

اختلالات ذهنی و رفتاری در صرع

دکتر ابوالفضل نصیریان*

علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی است. متأسفانه در ایران هنوز چنین بررسی‌های جامعی انجام نشده است. در این مقاله سعی شده که با توسل به مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف و مقایسه آماری اطلاعاتی نسبتاً جامع در مورد سئوالات فوق به همکاران و کسانی که با این مشکلات مواجه هستند داده شود، امید است که راه‌گشای تحقیق و بررسی بیشتری در این زمینه است.

آیا صرع قابل معالجه است؟

پاسخ به سؤال فوق بطور کلی بسیار مشکل است. زیرا پیش‌آگهی در انواع مختلف صرع بسیار متغییر است در بعضی موارد صرع یک عارضه زودگذر است و ممکن است تا آخر عمر مسئله‌ای پیش نیاید و در بعضی دیگر تقریباً تا آخر عمر نیاز به درمان دارد و عوارض گوناگونی همراه آن می‌باشد. لذا بهتر است پیش‌آگهی صرع در انواع مختلف بطور جداگانه بررسی شود.

۱- تشنج نوزادان - تشنج لزوماً یک عارضه صرعی نیست. ممکن است به علل گوناگون در افراد تشنج ایجاد شود. در مورد تشنج نوزادان مرگ و میر زیاد است بطوریکه ۱۰ تا ۴۰٪ نوزادان مبتلا به تشنج می‌میرند. اختلاف زیاد مرگ و میر

صرع یکی از شایعترین اختلالات نورولوژیک در انسان است تقریباً "در هر هزار نفر از جامعه ۵ نفر مبتلا به صرع هستند ولی این رقم در بچه‌ها ۲ تا ۳٪ می‌باشد و بطور کلی حدود ۷٪ افراد جامعه در طول زندگی یک یا چند بار دچار تشنج میشوند که در اکثر موارد همراه با تب می‌باشد (۸). از نظر تاریخی وجود صرع همزمان با وجود انسان بوده است. همانطور که از آمار فوق استنباط میشود صرع یکی از مشکلات جوامع انسانی و مشکل بزرگی در ایران است. بررسی و تحقیق در این مورد میتواند بنفع عده زیادی از هموطنان عزیز بوده و از مشکلات زیادی که این عارضه برای جامعه ایجاد میکند کاسته شود.

در مواجهه با بیماران مبتلا به صرع چه کودک و یا بزرگ باشند سئوالاتی برای والدین و خود بیمار مطرح میشود. آنها می‌پرسند آیا بیماری خطرناک است؟ آیا این بیماری قابل معالجه است؟ آیا روی ذهن و هوش بیمار تاثیر سوء دارد؟ آیا ممکن است بیمار دچار مشکلات و یا بیماریهای روانی شود؟ و آیا حالات روانی موجود در بیمار مربوط به صرع است؟ پاسخ داده به سئوالات فوق نیاز به مطالعه و بررسی آماری دقیق دارد که مستلزم همکاری همه جانبه گروه‌هایی از متخصصین اعصاب و روان‌پزشکان و روان‌شناسان و متخصصین

* - متخصص اعصاب مرکز طبی کودکان.

نظر فراگیری و رفتار نداشته اند .

