

بررسی اجمالی عوارض روانی ضربه‌های مغزی

دکتر سیروس ایزدی

در اینجا باید توجه داشت که بسیاری از بیماران حتی با ناتوانی‌های شدیدی که دارند اصولاً مراجعه نمیکنند و بنابراین در این مورد نشان دادن آمار و ارقامی که روشنگر واقعیت باشد کار آسانی نیست. اما آنچه مسلم است عوارض روانی، فعالیت فیزیکی بیمار را بنحوی قابل ملاحظه‌ای محدود میسازد زیرا علاوه بر اینکه عوارض روانی ناشی از ضربه‌های مغزی در بسیاری از موارد غیر قابل برگشت است، فرد مبتلا دریافتن شغلی مناسب و همچنین در سازش اجتماعی بطور کلی دچار مشکلاتی میشود. حتی خانواده‌هایی که الزاماً از این افراد نگهداری میکنند با دشواریهای زیادی روبرو هستند.

در این مقاله علل عوارض روانی ضربه‌های مغزی و تظاهرات بالینی آنها را مورد بررسی قرار میدهم:

علل عوارض روانی ضربه‌های مغزی

مطالعه بیماران مبتلا به ضربه مغزی نشان داده است که در این مورد نیز همانند دیگر جنبه‌های روانپزشکی عوامل متعددی در تشکیل تابلوی بالینی دخالت دارند. بنابراین پزشک نباید بهنگام معاینه بیمار از بین عوامل مختلف یک عامل را بعنوان عامل سببی اصلی تلقی کند، بلکه باید همواره بمنظور تعیین پیش‌آگهی اختلال موجود، کلیه عوامل را به دقت ارزیابی کرده و سهم هر یک را مشخص کند. مسئله خاص بیماران مبتلا به ضربه مغزی پیدایش انواع گوناگون اختلال‌هایی است که میتواند در نشانه‌شناسی روانپزشکی مطرح شود.

طبق معمول اساس پژوهش‌های اغلب مولفین در این زمینه مطالعه روی سربازانی است که در جریان جنگ به ضربه مغزی دچار شده‌اند. اما متأسفانه پیشرفت تکنیک و تمدن ماشینی ضربه‌های مغزی را که سابقاً برای بیشتر ناشی از صدمات جنگ بود بعنوان یکی از مسائل پزشکی زمان صلح نیز در آورده است. تعداد روز افزون تصادفات رانندگی در جاده‌ها بدون شک ما را با انواع و اقسام صدمات فیزیکی مواجه میسازد که در میان آنها ضربه‌های مغزی اگر از همه مهمتر نباشد یکی از مهمترین آنها بشمار میرود. با پیشرفت دانش پزشکی مرگ و میرهای فوری در مراحل خطیر ضربه‌های مغزی بطور چشمگیری کاسته شده است و بدین ترتیب بر تعداد افراد مبتلا بعوارض مزمن ضربه‌های مغزی افزوده گردیده است. بنابراین هر روز که میگذرد جوامع صنعتی با تعداد بیشتری که به مراقبتهای جدی پزشکی احتیاج دارند مواجه خواهند شد. نگاهی به آمار و ارقام موجود ما را در ارزیابی دامنه این مشکل یاری می‌دهد.

در کشوری مانند آمریکا سالیانه دو بیلیون دلار هزینه درمان و نگهداری کسانیست که به ضربه‌های مغزی دچار شده‌اند. همچنین در بریتانیا ارزیابی ضربه‌های مغزی نشان میدهد که در حال حاضر متجاوز از هزار نفر در سال بعلت ضربه مغزی بنواقص بدنی یا روانی دچار شده و توانائی کار کردن خود را از دست میدهند.

بنابراین بعد از یک ضربه مغزی ممکن است خرابی نیروهای عقلانی، تغییرات شخصیتی، بیماری روانی و انواع آشفتگیهای نوروتیک مشاهده گردد.

نکته قابل تعمق آنکه گرچه کلیه این اختلالاتها، ناشی از حادثه واحدیست اما بعید بنظر میرسد که همه آنها اتیولوژی مشترکی داشته باشند.

بنابراین توجه "نورولوژیک" ساده‌ای که تابلوی بالینی مشخصی را به ضایعه معینی در سیستم عصبی مرکزی نسبت دهد وجود ندارد. اما در هر صورت کوشش برای یافتن چنین توجیهاتی مفید و ارزنده است.

لیشمان سال ۱۹۶۲ و ۱۹۶۸ موضوع ضایعات مغزی را به تفصیل تشریح کرده که در اینجا بذکر خلاصه‌ای از کارهای این مولف میپردازیم:

"مطالعه گذشته بیماران که در جریان جنگ دوم جهانی سابقه ضربه مغزی داشته‌اند نشان داده است که چگونه یک ضایعه مغزی میتواند در ناتوانیهای روانی که یک تا پنج سال بعد از ضربه ادامه داشته است نقشی داشته باشد. بمنظور این مطالعه بیماران مبتلا به صدمات فرورفته مغز انتخاب گردیدند، زیرا در این موارد امکان پیدا کردن محل و موقعیت ضایعه مغزی بیشتر بود.

در ۶۷ موردی که مورد مطالعه قرار گرفت انواع گوناگونی از ناتوانیهای روانی از جمله تغییرات عقلانی، عاطفی و رفتاری مشاهده گردید. علاوه بر این در بسیاری موارد بی آنکه علت فیزیکی مشخصی در کار باشد بیمار همواره از ناراحتیهای بدنی رنج میبرد. از بررسی این موارد معیاری کلی برای تشخیص شدت و میزان ناتوانی روانی بدست آمد. معیارهایی که برای تعیین میزان ضایعه مغزی در این بررسی نشان داده شده چگونگی سیر اختلال روانی مشاهده شده در یک تا پنج سال بعد بود. نکته قابل ملاحظه آنکه رابطه نزدیک و ثابتی بین وسعت ضایعه و اختلال روانی وجود داشت. بعنوان مثال بین عمق فرو رفتگی نسج مغزی بهنگام ایراد ضربه و شدت ناتوانی روانی بخصوص وقتیکه میزان خرابی نیروی عقلانی مورد نظر بود رابطه‌ای وجود داشت که از لحاظ آماری با ارزش بود. بهمین ترتیب مدت فراموشی بعد از ضربه بعنوان معیار با ارزشی که میتواند وسعت ضایعه مغزی را مشخص کرده و شدت و احتمال ناتوانی بعدی را پیش بینی نمایند شناخته شد.

این امر زمانی چشمگیرتر بود که مشاهده شد بعضی علائم با ضایعه مغزی رابطه نزدیکی دارند در حالیکه برخی دیگر هیچگونه رابطه خاصی را نشان نمیدهند. اما بطور کلی می توان گفت که فرض هرگونه الگوی "آنا تومدپاتولوژیک" در این زمینه نارسا میباشد و علت این نارسایی این است که معمولا سایر عوامل اتیولوژیک باندازه‌ای حائز اهمیت است که در مواردیکه ناتوانیهای متعددی متعاقب ضربه مغزی ایجاد شده باشد کمتر باین مساله توجه میگردد.

در این بررسی معلوم شد که ضربه مغزی وارد بر برخی مناطق دارای اهمیت خاصی است. از جمله در ضایعات نیمکره چپ نسبت به نیمکره راست ناتوانیهای روانی بیشتر مشاهده میگردد همچنین زخمهای لوب تا میورال نسبت بزخمهای لوب فرونتال و پاریتال واکسیپیتال عوارض روانی بیشتری دارد.

تجزیه و تحلیل علائم فردی و مجموعه علائم امکان ارزیابی جز بجز ناتوانیهای روانی را که بطور اختصاصی ناشی از درجه‌ای از ضایعه مغزی است میسر ساخت. این ناتوانیها همانطور که انتظار میرفت شامل نقصان کلی قوای عقلانی و اختلال تکلم بود. بعلاوه آپاتی (بی حالی همراه با بی میلی و بی تفاوتی)، افوری (سرخوشی) و اختلالات رفتاری مانند ظهور رفتارهای ابتدائی و کودکانه، فقدان قضاوت و بی احترامی به دیگران نیز جزء این دسته نشانه‌ها بود.

در میان علائمی که بنظر میرسد کم و بیش با ضایعه مغزی مربوط است، البته گریه‌توان چنین ارتباطی قائل شد، عبارتند از:

اشکال در تمرکز فکر، افسردگی، اضطراب، تحریک پذیری و شکایات بدنی و مانند سردرد، سرگیجه، خستگی، حساسیت نسبت به سرو صدا.

بهر صورت رابطه موجود میان ضایعه مغزی و ناتوانی روانی را نباید بطور اغراق آمیزی در نظر گرفت زیرا در بررسی‌هایی که در این زمینه انجام شده است در میان عوامل متعددی که در اختلال روانی متعاقب ضربه مغزی موثر بوده‌اند نقش ضربه مغزی بیش از $\frac{1}{15}$ نقش سایر عوامل نبوده است. بعید نیست که این کمی نسبت تاثیر ضایعه مغزی مربوط به نواقصی باشد که در تشخیص و ارزیابی ضایعه مغزی وجود دارد.

