



اختلالات روانپزشکی در بیماران مصروع

دکتر سید محمد علی قریشی زاده*

چکیده

علامه و نشانه‌های روانی در صرع شایع است. ۳۰ الی ۵۰ درصد بیماران مصروع مسایل روانپزشکی قابل توجهی دارند. از طرف دیگر بسیاری از اختلالات روانپزشکی مثل اختلالات تجزیه‌ای، اختلالات خواب، اختلالات کنترل تکانه و اختلالات ادواری تظاهرات بالینی شبیه تظاهرات صرع دارند. لذا در تشخیص صرع، اختلالات روانپزشکی و در تشخیص اختلالات روانپزشکی، صرع همواره باید در مد نظر باشد و در تشخیص‌های افتراقی آنها مطرح شوند. تظاهرات روانی صرع به اشکال و نشانگان گوناگون دیده می‌شود. این تظاهرات می‌توانند گذرا و ناپایدار باشند مثل اختلالاتی که در جریان حمله صرع و یا قبل و پس از آن دیده می‌شوند. یا به صورت پایدار و الگوی رفتاری دایمی درآیند، مثل تغییرات شخصیتی در صرع لب‌گیجگاهی که به صورت شخصیت خاصی که به چسبندگی معروف است و یا تحریک پذیری ناگهانی در صرع بزرگ کنترل نشده که پایدار بوده و در فاصله حملات صرعی نیز دیده می‌شوند.

Andeeshch
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۶۰

کلید واژه: صرع، اختلالات روانپزشکی، اختلالات عضوی روانپزشکی

اشکال مختلف تظاهرات روانپزشکی صرع را می‌توان به صورت زیر طبقه بندی نمود:	ب- تغییر شخصیت
۱- اختلالات شخصیتی: شایعترین اختلال روانپزشکی در بیماران مصروع، اختلالات شخصیتی است که معمولاً از نوع تغییرات پایدار می‌باشد. فنتون ^(۱) این تغییرات را به سه دسته تقسیم کرده است:	ج- اختلالات رفتاری
الف- اختلالات شخصیتی	خشونت بعضی مصروعین، رفتار انفجاری و تخریبی آنها، رابطه صرع با جرم و جنایت و پزشکی قانونی از مباحث عمده روانپزشکی و صرع می‌باشند. باید متذکر شد رفتار خود به خود و رفتار خشونت آمیز در حملات صرع لب‌گیجگاهی یا مرحله دلیریوم پس از حمله ^(۲) نیز دیده

سال دوم انتشار، آذر ۱۳۸۳
Vol 2 / NO. 1 & 2 / Summer & Fall, 1995

* دانشیار روانپزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، جاده ایل‌گلی، بیمارستان روانپزشکی رازی.

می‌شود. در طبقه بندی DSMIV^(۱) انواع تغییرات شخصیتی در اثر شرایط طبی و عضوی عبارتند از:
الف- نوع ناپایدار^(۲)، که خصوصیات اصلی آن بی تفاوتی عاطفی است.

ب- نوع مهارگسیخته^(۳)، که خصوصیات اصلی آن کنترل ضعیف تکانه‌هاست.

ج- نوع تهاجمی^(۴)، که خصوصیات اصلی آن رفتار خشونت آمیز است.

د- نوع بی تفاوت^(۵)، که خصوصیت اصلی آن آباتی مشخص و بی تفاوتی است.

ه- نوع پارانوئید^(۶)، که خصوصیت اصلی آن سوء ظن و افکار پارانوئید است.

و- نوع دیگر^(۷)، مثل تغییرات شخصیت در بیماران مصروع (چسبندگی)^(۸).

ز- نوع ترکیبی^(۹)، که مخلوطی از یک یا چند مورد بالاست و بیش از یک خصوصیت غالب وجود دارد.

ح- نوع نامشخص^(۱۰)، که از نظر بالینی نامشخص است.

۲- نشانگان روانی عضوی مثل دلیریوم پس از حمله، اورای صرعی، سندرم‌های فراموشی دژاوو و غیره.

۳- اختلال اضطرابی: مثل اضطراب قبل از حمله بعنوان اورای صرعی مطرح می‌شود و در حین حملات صرعی و یا پس از حمله صرع نیز دیده می‌شود. همچنین اضطراب ممکن است جزئی از نشانگان پسیکوتیک یا عضوی مغز باشد. از انواع دیگر اختلال اضطرابی، حالات وسواسی جبری است که در بیماران مصروع شایع است.

۴- افسردگی نیز مثل اضطراب می‌تواند در مرحله پیش از حمله، حمله و پس از حمله دیده شود. پسیکوز خلقی نیز در بین حملات صرع لب گیجگاهی ممکن است اتفاق افتد.

۵- اختلالات تجزیه‌ای مثل علایم تجزیه‌ای در صرع لب گیجگاهی و یا حالت فرار^(۱۱) دیده می‌شود.