۳- صرع بزرگ (Grand Mal) - در صرع بزرگ پیش‌آگهی معمولاً "خوب است تقریباً" در ۵۰٪ موارد کنترل کامل با دارو درمانی ایجاد میشود . و در ۲۵٪ موارد کنترل نسبی و خوب حاصل میشود . حداقل دوره درمان در این بیماران چهار سال است . اگر با مصرف دارو و بمدت ۴ سال حمله‌ای نداشته باشد بیمار باید جهت امکان قطع دارو مورد بررسی قرار گیرد . در این مورد سابقه بیمار و معاینه و الکتروانسفالوگرافی مجدده تصمیم‌گیری در مورد قطع دارو کمک میکند قطع دارو باید تدریجی و در مدت ۴ تا ۶ ماه صورت گیرد . با وجود رعایت تمام شرایط در ۲۵٪ آنهائی که بمدت چهار سال با دارو کنترل بوده‌اند اگر دارو را قطع کنیم باز هم تشنج میکنند این رقم با ۵ تا ۱۰ سال تعقیب بیماران بدست آمده است . در صرع بزرگ عقب ماندگی ذهنی در ۶٪ موارد وجود دارد این رقم در مقابل ۴۴٪ موارد عقب ماندگی ذهنی در مشابهی صرع کوچک (Petit Mal) بسیار کم است (۸) . اختلال روانی در صرع بزرگ شایع نیست و حدود ۶٪ میباشد تقریباً "کمتر از ۱٪ آنها سایکوتیک هستند این رقم نسبت به اپی لپسی نوع سایکوموتور که حدود ۱۷٪ است ناچیز میباشد . اختلال رفتاری در صرع بزرگ حدود ۲٪ است . مرگ و میر آن ناچیز است و ممکن است ناشی از حوادث و ضربه جمجمه‌ای باشد . در مواردی که استانوس اپی لپتیکوس (Satus epiletricus) ایجاد شود مرگ و میر آن ممکن است بین ۵ تا ۲۰٪ برسد .

۴- صرع کوچک (Pehl Maly) - صرع کوچک تقریباً "خوش خیم ترین نوع صرع میباشد فقط در ۵/۴٪ علائم نورولوژیک وجود دارند از نظر هوشی بیماران مبتلا به صرع کوچک خالص درجه متوسط یا بالا هستند . فقط در ۵٪ آنها عقب ماندگی ذهنی وجود دارد . اختلال رفتاری و روانی فقط در ۹٪ آنها وجود دارد . حملات صرع کوچک در هنگام بلوغ کاهش یافته و یا متوقف میشوند . اگر در صرع کوچک با دارو درمانی در مدت یک سال حمله نداشته باشد میتوان بتدریج دارو را در مدت ۶ ماه قطع کرد .

۵- مشابهین صرع کوچک - در مشابهین صرع کوچک ضایعات عضوی مغزی شایع است و از این نظر با صرع کوچک خالص کاملاً "متفاوت است . عقب ماندگی ذهنی تقریباً "در ۵۰٪ موارد وجود دارد . در حالی که این رقم در صرع کوچک

بستگی به علت تشنج دارد . علت مرگ در نوزادان مبتلا به تشنج در گروههای مختلف متفاوت است ولی آنوکسی مغزی و خونریزی از همه شایعتر است . عفونت و نابهنجاریهای مغزی در درجه بعد هستند . در مورد نوزادانی که تشنج دارند و زنده می‌مانند ارزیابی دقیقی بصورت تعقیب طولانی در آنها در دست نیست مطالعه‌ای وجود ندارد که طرز یادگیری آنها در مدرسه را نشان دهد ولی تقریباً " ۶۰ تا ۸۰٪ آنهائی که زنده می‌مانند در حدود بهنجار هستند . تشنج در دو روز اول زندگی بسیار بدخیم است . بطوریکه ۳۰٪ مرگ و میر دارد و در ۶۰٪ آنهائی که زنده میمانند بدرجات مختلف اختلالات عصبی وجود دارد ، بیشتر نوزادانی که تشنج داشته و EEG نورمال داشته باشند رشد تکاملی خوبی خواهند داشت (۱۰) .

۲- تشنجات ناشی از تب - تشنجات ناشی از تب نوع ساده که معمولاً " تشنج در اوایل تب ظاهر شده و کوتاه مدت است و حملات یک تا ۳ بار بیشتر تکرار نشده باشند و EEG طبیعی داشته باشند خوش خیم هستند و عوارض زیادی ندارند مرگ و میر معمولاً " وجود ندارد . مطالعات انجام شده نشان میدهد که در سن ۴ سالگی ضریب هوشی در بچه‌هایی که تشنج ناشی از تب ساده داشته یا بچه‌های نرمال فرق زیادی نداشتند . اگر تشنجات زیاد تکرار شده و طولانی باشد ضریب هوشی کاهش می‌یابد . انسداد صرع در بچه‌هایی که تشنجات ناشی از تب داشته‌اند بیشتر از معمول است ولی در صد ایجاد آن در مطالعات مختلف متفاوت است و از ۱/۴ تا ۹۳٪ گزارش شده است ولی بطور متوسط کمتر از ۲۰ درصد است . تشنجات طولانی و موضعی و تعداد زیاد تشنج ناشی از تب و EEG غیر طبیعی بعد از یک هفته از شروع تشنج از عواملی هستند که خطر ایجاد صرع را زیاد میکند . اهمیت EEG در تعیین پیش‌آگهی هوز مورد بحث است (۸) .