عوامل موثر اتیولوژیک در آشفتگیهای روانی بعد از ضربه

را میتوان بشرح زیر بر شمرد:

وسعت ضایعه مغزی

محل ضایعه مغزی

پیدایش صرع

واکنش شخص در قبال محدودیت فعالیت روانی و عقلانی

عوامل محیطی

نحوه واکنش‌های جبرانی

واکنش روانی در قبال ضربه (انعکاس هیجانی ضربه مغزی)

شخصیت قبلی و سرشت روانی

واکنش شخص در قبال محدودیت فعالیت روانی و عقلانی

خرابی نیروهای عقلانی در پاره‌های موارد بسیار جزئی است

بطوریکه تا زمانیکه از آزمون‌های روانشناسی مخصوصی استفاده

نشود آشکار نمیشود، با وجود این ضعف جزئی نیروهای عقلانی

ممکن است موجب آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری خاصی شود.

گلدشتاین بسال ۱۹۴۲ و ۱۹۵۲ این موضوع را بطور جدی

نشان داده است، واکنش فاجعه آمیزی که توسط این دانشمند

عنوان شده است شناخته شده و مورد قبول همگان است.

اضطراب، بیقراری، تمایل بیش از اندازه بنظم و ترتیب‌آز

نشانه‌هایی است که مبین درگیری ارگانسیم تغییر یافته می‌باشد.

گرچه گلدشتاین ممکن است مورد خود را بطور اغراقی

توصیف کرده باشد اما این نکته را برای ما روشن کرده است که

در کلیه موارد باید بنحوه پیدایش عوارض روانی ناشی از-

ضربه‌های مغزی توجه نمائیم و در نظر داشته باشیم که بسیاری

از آنها ممکنست واکنش روانی نسبت به تغییرات ایجاد شده

باشد.

عوامل محیطی

آندسته از مشکلات محیطی که بیمار در دوران نقاهت و

بعد از آن با آن روبرو میشود باید بدقت بررسی گردد، زیرا

امکان برطرف کردن اغلب آنها وجود دارد، مشکلات خانوادگی

امنیت شخصی و خانوادگی بیمار را مورد تهدید قرار میدهد.

همچنین مسائل شغلی بخصوص اگر نواقص فیزیکی یا عقلانی

ناشی از ضربه مستلزم سازش جدیدی از طرف بیمار باشد اهمیت

حیاتی دارد.

بنابراین لازم است که نه تنها مشکلات جدیدی که بر اثر

ضربه مغزی ایجاد شده است در نظر گرفته شود، بلکه به

مشکلاتی که بیمار از مدتها قبل با آنها سروکار داشته است

توجه کافی مبذول گردد.

در پاره‌های موارد ناتوانی‌های مداوم ناشی از مشکلاتی است که پیش از ضربه نیز وجود داشته است. در این موارد ضربه مغزی بمثابه کانونی است که باید بار هرگونه محرومیت و ناتوانی بیمار را تحمل نماید. زیرا اکنون بیمار راهی برای گریز از مشکلات و موانع خانوادگی و شغلی خود پیدا کرده است. مثلا با همسر خود که قبلا نیز با او کشمکش‌هایی داشته است حالا بشدت درگیر میشود و با او بنای ناسازگاری میگذارد و یا حساب و کتاب مالی خود را در هم میریزد. در اینجا باید توجه داشت که بیمار نسبت به روند روانشناسی اعمالی که انجام میدهد آگاهی کامل ندارد.

نحوه واکنش جبرانی

در اینجا یکی از مهمترین انگیزه‌هایی را که در ادامه ناتوانی موثر است مورد بحث قرار میدهم. جبران کیفیتی است که مانند سایر کشمکشها قاعدتا در سطوح شعوری مختلفی در حال عمل است. بنابراین جای تعجب نیست اگر این کیفیت سبب پیدایش برخی واکنشهای نوروتیک در قبال ناتوانی بیمار بشود. هر کشمکش اعم از خودآگاه یا نیمه آگاه سبب پیدایش اشکال مختلفی از احساس ذهنی ناتوانی میگردد که ابعاد خارجی و عینی و قابل سنجشی ندارد.

میلر بسال ۱۹۶۱ و ۱۹۶۶ در ارزیابی خود نشان داده است که مکانسیم جبران در $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{3}$ کلیه بیماران با ناتوانی ایجاد شده ارتباط دارد. این کیفیت در مواردی صادق است که مسئول ضربه مغزی شخص دیگری باشد یا آنکه پرداخت جبران مالی امکان پذیر باشد. بدین ترتیب این مشکل در مواردی که ضربه مغزی ناشی از حوادث صنعتی یا تصادف رانندگی است بیشتر از مواقعی که ضربه در جریان ورزش یا در منزل اتفاق افتاده است مشاهده میگردد.

در اغلب موارد درگیریهایی دادگاهی طولانی سبب تشدید این حالت میگردد. اما متأسفانه هنوز معلوم نشده است که چه موقعیتی برای بهبودی بیمار خوب و کدام بد است.

واکنش روانی در قبال ضربه (انعکاس هیجانی ضربه مغزی)

شوک هیجانی ناشی از ضربه بخودی خود میتواند در ایجاد واکنشهای روانی متعاقب آن نقش قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. جزئیات حادثه ممکن است بطور زنده‌ای در رویاها ظاهر شود یا آنکه سبب حالات اضطرابی مزمنی بشود. در پاره‌های موارد نیز نقطه عطفی برای بروز افکار وسواسی یا هیستری

نداشت و بیمار کلیه جزئیات را بخاطر می‌آورد بیشتر مشاهده می‌گردد در اینجا باید بخاطر داشت که "سر" در تصویر بدنی جای مهم و منحصر بفردی دارد. بنابراین اصطلاح "ضرب خوردگی" آنهم برای چنین عضو با اهمیتی موجب پیدایش تصورات اغراق آمیزی خواهد شد.

بنابر این اثر روانی ناشی از تصادف میتواند بیش از حد تصور باشد. زیرا در پژوهش های مفصل و دامنه داری که در بعضی موارد خاص حالات نوروتیک مزمن و واکنش های عاطفی بعمل آمده است میتوان ما را به واقیعت های بالینی ارزنده ای رهنمون سازد. این پژوهشها مخصوصا در مواردی که ناتوانی روانی با شدت ضایعه مغزی تناسبی ندارد و یا با توجه به شخصیت قبلی بیمار برخلاف انتظارست مفید بنظر برسد. شرح حال شماره یک:

زن ۴۵ ساله ای که از یک حادثه اتومبیل جان سالم بدر برده بود مدتها از شکایات نوروتیک رنج میبرد. آسیب مغزی خفیف بود اما بینائیش برای مدتی مورد تهدید قرار گرفته بود. با توجه بسابقه سلامت روانی این زن واکنش های او غیر قابل انتظار بنظر میرسید. روان درمانی بیمار ادامه داشت تا اینکه بالاخره روزی بداشتن روابط نامشروع و پنهانی با شوهر یکی از دوستانش و ماجرای تصادف آنها در حالیکه با هم بوده اند اعتراف کرد. پس از این اعتراف با خود عهد کرد که در صورت باز یافتن بینائی خود باین رابطه پایان دهد. شرح حال شماره دو:

مرد ۴۸ ساله ای در حالیکه منافع کارخانه اش را به بانک میبرد ناگهان با اتومبیل تصادف کرده و بیهوش بزمین می افتد. دوازده ما بعد از این حادثه علیرغم بهبودی جسمانی و عقلانی، بیمار از افسردگی و اضطراب مداومی رنج میبرد. توانائی او برای انجام کار بطور قابل ملاحظه ای کاهش یافته بود. در جریان روان درمانی بالاخره بخاطر آورد که مدتها با برادر جوانتر موفقش که شغل خوبی داشته است احساسات رقابت آمیزی داشته که اکثرا با محرومیت همراه بوده است. بنابراین ملاحظه میشود که تصادف او با اتومبیل در پیدایش علائم افسردگی و اضطراب تنها نقش آشکار سازنده داشته است.

در این دو مثال و موارد مشابه که نسبتا زیاد دیده میشود قبل از آغاز درمان لازمست طبیعت واقعی کشمکش که در وراء علائم

نوروتیک پنهان میباشد روشن شود.

شخصیت قبلی و سرشت روانی

توجه به انگیزه ها و کشمکش های درونی انسانها ما را باین واقیعت بالینی هدایت میکند که بسیاری از مشکلات روانی بعد از ضربه با خصوصیات روانی و شخصیت قبلی فرد بیمار مربوط است.

