# ارزیابی اختلالات شخصیتی در بیماران مبتلا به صرع ایدیوپاتیک مراجعه کننده به کلینیک صرع بیمارستان رسول اکرم

* **عاطفه قنبری جلفایی**: استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). draghj@yahoo.com
**مهدی نصر اصفهانی**: دانشیار، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. mehdinassr@yahoo.com
**زهرامیر بلوک جلالی**: روانشناس، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. jalali_110@yahoo.com
**شیما تمنایی**: دانشجوی دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. psychshima@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۴/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۱۸

**چکیده**

**زمینه و هدف:** شیوع اختلالات روانپزشکی و رفتاری در بیماران مبتلا به صرع مزمن بالا بوده و اختلالات شخصیت در مطالعات مختلف در این بیماران بین ۴ تا ۳۸٪ گزارش شده است. وجود اختلالات شخصیت در بیماران مصروع می تواند منجر به اختلال در عملکرد، رعایت دستورات درمانی اعم از دارویی و غیردارویی و سازگاری با بیماری و سایر استرس ها شود که همگی در کنترل حملات صرع نقش دارند و بدیهی است تشخیص و درمان آن سبب کمک به درمان می‌شود. هدف از این مطالعه ارزیابی ویژگی های شخصیتی بیماران مصروع به وسیله MCMI III و بررسی رابطه آن با متغییرهای مرتبط با صرع بود.

**روش کار:** بیمارانی مبتلا به صرع که در طول ۱۰ ماه به درمانگاه صرع بیمارستان رسول اکرم (ص) مراجعه کردند وارد مطالعه شدند. گردآوری اطلاعات مرتبط با حملات صرع به وسیله روانپزشک و با استفاده از اطلاعات کلینیکی در دسترس مثل پرونده، شرح حال، معاینات، مشاهدات بالینی و EEG انجام گرفت و ویژگیهای شخصیتی به وسیله پرسشنامه MCMI III به دست آمد.

**یافته‌ها:** شایع ترین اختلال شخصیت اختلال شخصیت افسرده (۱۹٪) بود و در مجموع ۳۶٪ بیماران حداقل به یک نوع اختلال شخصیت مبتلا بودند. وضعیت شغلی-تحصیلی در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت بدتر بود. خصوصیات مرتبط با صرع ارتباط معنی داری با ابتلا به اختلالات شخصیت نداشتند.

**نتیجه گیری:** اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به صرع شایع و نیازمند توجه است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال شخصیت، صرع، بیماری

## مقدمه

اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به صرع شایع تر از جمعیت عمومی است (۴-۱). اختلالات افسردگی شایع ترین اختلالات روانپزشکی در این بیماران است و ٪۶۰-۵۰ تخمین زده می شود (۷-۴) سایر اختلالات روانپزشکی شایع در این بیماران عبارتند از سایکوز، اختلال بیش فعالی – کم توجهی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت (۸-۱). شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مصروع از سایر بیماریهای مزمن بیشتر است (۹).

بیش از ۲۵٪ افراد مبتلا به صرع، مشکلات روانشناختی ای را تجربه می کنند که ممکن است نیاز به درمان داشته باشند و بیش از ۱۰ درصد بیماران بستری در بیمارستان های روانپزشکی، به صرع مبتلا هستند (۱۰). Stauss و همکاران گزارش کردند که برخی از انواع خاص صرع، با آسیب شناسی روانی بیشتری در ارتباط هستند. آنها اظهار داشتند که مبتلایان به صرع پارشیل پیچیده (CPS) نسبت به دیگر انواع صرع، به میزان بیشتری نشانه های روانپزشکی را نشان می‌دهند و ۷۰٪ آنها مبتلا به اختلالات محور I و ۱۸٪ مبتلا به اختلالات شخصیت هستند (۱۱ و ۱۲). برخی مطالعات نشان داده‌اند که اختلال شخصیت مرزی، شایع ترین اختلال شخصیت در میان بیماران مصروع است (۱۲)، ولی برخی مطالعات دیگر شیوع بیشتر اختلالات شخصیت

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]

گروه c به خصوص وابسته و اجتنابی را در این بیماران گزارش کرده‌اند (۱۳, ۱۴). سونیکل و همکاران نشان دادند متغیرهایی مثل سن شروع، مدت و فراوانی صرع و تعداد داروهای ضد صرع با برخی از خصوصیات شخصیتی مرتبط هستند (۱۴)، ولی تامیسون نشان داد خصوصیات شخصیت با فراوانی حملات و مدت ابتلا مرتبط نیست (۱۵). هالمستاتر نیز در مطالعه خود نشان داد تغییرات شخصیت در صرع با منشا نیمکره چپ بیشتر از نیمکره راست است.