اگر تشنج اولیه در ۱۳ ماهه اول زندگی باشد احتمال ایجاد حملات بعدی بیشتر است . در کسانی که تشنجات در سال اول زندگی شروع شده باشند در مدت ۶ ماه در بیشتر از نصف آنها تشنجات تکرار میشوند و در یک سال ۳- آنها تکرار تشنج داشته‌اند . تقریباً " در ۹۰٪ موارد دومین حمله تا دو سال بعد از اولین حمله اتفاق می‌افتد . در تشنجات ناشی از تب از نظر اختلال رفتاری و اختلال فراگیری در مدرسه مطالعات زیادی وجود ندارد ولی در یک مطالعه بمدت ۱۱ سال تعقیب آنها و مقایسه با افراد بهنجار اختلاف زیادی از

ذهنی بطور شایع در این بیماران دیده میشود و یکی از سه علامت مهم سندرم Wests میباشد. چون این اختلال در شیرخوارگی یا اوایل کودکی ایجاد میشود ارزیابی اولیه آنها از نظر عقب ماندگی بر مبنای تکامل روانی، اجتماعی و حرکتی صورت میگیرد. زیرا اندازه گیری هوشی در این سنین امکان پذیر نیست. بدین لحاظ بکاربردن جمله عقب ماندگی تکاملی در این موارد مناسب تر است. در این بیماران اگرچه هم تکامل حرکتی و هم تکامل روانی اجتماعی تاخیر دارد ولی اختلال تکامل روانی اجتماعی شدیدتر از اختلال حرکتی است. تحقیقات مختلف دانشمندان نشان داده که در اکثر بیماران مبتلا به اسپاسم شیرخواران عقب ماندگی ذهنی وجود دارد. ولی در عده زیادی از بیماران قبل از شروع حملات اسپاسم هم عقب ماندگی ذهنی دارند. ولی با شروع حملات اسپاسم عقب ماندگی آنها شدیدتر میشود. در چند مطالعه ای که انجام شده فقط بین صفر تا ۱۶% (بطور متوسط ۱۰%) بیماران مورد مطالعه در هنگام تشخیص از نظر رشد تکامل نرمال بودند. بین ۸۴ تا ۱۰۰% بقیه (متوسط ۹۰%) بیماران هنگام تشخیص درجات مختلف عقب ماندگی داشتند. در مطالعه ای که بوسیله آقای Jeavons صورت گرفته مشخص شد که فقط ۷ تا ۲۵% بیماران و بطور متوسط ۱۰% بیماران از نظر ذهنی نورمال بودند ولی در ۹۰% بقیه درجات مختلف عقب ماندگی ذهنی وجود داشت (۷).

در مطالعه دیگر مشخص شد که بین ۵۲ تا ۶۶% بیماران عقب ماندگی شدید داشتند و در ۳۸% موارد عقب ماندگی خیلی شدید بود. در این مطالعه مرگ و میر این بیماران حدود ۲۰% بود. بچه هایی که در اثر این بیماری میمیرند تقریباً در تمام موارد عقب ماندگی شدید داشتند. اگر در هنگام تشخیص بیماری از نظر رشد تکامل وضع خوب باشد پیش آگهی بیماری بهتر است.

فاکتورهای دیگری که در عقب ماندگی ذهنی موثرند عبارتند از طول مدت اسپاسم و وجود اشکال دیگر تشنج همراه این حالت و ظهور نابهنجاریهای عصبی. هرچه مدت اسپاسم کمتر و تشنجات نوع دیگر وجود نداشته باشد و آنورمالی های عصبی کمتر باشد پیش آگهی بیماری بهتر است. مرگ و میر این بیماران حدود ۱۰% است. مهمترین علت مرگ در این بیماران پنومونی آسپیراسیون است.