آقای چارلز سیموند میگوید "نه تنها نوع ضربه بلکه نوع سر نیز در پیدایش علائم بعدی حائز اهمیت است". در غالب مراحل دوره نقاهت بیمار انیکه ضربه مغزی داشته اند خصوصیات شخصیتی بیمار در چگونگی مشکلات بعدی موثرست. منتها هرچه ضربه مغزی شدیدتر باشد مشکلات بنحو پیچیده تری خود نمائی میکند. بنابراین جای تعجب نیست که اگر شخصیت قبلی بیمار بی ثبات و ناپایدار باشد ناتوانیهای روانی بیشتری بوجود خواهد آمد. بعبارت دیگر از روی خصوصیات فرد ضربه خورده تا اندازه ای میتوان ناتوانیهای بعدی او را پیش بینی کرد. یعنی با توجه بساختمان شخصیتی و عوامل روانی که در بالا بدانها اشاره شده میتوان شکل ناتوانی بعد از ضربه را معین ساخت. با توجه به جنبه های وسیع ساختمان ذهنی، میتوان گفت که زمینه زنتیک ناپایداری روانی در سابقه شخصی یا فامیلی بیمار هرگونه گرایش بایجاد واکنش های نوروتیک بعد از ضربه مغزی را بیشتر میکند. این مطلب توسط بررسیهای "دنکر" در دو قلوهای مشابهی که یکی از آنها ضربه مغزی داشته تائید شده است.

با وجود آنکه افراد ضربه دیده در قبال برخی آزمونهاى روانشناسی از گروه شاهد در سطح پائین تری بودند اما وقتی شکایات نوروتیک این دو گروه در یک مقیاس وسیع مقایسه شد چنین تفاوتی وجود نداشت. بنابراین بنظر میرسد عوامل سرشتی در بسیاری از جنبه های ناتوانیها انیکه بضرره مغزی نسبت داده میشود دخالت دارد.

بهمین ترتیب استعداد سرشتی نیز در گروه کوچکی از بیمار ان که بعد از ضربه مغزی به بیماری روانی مبتلا شده بودند حائز اهمیت شناخته شد.

بالاخره در اینجا باید خاطر نشان ساخت که بسیاری از جنبه های ناتوانیهای بعد از ضربه مغزی مخصوصا آسیب های عقلانی با بالا رفتن سن افزایش مییابد. این امر احتمالا" مربوط به ازدیاد عوامل پیچیده متعددی از قبیل ارتریو -

در اینجا اختلالات روانی متعاقب ضربه مغزی را به چهار گروه بشرح زیر تقسیم میکنیم:

خرابی های عقلی - تغییرات شخصیتی - پسیکوزها -
نوروزها

مساله سندرم بعد از ضربه را بعلمت مشکلات خاصی که در جای دادن آن در طبقه بندی بیماریهای روانی وجود دارد بطور جداگانه مورد بحث قرار خواهد گرفت. بنابراین بحث خود را از مواردی شروع میکنیم که علت آنها تا اندازه ای روشن است و سپس بذکر موارد پیچیده خواهیم پرداخت.

انواع اختلالات روانی بعد از ضربه

خرابی های عقلانی

نتیجه مستقیم آسیب به بافت مغزی است.

آسیب های جزئی حتی در مواردیکه هوشیاری از دست رفته است نیز تقریباً بطور کامل بهبود می یابند. اما در مورد ضربه های شدید خطر نقص دائمی وجود دارد. در ضربه های بسته سر که دوره فراموشی بعد از ضربه کمتر از ۲۴ ساعت باشد در بیشتر موارد میتوان از نظر بالینی بهبودی کاملی را انتظار داشت. اما در مواردیکه فراموشی بعد از ضربه بیش از ۲۴ ساعت باشد اگر بیمار از لحاظ عقلانی دچار نواقصی نشود شانس آورده است.

در مواردیکه ضایعه مربوط بداخل شدن گلوله یا شکستگیهای فرورونده جمجمه باشد زمان فراموشی بعد از ضربه معیار مناسبی برای ارزیابی پیش آگهی وضع عقلانی بیمار بنظر نمیرسد. چه در این موارد ممکن است فراموشی ناچیز بوده یا اصولاً وجود نداشته باشد. در حالیکه اینگونه ضربه های برنده به خصوص اگر با عفونت یا خونریزی همراه باشد احتمال ایجاد خرابیهای عقلانی بسیار است. بهر حال آنچه مسلم است از لحاظ بالینی باید کلیه عوامل موثر در پیش آگهی بدقت مورد توجه قرار گیرد.

در اینجا باید توجه داشت که استثناً دیگری نیز وجود دارد و آن مربوط است بضربه های مکرر و خفیف بسته است که در پاره ای موارد مانند مشت زنی پدید می آید. روبرت بسال ۱۹۶۹ نشان داده است که در مشت زنان بموازات سابقه مشت

اسکلروز، کاهش ذخیره نورون ها و کم شدن مقاومت کلی و نیروی تطابق سالمندان است. همچنین با بالا رفتن سن مرگ و میر ناشی از ضربه های مغزی افزایش مییابد بطوریکه در گروهی از افرادیکه ضربه مغزی داشته اند مرگ و میر بیماران بالای ۶۰ سال دو برابر افراد کمتر از ۲۰ سال بوده است.

در همین گروه از میان آنهایی که نجات یافته بودند کمتر از ۳۰ درصد افراد پنجاه ساله یا بیشتر توانستند به شغل قبلی خویش بازگردند در حالیکه بیش از ۷۰ درصد آنهایی که کمتر از ۲۰ سال داشتند پس از ضربه مغزی توانستند بکار قبلی خود برگشت نمایند.

آقای راسل بسال ۱۹۳۲ ضمن بررسی های خود خاطر نشان ساخته است که درصد مرگ و میر ناشی از ضربه های مغزی بعد از ۴۰ سالگی بسرعت بالا میرود. همچنین با افزایش سن بروز اختلال حافظه بیشتر میشود بطوریکه این اختلال بیماران بالای ۴۰ سال سه برابر افراد جوانتر می باشد. آقای آدلر پیداکر دکا افزایش سن علائم نوروتیک مخصوصاً ترس و اضطراب بیشتر مشاهده میگردد و این امر را بفزونی مشکلات شغلی و مالی در سنین بالانسبت داد. حالت خاص ضربه مغزی در مراحل نخستین زندگی موضوع جالبی است بطوریکه میتوان گفت علائم عصبی در کودکان نادر بوده و علائمی از قبیل سر درد در آنها خیلی کمتر از بالغین مزاحمت ایجاد میکند. مهمترین عارضه ضربه مغزی در کودکان تغییر اساسی رفتار به گونه ایست که در بالغین مشاهده نمیشود. در قبال این کیفیت پیچیده و پرابهام عوامل فیزیوژنیک و پسیکوژنیک حائز اهمیت است بنابراین در کلیه مواردی که متعاقب ضربه مغزی اختلال رفتار پیدا میشود باید میزان اهمیت هر یک از این عوامل را بخوبی ارزیابی کرد. اما نکته اساسی آنکه همیشه باید از تفکیک عوامل فیزیوژنیک و پسیکوژنیک خودداری کرد زیرا در عمل این دو بطورتجزیه ناپذیری با هم تداخل دارند. آنچه مسلم است شناخت درجات خفیف ضایعات مغزی در جریان زندگی بیمار کار آسانی نیست و بنابراین بطور قطع نمیتوان فقدان یک چنین ضایعه ای را رد کرد. از طرف دیگر وقتی شواهد بسیاری مبنی بر دخالت عوامل روانشناسی در کارست نباید برای ضایعات مغزی نامرئی اهمیت بیش از اندازه قائل شویم.

زنی آسیب های عقلانی و عوارض نورولوژیک ناشی از آن - افزایش مییابد. تابلوی زوال عقل متعاقب ضربه های مغزی مکرر از لحاظ بالینی با آشفتگی شعور و علائم نورو لوژیک مشخص شناخته شده های همراه است، مشکلات بالینی مربوط به آشفتگی های عقلانی خفیف است بخصوص در مواردیکه نشانه های مانند فراموشکاری مختصر و ضعف دقت و تمرکز روانی وجود داشته باشد. زیرا این علائم در حالیکه مبین وجود تغییرات ناچیز عضوی است امکان دارد ناشی از اختلالاتی غیرعضوی نیز باشد.

بعد از ضربه مغزی ممکن است چیزی بیشتر از نوعی اختلال روانی مانند افسردگی، پریشانی حواس یا اضطراب پیش نیاید. در بسیاری از موارد یک امتحان روانی دقیق مساله را حل میکند. گاهی ممکن است گذشت زمان و توجه کافی بعلائم دیگر برای مشخص کردن تابلوی کلی ناراحتی لازم باشد. بطور کلی صدمه به نیمکره غالب مغز برکنش قبلی انسان اثرات شدیدتری دارد. تاکید بر یافتن کانون ضایعه میتواند علت آسیبهای عقلانی بخصوصا روشن کند، مانند اختلال تکلم " دیسفازی"، " نقص جهت یابی فضائی یا تشخیص ابعاد - فضائی که ممکن است در زمینه آسیبهای عقلانی کلی یا محدود ظاهر شود.

