

نگارش دکتر غلامرضا بهرامی  
دانشیار کرسی بیماریهای روانی

## صرع روانی یا جنون صرعی

### مقدمه

همه میدانند که مبتلایان به بیماری صرع چند ساعت قبل یا هنگام بروز حمله و یا بلافاصله پس از پایان آن ضمناً دچار یک رشته اختلالهای روحی کم و بیش ناپایدار می شوند آن عوارض روانی که چندین ساعت تا یکی دو روز قبل از بحران تشنجی بمریض دست میدهد موسوم اند به علائم روانی مقدمه‌ای (۱) که بیشتر مربوط به اختلالات عواطف و علائق (حالات حزن و افسردگی شدید یا عوارض تحریکاتی و غیره) و مخصوصاً تغییرات خلق و صفات و عادات میباشد (مثلاً بیماری که معمولاً افتاده بی‌آزار و خوش خلق است یکباره بد خلق ستیزه جو - مقاوم امپولسیف - قسی‌القلب و زودخشمناک میشود) و اگر شدت این اختلالات به نیروهای شعوری مریض صدمه نزده باشد بیمار میتواند تمام این عوارض را بخاطر بسپارد و بعد از حمله آنها را بیاد آورد.

بین اختلالات و علائم روحی که همراه (در حقیقت چند ثانیه قبل) با حمله تشنجی عارض میشوند از همه مهمتر انواع اوراها (۲) و توهمات (۳) و تغییرات عواطف و

هیجانهاست که آنها هم اغلب بخاطر مریض میمانند.

ضمناً دانستن این نکته جالب است که بیماران مبتلا به صرع و تشنج ممکن است در اثر استعمال مقادیر زیاد دارو هائی از قبیل باریتوریکها و برومورها از شرحمات غشی و تشنجدار (۴) راحت شوند ولی اوراها و سایر عوارض روانی آنها همچنان دست نخورده بجای خود باقی مانده و در حقیقت جای غشی آنها را میگیرد.

اختلالات روانی که بلافاصله پس از ختم حمله تشنجی [ در حمله بزرگ مقارن با زمان ختم مرحله خواب صدادار است (۵) ] عارض بیمار میشوند بیشتر مربوط بضعف نیروهای شعوری از قبیل دقت - حافظه - توجه زمانی و مکانی بوده (۶) و مریض در حقیقت تا چند دقیقه و در بعضی موارد تا چند روز در عالمی بین خواب و بیداری (۷) و هذیان (اغلب هذیان گزند و آسیب) بسر برده و ممکن است در این حالت اعمال اتوماتیکی (۸) و با خلاف قانون و تراکت (بیشتر مربوط به قضایای جنسی) از او سر زده و با پزشک

- 1 - Symptomes psychiques prodromiques 2 - Auras 3 - Hallucinations  
4 - Grand Mal 5 - Stertor 6 - Orientation 7 - Etat crepusculaire ou  
hypnogogique 8 - Phenomens d'automatismes

قانونی سروکار پیدا نماید ولی هنگامیکه دو مرتبه هوش و حواس بیمار سر جای اولیه بر میگردد حس فراموشی کاملی (۹) براو مستولی شده و کمترین خاطره از آنچه که واقع شده و یا او مرتکب گردیده ندارد در حالیکه کوچکترین و بی اهمیت ترین عملی را که قبلاً موقع شروع حمله غشی انجام میداده به یاد می آورد .

از نقطه نظر بالینی و تشخیص تا موقعیکه عوارض و علائم روانی بالا نزدیک بیمار صرعی ظاهر میشوند که چندین سال است غشی میکند و حمله تشنجی او را همه دیده اند توجیه و تشریح آنها چندان اشکال نداشته و منسوب ساختن آنها به اپیلسی و یافتن علت اصلی آنها کار آسانی است اشکال کار آنوقت شروع میگردد که این اختلالات روحی و یا مشابه آنها باشدت زیاد و برای مدت نسبتاً طولانی به بیماری عارض شوند که تاکنون در عمر خود دچار حمله اپیلسی نشده و اگر هم حمله داشته کسی آنرا ندیده و نفهمیده است .

کلینیکی برای این قبیل عوارض روحی خالص پیدا کرده و از آنجا پی بعلت صرعی و تشخیص اصلی آنها ببرند مثلاً یکی از روان پزشکان مشهور فرانسه بنام مورل (۱۱) در سال ۱۸۶۰ یک عده از بجرانها و اختلالهای روانی را که کم و بیش شباهتی با عوارض و حالات قبل و یا بعد از حمله تشنجی صرعی مذکوره در بالا دارند و نزد اشخاصی که تاکنون صرع آنها کشف نشده ظاهر شده اند تحت اسم اپیلسی لاروه (۱۲) جمع آوری و از سایر اختلالهای روحی جدا کرده است بعقیده مورل این نوع عوارض روحی اصلاً در حکم یکنوع صرع بی تشنج و بی حمله است که علائم آن همان عوارض قبل و یا بعد از حمله اپیلسی کلاسیک است و بطور کلی اغلب از نوع اختلالهای زیر است :

تناوب دوره تحریکات و واکنش حزن و افسردگی - تظاهرات خشم و غضب بی دلیل فراموش کردن اعمال خطرناکی که بیمار حین آن لحظات خشم و غضب مرتکب شده توهمات سمعی و بصری و هذیان و غیره .

پیشنهاد مورل در آنوقت مورد قبول اغلب دانشمندان و روان پزشکان واقع شده و بررور اسامی و عناوین تازه از قبیل صرع هوشی کوچک (۱۳) و صرع هوشی بزرگ (۱۴) (فالره) (۱۵) صرع هوشی (۱۶) صرع روانی (۱۷) (بیو) (۱۸) اپیلسی ساده (۱۹) جنون صرعی (۲۰) و

بهمین جهت بود که تا قرن بیستم یعنی تا زمانیکه دستگاه الکتروآنسفالوگرافی هنوز اختراع نشده بود (الکتروآنسفالوگرافی در سال ۱۹۲۴ توسط برژر (۱۰) آلمانی اختراع گردید) روان پزشکان سعی میکردند در چنین مواردی از راه معاینات بالینی و مطالعات پرونده های بیماران خصوصیات

- 9 - Amnesie retrograde 10 - Berger, H 11 - Morel 12 - Epilepsie larvée 13 - Petit mal intellectuel 14 - Grand mal. intellectuel 15 - Falret 16 - Epilepsie de l'Intelligence 17 - Epilepsie mentale 18 - Billod 19 - Epilepsie simplex 20 - Folie epileptique

نشده است مثلاً کریستیان (۲۵) اصلاً منکر اپی‌لپسی لاروه شده و میگوید این صرع هرگز وجود نداشته و همان صرع معمولی است که ناشناخته و مخفی مانده است اما مارشان و آژوریا گورانه تنها این موضوع را قبول کرده‌اند بلکه مینویسند که عوارض اپی‌لپسی روحی آنچنان مشخص و مخصوص میباشد که میتوان از وجود آن؛ حتی بدون کمک الکترو آنسفالوگرافی پی‌بالت صرع بودن آنها برد.