خالص حدود ۵- است. اختلال رفتاری و روانی هم در این نوع صرع شایع است. این نوع صرع معمولاً "بدرمان مقاومت نشان میدهد. بطوریکه اغلب مجبور میشویم از چند نوع دارو بطور همزمان استفاده کنیم. پیش گوئی آینده بیمار بسیار مشکل است بطوریکه گاه در مدت یک تا دو سال امکان قطع تدریجی دارو وجود دارد ولی گاهی اجماراً "چندین سال باید دارو را ادامه داد.

۶- صرع نوع موضعی (Focal) - در نوع موضعی یا جاکسونی عقب ماندگی ذهنی بیشتر از انواع دیگر صرع (غیر از انواع Infantile Spasms و Myoclonic) میباشد. و بستگی به شدت آسیب مغزی دارد. علائم روانی نسبتاً شایع هستند بطوریکه حدود ۱۰% آنها این علائم را دارند. تشنجات ناشی از آبسه مغزی و تومورها و ضایعات عروق نیمکره های مغزی معمولاً تکرار میشوند و احتیاج بدرمان طولانی دارند. بطور کلی هر چند ضایعات مغزی به قشر مغز بخصوص قشر حرکتی مغز نزدیک تر باشند تکرار حملات بیشتر میباشد دوره درمان در صرع موضعی معمولاً طولانی است ولی اگر تشنجات بمدت ۲ تا ۳ سال قطع شده و EEG طبیعی شود میتوان قطع دارو را بررسی نمود. اگر شکل مشخص و کانون واضح وجود داشته باشد گاهی جراحی و برداشتن آن در قطع یا کاهش حملات کمک میکند در بعضی موارد هم لازم است تا آخر عمر دارو ادامه یابد.

۷- اپی لپسی نوع سایکوموتور - Partial Seizure - علائم نورولوژیک غیر از مواقع حمله در کمتر از ۱۵% موارد وجود دارند. علائمی که نشانه گرفتاری لوب گیجگاهی (Temporal) هستند مثل Dejavu و توهم های بویائی و شنوائی شایع نیستند. اختلال روانی غیر از مواقع حمله بصورت اختلال شخصیتی در این نوع صرع شایع است. اختلال رفتاری این بیماران بصورت هیستری و پارانویا و ایسکزوفرنی و افسردگی دیده میشود اگر تشنج در این بیماران علامت برجسته ای نباشد ممکن است این نوع صرع بعنوان نوروز هیستری و یا حالات سایکوتیک و پارانویا و ایسکیزوفرنی و یا بیماری دپرسیو تشخیص داده شود. در این موارد الکترو- آنسفالوگرافی تا حدودی به تشخیص واقعی کمک میکند. درمان این نوع صرع طولانی است لازم است با کمک EEG هر چند سال یک بار قطع دارو را تجربه کرد.

۸- حملات اسپاسم شیر خواران - عقب ماندگی

اختلالات روانی و رفتاری در صرع

بطور کلی میتوان گفت که یک اختلال شخصیتی و رفتاری کاملاً مشخص که در تمام بیماران صرعی بطور یکسان باشد وجود ندارد ولی بهرحال در بیماران صرعی بعنوان یک گروه خاص رفتار اختلال شخصیتی و رفتاری بیشتر از افراد بهنجار است. میتوان گفت که چون علت صرع وجود اختلال در مغز میباشد بنابراین احتمال اختلال رفتاری و شخصیتی بیشتر است و چون بیماران صرعی از نظر علت طیف وسیعی را تشکیل میدهند بر مبنای علت ایجاد آن این تغییرات هم متفاوت است.

باید دانست که وجود صرع الزاماً همراه با اختلال رفتاری نیست ولی بعلمت وجود حالات غیر عادی در این بیماران عده‌ای از آنها بطور مستقیم یا غیر مستقیم دچار اختلال رفتاری هستند. اختلال رفتاری در این بیماران بطور کلی ناشی از دو عامل است.