خرابی انتخابی حافظه ممکن است گاهی آنقدر زیاد باشد که به پیدایش سندرم کورساکف بعد از ضربه منجر شود. نیو کامب سال ۱۹۶۹ توانست آسیبهای انتخابی را تا بیست سال بعد از صدمه مغزی با گلوله تشخیص دهد، چنین حالاتی غیر از موارد ناشی از جنگ بسیار نادرست. در این حالات ضربه هایی که بخشی از کنش های مغزی را خراب میکند سبب کند شدن جریان فکر، بیحالی و بی تفاوتی و فقدان واکنش میگردد. تحقیقاتی که در مورد آسیب های کانونی انجام می شود بمنظور آنستکه اولاً از اشتباه اختلال تکلم با سندرم - فراموشی اجتناب شود و ثانياً مناطق نسبتاً سالم برای کمک به بهبودی بیمار مشخص شود. موضوع قابل ملاحظه نادر بودن زوال عقل عمیق حتی در موارد ضربه های شدید است. معلوم شده است که برخی از بیماران محتملاً آنها که ساقه دماغی آنها صدمه دیده است حتی پس از مدت زمان قابل ملاحظه بهبودی ناچیزی داشته اند. علاوه بر این بسیاری از بیمارانی که دچار زوال عقل شده اند در خانه هایشان مانده و از مراجعه به مراکز درمانی اجتناب میکنند.

بهر حال حقیقت آنست که تعدادی از آنها پس از سالها بهبودی مییابند بطوریکه احتمالاً هیچگونه نشانه ای از بیماری باقی نمی ماند. تجربه نشان داده است که در بیشتر موارد تا دو الی سه سال پس از ضربه اظهار نظر قاطعی در باره - پیش آگهی نمیتوان ارائه داد. استورم و رسیلر سال ۱۹۶۵ ضمن پیگیری ۹۲ بیمار مبتلا به ضربه مغزی شدید بمدت قریب یازده سال تنها به ده مورد زوال عقل دائمی برخورد کردند از ۳۸ نفری که در بازگشت آنها بکار شک وجود داشت ۲۸ نفر استخدام شده بودند ولی شانزده نفر موقعیت خود را حفظ کرده بودند.

علائم زوال عقلی نیز مانند سفتی عضلات و اختلالات حرکتی دیگر ممکن است به آهستگی بهبود یابد. این مشاهدات نشان میدهد که اشکال مختلف زوال عقل همیشه با پاتولوژی مغز ارتباط دارد. بعید بنظر میرسد که بهبودی تدریجی در طی سالها بتواند ناشی از آن قسمتهایی از پاتولوژی مغز باشد که قابل برگشت است.

باگذشت زمان توانائی انجام فعالیتهای جدید دریافت سالم مغزی بوجود میآید و این خاصیت حتی در مغزهای بالغ بیشتر از حد تصور است. اما لازم بتوضیح است که در مواردی که بعضی از علائم زوال عقل در مراحل اولیه بهبودی می یابند صدمه مغزی کمتر از آن چیزی بوده است که در تابلوی بالینی مشاهده شده است. در عمل دو عامل میتواند مسئول این امر باشد:

اولاً اینکه بیمار در عین حال از اختلالاتی عاطفی نیز رنج میبرده است و دوم اینکه خرابی انگیزه های مشخصی که تظاهر قابل ملاحظه ای داشته اند بتدریج در جریان بهبودی تخفیف یافته اند.

در ماههای نخستین دوره نقاهت، زمانیکه بیمار از لحاظ روانی و حرکتی کندست، اگر اختلال عاطفی وجود داشته باشد ممکن است این اشتباه براحتی پیش آید، بخاطر سپردن این نکته مهم است که بیمار مبتلا به زوال عقل، بعد از ضربه شدید مغزی مودب و ملایم است و حتی ممکن است علیرغم ناتوانیهایش خوشحال باشد. بنابراین زمانیکه بیمار بیقرار یا بیتفاوت است و نسبت بخواب و خوراک بی علاقه مییابد، باید متوجه امکان وجود یک واکنش افسردگی بود.

این کیفیت احتمالاً قسمتی مربوط به نرمی جمجمه و ساختمان های داخل آنست و بعضی نیز ناشی از قابلیت ترمیم بیشتر در سیستم عصبی در حال تکامل است. بعنوان مثال اگر ضایعه‌ای در نیمکره غالب ایجاد شود و سبب اختلال تکلم گردد، معمولاً بیک بهبودی کامل می انجامد. از طرف دیگر عیوب ادراکی در کودکان مساله‌ای بسیار جدی است چرا که کودک در حال کسب مهارت‌های ذهنی خویش است و ضربه مغزی نه تنها او را از آنچه که فعلاً دارد محروم میکند بلکه ظرفیت او را برای پیشرفت عقلانی بیشتر تباه میسازد. بطور معمول بعد از ضربه مغزی کودک از پیشرفت باز میماند ولی این حالت اغلب ظرف چند ماه برطرف میشود.

توانائی‌هایی که اخیراً آموخته شده مانند راه رفتن و قدرت تکلم ممکن است از دست برود و در مورد کودکی که بمدرسه می‌رود ممکن است آنچه را فرا گرفته فراموش کند و یا از ارتباط با اولیاء خود باز بماند. در پاره‌ای موارد کودک برای مدتی عقب افتاده بنظر میرسد و این امر ناشی از بی توجهی به محیط تنبلی، بیحالی یا خستگی ذهنی است. بهر حال این عوامل تا حدود زیادی تعلیم و تربیت را مختل میکند اما نکته اساسی آنکه تغییرات رفتاری از مرز عقب افتادگی در پیشرفت امور درسی فراتر رفته و منجر به عقب ماندگی دائمی کودک حتی در مواردیکه هیچگونه دلیلی به نقصان عقلانی کودک وجود ندارد میشود.

موضوع قابل ملاحظه در کودکان، کاهش قدرت زبان در ادای کلمات میباشد که ممکن است کم اهمیت تر از کندی بعدی تکامل تکلم باشد. امکان دارد اشکالاتی در یادگیری خواندن یا هیچی کردن، بخصوص در مواردیکه کودک مجبور است برای مدت طولانی در مدرسه حواس خود را متمرکز نماید پیدا شود. توبرواسمیت بسال ۱۹۶۲ ارتباطات پیچیده‌ای را که ممکن است بین صدمه مغزی در کودکان و انجام وظایف مختلف وجود داشته باشد توصیف کرده و خاطر نشان ساخته‌اند که ضربه مغزی باعث میشود که سطح ادراک بیمار پائین بیاید. در مطالعات انجام شده در کودکان هیچگونه اختلالی جز در دینامیسم تغییرات ساختمان مغزی در دوره رشد و تکامل پیدا نشده به طوری که در عمل نقصان کنش مخفی بعدها معلوم میگردد، بدین معنی که هرگاه فعالیت مغزی در یک دوره از رشد مختل شود اثراتش در مراحل بعدی رشد ظاهر خواهد شد.

درمان ضدافسردگی گاهی ممکن است به بهبودی قابل ملاحظه‌ای منجر شود در این موارد میتوان از الکتروشوک نیز استفاده کرد. در مواردیکه ضعف انگیزه‌ای در کار باشد ممکن است فعالیت عقلانی بطورکاذب تضعیف شود و بیحالی عمومی بیمار تظاهرات بالینی زوال عقل را تشدید نماید. بنابراین برای تسریع بهبودی باید بحالت انگیزشی بیمار توجه داشت. اطلاعات ما در مورد اساس عصبی انگیزشی‌ها ناچیز است اما بعید نیست که اختلالهای انگیزشی لاقول در مراحل اولیه بعد از ضربه مغزی به پاتولوژی مغز بستگی داشته باشد.

بعدها در جریان بهبودی فرایندهای سازشی مجدد و تطابق سبب تقویت انگیزش میشود. بدیهی است در این گرو دار خصوصیات شخصیتی فرد نقش انکار ناپذیری دارد. مسلماً برای مبارزه با ضعف انگیزشی بیمار اقدامات فوری لازمست و برای این منظور باید برنامه‌هایی در جهت توانبخشی بیمار به مورد اجرا گذاشته شود.

در موارد نادری که زوال عقل نسبتاً مداوم و نامتناسب باشدت ضربه در کار است باید متوجه احتمال "ساب دورال همتوما" (۱) بود. زیرا این کیفیت مرضی در بیماران پیروآرترو بوسکلروتیک بخصوص اگر علائم زوال عقل نوسانی باشد بسیار محتمل است. هیدروسفالی یا فشار طبیعی (۲) هر چند عارضه نادری است ولی در مواردیکه نارسانی عقلانی مدتی پس از ضربه مغزی برقرار شده یا شدت یابد باید مورد توجه قرار گیرد. مثالهای معدودی از زوال عقل بعد از ضربه مغزی گزارش شده است بعنوان مثال "استریک بسال ۱۹۶۹ نشان داد که در بعضی موارد امتحان بافت شناسی تغییرات مشخص زوال عقل قبل از پیری وجود دارد. در اینجا این امکان وجود دارد که ضربه باعث تشدید یا لاقول تسریع فرایند دژنراتیو در حال پیشرفتی شده باشد. اما درباره این موارد هنوز دلیل قاطعی در دست نیست. در خیلی از موارد بنظر میرسد که بیمار قبلاً از یک عارضه زوال عقلی رنج میبرده است و ضربه مغزی تنها سبب جلب توجه اطرافیان به عارضه پیشرونده بیمار شده است.

در کودکان اثرات ضربه مغزی روی فعالیت شعوری مبهم است و اطلاع ما در این زمینه لاقول تا به امروز ناقص میباشد از یکطرف دستگاه عصبی در کودکان قابلیت اعطاف زیادی دارد و نارسانی عمیق عقلانی در کودکانیکه از مرحله حاد بعد از ضربه جان سالم بدر میبرند نادر است.