۶- اختلالات جنسی: مثل کاهش میل جنسی و گاه ناتوانی

جنسی که در سندرم رفتاری بین حمله‌ای دیده می‌شود. انحرافات جنسی مثل همجنس‌گرایی و غیر همجنس پوشی^(۱۲) نیز در صرع لب گیجگاهی گزارش شده است. افزایش میل جنسی در اختلالات غیر صرعی لب گیجگاهی مثل تومور این ناحیه و یا سندرم کلوربوسی^(۱۳) شایع است.

در مرحله حمله نیز اختلالات جنسی بصورت حمله تحریک جنسی می‌تواند به اورگاسم منجر شود (بخصوص در زنان) و در مردان نیز در این مرحله ممکن است عورت نمایی بوجود آید.

۷- اختلالات پسیکوتیک: اختلالات پسیکوتیک در صرع را می‌توان به دو نوع تقسیم نمود:

الف- پسیکوز مربوط به حمله صرع: فعالیت غیر عادی روانی در حد پسیکوز که می‌تواند مربوط به مراحل مختلف حمله صرع باشد و به صورت اورای مداوم، حملات پشت سر هم صرع کوچک، و حملات مداوم لب گیجگاهی تظاهر می‌نماید.

ب- پسیکوز پس از حمله که امروزه نادر است و در بیماران مبتلا به صرع بزرگ کنترل نشده ممکن است دیده شود.

ج- پسیکوز بین حملات صرع: این نوع پسیکوز در فاصله حملات صرع لب گیجگاهی ممکن است دیده شود و از نظر بالینی به دو نوع پسیکوز شبه اسکیزوفرنی بخصوص نوع پارانوئید و یا پسیکوز خلقی تظاهر می‌کند. پسیکوز شبه اسکیزوفرنی مربوط به وجود

1-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.).

2-labile type

4-aggressive type

6-paranoid type

8-viscosity

10-unspecified type

12-transvestism

3-disinhibited type

5-apatetic type

7-other type

9-combined type

11-fuge

13-Kluver Bucy

کانون صرع در لب گیجگاهی نیمکره غالب است و پسیکوز خلقی بیشتر وقتی اتفاق می‌افتد که کانون صرعی در نیمکره مغلوب باشد. حالات پسیکوتیک بین حمله‌ای شایعتر از پسیکوز ضمن حمله‌ای است ولی نادرتر از اختلالات شخصیتی بین حمله‌ای است. پسیکوز بین حمله‌ای معمولاً به شکل اسکیزوفرنی فرم است و بصورت حاد، تحت حاد یا مزمن دیده می‌شود. آشکار شدن آنها پس از سالها ابتلا به صرع است بطوری که طول مدت بیماری صرع عامل مهمی در پیدایش پسیکوز تلقی می‌گردد. هذیانهای پارانوئید و توهمات، بخصوص از نوع شنوایی شایع است. سطحی شدن عواطف ممکن است دیده شود ولی معمولاً این بیماران توانایی صمیمیت و عواطف متناسب خود را حفظ می‌کنند.

هر چند اختلال تفکر از نوع اسکیزوفرنیک شایع است اما اختلال تفکر نوع عضوی مثل ضعف در ساختن مفاهیم و حاشیه پردازی نیز شایع است و پسیکوز ممکن است به شکل پسیکوز عضوی تظاهر کند که در آن نقص‌های شناختی غالب تر از اختلالات تفکر است و این نوع پسیکوز شایعتر از شبه اسکیزوفرنی است.

سبب شناسی

از نظر طرز پیدایش اختلالات روانی در بیماران مصروع می‌توان این اختلالات را در سه طبقه زیر قرار داد.

۱- اختلالات روانی و صرع به سبب ضایعه مغزی: ضایعه سلولی و بافتی عامل صرع و نشانه‌های روانی است که ممکن است منتشر یا موضعی باشد.

۱-۱- عیوب مغزی منتشر، انواع مختلف دارد:

الف- عقب ماندگی ذهنی: ۲۰ الی ۵۰ درصد عقب مانده‌های ذهنی مبتلا به صرع هستند. اختلالات نوار مغزی در نشانگان داون از ۲۵ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است.

ب- نشانگان مشخص صرعی که حمله صرع یک

خصوصیت ثابت بیماری است، اما فقط یکی از نشانه‌های ضایعه عضوی است، مانند نشانگان وست^(۱) یا اسپاسم انفانتیل^(۲)، نشانگان SSPE و نشانگان لنوکس گاستو.

ج- نشانگان عضوی مغزی که حملات صرع یک علامت از آن بوده اما علامت ثابتی نیست، مانند بیماری آلزایمر و دمانس مولتی انفاراکت (در ۲۰ درصد آنها حملات صرع دیده می‌شود).

د- نشانگان پسیکوتیک با سبب شناسی نامشخص که ممکن است در آنها حملات صرعی دیده شود مثل اوتیسم اطفال که ۲۹ درصد آنها دچار حملات صرع هستند.

ه- تغییرات غیر پسیکوتیک که در اثر صدمات زایمانی یا ضربه‌های مغزی بوجود می‌آیند و همان صدمات ممکن است سبب پیدایش صرع نیز در بیمار بشود.