۱- عوامل محیطی - بیماری که دچار حملات صرع است ظاهراً با دیگران فرق دارد زیرا دارای حالاتی است غیر عادی و اطرافیان وی آن حالت را ندارند. لذا وجود این حالات که باعث برانگیختن حس ترحم دیگران شده و رفتاری غیر عادی با وی خواهند داشت. منجر به احساس نامطبوع در این بیماران بصورت احساس شرمندگی و خودکم بینی و احساس گناه و افسردگی و اضطراب و عصیان و رفتار تهاجمی میشود. این نوع رفتارهای غیر عادی ناشی از خود عامل اپی لپتوژن نیست بلکه ناشی از انعکاس رفتار دیگران و طرز برخورد جامعه با فرد صرعی میباشد. البته این نوع رفتارهای غیر عادی بسته به عوامل محیطی و ساختمان شخصیتی بیمار درجات متفاوتی دارد. بطور کلی هرچه عدم هماهنگی جامعه و افراد آن با این بیماران شدیدتر باشد شدت این اختلالات رفتاری بیشتر است. البته نوع صرع و تظاهرات بالینی آن و تعداد حملات و همراه بودن یا عدم همراه بودن با بیهوشی هم در شدت این نوع تغییرات رفتاری موثرند.

۲- اختلالات رفتاری و روانی ناشی از ضایعه اپی لپتوژن - برداشت های مختلفی از تغییرات شخصیتی در بیماران صرعی وجود دارد در یک جهت این اعتقاد وجود دارد که افراد صرعی از نظر شخصیتی بهنجار هستند و اختلالات مختصری هم که دیده میشود مربوط به اضطرابی است که در اثر حملات برای بیمار ایجاد میشود در جهت عکس این نظریه

بعضی معتقدند که افراد صرعی دارای شخصیت مخصوص هستند. تربیت Trait میگوید شخصیت صرعی بصورت پرحرفی و چسبندگی عاطفی و بدگمانی و افکار پارانوئید و خود محوری و رفتار انفجاری مشخص میشود.

تیزارد Tizard در مطالعه خود ۵ تئوری را بیان میکند (۲).

۱- تمام یا بیشتر بیماران صرعی یک شخصیت مشابهی دارند.

۲- یک شخصیت خاص برای افراد صرعی وجود ندارد و تغییرات شخصیتی که در افراد صرعی دیده میشود مکن است در افراد غیر صرعی هم وجود داشته باشد.

۳- یک شخصیت بخصوص برای افراد صرعی وجود ندارد اما مقدار زیادی از اختلالات نوروتیک در میان صرعی دیده میشود (۲).

۴- بیماران صرعی تمایل دارند که اختلالات شخصیتی شبیه بیماران مبتلا به بیماری عضوی مغزی نشان دهند.

۵- اختلالات شخصیتی مختلف در انواع صرع ممکن است وجود داشته باشد.

وجود اختلافات فاحشی در اختلالات شخصیتی افراد صرعی نشان دهنده این واقعیت است که وسعت عوامل آسیب شناختی مغزی در بیماران مختلف متفاوت است. اکنون اغلب متخصصین عقیده دارند که در صرع سایکوموتور هم انواع مختلف شخصیت در بیماران مختلف وجود دارد. این اختلافات وابسته به کانون آسیب شناختی در EEG و محل ضایعه لوب تامپورال است. اختلالات رفتاری که مربوط به خود ضایعه اپی لپتوژن باشند. بیشتر در ضایعات لوب - تامپورال یعنی در صرع سایکوموتور دیده میشود. در مطالعاتی که انجام شد بطور کلی این نکته ثابت شده که بطور واضح در بیماران لوب تامپورال ساختمان شخصیتی با افراد کنترل متفاوت است. در میان بیماریهای نورولوژیک مختلف همراه با ضایعه آنا تومیک مشخص صرع تامپورال لوب بیشتر از همه همراه با اختلالات فونکسیون روانی میباشد. با وجودیکه این حالات در تمام بیماران وجود ندارد. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان میدهد که در بیماران شانس ابتلا به سایکوزهای شبیه اسکیزوفرنی بیشتر از افراد نورمال است.

در مطالعات انجام شده بیشتر رفتار بین حملات صرع در بیماران در نظر گرفته شده است تا اینکه در حین

میباشد ولی بتدریج متوجه شدند که در هر بیماری که سالها اختلال مزمن مغزی وجود داشته باشد چنین حالاتی ممکن است ایجاد شود.

