجباری (P=۰/۰۴) و همچنین اضطراب منتشر (P=۰/۰۴) با افزایش سن ارتباط آماری معنی‌داری داشت. علایم مورد بررسی با جنس، وضعیت تاهل، میزان مصرف دارو، طول مدت ابتلا و نوع صرع ارتباط آماری معنی‌داری را نشان نداد (NS).

فراوانی علایم افسردگی، اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری و ترس مرضی در مبتلایان به انواع صرع در جدول ۲ آمده است. همانطور که ملاحظه می‌شود، فراوانی علایم افسردگی، اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری و ترس مرضی در مبتلایان به تونیک و کلونیک بیشتر از صرع کمپلکس پارشیال و موارد دیگر می‌باشد.

جدول ۳- فراوانی علایم روانی در مبتلایان به انواع صرع*

	افسردگی	اضطراب منتشر	اختلال وسواسی	ترس مرضی
تونیک و کلونیک (n=۱۰۹)	۶۶ (۶۰)	۵۰ (۴۵)	۶۳ (۵۷)	۲۵ (۲۳)
کمپلکس پارشیال (n=۱۳)	۵ (۳۸)	۴ (۳۰)	۷ (۵۳)	۲ (۱۵)
سایر موارد (n=۱۵)	۹ (۶۰)	۸ (۵۳)	۷ (۴۶)	۵ (۳۳)

* در تمام موارد ارتباط معنی داری یافت نشد (NS).
سایر موارد شامل صرع پارشیال ساده، ابسنس، میوکلونیک، تونیک، ابدومینال (شکمی) می باشد.

بحث

در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از مبتلایان به صرع دچار علایم افسردگی و وسواسی- جبری بودند و فراوانی علایم اضطراب منتشر (۴۵درصد) و ترس مرضی (۲۳درصد) در درجات بعدی قرار داشت.

در مطالعات، فراوانی اختلال افسردگی در مبتلایان به TLE ۵۵ درصد(۵) و در بیماران بستری در بخش به علت صرع ۱۱ درصد بوده است (۱۷). فراوانی کلی اختلالات اضطرابی در مطالعه‌ای دیگر بین ۲۵-۱۰ درصد گزارش شده است (۳). ۱۶ درصد بیماران دچار صرع دارای نمرات بالاتر از حد طبیعی اضطراب بودند (۱۸). فراوانی اضطراب ۶۶ درصد و فراوانی ترس ۱۵ درصد گزارش شده است (۱۹). مطالعه‌ای، شیوع اختلالات اضطرابی را ۵۷ درصد گزارش نمود (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر، فراوانی اختلال اضطراب در مبتلایان به صرع لوب تمپورال ۱۹ درصد بود (۲۱).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-02-18]

در این مطالعه، افزایش سن با علایم ترس مرضی، اختلال وسواسی اجباری و اضطراب منتشر همراه بود. در مطالعه‌ای، سن با اختلالات اضطرابی همبستگی داشت (۶). در حالی که در مطالعه‌ای دیگر این همبستگی مشاهده نشد (۱۷). در مطالعه حاضر سطح تحصیلات کمتر و بیکاری با علایم ترس مرضی در ارتباط بود. افسردگی در مبتلایان به صرع با بیکار بودن همبستگی داشت.

فراوانی علایم مورد بررسی با جنس، میزان مصرف دارو، وضعیت تاهل، طول مدت ابتلا ارتباط معنی‌داری نداشت. در یک مطالعه وضعیت تاهل و تعداد داروهای مصرفی برای صرع با وجود افسردگی ارتباطی نداشت (۱۷). در مطالعه‌ای دیگر سن هنگام ابتلای به صرع با اختلالات روانپزشکی همبستگی نداشت (۲۲). اختلالات روانپزشکی با طول مدت ابتلا به صرع در ارتباط بود (۲۱).