در پایان این مقدمه ضمناً بایستی قدری راجع بعقیده پنفلد (۲۸) و مکتب‌او که امروزه طرفدار بسیار دارد. در خصوص صرع روانی صحبت شود.

پنفلد در تقسیم‌بندی صرع نوین خود اساساً اصطلاح معادل‌های باصرع را رد کرده و چون بیشتر توجه او معطوف بیافتن علل صرع و اعمال مراکز اناتومیکی دماغ است حالات مختلف «صرع روانی» را از هم مجزا ساخته و آنها را بر حسب نوع ضایعه دماغی شرح داده است مثلاً یک قسمت اعظم از حالات اتوماتیک بدون تشنج را تحت صرع مرکز دماغی (۲۹) و قسمت دیگر آنرا بانضمام تمام حالات توهمی و اشتباهات هنگام بحث صرعه‌های کانونی دماغی (۳۰) شرح داده است.

اساساً واژه «صرع روانی» (۳۱) برای

بالاخره صرع روانی خالص (۲۱) و صرع پسیکوموتور (۲۲) که در آن ایام هنوز بعنوان یک نوع صرع اصلی (۲۳) شناخته میشد (برای اشکالیکه با تحریکات توأم بودند) برای همین نوع عوارض روانی صرعی بدون تشنج وضع گردید.

بعد ها دامنه اصطلاح صرع روحی وسعت پیدا کرده نه تنها بعوارض روانی اشخاصیکه تا بحال غش نکرده‌اند اطلاق میشد بلکه شامل اختلالات روحی مصروعین مزمن و غیر مزمن بطور کلی می‌گردید.

تقریباً ده سال قبل مارشان (۲۴) و آژور-یاگورا (۲۵) پیشنهاد کردند که بایستی اپی‌لپسی لاروه مورل را با حالات معادل صرع (۲۶) یکسان دانسته و آنرا به تمام آن اشکال صرعی اطلاق کرد که با صور و اشکال معمولی اپی‌لپسی کلاسیک مغایرت دارد بعبارت دیگر اپی‌لپسی روحی و یا لاروه شامل تمام عوارض روانی - موتوری (البته غیر از حملات تشنجی) وحسی و جهازی و احشائی و غیره میشود بشرطی که این حالات و اختلالات به تنهایی و بدون رابطه مستقیم با حملات تشنجی عارض شوند و در حقیقت حکم یک عوض و جانشین و یا معادلی را برای حملات تشنجی صرع داشته باشند.

در رد و یا قبول وجود اپی‌لپسی لاروه هنوز اتفاق عقیده بین روان‌پزشکان پیدا

- |                               |                              |                    |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------|
| 21 - Epilepsie psychique pure | 22 - Epilepsie psychomotrice | 23 - Epil-         |
| epsie idiopathique            | 24 - Marchand                | 26 - Equi-         |
| valents epileptiques          | 27 - Christian               | 29 - Cent-         |
| rencephalique seizers         | 30 - Focal cerebral seizers  | 31 - Psychological |
| seizers                       |                              |                    |

ضمنا يك قسمت از توهمات احشائی و جلدی مانند مصروعین را که اغلب همراه با عوارض روحی دیگری باشد پنفلد هنگام بحث از نوع صرع مخصوصی به اسم صرع دستگاه مستقل (۳۸) یا صرع دی‌آنسفالیک شرح داده‌است (مانند اوراهای ناحیه اپیگاستر - احساس حالت تهوع - تغییرات مردمک - تغییرات اعمال جهاز هاضمه و سیستم پیلو موتور و غیره) .

ممکن است که پنفلد از لحاظ بالینی اختلالات روحی مصروعین را مانند روان پزشکان کلاسیک طبقه بندی نموده و خصوصیات کلینیکی آنها را برای تشخیص افتراقی درست معلوم نکرده باشد ولی بطوریکه گاستو (۳۸) میگوید بزرگترین خدمت او و همکاری‌اش محقق داشتن و ثابت نمودن پیش گوئیهای ژاکسون راجع به صرع پسیکوموتور و منسوب داشتن قسمت زیادی از اختلالات روانی مصروعین بدون حمله تشنجی و اشکال مختلف صرع لاروه مورل به ضایعات لوب تامپورال از راه الکترو - آنسفالوگرافی و جراحی مغز و تحریکات الکتریکی نقاط مختلف آن می‌باشد .

امروزه صرع پسیکوموتور یکی از مهمترین انواع اپی‌لپسی گردیده و طبق آمار اخیر ۵۰٪ مصروعین مبتلی بآن میباشند. از حیث علائم کلینیکی گرچه اشکال مختلفی از آن موجود است ولی میتوان گفت که عوارض

پنفلد چندین معنی دارد : از یکطرف تمام حالات صرعی که در اثر قضایای روانی و هیجانی روی داده و در حقیقت این عوامل تاثیر مساعدی بر روی کانونهای صرعی و بروز حمله داشته و صرع روحی یا صرع عاطفه - ای (۳۲) نامیده میشوند .

از طرف دیگر تمام مواردی را که سابقا او رای عقلی ویا روانی (۳۳) مینامیدند و ژاکسون آنها را تحت عنوان حالت رویائی (۳۴) (که همان حالت بین خواب و بیداری مکتب فرانسه است ) شرح داده و حالات توهمات روانی (۳۵) و اشتباهات روحی (۳۶) همه را این مؤلف جزو صرع روحی محسوب کرده‌است و علت و کانون اکثر آنها را ضایعات لب تامپورال میدانند، عبارت دیگر بعقیده پنفلد و مکتب او صرع روحی شامل اختلالات و حالات روانی زیر است :

الف - اشتباهات (سمعی و بصری حافظه‌ای و غیره)

ب - هیجانان (بدون علت مشخص مثلا ترس و اضطراب)

ج - توهمات روانی (بصورت خاطره و یادآوری شدید ویا رویا ویا توهمات سمعی و بصری چشائی و بویائی و غیره) .

د - افکار تحمیلی و اجباری (۳۷) (که همان اوراهای عقلی سابق میباشند) که کانون ضایعه آنها در قسمت خلفی لب فروتال میباشد .

32 - Affective epilepsy      33 - Intellectual aura

34 - Dreamy state      35 - Psychological auras      36 - Psychological illusion

37 - Forced thinking      38 - Autonomic seizures      39 - Gastaut, H.

مقابل علائم پسیکوسانوسوریل که در بالا شرح داده شد از خود نشان میدهد .  
 بالاخره نبایستی فراموش کرد که در زمان بین بحرانها و حملات صرعی (۴۸) بیمار گذشته از اختلالات عصبی که خیلی نادر میباشند (از قبیل همپارزری آفسازی و غیره) مخصوصا دچار توهمات و تغییراتی در طرز رفتار و کردار خود میشود (بطی) و کندی چسبنده (۴۹) میل واجرای ناگهانی اعمال غیر منتظره (۵۰) و غیره) که باز قسمت اعظم آنها ممکن است تظاهرات حملات صرع پسیکوموتور باشد .