برخی مطالعات نشان داده اند که بیماران با صرع فرونتال نسبت به بیماران با صرع تمپورال علائم مانیا، خصوصیات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی و اضطراب بیشتر دارند که شاید به علت ارتباط بیشتر لوب فرونتال با خصوصیات شخصیتی و کنترل تکانه و احساسات است (۱۶-۲۲). وجود اختلالات شخصیت در بیماران مصروع می تواند منجر به اختلال در عملکرد، رعایت دستورات درمانی اعم از دارویی و غیردارویی و سازگاری با بیماری و سایر استرس ها شود که همگی در کنترل حملات صرع نقش دارند و بدیهی است به تشخیص و درمان سریعترآن منجر می شود (۱۱,۱۲). در ایران چند مطالعه با هدف بررسی الگوی ویژگی های شخصیتی بیماران مصروع به وسیله پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (MMPI انجام شده که در نمرات هیستری، ضعف و خستگی روانی، افسردگی و خود بیمارانگاری در این بیماران بیش از گروه کنترل بوده است (۲۵ ۲۳-) ولی مطالعه ای به وسیله (The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III(MCMI III در ایران برای بررسی ویژگیهای شخصیتی این بیماران صورت نگرفته است. طبق مطالعه تامسون و همکاران MCMI III روش مناسبی برای بررسی ویژگیهای شخصیت در بیماران مصروع است (۱۵). هدف از این مطالعه ارزیابی ویژگی های شخصیتی بیماران مصروع به وسیله MCMI III و بررسی رابطه آن با متغیرهای مرتبط با صرع بود.

## روش کار

نمونه گیری به روش آسان انجام شد. با توجه به تعداد متغیرها حجم نمونه ۱۰۰ نفر بود. پرسشنامه‌ها توسط بیمارانی که در طول ۱۰ ماه به درمانگاه صرع بیمارستان رسول اکرم (ص) مراجعه کردند، تکمیل شد.

گردآوری اطلاعات مرتبط با حملات صرع به وسیله روانپزشک و با استفاده از اطلاعات کلینیکی در دسترس مثل پرونده، شرح حال، معاینات، مشاهدات بالینی و الکتروانسفالوگرافی انجام گرفت. ویژگی‌های شخصیتی به وسیله پرسشنامه MCMI II به دست آمد.

MCMI III یک پرسشنامه خودارزیابی است که برای ارزیابی سایکوپاتولووژی در بیماران روانپزشکی طراحی شده وبا معیارهای DSM- IV همخوانی دارد و در مطالعه تامسون و همکاران کارایی آن درتشخیص اختلالات شخصیتی در صرع و حتی کمک به تشخیص صرع از حملات شبه صرع نشان داده شده است (۱۵). نسخه فارسی آن در مطالعه افخم و صالحی حساسیت ۷۷/۴٪ ویژگی ۴۳/۸٪ توان تشخیصی کلی ۷۳٪ و میزان توافق متوسط (ضریب کاپا – ۴۶٪) با مصاحبه روانپزشکی نشان داده است (۱۷).

کلیه بیماران مراجعه کننده به درمانگاه صرع با تشخیص قطعی صرع براساس شرح حال و معاینات و EEG و طبق نظر متخصصین نورولوژی که واجد شرایط ورود به مطالعه شامل حداقل سن ۱۸ سال و عدم وجود عقب ماندگی ذهنی و اختلالات شناختی شدید و حداقل تحصیلات سیکل باشند وارد مطالعه شدند. سپس خصوصیات مرتبط با صرع شامل سن شروع صرع، مدت ابتلا، فراوانی حملات، تعداد و نوع داروهای ضد صرع و نوع صرع توسط روانپزشک و با استفاده از اطلاعات کلینیکی در دسترس مثل پرونده، شرح حال، معاینه بالینی و EEG به دست آمد. آنگاه پرسشنامه دموگرافیک و MCMIII توسط روانشناس به بیماران ارائه شد. سپس اطلاعات پرسشنامه MCMIII تجزیه و تحلیل شده داده ها وارد SPSS شده و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و روش‌های



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]

آمار ی توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد برای بررسی خصوصیات دموگرافیک و شخصیتی بیماران مورد بررسی قرار گرفت، سپس از تی تست، خی دو و رگرسیون چند گانه برای بررسی ارتباط خصوصیات دموکرافیک و شخصیتی و همچنین خصوصیات شخصیتی و مرتبط با صرع استفاده شد. شرکت بیماران در طرح پس از کسب رضایت کتبی از آنها انجام گرفت و اطلاعات بیماران به صورت محرمانه حفظ و فقط به منظور انجام تحقیق استفاده شد.