1- Subdural Haematoma.

2- Normal pressure hydrocephalus.

راسل ورچون بسال ۱۹۵۹ پیش بینی کرده‌اند که صدمه به لوب فرونتال بخصوص در ابتدای زندگی ممکن است زیان بخش باشد، این مولفین مواردی را شرح داده‌اند که اینگونه ضایعات به عقب افتادگی فاحش ذهنی بهنگام بلوغ انجامیده است، این مولفین معتقدند که لوب های فرونتال ممکن است در طول سالهای نخستین زندگی در رشد روانی کودک نقش خاصی داشته باشد اما نتایج خرابی آنها در سنین بعدی تظاهر میکند.

دگرگونی شخصیت و مزاج

تغییر شخصیت اصطلاح قانع کننده‌ای نیست زیرا انواع بیشماری از اختلالهای بعد از ضربه مغزی را در بر میگیرد، این اصطلاح در اصل مبین تغییر واکنش های فرد نسبت به وقایع محیط و اطرافیان است و یا بعبارت دیگر حاکی از تغییر شخصیت فرد از آنچه که قبلا میشناخته‌ایم باشد، این چنین تغییرات ممکن است بسیار روشن و واضح باشد، اما در پاره‌ای موارد نیز تغییرات طوری است که تنها برای آنهاهی که شخص را از قبل بخوبی میشناخته‌اند محسوس است.

در اینجا نکته قابل ملاحظه آنکه آیا بیمار شخما از این تغییرات باخبر است یا خیر موضوعی است که نمیتوان آنرا پیش بینی کرد زیرا این کیفیت در موارد مختلف متفاوت است، این تغییرات بدون شک یکی از بدترین عوارض ضربه مغزی برای خانواده قربانیان آنست.

این اصطلاح دلالت بر تعریف دقیقی میکند اما افراد مختلف از آن برداشتهای متنوعی کرده‌اند، تغییرات شخصیتی در پاره‌ای موارد ناشی از ضربه مغزی است و در بعضی موارد معلول عوامل روانی مبهم است.

جنبه‌های مختلف شخصیتی قبل از ضربه و یا شرایط جاری نابالوی بالینی را متنوع میکند اما در مواردی صدمه مغزی در ایجاد علائم نقشی اساسی ندارد آنها عوامل قطعی هستند. برعکس در مواردیکه ضربه مغزی مسبب اصلی اختلالها می باشد، تغییر شخصیت غالبا چیزی جز جنبه‌ای از زوالی عقل نخواهد بود و درجات مختلف خرابی شناخت بیمار مبین وجود آنست. در موارد دیگر گرچه ضربه مغزی ممکن است با ایجاد خرابی در سیستم های مغزی اثر خود را بطور مستقیم بر رفتار و شخصیت بیمار بر جای گذارد اما در حالتی که نیروهای عالی عقلانی محفوظ مانده‌اند تغییرات شخصیتی کمتر جنبه عضوی دارد.

در بالین بیمار ابتدا میتوان به تغییر حالتی که با درجات مختلف زوال عقل همراه است توجه کرد و این مطلب را با مطالعه فقدان ظرافت در کار و کاهش دقت در رفتار تشخیص داد، اما بعید نیست که این علائم و نشانه‌ها با گذشته بیمار تمایلات سرکوفته و امیال واپسزده شده وی مخلوط شده و برای بیمار و خانواده اش مسائل بیشتری را ایجاد کند.

درجات خفیف نقص ادراکی، بخصوص وقتی که شخصیت قبلی بیمار با احساس عدم امنیت یا بیکیفایتی آمیخته باشد ممکن است باعث اضطراب و افسردگی شود. در مواردی که زوال عقل شدیدتر باشد کندی، بی‌علاقگی و بی میلی، سطحی شدن عواطف و فقدان "لیبیدو" (میل جنسی) و ترک امیال و آرزوهای قبلی پدید میآید، و در موارد بسیار شدید استقلال و حاکمیت شخص بر اعمال خود بطور قابل ملاحظه‌ای مختل خواهد شد.

بهترین مثال طیف تغییرات متعاقب ضایعات لوب فرونتال مغز است که اندازه گیری یا تشخیص تغییرات ناشی از آن بطور عینی مشکل است، این تغییرات عبارتند از عدم بصیرت و افزایش وابستگی، ناتوانی در طرح ریزی و قضاوت درباره اعمال مختلف حالت سرخوشی و شنگولی بی دلیل، بروز رفتارهای راحت طلبانه که مبین لجام گسیختگی و بی بند و باری بیمار میباشد و اغلب جنبه جنسی دارد و چه بسا که بمشکلات قضائی می انجامد.

این تغییرات ممکن است ناچیز باشد مثلا در پاره‌ای موارد بیش از درجه‌ای از عدم انعطاف و خست در یک زمینه شخصیت آزاد منش قبلی مشاهده نمیشود و یا ممکن است با وجود ضایعات وسیع تغییرات عمیقی بوجود آید، ضایعات منطقه فرونتال بخصوص قسمتهای گاسه چشمی این لوب مثالهایی هستند که منجر به بی قیدی و منش ضد اجتماعی میشود.

شرح حال شماره سه:

مرد ۳۴ ساله‌ای ۷ سال پس از ضربه مغزی بعلت اختلال روانی مراجعه کرده است، شکستگی استخوانهای پیشانی جمجمه و راه یافتن عفونت از سینوس فرونتال به مغز سبب کاهش قدرت کار کردن بیمار شده است، علیرغم مراقبت جراحی اعصاب، در طول سالها آسسه مزمن وسیعی تشکیل شده که باعث خرابی هر دو لوب فرونتال گشته است. قبل از وقوع حادثه، او مردی با ثبات بوده و بخانواده اش دل بستگی داشته است. اکنون

داده میشود. آقایان مارک، سوئیت و راوین بسال ۱۹۶۹- بحث تازه‌ای درباره ارتباط میان رفتار خشن با اشکال متعدد یا تولوژی در ساختمانهای لوب تا میورال میانی را پیش کشیده‌اند. تغییراتی که بنظر میرسد کمتر بر اساس یا تولوژی مغزی باشد شامل افسردگی نوسانی، اضطراب مرضی، حالات وسواسی و تحریک پذیری مداوم است. پیدایش کلیه این علائم امری معمولی است و تحت تاثیر تغییرات شخصیتی پدید می‌آید و در غالب موارد زائیده تشدید خصایص شخصیت قبلی بیمار میباشد ولی در بعضی بیماران تحت شرایط استرس زای مختلف خودنمایی میکند. این علائم بخصوص در مراحل نخستین نگاهت ممکن است نوعی پاسخ بنواقص فیزیکی یا عیوب ناچیز ادراکی باشد. اما در مراحل بعدی میتواند واکنش روانی شخص بیمار درقبال ضربه مغزی باشد.

بعبارت دیگر در بیشتر موارد این علائم بعنوان واکنش نوروتیک مورد توجه قرار میگیرد تا تغییرات شخصیت. در اینجا نیز مانند دیگر نتایج روانی ضربه‌های مغزی برای ارز یابی علائم باید منتظر گذشت زمان بود. هرچه این علائم در غیاب عیب عضوی بیشتر دوام یابد بهتر میتوان آنها را به مکانیسم‌های روانی نسبت داد.

در کودکان اختلالهای شخصیتی بعد از ضربه مغزی ممکن است شکل مشخصی داشته باشد. افزایش بی تابانه فعالیت (هیپرکینزی)، نافرمانی طفیانی و انفجار ناگهانی سلوک و اخلاق ممکن است سبب ایجاد مشکلات جدی در کنترل و اداره بیمار شود. غفلت ناگهانی از بیمار میتواند موجب دزدی، خشونت و انجام اعمال تخریبی گردد این اختلالها را میتوان با آشفتگی‌های رفتاری بعد از آنسفالیت کودکان مقایسه کرد زیرا در آنسفالیت کودکان نیز مانند ضربه‌های مغزی کودک تابع سائقه‌های غریزی خود میشود بطوریکه قدرت کنترل انگیزه‌های ابتدائی خود را بطور واضح از دست میدهد. در چنین حالاتی حدس وجود یک حالت عفونی قویا مطرح میشود اما شواهدی وجود دارد که بهر حال در پیدایش این حالات عوامل دیگری غیر از ضایعه عضوی نیز دخالت دارند.

پارینگتون ولتمند گروهی از کودکان ضربه مغزی را در یک کلینیک راهنمایی اطفال با یک گروه که آنها هم سابقه ضربه مغزی داشتند ولی تحت مراقبت روانی نبودند مورد مقایسه قرار دادند. گروه اخیر همانطور که انتظار میرفت اختلال

بیمار فردی بر حرف بیقرار و بطرز واضحی لجام گسیخته شده است. زنش بعلت اشتغالات او به تصاویر جنسی و بی بند و باری از او تلاق گرفته است. در عرض چند ماه بعلت بی ملاحظه بودن در تجارت و ولخرجی برای دوستان و آشنایان خود حدود دویست هزار تومان از دست داده که او را به ورشکستگی کشیده است. او هیچگونه بصیرت یا مسئولیتی در قبال نا- توانیهای خود احساس نمیکند و در دسرهایی را که ایجاد میکند به مسخره میگیرد. آزمون‌های روانی مبین وجود سطح شعوری متوسط و متناسب با سوابق تربیتی و شغلی بیمار است. هیچگونه کمبود حافظه یا اختلال یادگیری وجود ندارد.