پر واضح است که صرع پسیکوموتور که بعضی از انواع آن در نتیجه تخلیه اولیه و بحرانی جریان الکتریکی نورنها در قسمت داخلی لوب تامپورال تولید میشود نمیتواند به تنهایی امروزه تمام اشکال و حالات بالینی اپی لپسی لاروه مورل را توجیه و تفسیر نماید .

خاصه وقتیکه مصروعین پس از سالهای عیدیه بیماری دچار واکنشهای روحی بحرانی شبیه جنون جوانی و یا جنونهای ادواری و هذیانهای اولیه و یا اختلالات عمیق شخصیت و انحرافات خلقی و اخلاقی و یا زوال عقل صرعی شوند . به همین جهت لازم است که در اینجا گذشته از شرح انواع بالینی صرع روحی و جنون صرعی مختصری

آن بطور کلی برسه نوعند :  
 الف- علائم سانسیتووسانوسوریل ( ۴۰ ) :  
 مانند عوارض حواس مختلف چشائی بویائی سمعی تعادلی بصری و یا جلدی درد های مبهم اختلالات دستگاه نوروژناتیف - حس گرسنگی و تشنگی و غیره .

ب - عوارض روانی : تیره و تار شدن کم و بیش شدید آینده شعور ( ۴۱ ) توهمات و اشتباهات راجع به بزرگ یا کوچک دیدن اشیاء خارجی ( ۴۲ ) حس اشتباهی سابقاً دیده یا اصلاً ندیده ( ۴۳ ) یا تغییر محیط ( ۴۴ ) توهمات بصری متحرک و متوالی شبیه رویا اختلالات جریان فکر از قبیل از این شاخ بآن شاخ پریدن ( ۴۵ ) و یا برعکس هجوم افکار ترحمیلی ، تغییرات حالات عاطفی از قبیل ترس حزن و افسردگی خشم و غضب یا خوشحالی و نشاط .

ج - عوارض دیگر بخصوص مربوط بزندگی رویشی ازدیاد بزاق انقباض واسپاسم امعاء واحشاء و دستگاه ازو موتور و غیره و یا بدستگاه ارتباطی و حرکتی که اغلب آنها را اتوماتیسم ( ۴۶ ) مینامند و اکثر آنها با فراموشی ( ۴۷ ) همراه میباشند (مریض ناگهان دست بقلب خود و یا بمعده خود میرد حالات خشم و غضب تحریکات ( ظاهراً بی دلیل و غیره) میشود گفت که علت این اتوماتیسم ها واکنشهایی است که بیمار در

40 - Symptomes sensitivo - Sensoriels

41 - Obnubilation de la conscience

43 - Illusion de déjà vu.

45 - Fuites d'Idees

intercritiques

42 - Micropsie ou macropsie

44 - Sentiment d'Etrangete

47 - Amnesie

48 - Perodes

46 - Automatismes

49 - Lenteur adhesive

50 - Impulsion

میدهد و نبایستی این دو حالت را باهم اشتباه کرد .

ب - حالات بهت و منگی روانی (۵۴)  
یعنی همان حالات بهت و خواب آلودگی کوتاه زمانی که پس از حملات تشنجی و حالات غیابی معمولاً عارض بیمار صرعی میشود ممکن است در بعضی موارد تنها تظاهرات یک سندرم صرعی بوده و با اصطلاح جای بحران تشنجی را بگیرند البته اگر این حالت بدون مقدمه و بطور ناگهان به بیمار دست بدهد و قبلاً هیچ نوع عارضه دیگری از قبیل سرگیجه و یا حالات غیابی در میان نباشد تشخیص علت صرعی آن بی اندازه مشکل است از نکات جالب و دانستنی این است که این حالت اغلب به بیماران جوانی که حملات صرعی با تشنج دارند و مدت زیادی تحت درمان با گاردنال (۵۵) میباشند دست میدهد یعنی بحرانهای تشنجی این بیماران از بین میرود و بجای آن این حالت بهت و منگی روانی به آنها دست میدهد این حالات از چند ساعت و چند روز وحتى چند سال ممکن است طول بکشد و بعدها که مریض خوب میشود فراموشی کامل برای عوارض تمام این مدت بهت و منگی پیدا میکند .

این حالت تیرگی روانی ممکن است بشکل ساده - توأم با تحریکات همراه با منگی و گنگی وحتى باتپ باشد . عارضه اصلی در تمام این مراحل همان حالت بین خواب و بیداری (۵۶) میباشد که در آن نیروهای

هم راجع به سرشت و شخصیت و حالات روحی مشترك مصروعین و بالاخره تغییرات شخصیت و خلفی مصروعین صحبت و بحث شود و مخصوصاً تذکر داده شود که تمام روان پریشانیهایی که نزد مصروعین دیده شده حتماً لازم نیست پسگوزهای اپی لپتیک باشند بلکه ممکن است همزمان یکدیگر و مستقل باشند .

### انواع بالینی صرع روحی

#### و اختلالات روانی مصروعین

بنا بعقیده مارشان و آژوریاگورا صرع روحی و تظاهرات روانی صرع بسیار متنوع بوده و بطور خلاصه شامل اشکال و انواع زیر میشود :

#### الف - حالات غیاب (۵۱)

حالت غیاب که برای اولین بار کامل (۵۲) آنرا شرح داد مدت آن از چند ثانیه تجاوز نکرده و اغلب قبل یا بعد از حمله صرعی به مریض عارض میشود ممکن است خود بتهائی نیز بروز کرده و با اصطلاح جای بحران تشنجی صرع را بگیرد اگر عده دفعات آن زیاد باشد و نزد بچهها پیش آید آنرا پی کنولپسی (۵۳) میگویند در نوع ساده آن بیمار غفلتاً هوش و حواس خود را از دست داده نگاهش ثابت و مبهم مانده رنگ از چهره اش پریده و اگر مشغول انجام کاری باشد همانطور متوقف میماند و بعضی اوقات ممکن است برعکس مرتکب کارهای اتوماتیکی بشود و در اینصورت خیلی شبیه اتوماتیسم است که اغلب پس از حمله صرعی بمریض دست

51 - Les absences

52 - Calmeil

53 - Pycnolepsie

54 - Les etats confusionnels

55 - Gardenal

56 - Etat crepusculaire

و - روحیه مصروعین (۸۷)  
تحت این عنوان مارشان و آژورباگورایسک  
رشته علائم و نشانه های خوئی وصفتی و  
عقلی و سرشتی مصروعین یعنی همان  
خصوصیات روانی را که مولفین آنگلو ساکسون  
تحت شخصیت صرعی (۸۸) مطالعه کرده اند  
شرح میدهند ما در صفحات بعد مشروحاً  
راجع به شخصیت و خلق مصروعین صحبت  
خواهیم کرد عجلاننا همین قدر کافیتست که  
بگوئیم :

بایستی هنگام بحث در این مسائل حتماً  
بین بیمارانی که در تیمارستانها و آسایشگاهها  
بستری هستند و آن مصروعینیکه در منزل  
بطور سرپائی از آنها توجه و مواظبت میشود  
فرق گذاشت و ماتالیته این دو نوع بیمار را  
باهم اشتباه نکرد .