## یافته‌ها

شایع ترین اختلال شخصیت اختلال شخصیت افسرده (۱۹٪) و بعد از آن اختلال شخصیت وسواسی جبری (۱۱٪)، اختلال شخصیت هیستریونیک (۱۰٪)، اختلال شخصیت نارسیسیستیک و وابسته (هرکدام ۴٪) قرار داشتند. در مجموع میانگین فراوانی اختلالات شخصیت در هر فرد ۰/۷+_۰/۴۸ با حداکثر تعداد ۴ و حداقل ۰ تشخیص در هر نفر بود. در مجموع ۳۶٪ بیماران حداقل به یک نوع اختلال شخصیت مبتلا بودند.

از آنجایی که MCMI III امکان بررسی خصوصیات شخصیتی در حد خصیصه را نیز فراهم می کند خصوصیات شخصیتی بیماران ارزیابی شد و به قرار زیر بود: شایع ترین خصوصیت شخصیتی، هسیتریونیک (۱۴٪) بود بعد از آن نارسیسیستیک (۱۲٪) افسرده (۱۰٪)، وسواسی (۷٪) پارانوئید

جدول۱- خصوصیات دموگرافیک و خصوصیات مرتبط با صرع بیماران

| | |
|---|---|
| وضعیت تاهل | (درصد) تعداد |
| مجرد | ( ۵۵ ) ۵۵ |
| متأهل | ( ۴۵ ) ۴۵ |
| جنس | (درصد) تعداد |
| مذکر | ( ۷۱ ) ۷۱ |
| مؤنث | ( ۲۹ ) ۲۹ |
| تحصیلات | (درصد) تعداد |
| زیردیپلم | (۱۹ )۱۹ |
| دیپلم | (۵۶)۵۶ |
| بالاتر از دیپلم | (۲۵)۲۵ |
| سن (سال) | ۳۳/۱±۷/۹ |
| حداکثر سن | ۵۳ |
| حداقل سن | ۲۱ |
| سن شروع(سال) | ۱۱/۸ ±۰/۶۶ |
| حداکثر سن | ۶ ماه |
| حداقل سن | ۳۲ |
| تعداد حملات در ماه | ۲/۸ ± ۳/۷۶ |
| حداقل | ۰ |
| حداکثر | ۱۰ |
| طول مدت ابتلا به صرع فعال (سال) | ۱۸/۱ ± ۱۱/۲۶ |
| حداقل | ۲ |
| حداکثر | ۳۹ |
| تعداد داروهای مصرفی (تعداد) | ۲/۲ ± ۱/۱۱ |
| حداقل | ۱ |
| حداکثر | ۶ |
| فراوانی نوع صرع | (درصد) تعداد |
| GTC | (۷۶٪ ) ۷۶ |
| CPC | (۱۳٪)۱۳ |
| صرع کوچک | (۱۱٪) ۱۱ |



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]