بچه های صرعی ممکن است مانند بیماران دیگری که معلولیت دارند بوسیله والدین بیش از حد لزوم مورد حمایت قرار گیرند و برعکس. این حالت ممکن است باعث جدایی آنها از والدین و خواهر و برادر و یا بچه های هم مدرسه‌ای و یا سایر افرادی که مورد علاقه آنها است شود. در هر دو مورد اختلال رفتاری تشدید میشود بیمار ممکن است در برقراری روابط دچار اشکال شود و ممکن است احساس کند که بادیگران فرق دارند لذا حالت دفاعی بخود گرفته و یا از دیگران کناره گیری کند (۴).

اگر کودک احساس کند که به وی به چشم حقارت و ترحم می‌نگرند ممکن است عکس العمل وی بصورت حالت پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی باشد.

در مطالعه گیبس (Gibbs) مشخص شده است که در ۵۰٪ بیماران مبتلا به ضایعه قسمت قدامی لوب تامپورال که در EEG آنها کانون سرعی دیده میشود. مدتها بعد از شروع صرع اختلال روانی بصورت بی‌ثباتی در رفتار، هذیان، واکنش افسردگی و پارانوئید و توهم های مختلف و حالت انکار و مقرراتی بودن بیش از حد تظاهر میکند.

بطور کلی مشخص شده که نقائص تفکر و نابهنجاری های روانشناختی با رفتار بیشتری در میان بیماران صرعی نسبت به افرادی که بیماری نورولوژیک ندارند دیده میشود. در ضمن صرع را نمیتوان در همه افراد بیک نحو مورد قضاوت قرار داد. زیرا الزاما "صرع نه همراه با عقب ماندگی ذهنی است و نه همراه با اختلال شخصیتی چرا که افراد صرعی میتوانند هم افراد برجسته و زنی باشند و هم عقب مانده و با اختلالات شخصیتی.

ارتباط بین هوش و قدرت تفکر با صرع

صرع ممکن است در بچه هایی که از نظر ذهنی عقب مانده اند ایجاد شود. هم صرع و هم عقب ماندگی ذهنی ممکن است ناشی از یک بیماری زمینه‌ای واحد باشند عقب ماندگی ذهنی ممکن است ناشی از تشنجات شدید و مکرر و غیر قابل کنترل باشد که احتمالا "باعث آنوکسی مغزی و مرگ سلولی میشود، ولی بطور کلی نه شدت تشنج و نه فرکانس

حمله سایکوموتور باشد. در تعداد کمی از بیماران صرعی تشخیص اسکیزوفرنی داده میشود. شرح حال دقیق چنین بیمارانی اثر عمیق اختلال در روابط اجتماعی را نشان میدهند. فاصله طولانی بطور متوسط ۱۴ سال بین شروع صرع و ایجاد سایکوز شبیه اسکیزوفرنی این امر را تأیید میکند که اختلال روانی یک اثر ثانوی و غیرشایع از عامل زمینه‌ای عصبی-روانی است. بطور کلی دلیلی وجود ندارد که معتقد باشیم اسکیزوفرنی یا مشابهین آن در بیماران روانی را عامل نورولوژیک در یک کانون بخصوص توجیه کرد. لوب های تامپورال انسان از نظر تشریحی قرینه هستند ولی مطالعات زیادی نشان داده که بعد از بریدن لوب تامپورال عدم تقارنی در کارکرد دو طرف وجود دارد. لوب تامپورال چپ بیشتر مخصوص فهم زبان و تحلیل مطالب است. لوب تامپورال راست بیشتر برای تفهیم فضائی و اعمال سینیتک میباشد. عدم تقارنی بین دو نیمکره نیز در مورد حالات هیجانی و خلق وجود دارد. بطوریکه در اثر ضایعه یک طرفه و یا شوک الکتریکی و تزریق یک طرفه باریتور است داخل کاروتید مشخص شده که انحراف چشمها بطرف چپ در پاسخ های هیجانی بعنوان تظاهر غالب بودن نیمکره راست برای عواطف شناخته شده است (۴).