بطوریکه در بالا دیده شد صرع روحی  
میتواند اشکال مختلف بالینی داشته باشد و  
تقسیم بندیهای کلینیکی دیگری هم برای  
شرح انواع آن نیز موجود است :

مثلاً مینو (۸۹) و لامپریه ( ۹۰ ) جنبه  
حاد و یا مزمن بودن این حالات و تابلوهای  
کلینیکی را در نظر گرفته و صرع روانی را  
بدو دسته حاد (۹۱) (شامل انواع مانیا کود-  
پرسیو - حالت بین خواب و بیداری - بهت  
روانی توام با خواب در بیداری) و نیم حاد  
و مزمن (شامل حالات تفکیکی روانی و

قبیل شروع و ختم ناگهانی و تکرار مراحل  
روانی مشابه را برای تشخیص جنون دوره ای  
باجنون صرعی دوره ای کافی نمیداند .  
بعلاوه در این بیماری بعقیده اونه درمان ضد  
صرعی موثر است و نه الکترو آنسفالوگرافی  
آنورمالیهای صرعی را نشان میدهد .

ضمناً بایستی متذکر شویم که در کلینیك  
اغلب نام پسکوزمانیا کودپرسیو بهر نوع  
بحرانهای روانی که بصورتی واکنش افسردگی  
و یا تحریکات مرتباً هر چند وقت بچند وقت  
ظاهر میشوند اطلاق میشود در حالیکه علت  
این اختلالات روانی دوره ای ممکن است  
گاهی بیماریهای عضوی دماغی - ناخوشیهای  
دوره طفولیت و باضربه و ضغطه های جمجمه  
و مغز هم باشد .

۵ - صرع با حافظه و شعور سالم (۸۵)  
یکی از علائم بالینی حمله صرعی که  
در اغلب کتابها نوشته شده از دست دادن  
ویا مختل شدن شعور و حافظه است با این  
حال در بعضی موارد صرع روحی مخصوصاً  
آن نوعیکه با میل و ارتکاب اجباری و ناگهانی  
اعمال غیر منتظره (۸۶) همراه است یا  
حالات غیاب - حالات بهت روانی حالات  
هذیانی دوره ای دیده شده است که بیمار پس  
از برطرف شدن عارضه روحی تمام اعمال  
خود را بخاطر آورده و مشاعرش در خلال  
مدت عارضه کم و بیش بیجا بوده است .

85 - Epilepsie mnesique et consciente

86 - Impulsions

87 - La mentalite des epileptiques

88 - Epileptic

personality

89 - Mignot, H

90 - Lemprier

91 - Episodes

psychopathiques aigus des epileptiques

هذیانها را کاملاً فراموش نکند بطور حتم تأثیرات و خاطراتی از آنها در ذهن او بجای خواهد ماند بیمار خیال میکند که آنچه بسرش آمده و دیده حقیقت داشته مثلاً با خدا ملاقات کرده و یا مورد حمله و تهاجم دشمنان قرار گرفته و غیره خوشبختانه عادت معمول بر این است که پس از چند روز دو مرتبه مریض نیروی قضاوت و حقیقت یینی قدیم خود را بدست آورده و توهمات و هذیان ایام حالت بین خواب و بیداری خود را فراموش میکند.

از اینقرار علائم جنون صرعی عبارت است از درجات مختلف اختلال نیروهای شعوری - توهمات شدید (۹۵) هذیانهای مختلف - بطبی و کندی روانی - حرکتی (۹۶).

مایرگروس موضوع سرشت (۹۷) و تغییرات شخصیت صرعی را با تصور ثابتی که خانم مینکوسکا (۹۸) و بلولر (۹۹) بیان کرده اند قبول نداشته و میگوید تاکنون از حیث علائم و مظاهر شخصیتی و خلقتی و صفاتی اختلافی بین یک شخص سالم و یک فرد مصروع قبل از ابتلای به بیماری (۱۰۰) مشاهده نکرده است تنها نکته ای که قابل فرض است استعداد احتمالی این اشخاص برای ابتلای به بیماری صرع است و بس که ممکن

هذیانی نیمه حاد و مزمن (۹۲) - روحیه مصروعین در اوقات بین حملات (۹۳) قسمت کرده اند.

یک تقسیم بندی دیگر اپی لپسی لاروه بر پایه علائم و عوارض روانی موقتی و متغیر و اختلالات و خصوصیات شخصیتی و صفاتی ثابت نیز پیشنهاد شده است.

اما مایرگروس بر خلاف اشکال بالینی جنون صرعی را تقسیم بندی نکرده و معتقد است که در بعضی موارد پسکوز صرعی در حقیقت دنباله همان حالت بین خواب و بیداری است (۹۴) که دوام پیدا کرده و گاهی مدت آن از چند ماه هم تجاوز نموده است درست است که در چنین حالتی نیروهای شعوری مریض بکلی از بین نرفته و بازدارای زندگی پر فعالیتی است (اگر چه فعالیت او غیر طبیعی است) ولی موقعی که توهمات و عوارض روانی دیگر عارض بیمار شوند ممکن است که او دچار هذیان هم بشود و در اینصورت تشخیص افتراقی بین یک روان پریشانی و مرض صرع کار آسانی نیست.

بعضی اوقات هم از همان ابتدا هذیانهای اولیه آنچنانکه در بیماری جنون جوانی پیش می آیند بر سایر عوارض روحی بیمار افزوده میشود و اگر در چنین مواردی هنگام بازگشت و بهبود نیروهای شعوری بیمار این

- 92 - Les organisations delirantes et les etats dissociatifs subaigus et chroniques des epileptiques 93 - L'etat intercritiques des epileptiques  
 94 - Twilight state 95 - Vivid hallucinosis 96 - Psycho-motor retardation  
 97 - Constitution 98 - Minkowska 99 - Bleulere 100 - Pre-epileptic personality



بطور کلی مورل صفات و خصوصیات زیر را معرف روحیه و شخصیت مصروعین میداند :

— بطی و کندی عقلی (۱۲۲) افزایش و سرعت عاطفتی (۱۲۳)

— واکنشهاییکه شدت آنها خارج از اندازه طبیعی است و متناسب با علت نمی‌باشند.  
— حس خجالت و حقارت وحشیانه و بیرحمانه (۱۲۴).

— خوی مودی و خالق گرفته و تنگ  
— مذهبی بودن شدید .

— بیان عقاید سیاسی افراطی .

— برپا کننده صحنه های غضب موحش .

— اغلب با نحرافات جنسی و خلقی (دروغ

پردازی (۱۲۵) — شراب خواری (۱۲۶) و غیره .

تشخیص افتراقی جنون صرعی

بنا بگفته مایرگروس تشخیص افتراقی

جنون صرعی از جنون جوانی گاهی بسیار مشکل است :

— حالت بطی و کندی روانی و گاهی

حرکتی مصروع خیلی برای این تشخیص مهم است .

آن شرح حال جامع و پیچیده‌ای که بیمار

صرعی هنگام بازگشت بمرحله شعور روشن

از توهمات بصری و سمعی خود میدهد نیز

کمک خوبی است .