جدول۲- تاثیر عوامل مختلف بر ابتلا به اختلالات شخصیت

| متغیر | ابتلا به اختلالات شخصیت N= (۳۶) | عدم ابتلا به اختلالات شخصیت N=(۶۴) | p |
|---|---|---|---|
| وضعیت تاهل | | | ۰/۰۳ |
| متأهل (٪) | ۱۱ (۳۰/۶) | ۳۴ (۵۳/۱) | |
| مجرد (٪) | ۲۵ (۶۹/۴) | ۳۰ (۴۶/۹) | |
| تعداد داروهای مصرفی | ۲/۴ ± ۰/۲۶ | ۲ /۱/±۰/۰۹۹ | ۰/۲۵۸ df=۹۸ |
| سن | ۲۸/۳±۳/۷۳ | ۳۵/۸±۸/۳۴ | ۰/۰۰۰۱ df=۹۸ |
| تعداد سالهای ابتلا به صرع | ۲۱/۲±۸/۲ | ۱۶/۳±۱۲/۳۶ | ۰/۰۳۷ df=۹۸ |
| سن شروع صرع | ۵/۷±۵/۴۹ | ۱۵/۲±۹/۰۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| تعداد حملات صرع در ماه | /۷±۴/۲۸ | ۲/۸±۳/۴۸ | ۰/۸۸۴ |
| نوع صرع | | | ۰/۰۰۱ |
| صرع تونیک کلونیک ژنرالیزه | ۲۸ (۷۷/۸) | ۴۸ (۷۵) | |
| صرع کانونی پیچیده | ۰ (۰) | ۱۳ (۱۲۰/۳) | |
| صرع غایب | ۸(۲۲/۲) | ۳ (۴/۷) | |
| جنسیت | | | ۰/۱۶۸ |
| مذکر | ۲۹ (۸۰/۶) | ۴۲(۶۵/۶) | |
| مونث | ۲۹ (۱۹/۴) | ۲۲ (۳۴/۴) | |

جدول ۳- رگرسیون تاثیر عوامل مختلف بر ابتلا به اختلالات شخصیت

| | p |
|---|---|
| تعداد داروهای مصرفی | ۰/۲۱ |
| سن | ۰/۰۳۳ |
| وضعیت تاهل | ۰/۳۳۴ |
| سن شروع صرع | ۰/۱۸۱ |
| تعداد سالهای ابتلا | ۰/۳۰۳ |
| تعداد حملات صرع در ماه | ۰/۰۸۳ |
| نوع صرع | ۰/۱۳۴ |
| نوع نیمکره مغزی شروع صرع | ۰/۱۳۳ |
| جنسیت | ۰/۲۶۲ |

$R^2$=0.476 یا ضریب تعیین

(۵٪)، وابسته (۵٪) و آنتی سوشیال (۳٪) قرار داشتند بقیه خصوصیات شخصیتی در حد trait برجسته نبود.

## بحث و نتیجه گیری

شیوع اختلالات روانپزشکی و رفتاری در بیماران مبتلا به صرع مزمن بالاست و اختلالات شخصیت در مطالعات مختلف در این بیماران بین ۴ تا ۳۸٪ گزارش شده است (۲۰ و ۲۸). اختلالات شخصیت بیشتر در بیماران مبتلا به صرع کانونی مشاهده شده در حالی که، اضطراب و افسردگی بیشتر در بیماران مبتلا به صرع ژنرالیزه دیده شده (۲۹ و ۳۰). در مطالعه حاضر پس از استفاده از رگرسیون لوجستیکنوع صرع اثری بر نوع اختلالات شخصیت نداشت گرچه بیماران مبتلا به صرع کوچک در گروه مبتلا به اختلالات شخصیت بیشتر و بیماران مبتلا به صرع CPS در این گروه کمتر بودند و بیماران مبتلا به صرع ژنرالیزه در هر دو گروه تقریباً مشابه و اکثریت گروه را تشکیل می دادند. شاید به دلیل بیشتر بودن تعداد بیماران مبتلا به صرع ژنرالیزه، اختلال شخصیت افسرده شایع ترین اختلال شخصیت در بین بیماران بود چرا که اختلالات افسردگی در بیماران مبتلا به صرع ژنرالیزه شایع تر است و همانطور که می دانیم اختلال شخصیت افسرده شباهت هایی با دیسی تایمی و اختلال افسردگی خفیف مزمن دارد.



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]