از نظر اپیدمیولوژیک اغلب کانونهای لوب تامپورال چپ با اسکیزوفرنی نوع پارانوئید و کانونهای لوب تامپورال راست با بیماری مانیک و پرسو همراه بوده اند.

در مطالعات انجام شده اگرچه وجود تغییرات رفتاری در ضایعات لوب تامپورال چپ و راست تقریبا "بطور مساوی بودند. ولی در صرع های لوب تامپورال راست، مبتلایان حالت بزرگمنشی و خود خواهی بیشتر داشتند و در آنهاهی که صرع لوب تامپورال چپ داشتند، بیشتر حالت عصبانیت و پارانوئید و وابستگی به دیگران وجود داشت و در صرع تامپورال راست بیشتر ثبات افکار و زودجوشی و حالت هیجان و غمگینی و در نوع تامپورال چپ بیشتر حالت اعتقاد به سرنوشت وجود داشت. با توجه به مطالب فوق بطور خلاصه میتوان گفت که مشکلات رفتاری تقریبا "در نصف کودکان صرعی دیده میشود. در این کودکان تغییرات ناگهانی در خلق و رفتار و تحرک و تحریک پذیری و بی حوصلگی دیده میشود. بچه های صرعی بی‌ثبات هستند. بی‌قراری و ناآرامی و عصبانیت دارند. در بعضی موارد حالت ضد اجتماعی دارند. سالها معتقد بودند که این تغییرات مختص بیماران صرعی

است و بیماران که بعلت صرع در بخش دولتی تحت درمان بوده‌اند ضریب هوشی کمتر از افرادی بوده که در بخش خصوصی درمان شده‌اند (زیرا بیماران بدحال به بخش دولتی مراجعه میکنند) .

۴- صرع های کانون بستگی به کانون مخصوصی که ضایعه در آن وجود دارد قسمتهای مختلف تفکر را دچار اختلال میکنند مثلاً " در بیماران که ضایعه در لوب تامپورال چپ دارند اختلال در تستهای توانایی فکری دارند و آنها که ضایعه تامپورال راست داشتند اختلال در تستهای دریافت حرکتی و یا تصاویر فضایی داشتند . ممکن است حافظه در صرع لوب تامپورال مختلف شود .

اختلال ذهنی ممکن است ناشی از مصرف بیشتر از حد لازم داروهای ضد تشنجی باشد که در این حالات با کم کردن و قطع دارو برطرف میشود اختلال در انجام کارهای مدرسه ممکن است ثانوی به اختلال هیجان و یا اختلال اجتماعی باشد . اما این حالات هم اغلب با راهنمایی والدین در نحوه ارتباط با کودک و یا روان درمانی قابل کنترل است .

در یک مطالعه در ۱۶۴۰ مورد بیماران مبتلا به صرع بوسیله آقای Lenox ۶۷٪ آنها از نظر هوشی بهنجار بودند و ۲۳٪ بطور خفیف غیر طبیعی بودند و فقط ۱۰٪ آنها گاهشی واضح داشتند . در مطالعه دیگر بوسیله آقای Wilkins در ۲۵۴ بیمار اپی لپتیک فقط ۸۲٪ آنها Ia کمتر از ۸۰ داشتند ، بطور کلی میتوان گفت که با کشف داروهای جدید ضد صرع و تجویز بجا و بموقع آنها درصد عقب ماندگی های ذهنی ناشی از صرع روز بروز رو به کاهش است .

آن بستگی مستقیم با وضع ذهنی بیمار ندارد بچه ای که در روز بیش از ۵ حمله پتی مال دارد ممکن است از نظر هوشی بهنجار یا حتی بالاتر از باشد در حالی که ممکن است در بیمار دیگری که در سال یک یا دو حمله دارد از نظر ذهنی عقب ماندگی واضح وجود داشته باشد .