صرع دمانس شکل تفکیک و تجزیه روانی اسکیزوفرنی را بخود گرفته و اگر باهذیان و افکار پارانوئید و یا صحنه‌های بروز شدید و ناگهانی عواطف و علائق هم توأم شود شباهت به زوال عقل صرعی با مراحل نهائی جنون جوانی کاملتر شده و تشخیص حقیقتنا دشوار میشود .

بالاخره در زمان کهولت و پیری از نقطه نظر بالینی هیچ فرقی بین زوال عقل صرعی و یک دمانس پیری و یا تصاب‌شرائین وجود ندارد .

در خاتمه بیجا نیست که عقیده

فردینان مورل (۱۸۸) استاد متوفای دانشگاه

ژنورا نیز راجع به جنون صرعی در اینجا

اضافه کنیم بنا بگفته این روان پزشک در

اشکال ساده‌بیماری صرع اغلب بیماران دارای

یک روحیه مخصوصی میباشند که بانقیصه

عقلی (۱۱۹) حقم صرعی (۱۲۰) و غیره)

و یا عوارض پسیکوپاتیکی (۱۲۱) توأم بوده

و ممکن است تا مرحله زوال عقلی صرعی

پیش رود ولی اینجالات روحی ممکن است از اول

نزدیک مصروع وجود داشته و یا آنکه

حین پیشرفت بیماری در اثر ضایع شدن

تدریجی تشکیلات دماغی که اغلب پیش

میآید به بیماری اضافه شوند ممکن است حالات

جنون و هذیانی هم بطور مستقل و همزمان

با صرع نزدیک مصروع وجود داشته باشند .

118 - More ferdinand

119 - Oligophrenie

120 - Idiotie epileptique

121 - Troubles psychopathiques

122 - Bradypsychie intellectuelle

123 - Tachypsychie affective

124 - Humilite farouche

125 - Mytho-

manie

126 - Dipsomanie

- ۲ - البته اگر در آخر کار بیمار دچار حمله تشنجی صرعی شود دیگر تشخیص اشکال ندارد ولی با اینحال ممکن است روحیه مریض شبیه اسکیزوفرنی باشد .
- ۳ - در هر حال وجود دوره های کوتاه هذیانی که در فواصل بین آنها مراحل روشن فکری و عقل ظاهرا کاملی با عواطف و اخلاق نسبتا دست نخورده یافت می شود میتواند بخوبی فرقی بین جنون صرعی و بسیاری از اشکال جنون جوانی را نشان دهد.
- ۴ - بعضی اوقات از راه معالجه و الکترو - آنسفالوگرافی میشود برای تشخیص استمدان جست .
- ۵ - فولن (۱۲۷) در رساله ای که در سال ۱۹۴۱ در پاریس راجع به روابط بین بیماری اسکیزوفرنی با صرع نوشته پرونده های بیماران صرعی را که ضمنا مدت چند ماه دچار اشکال هذیانی و کاتاتونی جنون جوانی شده اند جمع آوری کرده و ضمنا شواهدی برای اثبات وجود این دو بیماری بطور مستقل هم آورده است .
- ۶ - تشخیص افتراقی جنونهای دوره ای صرعی و تغییرات خلقی آن با جنونهای دوره ای مانیا کودپرسیو بندرت مطرح میشود در هر حال نایبستی موارد زیر را با جنونهای دوره ای اشتباه کرد .
- ۱ - اوراهای روانی صرعی که بشکل دپرسیون و یا تحریکات بدون حمله تشنجی عارض میشوند .
- ۲ - حالات دپرسیون که پس از حمله صرعی به بیمار دست میدهد و عوارض آن بیشتر از نوع بطی و ضعیف شدن فعالیت های
- روانی و اختلالات دقت و حافظه میباشد .
- ۳ - حالات تحریکاتی که پس از حمله صرعی عارض میشوند و بعداً با فراموشی کامل همراه میباشد .
- ۴ - حالات بهت روانی توأم با توهمات که پس از یک حالت غیاب و یا سرگیجه مختصر پیش می آید .
- ۵ - حالات افسردگی و یا تحریکاتی که چند روز یا چند ساعت قبل از حمله های تشنجی بیمار مبتلای بان میشود .
- ۶ - اختلالات ساده خلقی و یا تظاهرات تحریکاتی و یا حالات افسردگی که بطور موقت گاهی نزد مصروعین دیده میشود و روان پزشکان آنها را در حکم اشکال خفیف پسکوز دوره ای میدانند اغلب مربوط به تغییرات شخصیتی مصروعین میباشد .
- ۷ - بحرانهای حالات بهت روانی صرعی کوتاه زمان که اغلب بشکل ملانکولی ظاهر شده و ممکن است گاهی منجر به خودکشی گردند .
- ۸ - بحرانهای تحریکات و یا دپرسیون که نزد مصروعین مبتلا به ضعف عقلی دیده میشود .
- ۹ - موارد تحریکات و یا اختلالات خلقی که در حکم معادل های صرعی بوده و حین مداوا با داروهای ضد غشی دیده میشوند .
- موضوعیکه بسیاری از روان پزشکان را دچار اشکال نموده تشخیص مرض مصروعینی است که صرع آنها روحی بوده و چون دچار معادل های صرعی پسیکوموتور هستند اغلب با پسیکوپاتیهای متعرض آمپولسیووست عواطف (۱۲۸) که اپی لپسی ندارند اشتباه

و دچار اختلالات عقلی و خلقی و مزاجی میشوند از طرف دیگر جیبس (۱۵۶) توانست بکمک الکتروآنسفالوگرافی نشان دهد که اختلالات و عوارض شخصیتی و خلفی مبتلایان بصرع تامپورال سه بار بیشتر از مصروعین دیگر و شاید بهمین دلیل است که اخیراً عده زیادی از روان پزشکان این اختلالات و خصوصیات شخصیتی مصروعین را معلول يك صرع تامپورال میدانند .

گاستو (۱۵۷) در همین زمینه مینویسد که در فواصل بین حمله ها مبتلایان به صرع تامپورال اغلب عوارض و انحرافات در شخصیت و خلق خود از نوع بطی و کندی (روانی موتوری) چسبنده (۱۵۸) و امپولسیویته (۱۵۹) و غیره نشان میدهند . - فرضیه دیگری که ممکن است مربوط بخود بیماری صرع می باشد که شاید يك بیماری پیشرفت کننده (۱۶۰) بوده و با وجود درمانهای ضد تشنجی و کم وزیاد شدن عده حملات بمرور خود باعث يك نقصان عضوی شخصیت گردد .

ارزش این فرضیه تنها از لحاظ علمی است زیرا ما بسیاری از مصروعین را می شناسیم که با وجود تمام داروهای ضد غشی که بآنها میدهند از همان اوایل بیماری دچار شدیدترین اختلالات و عوارض شخصیتی و خلقی غیر قابل علاج میشوند در صورتیکه در عده دیگر از بیماران تا اندازه ای بین

از راه الکترو آنسفالوگرافی نزد این بیماران پیدا کرد هر قدر که شدت و کثرت جلسات الکتروشک بیشتر باشد آنومالیهای الکترو آنسفالوگرام مریض هم زیاد تر خواهد گردید حتی اگر عده جلسات الکتروشک هفته ای یکبار باشد باز هم نمیشود جلوی این انحرافات و آنومالیهای جریان برقی مغز را گرفت .