عوامل عمده ای که بر سبک زندگی افراد مبتلا به صرع اثر دارند (مانند احساس انزوا وطرد اجتماعی، تاثیر بر عملکرد تحصیلی، محدودیتهای شغلی، مشکلات مالی، محدودیت در رانندگی، انگ اجتماعی) در استعداد ابتلا به افسردگی آنها موثر شناخته شده است (۳۵-۳۱). به دلیل میزان بالای افسردگی در بیماران مصروع احتمال دارد که فرایند صرع فرد را مستعد افسردگی کند اما این همبستگی ثابت نشده است (۳۶-۳۲). حالات هیجانی شدید موجب تغییر در انتقال دهنده های عصبی می شود و برعکس آن تغییر در انتقال دهنده های عصبی به دلیل صرع به ویژه در مناطق مشخص مغزی ممکن است موجب اختلال های هیجانی شود. تغییرات متابولیک درراههای دو طرفه فرونتوتمپورال که سینگولیت قدامی، اوربیتوفرونتال وتمپورال قدامی رابه لیمبیک (شامل آمیگدال، نوکلؤوس آکومبنس و هایپوکامپ) مرتبط می کند می تواند فرد مبتلا به صرع را مستعد افسردگی کند (۳۸-۳۴) ولی به نظر می رسد با این که شاید عوامل خطر زیستی عصبی در گسترش اختلال های شخصیت سهم دارند قوی ترین شواهد نشان می دهد که سهم عوامل روانی اجتماعی و انطباق با بیماری های مزمن مهم تر است (۳۷). از طرفی داروهای ضد صرع نیز می توانند بر خلق، رفتار و وضعیت شناختی بیماران تاثیر بگذارد (۳۵). توجه به شیوع بالای اختلال شخصیت افسرده در این بیماران از این نظر حایز اهمیت است که ویژگی هایی همچون خلق پایین، ناامیدی و بدبینی ممکن است در مراقبت نورولوژی بیمار مداخله ایجاد کند.

البته در طول انجام طرح به نظر می رسید افتراق صرع ژنرالیزه از صرع فوکالی که به صرع ژنرالیزه منتهی می شود کار چندان ساده ای نیست و ممکن است بسیاری از موارد صرع ژنرالیزه در ابتدا فوکال بوده و شرح حال و روش های پاراکینیک نتوانسته آنها را به درستی تشخیص دهد.

میزان تجرد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت بیشتر از گروه دیگر بود و تعداد افراد بیکار نیز تقریباً دو برابر گروه دیگر بود (٪ ۶۹/۴ یا ۲۵ نفردر مقابل ٪۳۴/۴ یا ۱۱ نفر) و همچنین تعدادافراد دیپلم و زیر دیپلم نسبت به افراد بالای دیپلم بیشتر بود به طوری که در گروه بیماران مصروع بدون اختلال شخصیت ٪۳۴/۴ یا ۲۲ نفرافراد تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند در حالیکه در گروه مبتلا به اختلال شخصیت تنها ٪۸/۳ یا ۳ نفرافراد تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند که همهٔ اینها حکایت از بیشتر بودن اختلال عملکرد این بیماران دارد. سن شروع صرع و طول مدت ابتلا به صرع نیز در گروه مبتلا به اختلالات شخصیت به ترتیب کمتر و بیشتر بود که همهٔ موارد بالا با نتایج مطالعات دیگر همسو است (۲۲،۲۳،۲۸،۲ ،۳۰).

تعداد سالهای ابتلا به صرع نیز در گروه مبتلا اندکی بیشتر بود هر چند که از نظر آماری معنی دار نبود. جالب آنکه تعداد حملات صرع در دو گروه چندان تفاوتی نمی کرد و شاید توجیه این امر تئوری forced Nomalization باشد که نه تنها در تشنج های کنترل نشده شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی مشاهده می شود بلکه پس از کنترل تشنج نیز شانس اختلالات روانپزشکی افزایش می یابد و تعداد حملات صرع در هفته معیار خوبی برای پیش بینی ابتلا یا عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی همراه نیست (۲۷).

در برخی از مطالعات اختلال شخصیت مرزی شایع ترین نوع اختلالات شخصیت در بیماران صرع گزارش شده در حالیکه در برخی دیگر از مطالعات اختلالات شخصیت کلاستر C در این گروه از بیماران شایع تر بوده است (۲۲ و ۲۳).

در مطالعه حاضر اختلالات شخصیت افسرده، وسواسی جبری، نمایشی، خودشیفته و وابسته شایع ترین اختلالات شخصیت بودند که نشان می‌دهد ترکیبی از کلاستر C و B بیشترین فراوانی را داشته است.

وجود اختلالات شخصیت در بیماران مصروع می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد، کاهش رعایت دستورات درمانی اعم از دارویی و غیردارویی واشکال در سازگاری با بیماری و سایر استرسها شود که همگی در کنترل حملات صرع نقش دارند و بدیهی است تشخیص و درمان کمک



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]

می شود. با توجه به شیوع قابل توجه اختلالات شخصیت افسرده وترکیبی از اختلالات شخصیت کلاستر C و B و احتمال تاثیر این اختلالات بر کیفیت زندگی بیماران و مراقبت نورولوژی آنها، بررسی روانپزشکی بیماران مبتلا به صرع توصیه می شود (۱۱,۱۲).