صرع هایی که بعلت بیماریهای پیشرونده نیستند بندرت ممکن است باعث عقب رفتن وضع ذهنی شوند ولی اگر حملات شدید و طولانی باشند بعلت ضربات وارده به جمجمه و آنوکسی ممکن است عقب ماندگی ذهنی ایجاد کنند . بیشتر بچه هایی که صرع دارند ولی ضایعات مغزی واضحی ندارند بویژه اگر تشنجات زود و خوب کنترل شوند هرگز اختلال ذهنی نشان نمیدهند . بطوریکه در طول تاریخ افراد برجسته ای وجود داشته‌اند که مبتلا به صرع بوده و کارهای بزرگی انجام داده‌اند . عده ای از اینگونه افراد بطور مثال عبارتند از : سقراط ، ناپلئون بناپارت ، ژولیوس سزار ، لرد بایرون ، داستایونسکی ، الکساندر کبیر و بودا .

امواج صرعی ممکن است باعث درجات مختلف اختلال در کارکرد مغزی شوند . گزارشاتی وجود دارد که بهبودی قابل توجهی در تفکر و هوش بیمار بعد از کنترل تشنج با درمان طبیی یا جراحی بوجود آمده است . حتی گاهی بعد از برداشتن یک نیمکره مغزی این بهبودی حاصل شده است .

مطالعات روی گروههای مختلف افراد صرعی چه از نظر علت و چه از نظر شدت تشنج در مورد تفکر و هوش صورت گرفته و با افراد عادی مقایسه شده‌اند . در این مطالعات مشخص شده است که اولاً " بطور متوسط قدرت تفکر و هوش این افراد کمتر از افراد بهنجار بوده است و ثانیاً درجه این تغییرات بستگی به عوامل مختلفی دارد (۶) .

۱- ممکن است بستگی بسن شروع صرع داشته باشد چون مشخص شده است که هرچه سن شروع صرع کمتر باشد کاهش هوش بیشتر است .

۲- در بیماران که علت صرع مشخص میشود کاهش هوش بیشتر از آنهایی است که علت مشخص نمیشود مثلاً " در مطالعه آقای Lenox ضریب هوشی در بیماران که صرع ایدیوپاتیک داشتند تقریباً " شبیه افراد بهنجار بود .

۳- در بیماران که بعلت صرع بستری شده‌اند و در بیماران که در مدرسه بچه های عقب مانده ثبت نام کرده‌اند و اپی لپتیک بوده‌اند ضریب هوشی کمتر از افراد بهنجار بوده

References:

- 1- Antonie V. Delado-Escueta, M.D., David M. Treiman, and Gregory Walsh, M.D. The Treadable epilepsies (First of two parts) the new England Journal of Medicine Vol. 308 No. 25 June 23, 1983.
- 2- David M. Bear, M.D., Paul Fedio, PHD Quantitative analysis of Interictal Behavior in Temporal lobe epilepsy Arch Neurol- Vol 34 Aug 1977.
- 3- Dominick P. Purpura, M.D., and J. Kiffin Perry M.D., Advance in Neurology Vol. 8, 1975 by Raven Press U.S.A.
- 4- Editorial. behavioral change in Temporal Lobe epilepsy. arch neurol- Vol -34 AUG 1977.
- 5- Ja Eyre, R. Cozzer, and A.R. Wilkinson. Diagnosis of neonatal seizure by continuous Recording and Rapid Analysis of the Electroencephalogram. Archives of disease in childhood, 1983, 58, 785-790.
- 6- Jean Holowach Thurston, B.A., M.D. Don L. Thurston, B.S. M.D. Barbara Babara B. Hixon B.S., and Amy J. Keller, M.P.H Prognosis in childhood epilepsy. additional follow-up of 148 children 15 to 23 years after withdrawal of anticonvulsant Therapy the new England Journal of Medicine Vol. 306 No. 14 April 8, 1982.
- 7- Joseph R. Lacy and J. Kiffin Perry Infantile spasma 1976 Raven New York.
- 8- Swaiman and Wright. The practice of pediatric neurology the C.V. Mosby Company saint Louis 1982.
- 9- Thomas W. Farmer M.D. Pediatric neurology second edition 1975 by Harper and Row.
- 10- Wilban B. Munier, M.D. Stanley M. Wyman M.D. and Charles S. Amoroso, TR. Prognosis of Childhood epilepsy another Look. The new England Journal of medicine Vol. 306 N. 14 April 8, 1982.