- از نقطه نظر تشریحی شولس (۱۴۹) و اشپیل مایر (۱۵۰) به تجربه نشان داده اند که در حین و بعد از حمله صرعی بزرگ از راه اسپاسم عروق و اختلالات جریان خون نسج مغزی بخصوص در ناحیه شاخ آم (۱۵۱) آسیب می بیند از طرف دیگر شولس - یانک (۱۵۲) و راف (۱۵۳) مشاهده کرده اند که در اثر تشدید و تسریع متابولیسم مغز در حین حمله صرعی از مقدار اکسیژن موجودی دماغ کاسته شده و همین فقدان و کم شدن اکسیژن (۱۵۴) به سلولهای عصبی صدمه و لطمه سختی وارد میسازد .

با اینحال نبایستی تصور کرد که يك حمله صرعی تنها برای ایجاد چنین ضایعاتی کافی است بلکه اغلب در حالاتی نظیر انادماز است (۱۵۵) که اختلالات عروقی و متابولیکی حاصله میتوانند ضایعات سلولی دامنه دارو ثابتی را در مغز تولید کنند در هر صورت میتوان فرض کرد که مصروعینی هم که گاهی گاهی دچار حمله صرعی میشوند در اثر همین عوارض مغزشان بمرور آسیب دیده

149 - Scholz

152 - Yung

156 - Gibs, F

159 - Impulsivite

150 - Spielmeyer

153 - Ruf

157 - Gastaut, H

160 - Progressive disorder

151 - Corne D'amon

155 - Etate de mai

158 - Lenteur adhesive

با او کم کم باعث بروز واکنشهای نوروتیک گردد و این نوع واکنشها بخصوص نزد مصروعینی که پس از ضربه ها و وضعتهای مجمله دچار این مرض شده اند دیده میشود .

### درمان

در نظر اول چنین بنظر میآید که اگر بیماری اصلی یعنی مرض صرع را معالجه کنند عوارض روانی آن نیز خوب خواهد شد بهمین جهت هم عدهای داروئی بنام تروکسیدن (۱۶۳) را که دوی ضد غشی ممتازی است در این موارد تجویز میکنند .

مقدار شروع این دوا روزی سه بار ۳ گرم است و میشود آنرا تا روزی دو گرم بالا بردا معایب این دارو کم نور کردن چشم و آگرانولوسیتوز (۱۶۴) و کم خونی از نوع آپلاستیک (۱۶۵) است بایستی بهمین جهت خون این بیماران را هر ماه یکبار امتحان کرد و با آنها یاد داد که به مجرد احساس کمترین گلودرد و یا کوچکترین عارضه عمومی خود را به طبیب نشان دهند .

اما این طرز درمان برای معالجه اختلالات و انحرافات شخصی و خلقی مصروعین کافی نیست و گاهی نیز مضر هم می باشد در هر حال اگر این بیماران مبتلی به حملات بزرگ و یا کوچک صرعی هستند در مرحله اول بایستی سعی کرد از تعداد آنها کاست زیرا در اینموارد اغلب دیده شده است که موقعیکه عده حملات تشنجی کمتر میشوند عوارض روحی بیماران نیز ضمناً بهبود مییابد .

از آنجائیکه در اینموارد درمان بیشتر

عمر بیماری و کثرت حملات و اهمیت و شدت ضایعات شخصیتی رابطه و تناسبی موجود است . ضمناً بطوریکه هف ( ۱۶۱ ) و اشتروتسکا (۱۶۲) مینویسند بایستی اهمیت روانی محیط و اجتماع و خود بیماری صرع را برای تولید اختلالات و عوارض روانی و خلفی و عقلی مصروعین نادیده گرفت .

موضوع محیط خانواده بخصوص برای اطفالیکه مبتلا به مرض صرع هستند اهمیت دارد و در بعضی از خانواده ها پدر و مادر خود را مقصر بیماری طفل شمرده و از راه محبت فوق العاده جلو هر نوع فعالیت طفل را گرفته او را در منزل از انظار پنهان کرده و در چنین محیطی ضمناً او را تحت تاثیر داروهای ضد تشنجی وضعیف کننده قرار میدهند ممکن است این عوامل بعضی اوقات در طفل حالتی شبیه زوال عقل تولید کند و همه آنرا اشتباهاً جزو علائم خصوصی بیماری صرع محسوب دارند .

راجع به تاثیر محیط و بیماری در روحیه مصروع بالغ و مسن مینیوولامپریه مینویسد که چنین بیماری اگر قبل از بروز مرض دارای کانون فامیلی مناسب و تعادل روحی بوده بالطبع هنگام مرض هم واکنشهای غیر اجتماعی از خود نشان نداده و از راه تغییر شغل و اجتناب از محافل و موارد مزاحم وضعیت نوین خود را با محیط بخوبی وفق خواهد داد .

امادر بعضی از مصروعین که چنین شرایطی را حائز نیستند ممکن است بیماری و طرز رفتار نامناسب خانواده و اطرافیان و اجتماع

الکتروشک بجای يك حمله تشنجی بزرگ  
صرعی است و در بعضی از موارد مفید واقع  
شده است .

به تجربه ثابت شده که لارگاکتیل (۱۷۲)  
اثر خوبی روی بیماران صرعی که دچار  
تحریکات و اختلالات دیگری در بیمارستان  
میشوند دارد .

مرلیس (۱۷۳) حالت اضطراب و تحریکات  
مصروعین را با کلرپرومازین (۱۷۴) خوب  
کرده بنافد (۱۷۵) از راه تریق صد  
میلیگرم لارگاکتیل به بیماران صرعی مزمن  
که دچار تحریکات و حالت تهاجمی میشوند  
حال آنها را بهتر نموده و عقیده دارد که  
برای تغییر عوارض خلقی ( کینه توزی -  
حالت تهاجم و حمله - زود خشمناک شدن  
و غیره ) بایستی لااقل ۲۰۰ - الی ۳۰۰  
میلیگرم لارگاکتیل در روز برای این بیماران  
تجویز گردد (۱۷۶)

ضمنا میتوان همین عوارض خلقی و صفتی  
مصروعین را که بستری نیستند بطور سرباتی  
۱۰۰ - الی ۱۵۰ میلی گرم لارگاکتیل  
در روز از راه خوراکی نیز مداوا کرد . از  
طرف دیگر میتوان مشتقات فنوتیازین (۱۷۷)  
را بامقادیر زیاد باربیتوریک (۱۷۸) و هیدال-  
نتوئین (۱۷۹) یکجا تجویز کرد زیرا در  
این موارد ترکیبات فنوتیازین هیچگونه  
خاصیت مضاعف کننده (۱۸۰) از خود در  
مقابل داروهای ضد غشی نشان نداده و بهمین

جنبه تجربه و آزمایش دارد بهمین جهت  
بایستی مرتب مریضها را از راه الکترو -  
انسفالوگرافی معاینه کرد . اگر مریض فقط  
از عوارض روحی ناراحت است و این تنها کسالت  
او است باز هم بایستی همان طریقه درمان  
تجربی را پیش گرفت در چنین مواردی  
تجویز آمفتامین (۱۶۶) ها بضمیمه داروهای  
ضد صرعی دیگر مانند فنی توئین (۱۶۷)  
همراه با فنوباریتون (۱۶۸) یا بدون آن  
اغلب مفید است آن بیمارانیکه مخصوصا دچار  
تغییرات دوره ای خلقی و عصبانیت میباشند  
با آمفتامین تنها خوب میشوند .