لازم به ذکر است از کل بیماران فقط یک نفر سابقه مراجعه به روانپزشک را داشت که این می تواند نشانه کمبود اطلاع ازدرمان های روانپزشکی، اجتناب از مراجعه به روانپزشک به علت استیگما و یا کم توجهی پزشکان دیگر رشته‌ها به درمان همزمان اختلالات روانپزشکی همراه باشد.

عدم وجود گروه کنترل امکان مقایسه شیوع اختلال شخصیت را فراهم نمی کند و توصیه می شود مطالعه ای مشابه با گروه کنترل انجام شود. استفاده از پرسشنامه خود گزارشی، حجم نمونه کوچک و مشخص نشدن نیمکره منشا صرع از محدودیت های طرح است. همچنین در این مطالعه نوع داروهای مصرفی و تاثیر آن بر اختلالات شخصیت بررسی نشد و توصیه می شود در مطالعات آتی ارزیابی شود.

## منابع


1. Swinkles W, Van Emde Boas W, Kuyk J, Van Dyck R, Spinhoven P. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. Epilepsia 2006;47:2092–103.
2. Swinkles W, Kuyk J, Van Dyck R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsy Behav 2005;7:37–50.
3. Modrego PJ, Pina MA, Galindo M, Minguez J. Study of psychopathology in patients with chronic non-lesional epilepsy: a Minnesota Multiphasic Personality Inventory profile controlled study. Eur Neurol 2002; 48:80–6.
4. Gilliam F, Hecimovic H, Sheline Y. Psychiatric comorbidity, health, and function in epilepsy. Epilepsy Behav 2003;4:S26–30.
5. Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger CE, Reuber M. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management.Epilepsy Behav 2005;7:161–71.
6. Grabowska-Grzyb A, Jedrzejczak J, Nagariska E, Fiszer U. Risk factors for depression in patients with epilepsy. Epilepsy Behav 2006;8:411–7.
7. Attarian H, Vahle V, Carter J, Hykes E, Gilliam F. Relationship between depression and intractability of seizures. Epilepsy Behav 2003; 4:298–301.
8. Feddersen B, Herzer R, Hartmann U, Gaab MR, Runge U. On the psychopathology of unilateral temporal lobe epilepsy. Epilepsy Behav 2005;6:43–9.
9. Trimble MR, Ring HA, Schmitz B. Neuropsychiatric symptoms from the temporolimbic lobes. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 1996; 9: 429-38.
10. Flor-Henry R. Ictal and interictal psychiatric manifestations in epilepsy: Specific or non-specific? A critical review of some of the evidence. Epilepsia 1972; 13(6): 773-83.
11. Stauss E, Wada J, Moll A. Depression in male and female subjects with complex partial seizures. Archives of Neurology 1992; 49(4): 391-2.
12- Victoroff J. DSM-IIIR psychiatric diagnoses in candidates for epilepsy surgery: Life time prevalence. Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology 1994; 7(2): 87-97.
13. Harden CL, Jovine L, Burgut FT, Carey BT, Nikolov BG, Ferrando SJ. A comparison of personality disorder characteristics of patients with nonepileptic psychogenic pseudoseizures with those of patients with epilepsy. Epilepsy Behav 2009;14: 481-483.
14. Swinkels W, Duijsens IJ, Spinhoven Ph. Personality disorder traits in patients with epilepsy. Seizure 2003; 12: 587-594.
15. Thompson PM, Batzel W, Wilkus RJ. Millon Clinical Multiaxial Inventory Assessments of Patients Manifesting Either Psychogenic or Epileptic Seizures; Epilepsy 1992;5:226-230.
16. Helmstaedter C. Behavioral aspects of frontal lobe epilepsy. Epilepsy Behav 2001; 2:384–95.
17. Devinsky O, Najjar S. Evidence against the existence of a temporal lobe epilepsy personality syndrome. Neurology 1999;53:S13-25.
18. Hosking PG. Surgery for frontal lobe epilepsy. Seizure 2003;12:160-6.
19. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, et al. Reduced volume of orbitofrontal cortex in major depression. Biol Psychiatry 2002;51:273–9.
20. Barrash J, Tranel D, Anderson SW. Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal region. Dev Neuropsychol 2000;18:355–81.
21 Berlin HA, Rolls ET, Iversen SD. Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. Am J Psychiatry 2005; 162: 2360-73.
22. Stuss DT, Gow CA, Hetherington CR. ''No longer Gage": frontal lobe dysfunction and emotional changes. J Couns Clin Psychol 1992; 60: 349-59.
23. Salehi M, Firozkohi M, Najafi M. The


[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]

comparison of mental health status in patients with generalized seizures and control group. Journal of Tabib Shargh 2007; 8(1): 37-44.