اینگونه تغییرات گرچه بیشتر در ضایعات لوب فرونتال دیده میشود اما بطور کلی علامت مشخصه ضایعات این لوب نمیشد زیرا در پاره‌های موارد در ضایعات قسمتهای دیگر مغز نیز دیده میشود.

شرح حال فوق نمونه‌ای از آنهایی است که از یک مورد بمورد دیگر فرق میکند. تغییر شخصیت ناشی از ضایعه لوب فرونتال خصوصیات مخصوصی دارد که در معیاری وسیع با شخصیت قبل از بیماری تلاق می‌کند. در مقام مقایسه، در مورد تغییرات شخصیتی مخصوصی که ممکن است بعد از ضایعات کانونی مناطق دیگر مغزی پیش آید مقدار ناچیزی میدانیم.

کرشم سندرمد مشخصی که ناشی از آسیب هیپونالاموس و قاعده مغز میباشد و با بیحالی و تنبلی، نوسانات خلق و تحریک پذیری ناگهانی، توام با آشفتگی‌های اشتها، تشنگی و اختلال ریتم خواب همراه است شرح داده است. بنظر میرسد آسیب‌های لوب تا میورال خواه با صرع تا میورال همراه باشد یا نباشد کم و بیش با اختلالهای شخصیتی همراه میباشد. در این مجموعه علائم "کاهش کنترل اعمال تهاجمی" اهمیت خاصی دارد. زیرا این کیفیت بعد از ضربه مغزی فوق العاده شایع و تا اندازه‌ای مشخص شده است که گاهی ممکن است در پاتولوژی مغزی کانونی مشاهده شود. این حالت ممکن است ناشی از اثرات الکلی یا تشدید خصایص شخصیت قبلی بیمار باشد. در پاره‌های موارد نیز ممکن است یک اختلال جدید بدون ارتباط با شخصیت قبلی ظاهر شود.

در این موارد الکتروآنسفالوگرام ممکن است یک اختلال کانونی لوب تا میورال را نشان دهد و بر اساس فرضیه‌های موجود تشخیص صدمه بمنطقه "پری آمیگدالوئید" لوبهای تا میورال

روانی کمتری نشان دادند اما ثابت شد که صدمات شدیدتری داشته‌اند. بطور کلی بنظر میرسد که ثبات شخصیتی قبل از ضربه و موقعیت فامیلی کودک از نظر روانی، از نوع و شدت ضربه اهمیت بیشتری دارد.

ساختمان شخصیتی کودک و محیط خانوادگی او مانند آنچه که در مورد ضربه‌های مغزی بالغین مشاهده میشود اثرات مهمی دارند اما نمیتوان عامل عضوی را در اختلال رفتاری بطور صد در صد کنار گذاشت. بلاک و همکاران سال ۱۹۶۹ با پیگیری یک گروه منتخب از کودکان صدمه دیده ۱۴-۲ ساله دریافتند که نسبت شیوع اختلال رفتاری ناشی از ضربه مغزی در دو گروهی که مشکلات رفتاری قبلی داشته یا نداشته‌اند مشابه بوده‌است. این عوارض یک سال پس از ضربه بصورت افزایش تحرک (هیپرکینزی) در ۳۲ درصد موارد که در ۱۵ درصد بعنوان یک پدیده جدید بود، اشکال در کنترل خشم در ۲۰ درصد موارد (که در ۱۳ درصد یک کیفیت تازه بود) مشاهده گردید، شیوع این حالات با حالات روانی قبل از ضربه متناسب بود مسائل انضباطی مانند دزدی، دروغگوئی، خرابکاری در ۱۰ درصد موارد. مشکل اصلی بود. تنبلی زیاد با بی تفاوتی در ۸ درصد موارد وجود داشت. هیپرکینزی در کودکان کوچکتر شایعتر بود و رویهمرفته اختلال رفتاری در پسرها بیشتر از دخترها مشاهده شد.

بیماریهای روانی

ممکن است متعاقب ضربه مغزی پسیکوزهای مهم عاطفی و اسکیزوفرنی آشکار شود. بدون شک در این موارد زمینه قبلی عامل مهمی است. مشاهدات اولیه از جمله مشاهدات آقای تنت سال ۱۹۳۲ نشان داده‌است که حتی در مواردیکه بیماری روانی بلافاصله پس از ضربه مغزی یعنی پس از فروکش کردن تیرگی شعور پیدا شده‌است آسیب پذیری خاصی در کار بوده است. سیر بیماری معمولاً مربوط به نوع بیماری روانی خاصی است که پدید می‌آید.

بنابراین بنظر میرسد ضربه مغزی کمی بیشتر از یک استرس غیر اختصاصی در فرد مستعد عمل میکند. تعیین اینکه آیا عوامل ویژه دیگری در آشکار کردن بیماری دخالت دارند یا خیر مشکل است. معمولاً یک فاصله طولانی بین ضربه مغزی و پیدایش پسیکوزی که بعداً مستقر خواهد شد وجود دارد و گیر آوردن موارد کافی برای مطالعه این امر آسان نیست.

مایرگوس سال ۱۹۳۸ با مقایسه نسبت اسکیزوفرنی در گروه بزرگی از مردم که سابقه ضربه مغزی داشته‌اند با نسبت این بیماری در جامعه معمولی نتیجه گرفت که شیوع اسکیزوفرنی واقعی در هر دو گروه مشابه‌است، منتها در میان آنهایی که سابقه ضربه مغزی داشته‌اند تعداد قابل ملاحظه‌ای از حالات شبه اسکیزوفرنی رنج می‌برند. از آن زمان بعد مطالعات انجام شده در این زمینه بین آنست که لاقول در پاره‌ای موارد گذشته از استعداد سرشتی بیمار، ضربه مغزی میتواند بخودی خود در ایتولوژی اسکیزوفرنی نقش مستقیمی داشته‌باشد.

شاپیرو خاطر نشان ساخت که در مواردیکه اسکیزوفرنی بلافاصله بعد از ضربه مغزی پیدا شده‌است شیوع بیماری - اسکیزوفرنی و شخصیت های اسکیزوتیپ در خانواده بیمارانی که آسیب مغزی واضحی نداشته‌اند بطور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از مواردی بوده‌است که دلیل روشنی مبین آسیب مغزی وجود داشته‌است. از این قرار بنظر میرسد در گروه اول ضربه مغزی استعداد نهانی بیمار را به اسکیزوفرنی تشدید کرده، سبب آشکار شدن بیماری گشته‌است. در حالیکه در گروه دوم ضربه مغزی نقش مستقیم تری در تشکیل تابلوی بالینی ایفا کرده‌است. هیلبورن از این هم جلوتر رفته و احتمال شرکت عوامل عضوی را با توجه باینکه ۱۷ نفر از ۲۰ نفر مبتلا بعلائم شبه اسکیزوفرنی دارای آسیب لوب تامپورال بر اثر ضربه مغزی بوده‌اند محتمل تر دانسته‌است.

بالاخره در یک مطالعه وسیع و کامل از منابع مختلف - داوپسون و باگلی باین نتیجه رسیدند که وقتی اسکیزوفرنی متعاقب ضربه مغزی ظاهر شود بنظر میرسد صدمه مغزی در پیدایش بیماری نقش مستقیمی دارد و تنها نمیتوان آنرا بعنوان عامل آشکار سازنده‌ای تلقی کرد. زیرا در این موارد بنظر میرسد که استعداد شخصی یا شواهد ارثی کمتر از ضایعه موجود در پیدایش بیماری دخالت دارد. این مطالعه نشان داد که پیدایش زودرس پسیکوز با شدت آسیب مغزی بستگی دارد و بین علائم روانی و آسیب لوب تامپورال ارتباطی محتمل است. بعد از ضربه مغزی پسیکوزهای عاطفی خیلی کمتر از اسکیزوفرنی شایع است. ولی امکان دارد اختلالهای عاطفی شدیدی همراه یا بدون علائم عینی صدمه مغزی ظاهر شود. در جواب این سؤال که آیا ضربه مغزی سبب آشکار شدن بیماری عاطفی در یک فرد مستعد می‌شود یا آنکه خود دارای نقشی سببی مستقلی میباشد فعلاً چیزی نمی‌توان گفت.

توان گفت .

اختلال‌های نوروتیک

شایعترین عارضه ضربه‌های مغزی نوروزهای بعد از ضربه میباشد بطوریکه شیوع آنها در بسیاری از بررسیها از کلیه اشکال ناتوانی‌های بعد از ضربه پیشی میگیرد . این اختلالها عبارتند از واکنش افسردگی و حالات اضطرابی که غالباً با علائم ترسو و وحشت همراه است علاوه بر این احساس ضعف، خستگی ، تحریک پذیری ، حساسیت نسبت بسر و صدا ، مواردی از هیستری تبدیلی ، نوروز وسواس و شایعتر از همه شکایاتی که جنبه " روان تنی " دارد مانند سردرد و سرگیجه . شکایات اخیر ممکن است در شخصیت‌های هیپرکنندریاک موضوعی برای توجه بیش از اندازه به خویشتن باشد . اختلال های نوروتیک ممکن است با اشکال گوناگون نظاهر کند ، گاهی بشکل حالاتی خفیف و موقتی در دوران نقاهت بیمار ظاهر شود و سرعت از میان می‌رود و زمانی آنقدر شدید و مقاوم است که یکی از مشکلترین مسائل درمان روانپزشکی رامطرح میسازد .