درمان حالت بین خواب و بیداری صرعی  
پس از شروع آن بسیار مشکل است داروهای  
ضد صرعی بر روی این عارضه که شروع  
شده باشد تاثیری نداشته فقط میتوانند از  
تکرار این حملات برای بعد جلوگیری و  
پیش گیری نمایند اگر این حالت خراب  
شده و منجر به تحریکات شدید گردد میتوان  
همان درمانی را که در اتادمال (۱۶۹) بکار  
مبیرند تجویز نمود (پارالدهید (۱۷۰) ۶ تا  
۵ سی سی - فنوباریتون ۳ گرم - تنقیه  
هیدرات کلرال (۱۷۱) سی گرم - بذل مایع  
نخاع و غیره )

راجع به درمان حالت بین خواب و  
بیداری صرعی و جنونهای صرعی با  
الکتروشک بایستی بگوئیم که تجربه ماهنوز  
باندازه کافی نیست تا بتوان قضاوت کرد در  
هر حال منظور از این درمان بکار بردن

166 - Amphetamines	167 - Phenytoine	168 - Phenobarbitone
169 - État de mal	170 - Paraldehyde	171 - Hydrate de chloral
172 - Largaetil	173 - Merlis	174 - Chlorpromazine
		175 - Bonafede

۱۷۶ - نتیجه تجربیات ما با تجویز لارگاکتیل در موارد بیماران صرعی که دچار تحریکات شده بودند  
درست برعکس است البته تریق سد چهار آمپول لارگاکتیل در روز تحریکات بیمار را کاهش می دهد  
ولی در عوض فواصل حملات نوین را کوتاهتر کرده بشدت و طول دوره آنها می افزاید .

177 - Phenothiazine	1788 - Barbitusiques	179 - Hydantoin
180 - Potentialisateur		

جهت لازم نیست که از مقدار آنها کاست. همانطور که اسکار پازلوس (۱۸۱) می گوید لارگاکتیل و سایر مشتقات فنوتیازین تنها روی اختلالات روانی محرومین اثر متوقف کننده (۱۸۱) داشته و بایستی تامدت نامعلومی آنها را به مریض صرعی داد زیرا

## اکنون بشرح چند ابرو و اسیون میپردازیم

### پرونده شماره ۱

آقای ج. گ. ۱۵ ساله . بعلت بقراری پرحرفی - حرکات نامناسب و اعمال نامربوط از تاریخ ۲۴/۳۸ در بیمارستان بستری گردیده است .

از نظر خانوادگی پسرخاله پدر بیمار و پسرعمه خود مریض مبتلا به صرع بوده و پدر او بسوزاک و سیفیلیس دچار شده است .

سابقه شخصی: فرزند اول خانواده است یک برادر و یک خواهر دارد تا ۱۲ سالگی در بستر ادرار میکرده است ( کودکان دیگر خانواده هم همینطور بوده اند ) ضمنا در ایام کودکی اغلب از خواب بیدار شده فریاد میزده و طفلی ترسو بوده است قبل از بیماری فعلی بچه ساکت و مهربان و علاقمند بتحصیل خوش اخلاق محجوب و خجالتی نیز بوده است .

کسالت کنونی از دو سال قبل پس از ابتلاء به انفلوآنزا شروع گردیده است روز سوم بیماری بوده که شب دیر بمنزل میآید در نتیجه کتک مفصلی از

پدرش میخورد روز بعد دچار هذیان و ترس و وحشت میشود و اطباء تمام ناراحتی او را منسوب به تب میدانند در اثر درمان بهبود حاصل میکند لکن اعمال و حرکات نامربوطی از قبیل لجبازی - بقراری که هر ماه مدت ۷ الی ۸ روز ظاهر میشده باقی میماند بعضی اوقات از سست شدن و دل درد شاکمی بوده و فاصله این عوارض بتدریج به ۲۰ روز تقلیل یافته و بطول مدت آن افزوده شده و همچنین در این مدت تب میکرده ناراحتی هائی که در این موقع داشته عبارت بوده از حالت ترس و وحشت و عصبانیت زیاد - پرحرفی بقراری بعضی مواقع از خانه بیرون میرفته و تاکسی سوار میشده و مشغول گردش در شهر میگردد و چون برای پرداخت کرایه وجهی نداشته اکثر اوقات با راننده نزاع میکرده و او را بکلانتری میبرده اند با این حال در این مدت مریض خود را بیمار ندانسته و گاهی نسبت بفامیل خود بیعلاقه و زمانی طبیعی بوده است هنگام ناراحتی معمولا اشتها کم

181 - Scarpazelos

182 - Action suspensive

183 - Serpasil

184 - Reserpine

میشود و شبها درست نمیتواند بخوابد. زیادی پیدا مینماید.

## پرونده شماره ۲

آقای م. ن. - ۲۶ ساله محصل برای آخرین بار در تاریخ ۳۹۶۵ ر بعلت بد رفتاری باکسان و کتک زدن مادر و خواهران خود - فرار از منزل و حملات صرعی در بیمارستان روزبه بستری شده است.

در سوابق بیمار ذکر شده که فقط عمه پدر او اختلال روانی داشته خود او که فرزند سوم خانواده است بچه ساکت و مظلوم و محجوب بوده است.

در سن ۴ یا ۵ سالگی یکبار از بالای نرده با ارتفاع ۲ متر پائین افتاده سرش شکسته و خون زیادی از بینی او آمده ولی بیهوش نگردیده است.

در سن ۷ سالگی بمدرسه رفته گرچه شاگرد تمیز و منظمی بوده ولی بدرس چندان توجهی نداشته و بیشتر ورزش و بازی علاقمند بوده بهمین جهت یکسال در دبستان و چند سال در دبیرستان در امتحانات رد شده است.

در سن ۱۲ سالگی یکبار سرش بعلت دمل بزرگی زخم میشود که مجبور میشوند آنرا شکافته و مدتی درمان کنند پس از کلاس یازدهم دیگر بتحصیل ادامه نداده بعداً خدمت سربازی را انجام میدهد و تاکنون ازدواج نکرده است.

برای اولین بار در حدود شش سال قبل مریض هنگام بازی شطرنج دچار حمله بزرگ صرعی میشود که چندین

میشود و شبها درست نمیتواند بخوابد. کمی قبل از بستری شدن در بخش ضمن یکی از منازعات باراننده تا کسی بیمار بکلانتری جلب شده و از آنجا تیمارستان اعزام میشود در تیمارستان مریض ضمن پانزده روز اقامت خود سه جلسه الکترو شوک داشته که تأثیری در حال روحی او نینماید.