24. Najafi M, Rezaei F, Vakili Zarch N, Dehghani F, Barekatain M. Personality and Psychopathology of Patients with Grandmal and Complex Partial Seizures. JSSU 2010; 18 (2):84-91.

25. Ebrahim A, Kajbaf M, Shahmirzadi M. Personality of Patients with Grandmal Seizures. JIMS, 2006; 24(1): 132-137.

26. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.

27. Swinkels W.A, Kuyk J, van Dyck R, Spinhove P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsy Behav. 2005; 7 (1), 37-50.

28. Swinkels W.A, van Emde B.W, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. Epilepsia. 2006; 47 (12), 2092-2103.

29. Gilliam F.G, Santos J, Vahle V, Carter J, Brown K, Hecimovic H. Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction? Epilepsia 2004b;45 (Suppl. 2):28-33.

30. Kobau R, Gilliam F, Thurman D.J. Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its associations with self-reported depression and anxiety: results from the 2004 Health Styles Survey. Epilepsia 2006;47 (11): 1915-1921.

31. Quiske A, Helmstaedter C. Depression in patients with temporal lob epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. Epilepsy Res 2000; 39:121-5.

32. Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? Neurology 2002; 58:S27–39.

33. Alper K, Devinsky O, Westbrook L. Premorbid psychiatric risk factors for postictal psychosis. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2002; 14:465–7.

34. Jobe PC, Dailey JW, Wernicke JF. A noradrenergic and serotonergic hypothesis of the linkage between epilepsy and affective disorders. Crit Rev Neurobiol 1999;13:317–56.

35. Jobe PC. Common pathogenic mechanisms between depression and epilepsy: an experimental perspective. Epilepsy Behav 2003;4:S14–24.

36. Hecimovic H, Goldstein JD, Sheline YI, Gilliam FG. Mechanisms of depression in epilepsy from a clinical perspective. Epilepsy Behav 2003; (Suppl. 3):25–30.

37. Lee G P. Neuropsychology of Epilepsy and Epilepsy Surgery. Oxford University Press, Inc 2010:p 145.

38. Shehata G.A, Bateh A.E.A.M. Cognitive function, mood, behavioral aspects, and personality traits of adult males with idiopathic epilepsy. Epilepsy Behav 2009;14(1):121-124.

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]

# Assessment of personality disorders in epileptic patients referred to epilepsy clinic of Rasoul Akram Hospital

***Atefeh Ghanabri Jolfaei**, MD, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). draghj@yahoo.com
**Mehdi Nasr Esfahani**, MD, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mehdinassr@yahoo.com
**Zahra Mirblock Jalali**, BS, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. jalali_110@yahoo.com
**Shama Tamannai**, MS, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. psychshima@gmail.com

## Abstract

**Background**: Psychiatric disorders and behavioral disturbance are prevalent in epileptic patients and in previous studies the reported rates of personality disorders range from 4% to 38%. Comorbidity of personality disorders in epileptic patients could cause dysfunction, poor compliance, maladjustment and other psychological distresses which are important in the treatment of epilepsy, therefore the diagnosis and treatment of personality disorders could be helpful in management of epilepsy. The aim of this study was assessment of personality disorders in epileptic patients.

**Methods**: The samples were recruited from epilepsy clinic of Rasoul Akram Hospital. Characteristics of epilepsy were collected by reviewing the files and assessments such as EEG and interviewing with patients. Personality disorders were assessed by MCMI III.

**Results**: the most prevalent personality disorder was depressive personality and 36% of the patients had at least one personality disorder. The socio-economic status in patients with personality disorder was poorer, but characteristics of epilepsy had no significant relationship with comorbidity of personality disorders.

**Conclusion**: Personality disorders in epileptic patients are prevalent and require attention.

**Keywords**: Personality disorder, Epilepsy, Disease

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28 ]