فراوانی علایم افسردگی، اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری و ترس مرضی اختلاف معنی‌داری در بین مبتلایان به انواع صرع نداشت. برخلاف بررسی حاضر، در مطالعه‌ای نوع صرع با نوع علایم روانپزشکی بیماران مبتلا به صرع همبستگی داشت (۲۳). همچنین در یک مطالعه ، نوع صرع با فراوانی اختلالات اضطرابی همبستگی نشان داد (۶). در مطالعه‌ای نیز، محل ایجاد کننده صرع با اختلال افسردگی مرتبط بود (۲۳).

در مجموع نتایج مطالعه نشان می‌دهد که فراوانی اختلالات اضطرابی نظیر وسواسی-جبری، و ترس مرضی در بیماران مبتلا بطور قابل توجهی بالاست و با توجه به نقش منفی علایم روانپزشکی در کاهش کیفیت زندگی، این علایم احتمالا یکی از علل افت کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. همکاری نزدیک بین روانپزشکان و متخصصین اعصاب در رویکرد به بیماری صرع، به دلیل شیوع زیاد اختلالات روانپزشکی همراه، ضروری است. بر این اساس، احتمالا غربالگری، تشخیص و درمان بموقع اختلالات روانپزشکی در بیماران می‌تواند پیامدهای مثبت فردی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی را بدنبال داشته باشد.

در توجیه فراوانی بالای اختلالات اضطرابی در مبتلایان به صرع، شواهدی منتشر شده است. بخشی از بیماران دچار صرع، از مرگ و آسیب مغزی ثانویه به تشنج دچار وحشت می‌باشند، که منجر به اضطراب در ایشان می گردد (۲۴). یافته‌های نوار مغزی مبتلایان به اختلال پانیک تا حدود زیادی به TLE مشابهت دارد (۲۵).

این مسئله که اختلالات روانپزشکی همراه با صرع، آیا ثانویه به صرع (بعنوان واکنش انطباقی به بیماری های مزمن) یا یک اختلال جداگانه و برای مثال با منشا مشترک با صرع (برای مثال ناشی از اختلالات عملکردی لیمبیک) می باشد، مشخص نشده است (۵). یک فرضیه، دو طرفه بودن رابطه صرع و افسردگی است، که از مطالعاتی حاصل شده است که احتمال ابتلای به صرع را نیز در مبتلایان به افسردگی بیشتر از دیگر افراد گزارش کرده‌اند. پذیرفتن صحت این فرضیه، احتمالا به معنی پذیرفتن منشا مشترک افسردگی و صرع می‌باشد (۲۶). عنوان شده که افسردگی ضرورتا در مبتلایان به صرع، ثانویه به صرع نیست (۲۳).

با این وجود، رابطه بین صرع و اضطراب پیچیده است و به صورت‌های مختلفی شامل فاز ایکتال، پست ایکتال و اینترایکتال تقسیم گردیده است. اگر چه تمامی فاکتورهای مستعد کننده، نوروبیولوژیک، ایاتروژنیک و سایکولوژیک همگی با اضطراب در مبتلایان به صرع نقش ایفا می‌کنند، اما برخی از این متغیرها در برخی از افراد مهم تلقی شده است (۴).

نکته قابل توجه اینکه در مطالعه حاضر نمره بالاتر از یک در هر سوال پرسش‌نامه برای تعریف اختلال مورد استفاده قرار گرفت. بنابراین علایم خفیف و متوسط نیز به عنوان وجود علایم ثبت گردید. به عبارت دیگر، مطالعه حاضر انواع تحت-بالینی علایم روانپزشکی را نیز گزارش کرده است که می‌توان از آن به عنوان دقت مطالعه حاضر نام برد. این موضوع می‌تواند تا حدودی علت تفاوت نتایج مطالعه حاضر و برخی مطالعات مشابه نیز محسوب گردد.