بطورکلی حالات نوروتیک شدید در شخصیت‌هایی پیدا میشود که اصولاً مستعد واکنشهای نوروتیک بوده‌اند . بعنوان مثال آقای لوئیس از مطالعات خود نتیجه گرفته است که اشخاص مبتلا به نوروز بعد از ضربه مغزی وقتی با نوروتیک‌های " غیر عضوی " مقایسه شوند شکایات و آسیب پذیری آنها تقریباً همانست که توسط خانواده و تاریخچه شخصی آنها مشخص می شود . بهر حال این سؤال پیش می آید که آیا ممکن است صدمات بسیار ضعیف مغزی در پاره‌ای موارد بعنوان عامل موثری اعمال اثر نماید یا خیر ؟ این موضوع مساله‌ای است که هنوز حل نشده است .

بررسی آقای اسلیتر در سربازان جنگ زده شاپان توجه است ، او در دو هزار نفر از آنها نشان داد که نوعی ارتباط کمی میان شدت استرس و میزان در هم ریختگی و آشفتگی روانی وجود دارد .

بنظر میرسد که صدمه مغزی علاوه بر هم زدن تعادل کلی موجود بین استرس و استعداد قبلی شخص بواکنش‌های نورو تیک در ایجاد علائم نوروتیک بخودی خود لاقلاً از لحاظ روانی حائز اهمیت است .

بررسی های آقای اسلیتر در جریان روان‌درمانی مبتلایان به نوروزهای مقاوم و طویل‌المدت بعد از ضربه نشان داده است که در غالب موارد امکان وجود یک عامل عضوی که بتوان طی سالها اعمال اثر نماید بعید است ،

برای مثال لاقلاً در بیشتر موارد بین شدت صدمه و ناتوانی نوروتیک حاصله تناسبی وجود ندارد و علائم نوروتیک در حضور نقائص عقلانی یا آسیب های نورولوژیک نادر است ، ظاهراً چنین بنظر میرسد که وقتی عواقب و نتایج ضربه کاملاً مشهود نباشد بیمارانیکه بالقوه دارای خصائص نوروتیک می باشند بیشتر در معرض شکایات ذهنی (سوپرکتیو) خواهند بود .

بنابراین شاید بتوان گفت که هرچه علائم نوروتیک طولانی تر باشد احتمال وجود صدمه مغزی کمتر است . نوروزهای شدید بعد از ضربه گاهی میتوانند اشکالات فوق العاده زیادی در تشخیص ایجاد نمایند از این قبیل ، شرح حال شماره چهار :

در اینجا مرد ۵۰ ساله‌ای که شش سال قبل بر اثر تصادف با کامیون به ضربه مغزی دچار شده است را مورد بحث قرار میدهیم :

بنظر میرسد بیمار که در موقع تصادف بیهوش نشده باشد و در واقع احتمال ضربه قابل ملاحظه‌ای بسر خیلی ناچیز بوده است ، در هر حال او بهنگام سانحه از لحاظ روانی دچار شوک شدیدی شده و در ماههای اول بعد از حادثه فوق العاده افسرده بوده‌است و بطوریکه اطرافیان اظهار میدارند اتکاء به نفس خود را از دست داده بوده و از منزل خارج نمیشده و علاوه بر این از ملاقات با مردم وحشت داشته است .

در حال حاضر او خیلی کند و بی اراده بنظر میرسد . آزمون‌های روانی مبین آنست که سطح هوشی او در حدود عادی است اما آزمونهای حافظه احتمال وجود ضایعه عضوی را مطرح میسازد . علاوه بر این در اینمدت از افسردگی ، بیخوابی و عدم قدرت تمرکز نرسیده است ، زنش میگوید گاهی رختخوابش را خیس میکند ، گاهی نیز از خانه فرار میکند و یا از خواب می پرد و ادعا میکند که مار ، عقرب و قورباغه در رختخوابش وجود دارد و او را اذیت میکنند . او میتواند لباس خود را بپوشد و بشوید اما زنش مجبور است که ریش او را بتراشد و از او

محافظت کند و او را تسلی دهد .

در نخستین معاینه روانی معلوم شد که بیمار تا حدودی از محیط اطراف بی خبر است . در واقع بیمار قادر نیست که درباره اوضاع و احوال محیط توضیحات مرتبطی بدهد . چنانچه ملاحظه میشود تا بلوی بالینی فوق حاکی از وجود یک فرایند زوال عقلی در حال پیشرفت میباشد . پیشرفت بیماری نیز چنین کیفیتی را تاکید کرد ، بطوریکه در سالهای سوم و چهارم بعد از ضربه بتدریج گنگ شد و لکنت زبان پیدا کرد و عواطفش فوق العاده سطحی گردید .

بدیهی است با این وضع بیمار قابلیت کار کردن و استخدام شدن نداشت و نمیتوانست در فعالیتهای گروهی شرکت کند . تشخیص "یک فرایند دژنراتیو پیشرونده مغزی ثابت و با علت نامعلوم" باقی ماند .

در معاینه های بعدی معلوم شد که او دیگر نمیتواند به سئوالات ساده مانند اسم ، سن و آدرس خود پاسخ گوید ، بتدریج لرزش واضحی نیز در دستهایش پیداشد و با این علائم درست شش سال بعد از ضربه برای اولین بار در بیمارستان بستری گردید . ابتدا بیقرار ، متوحش و نگران و دچار لکنت زبان بود و تا بلوی بالینی مبین وجود یک حالت زوال عقلی پیشرونده عضوی بود . بهر حال بتدریج با تشویق و ترغیب و تجویز دارو های ضد افسردگی اصلاح شد بطوریکه میتواند بطور موثری بکارهای ساده مشغول شود .

بهبودی پیشرفت کرد بطوریکه جهت یابی زمان و مکان و حافظه قابل قبولی برای وقایع شش سال گذشته بدست آورد ، نکته قابل ملاحظه آنکه این بیمار وقتی بازنش روبرو میشد حالش بدتر میگشت و بوضع مبهم اولیه رجعت مینمود . این رفتار وی نشانه نوعی وابستگی کودکانه و نشان دادن ترسهای غیر منطقی برای مورد توجه قرار گرفتن بود .

در پایان هفته چهارم اقامت در بیمارستان روشن شد که او قادرست در یک حد قابل قبول هوشیاری عمل کند و بررسی های جامع شامل آزمونهای روانسنجی هیچگونه صدمه مغزی را ثابت نکرد ، او تا حدودی هیجان زده باقی ماند اما هیچ گونه نشانه ای از افسردگی وجود نداشت .

در اوائل ماه دوم علاقه خود را به برگشت بزندگی نشان میداد و صادقانه آرزو میکرد که بتواند گذشته را جبران کند ، او شش سال گذشته را "خارج از کلیه معیارها" و گرفتاری در

انبوه مشکلات روانی توصیف کرد .

متأسفانه زنش پافشاری کرد که او را قبل از بهبودی کامل از بیمارستان مرخص کنند . در این مثال که تا بلوی بالینی حاکی از یک حالت زوال عقل پیشرونده و شدید بود بنظر میرسد ناشی از نوعی واکنش نوروتیک شدید باشد که در پاسخ صدمه مغزی تظاهر کرده است .

بعدها با تشدید وابستگی مرضی بیمار به همسرش این حالات شدت یافت . دلایل زیادی وجود دارد که شخصیت همسر بیمار در تشدید این حالت دخالت داشته است زیرا او نیز در ادامه این رابطه مرضی نقش مهمی داشت .

سندرم بعد از ضربه .

سندرم بعد از ضربه شاید یکی از مسائل مهم روانپزشکی باشد که درباره آن تحقیقات زیادی انجام شده است ، اما این اصطلاح چندان روشن و گویا بنظر نمیرسد زیرا مولفین مختلف آنرا با مفاهیم متفاوتی بکار برده اند . بیشتر از همه برای توضیح سردرد و سرگیجه متعاقب ضربه مغزی است ، اما ممکن است شامل احساس خستگی حساسیت نسبت به سرو صدا ، تحریک پذیری ، بی ثباتی هیجانی ، اضطراب ، اختلال حافظه و عدم تمرکز روانی نیز باشد . در پارهای موارد نیز بدرجات خفیف خرابی عقلانی یا تغییر شخصیت اطلاق میشود . بنا بر این جای تعجب نیست اگر بگوئیم این مفهوم فاقد روشنی لازم است و طبیعتاً "اتیولوژی آن نامعلوم میباشد ، بهر حال آنچه مسلم است این سندرم یکی از مسائل روزانه کارشناسان پزشکی قانونی و مقامات قضائی میباشد . بنابراین لازمست تا آنجا که ممکن است در اینجا مورد بحث قرار گیرد .