هنگام ورود ببخش با علائم ذکر شده دو تشخیص برای بیمار مطرح میشود یکی هیپومانسی و دیگری اسکیزوفرنی اما چون دو هفته معالجه با داروهای نورولپتیک و انسولین مؤثر نمیشود باتوجه بفرار و اعمال اتوماتیک مریض از او در تاریخ ۳۸۶۱۵ توسط جناب آقای دکتر صبا آزمایش الکترو-آنسفالوگرافی بعمل میآید که خلاصه شرح آن از این قرار است:

۱ - منحنی استراحت در حدود طبیعی است.

۲ - قابلیت تحریک پذیری فوق العاده در مقابل هیپروانتی لاسیون که باعث ظهور تخلیه های بحرانی دو طرفه سنکرن و قرینه میشود که خود علامت قابلیت تحریک پذیری مراکز مولد دی آنسفالیک است که میتواند بحرانهای گراندمال را بوجود بیاورند (نوع بحران روانی - تحریکی) پس از این آزمایش که وجود مرض صرع را کاملاً تأیید می نماید بیمار مدتی تحت درمان با داروهای ضد غش قرار گرفته و حال روحی او رفته رفته بهبودی

نظر بسابقه صرعی بیمار هیچگونه داروی روانی باوداده نشد و تنهادر وهای ضد غش (لومینال - شربت تری برمور ویتامین پپ) برای او تجویز شد و در تاریخ ۳۹ر۳۹ یعنی پس از یکماه درمان بابهبودی نسبی مرخص گردید.

اما در تاریخ ۳۹ر۶۶ برای دومین بار بعلت عوارضی نظیر اختلالات دفعه پیشین بضمیمه گریه و افسردگی وسواس - میل تجاوز بخواهران خود میل کشتن مادر - اضطراب و ترس از صدای بلند مجددا در بیمارستان روزبه بستری میشود.

نمونه‌ای از اظهارات بیمار: سرم فشار می‌آید - میترسم - اگر کسی بلند سرفه کند میترسم - فکر میکنم اگر حرف بزمن دیگران بترسند و مرا اذیت کنند - درسربازی برایم سنگ می‌انداختند و اذیتم میکردند - کوچه منزلمانرا اشتباه میرفتم - کسی هم که بمن نگاه میکرد و میخندید ناراحت میشدم اصلا اگر کسی بمن زیاد نگاه کند میترسم بخواهد بامن کاری کند و خودم هم بکسی نگاه کنم فکر کار بدی میکنم - میل دارم آنهائیکه باعث ناراحتی من شدند بکشم

مادرم و خواهرم و اینها را میگویم ولی خودم را کنترل میکنم بعضی وقتها هم آنها را زده‌ام خودم را همیشه گناهکار میدانم و حتی از روبرو شدن با مجلسی یا اشخاصی ناراحت میشوم نسبت بخواهرانم نظر بدی دارم وبهمن علت نمیخواهم هیچوقت درخانه باشم و از

ثانیه طول میکشد. طی سالیهای بعدهم تقریباً بفاصله هر ششماه مریض چندین بار غش کرده ولسی برمور فاصله این حملات کوتاهتر شده و بر شدت آنها افزوده شده است.

از دوسال ونیم قبل باینطرف مریض که تا آزمون هیچگونه سابقه ناهنجاری روانی و خلقی نداشته بتدریج گذشته از بیماری صرع عوارض و اختلالات روحی از قبیل (بیعلاقگی و عدم تمایل بکار اجتناب از معاشرت فرار از منزل وافکار مزاحم) پیدا میکند که بالاخره منجر به بستری ساختن او برای نخستینبار در تاریخ ۳۹ر۲۸ در بیمارستان روزبه میگردد.

درآزمایش روانی که در آن تاریخ از بیمار بعمل آمد معلوم شد که گذشته از عوارض مذکور اختلالات روانی دیگری نیز دارد که تحت عنوان پسیکاستنی میتوان جملگی آنها را خلاصه نمود بیمار اغلب درخود احساس حقارت و پستی نموده گذشته از ترس و وحشت بيمورد از نگاه کردن ب مردم ترسیده با همه بدرفتاری و تندخوئی کرده و مخصوصا از ضعف اراده و شك وتردید خود معذب است.

نمونه‌ای از گفته‌های بیمار در آن موقع: شخصیت من گم شده میخواهم خود را بزرگ نشان دهم در نتیجه با مردم دعوا میکنم از خود اراده ندارم شهامت اخلاقی درمن کشته شده است گوئی روح و احساس من یخ بسته است.



از خواب بیدار شده باشد بوقوع می پیوسته بطوریکه این موضوع مدتها باعث وحشت و ترس بیمار گردیده است .  
در یکسال ونیم پیش هم از پله های منزل خود زمین خورده و این سیکاتریس شقیقه چه جای همان زخم است .

وجود همین نکات امکان بیماری صرع و عوارض روحی معلول آنرا محتمل ساخته و از مریض آزمایش الکترو-آنسفالوگرافی بعمل می آید .

خلاصه شرح این آزمایش که در تاریخ ۶.۱۰.۳۷ توسط جناب آقای دکتر صبا بعمل آمد از این قرار است :  
۱ - امواج فعالیت خود بخودی مفز که دارای نوسانات آهسته و دامنه دار است در نیمکره راست بیشتر نامنظم است .

۲ - تخلیه خود بخودی دوطرفی همزمان و متقارن با علائم صرعی دیانسفالیک از نوع گراندمال .

بیمار پس از یکماه درمان تنها با قرص های لومینال بتدریج وضع روحیش بهبود یافته و مرخص میشود که در خارج از بخش داروهای ضد غش خود را ادامه دهد .

میکنند بمادرش حرفهای زشت گفته و گاهی وی را کتک میزد شبها درست نمیتوانسته بخوابد خنده های بیجا میکرده گاهی در اثر کوچکترین ناملایمی بیطاعت گردیده و عصبانی میشده است در آزمایش روانی که از بیمار بعمل آمد علائم و عوارض بیماری انسکیزوفرنی (مانند اختلال شخصیت و جریان فکر هذیان تعبیری و گزند و آسیب - نقصان و کاهش عواطف و علائق و محو شدن نیروی انتقاد از خود ) جملگی در او وجود داشت و برای وی درمان با انسولین در نظر گرفته شد .

اما چند روز بعد ضمن معاینه جسمانی مجدد مریض روی قسمت شقیقه چپ اوجای زخمی مشاهده گردید و مجددا از کسان و اقوام مریض سئوالات بعمل آمد گرچه آنها سابقه حملات صرعی را منکر شدند معهذا تذکر دادند که بیمار در سالهای پیش شبها در مغازه ای میخوابید و چند بار هنگامیکه صبح از خواب بیدار شده میدیده که از تخت پائین افتاده و بدنش خورد و خسته است و این امر بدون اینکه خود او را متوجه نماید یا اینکه باین علت