در پایان، به نظر می‌رسد که از بین علایم مورد بررسی در مطالعه حاضر، علایم افسردگی و وسواسی- جبری در درجه اول و اضطراب منتشر و ترس مرضی در درجه بعد در فواصل بین حملات صرع مشاهده می‌شوند. علایم روانپزشکی، بیشتر در مبتلایان با سنین بالاتر، افراد بیکار و افراد دارای سطح تحصیلات پائین‌تر مشاهده می‌شوند. همچنین همکاری روانپزشکان با متخصصین اعصاب در رویکرد درمانی بیماران متبلا به صرع ضروری می‌نماید. اجرای تحقیقات آتی با استفاده از مطالعات تحلیلی در زمینه ارتقای کیفیت زندگی و به‌دنبال درمان علایم روانپزشکی مبتلایان به صرع توصیه می-گردد.

تشکر وقدردانی

بدین وسیله از تمامی بیماران مبتلا به صرع به دلیل مشارکت در مطالعه، قدردانی می‌شود.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-02-18]

REFERENCES

1. Kaplan H, Sadock Bj. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Wiliams and Wilkins; 2003.
2. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J. Cecill Essential of Medicine. 5th ed. New York: W.B. Saunders; 2001.
3. Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, Sander JW. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. Epilepsia 2004;45:1613-22.
4. 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;7:161-71.
5. Perini GI, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G, Canevini MP, Canger R, et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1996;61:601-605.
6. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankar R, Shields WD. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. Epilepsia 2005;46:720-30.
7. Strine TW, Kobau R, Chapman DP, Thurman DJ, Price P, Balluz LS. Psychological distress, comorbidities, and health behaviors among U.S. adults with seizures: results from the 2002 national health interview survey. Epilepsia 2005;46:1133-39.
8. Swinkels WA, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsy Behav 2005;7:37-50.
9. Gilliam FG. Diagnosis and treatment of mood disorders in persons with epilepsy. Curr Opin Neurol 2005;18:129-33.
10. Lee WC, Arcona S, Thomas SK, Wang Q, Hoffmann MS, Pashos CL. Effect of comorbidities on medical care use and cost among refractory patients with partial seizure disorder. Epilepsy Behav 2005;7:123-26.
11. Jones JE, Hermann BP, Woodard JL, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, et al. Screening for major depression in epilepsy with common self-report depression inventories. Epilepsia 2005;46:731-35.
12. Blumer D, Montouris G & Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1995;7:445-56.
13. Deragotis LR. SCL 90 R Administration, scoring, and procedures Manual II. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1983.
14. Deragotis LR. Symptom Checklist 90 R. Mineapolis: National Computer System. Inc.; 1994.
15. همایی ر. بررسی رابطه استرس و سلامت روانی دختران دانشگاه اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز، سال ۱۳۷۹.
16. باقری یزدی س ع، بوالهری ج، شاه محمدی د. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳؛ شماره ۱، صفحات ۳۲ تا ۴۱.
17. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, Gadow KD, Vitale SA, Andriola MR, et al. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. Epilepsia 1998;39:595-99.
18. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic and anxiety disorders in Epilepsy. Etiology, clinical features and therapeutic implication. Epilepsia 1999;40:2-20.
19. Lewis P, Rowland MD. Merritts Neurology. 10th ed. New York: Lippincot Wiliams and Wilkins; 2000.
20. Gaitatxis A, Trimble MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. Acta ¡eural Scand 2004;110:207-20.
21. Kogeorgos J, Fonagy P, Scott DF. Psychiatric symptom patterns of chronic epileptics attending a neurological clinic: a controlled investigation. Br J Psychiatry 1982;140:236-43.
22. Schmitz B. Depression and mania in patients with epilepsy. Epilepsia 2005;46:45-49.
23. Newsom-Davis I, Goldstein LH, Fitzpatrick D. Fear of seizures: an investigation and treatment. Seizure 1998;7:101-106.
24. Cordas TA, Ramos RT, Navarro JM, Lotufo Neto F, Gentil V. Electroencephalographic study of patients with panic disorders. AMB Rev Assoc Med Bras 1989;35:67-69.
25. Kanner AM. Depression in epilepsy: a neurobiologic perspective. Epilepsy Curr 2005;5:21-27.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-02-18]