نخستین وظیفه پزشک بهنگام روبرو شدن با چنین مشکلی آنست که کلیه علل عضوی ممکن را بررسی نماید ، ارزیابی دقیق سردرد و سرگیجه در مقام اول اهمیت قرار دارد ، زیرا این دو حالت ممکن است ناشی از عیوب عضوی باشد و به آسانی نادیده گرفته شود . در موارد سردرد مداوم باید احتمال "ساب دورال همتوما" را مطرح کرد و همچنین بعد از ضربات شدید و آنی بمهره های فوقانی گاهی سردرد مشاهده میشود . مناطق حساسیت های موضعی در عضلات پس سری یا در شکستگی های ترمیم یافته کاسه سر باید بدقت بررسی شود و هم چنین خصوصیات بالینی سردردهای نوروتیک و سردردهای ناشی از

است. بعلاوه تاثیر فوق العاده‌ایکه تمایل بجران در بهبود یا عدم بهبود شکایات بیمار دارد نباید از نظر دور بماند، چه در بسیاری موارد مشاهده شده است که علائم نوروتیک پس از گذشت زمان قابل ملاحظه‌ای پدید می‌آید و بدلالی از قبیل ادعای غرامت و جبران، مقاوم و سرسخت باقی خواهد ماند. بنابراین میتوان چنین نتیجه گرفت که سندرم بعد از ضربه گرچه ممکن است در ابتدا جنبه "فیزیوژنیک" داشته باشد اما در مواردیکه سالهای سال ادامه می‌یابد در واقع معلول عوامل شخصیتی و روانی و اجتماعی است. بدین‌نقار نکته مهم پیدا کردن نقاط با اهمیت درمانی و حتی المقدور علت بخصوصی است.

خلاصه

در این مقاله پیرامون علل و تظاهرات بالینی عوارض روانی ضربه‌های مغزی اعم از حاد و مزمن، در کودکان و بزرگسالان گردشی اجمالی ولی همه جانبه شده است.

از عوارض حاد تیرگی شعور و فراموشی بعد از ضربه می‌توان نام برد که طول مدت فراموشی بعد از ضربه از عوامل تعیین کننده پیش آگهی در ضربه‌های مغزی بسته است.

از نظر ایجاد عوارض روانی بعدی ضایعه نیمکره غالب و لوب تامیورال اهمیت بیشتری دارند. اما هیچگونه الگوی آناتومی پاتولوژیک قانع کننده‌ای وجود ندارد.

از عوارض دیررس یا مزمن بیماری صرع، تغییرات رفتاری و شخصیتی، بیماریهای روانی و بالاخره زوال عقل رامیتوان نام برد.

آنچه مسلم است در پیدایش اختلالات رفتاری و تغییرات شخصیتی بعد از ضربه ساختمان شخصیت قبلی بیمار اهمیت بسیاری دارد بطوریکه میتوان با مطالعه خصوصیات شخصیتی شکل ناتوانی روانی بعدی را تا حدودی معین ساخت.

در مواردیکه زوال عقل بطور سریع پیشرفت نموده است بخصوص اگر علائم روانی نوسان داشته باشد باید ب فکر "سپ دورال همانوما" بود. و در مواردیکه زوال عقل پابرجا مانده است باید امکان وجود هیدروسفالی با فشار طبیعی را در نظر داشت.

در کودکان عوارض روانی بعد از ضربه مغزی بیشتر بصورت اختلالات رفتاری، عدم ارتباط با اولیاء مدرسه یا پدر و مادر

انقباض شریان های کاسه سر که معمولا ناشی از کشش و انقباض عضلات جمجمه است باید مورد نظر باشد. سر گیجه و حالت گیجی (dizziness) بایستی دقیقا از سرگیجه واقعی (vertigo) تشخیص داده شود. آقای هاریسون بسال ۱۹۵۶ به پیدایش نیستاگموس وضعیتی موقت حمله‌ای خوش خیم بعد از ضربه مغزی اشاره کرده است و تاگلیا بسال ۱۹۶۹ ارزش تستهای ادراکی فعالیت دهلیزی را در حالات مشکوک توصیف کرده است. پژوهشهای اخیر روشنگر آنست که باوجود عوامل سببی متعددی که میتوان برای این سندرم شرح داد واقعا معلوم نیست که علائم موجود تا چه حد جنبه روانی و تا چه اندازه جنبه عضوی دارد.

وجود این علائم در مراحل نخستین نقاقت غالبا موید اختلال زودگذر فعالیت مغزی است.

آقایان تایلور و بل نشان داده‌اند که زمان متوسط گردش خون مغزی در بیمارانی که از علائم سردرد، سرگیجه کاهش تحمل، ضعف حافظه اشکال در تمرکز حواس، تحریک پذیری عصبی، ناشی از ضرب دیدگی مغز رنج می‌برند ۲۰ درصد طولانی تر است.

این یافته‌ها راه را برای یافتن نوعی علت "فیزیوژنیک" برای اختلالاتیکه ظاهرا "نوروتیک بنظر میرسد باز میکند. بخصوص در مواردیکه بهبود گردش خون با از بین رفتن علائم همراهست این نظریه صادق است. اما نباید فراموش کرد که هنوز این نظریه کاملا "محقق نشده و گروه شاهد افرادی بوده‌اند که سابقه ضربه مغزی نداشته‌اند. نکته دیگری که در پژوهش مولفین فوق حائز اهمیت است آنکه بیشتر افراد بین یک تا دو ماه پس از ضربه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و بعید نیست که در این مرحله بالنسبه زودرس جنبه‌های عضوی زودگذری در کار باشد. اما اگر چنین کیفیتی ماهها و حتی سالها ادامه یابد میتوان شالوده دیگری برای توجیه علائم پی‌ریزی کرد. در واقع شواهد و دلائل موجود مبین آنست که سندرم بعد از ضربه‌ایکه بمدت طولانی ادامه یابد جنبه روانی دارد و میان شدت علائم و وسعت ضایعات مغزی هیچگونه تناسبی پیدا نشده است.

آقای دنکر نشان داده است که دو قلوهای متشابهی که یکی از آنها بسندرم بعد از ضربه مبتلا بوده است دیگری نیز بی آنکه سابقه‌ای از ضربه داشته باشد دارای علائم نوروتیک بوده

تظاهر میکند .
 در هیچیک از موارد بالا نمیتوان علت عضوی یا روانی را
 پدیدایش یا ادامه شکایات بیمار انجام نشود . زیرا نقشه درمانی
 بیمار باید بر اساس عوامل موثر در ایجاد علائم و شکایات
 او استوار باشد .

REFERENCES

- 1- Adams, R.D. (1966). Further observations on normal Pressure hydrocephalus. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59, 1135-1140.
- 2- Adler, A. (1945). Mental symptoms following head injury. A statistical analysis of two hundred cases. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 53, 34-43.
- 3- Ajuriaguerra, J. de, and Hecaen, H. (1960). *Le Cortex Cerebral*, 2nd edn., Masson: Paris.
- 4- Black, P., Jeffries, J.J., Blumer, D., Wellner, A. and Walker, A.E. (1969). The post-traumatic syndrome in children. In *The Late Effects of Head Injury*, pp. 142-149. Edited by A. E. Walker, W.F. Caveness, and M. Critchley. Thomas: Springfield, Ill.
- 5- Davison, K., and Bagley, C.R. (1969). Schizophrenialike psychoses associated with organic disorders of the central nervous system; a review of the literature. In *Current Problems in Neuropsychiatry*, pp. 113-184. Edited by R.N. Herrington. *British Journal of Psychiatry Special Publication*, No. 4.
- 6- Dencker, S.L. (1958). A follow-up study of 128 closed head injuries in twins using co-twins as controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 33, Supp. 123.
- 7- Dencker, S.J. (1960). Closed head injury in twins. *Archives of General Psychiatry* 2, 569-575.
- 8- Goldstein, K. (1942). *After Effects of Brain Injuries in War*. Grune and Stratton: London.
- 9- Irving, J.G. (1969), Impact of insurance coverage on convalescence and rehabilitation of head Injury, pp. 483-490. Edited by A.E. Walker, W.F. Caveness, and M. Critchley. Thomas: Springfield, Ill.
- 10- Lewin, W. (1968). Rehabilitation after head injury. *British Medical Journal*, 1, 465-470.
- 11- Lewis, A. (1942). Discussion of differential diagnosis and treatment of post-contusional states. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 35, 607-614.
- 12- Lishman W.A. (1973) *The Psychiatric Sequelae of Head injury*. *Psycholo. Med.* No. 3; P.304-318.
- 13- Newcombe, F. (1969). *Missile Wounds of the Brain*. Oxford University Press: London.
- 14- Roberts, A.H. (1969). *Brain Damage in Boxers*. Pitman: London.

-
- 15- Sweet, W.H., Ervin, F., and Mark, V.H. (1969). The relationship of violent behaviour to focal cerebral disease. In *Aggressive Behaviour. Proceedings of International Symposium on the Biology of Aggressive Behaviour*, PP. 336-352. Edited by S. Garattini and E.B. Sigg. Excerpta Medica: Amsterdam.