۲-۱- عیوب مغزی موضعی، مثل تومورهای مغزی که می‌تواند در بیمار صرع و نیز اختلال روانی ایجاد کند. این نوع صرع معمولاً به صرع علامتی معروف است و گاه حملات صرع اولین علامت بیماری بدخیم می‌تواند باشد.

۲- اختلالات روانی ناشی از حملات صرعی: تظاهرات روانی ممکن است در مرحله پیش از حمله خود یا پس از حمله بوجود آید.

الف- مرحله پیش از حمله: مثل اورای صرعی با تظاهرات خلقی (ترس، هراس، افسردگی و احساس ناخوشی)، تظاهرات درکی (توهم و اشتباهات حسی)، تظاهرات خودکار (احساس پری در شکم، گل انداختن صورت و تغییرات تنفسی)، تظاهرات شناختی مثل (دژاوو و افکار وسواسی جبری).

ب- مرحله حمله صرع: کارکردهای روانی در حین حمله صرع معمولاً تغییر می‌یابد. تغییرات هوشیاری به درجات مختلف دیده می‌شود. رفتار خودکار در حین

حمله صرع لب گیجگاهی، تغییرات رفتاری در حملات صرع کوچک، رفتار خشونت آمیز، خطرناک، و یا دیگر تغییرات رفتاری و جنسی دیده می‌شود.

ج- مرحله پس از حمله: تغییرات روانی در این مرحله شامل ابر گرفتگی شعور، گیجی و منگی و نشانگان دلیریوم است و گاه به شکل پسیکوز بعد از حمله تظاهر می‌کند.

۳- اختلالات روانی در بین حملات: این اختلالات گاه با کاهش و کنترل کامل صرع تظاهر می‌کنند و گاه بستگی به شدت یافتن حملات صرعی دارند. پدیده‌های بین الف- نشانگان رفتاری بین حمله‌ای (IBS)^(۱) به تغییراتی در شخصیت و رفتار بیماران که پایدار بوده و در فاصله حملات نیز قابل مشاهده است، گفته می‌شود. مانند حالت چسبندگی شخصیتی. این افراد اشتغال ذهنی با جزئیات دارند، حاشیه پرداز، کند و کسل کننده هستند. ناتوان در تکمیل یک تکلیف یا ناتوان در ترک معاینه کننده در انتهای مصاحبه هستند. بی ثباتی هیجانی، میل به تفکر فلسفی، تعصب شدید مذهبی و اختلالات جنسی از علائم دیگر این نشانگان است.

ب- فروزش^(۲): یک فرآیند الکتروفیزیولوژیک است که در آن تحریکات زیر آستانه‌ای مکرر نوروها بالاخره به پتانسیل کار منجر می‌شود و ممکن است سبب تشنج گردد. سیستم لیمبیک بخصوص آمیگدال برای فروزش مساعد است. نشانگان رفتاری بین حمله‌ای ممکن است در اثر این پدیده عارض گردد. فروزش در سیستم دوپامینرژیک سبب تشنج نمی‌شود بلکه سبب اختلالات رفتاری می‌گردد که به صرع غیر بالینی^(۳) معروف است. مشاهده بالینی تأثیر داروهای ضد تشنجی مانند کاربا مازپین و سدیم والپورات در درمان اختلالات خلقی بخصوص نوع دو قطبی این فرضیه را بوجود آورده است که فیزیوپاتولوژی اختلالات خلقی ممکن است مربوط به فروزش در قطعات گیجگاهی مغز باشد و بیماری مانیک دپرسیو از این دیدگاه یک

نوع صرع لیمبیک محسوب می‌گردد.
ج- پسیکوزها: روان پریشی‌هایی که در فاصله حملات ممکن است دیده شوند و به اشکال اسکیزوفرنی فرم، خلقی یا عضوی تظاهر می‌نمایند و قبلاً شرح داده شده‌اند.

منابع

آلن گلنبرگ، الن بازوک، استفن اسکون اور (۱۳۷۲). راهنمای پزشکی در تجویز داروهای روانگردان، ترجمه دکتر نصرت اله پورافکاری، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، فصل یازده.

کاپلان - سادوک (۱۳۷۱). خلاصه روانپزشکی، جلد دوم، ترجمه دکتر نصرت اله پورافکاری، انتشارات ذوقی، تبریز، صفحه ۱۱۸ تا ۱۲۷.

کاپلان - سادوک (۱۳۷۱). خلاصه روانپزشکی، جلد اول، ترجمه دکتر نصرت اله پورافکاری، انتشارات ذوقی، تبریز، فصل سوم.

Koella, W. P., & Trimble, M. R. (1982). *Advances in biological psychiatry* 8. Temporal lobe Epilepsy, Mania and schizophrenia and the limbic system, Karger.

Lewis P. R. (1989). *Merritt's textbook of neurology* (8th ed.). Lea and Febiger.

Niedarmyer, E. (1990). *The epilepsies, diagnosis and management*. Urban and Schwarzenberg, chapter 12.

Reynolds, E. H., & Trimble, M. R. (1983). *Epilepsy and psychiatry*. Churchill Livingstone, Chapter 2.



- 1-interictal behavior syndrom
- 2-kindling
- 3-subclinical epilepsy