

مقاله پژوهشی

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۱ شماره ۳ پاییز ۱۳۸۸ صفحات ۱۰۸-۱۰۳

دگرسان بینی خود در بیماران مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی و اختلال پانیک

Email: r.yousefi2@mail.sbu.ac.ir

رحیم یوسفی، گروه روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

حمیدرضا پور اعتماد، گروه روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی
حمید جنگی اقدم، گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دریافت: ۱۳/۱۲/۸۶، پذیرش: ۸۸/۲/۲

چکیده

زمینه و اهداف: دگرسان بینی خود نشانه ای رایج در بسیاری از بیماریهای روانی، بیماریهای عضوی-مغزی، مصرف مواد و داروهای خاص می باشد که بصورت یک تغییر مکرر در ادراک خود که در آن احساس شخص از واقعیت خودش به طور موقتی و گذرا تغییر کرده است، تعریف می شود. هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه‌ی حالت دگرسان بینی در بیماران مبتلا به صرع قطعه‌ی گیجگاهی، اختلال پانیک و جمعیت غیر بیمار می باشد.
روش بررسی: به این منظور دو گروه از بیماران دارای تشخیص صرع قطعه‌ی گیجگاهی و اختلال پانیک با گروه کنترل غیر بیمار به صورت مقطعی و به وسیله مقیاس کمبریج برای دگرسان بینی خود مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفتند.
یافته ها: بیماران مبتلا به صرع قطعه‌ی گیجگاهی نسبت به دو گروه دیگر، نمرات بالاتری را در پرسشنامه‌ی دگرسان بینی مبنی بر تجربه بالای این حالات کسب کردند. همچنین افراد دارای تشخیص اختلال پانیک از لحاظ تجربه حالات دگرسان بینی در رتبه‌ی دوم قرار گرفتند. جمعیت غیر بیمار در مقایسه با گروه بیماران میزان تجارب دگرسان بینی کمی را گزارش کردند.
نتیجه گیری: پدیده‌ی دگرسان بینی خود نشانه‌ای رایج در بیماران مبتلا به صرع قطعه‌ی گیجگاهی و اختلال پانیک می باشد.

کلیدواژه‌ها: دگرسان بینی خود، صرع قطعه گیجگاهی، اختلال پانیک

مقدمه

حسی حسی Sensation- Anesthesia، فقدان پاسخدهی هیجانی (کرختی هیجانی)، احساس فقدان کنترل بر اعمال فردی (۲)، احساسات وصف ناپذیر غیرواقعی بودن، تشدید خود-مشاهده‌گری، تغییر در تجربه‌ی بدنی، تحریف در تجربه زمان و مکان، تغییر در احساس عاملیت، احساس داشتن ذهنی خالی از افکار، خاطرات و تصاویر و در نهایت ناتوانی برای تمرکز و حفظ توجه می باشد (۳). خصیصه‌ی اصلی پدیده دگرسان بینی خود حالتی از غیرواقعی بودن و احساس جداشدگی است. فرآیندهای

دگرسان بینی خود پدیده‌ی بالینی جالبی است که با تجربه‌ی غیر واقعی بودن و احساس جداشدگی Detached از بدن و فرایندهای روانی خود مشخص می شود. DSM-IV-TR^۱ این اختلال را به عنوان یک تغییر مکرر و پایدار در ادراک خود، که در آن احساس شخص از واقعیت خودش به طور موقتی و گذرا از بین رفته است، تعریف می کند (۱). این وضعیت می تواند به صورت یک مشاهده گر بیرونی از فرایندهای روانی خود، بدن و یا قسمت هایی از آن متجلی شود. انواع مختلفی از نشانه ها شامل بی

1. Depersonalization
2. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder 4th ed-Text Revised, DSM-IV-Tk

(۱۲). Simeon و همکاران نیز در بررسی های خود بر روی پدیده دگرسان بینی وجود رابطه بین حالت های اضطرابی و استرس های تروماتیک با حالت دگرسان بینی خود را گزارش می کنند (۱۳). به علت آمیختگی اختلال های اضطرابی بویژه اختلال پانیک و دگرسان بینی خود Ross مفهوم سندرم اضطراب فوبیک-دگرسان بینی خود را فرمول بندی می کند که شاید به عنوان زیر شاخه‌ی خاصی از اختلال پانیک لحاظ شود که در آن دگرسان بینی برجسته ترین نشانه است (۶). در یک بررسی عمیق از داده های پژوهشی در ۹۷ بیمار دارای تشخیص اختلال پانیک مطرح شده است که تجربه‌ی دگرسان بینی خود یک عنصر کلیدی در تحول و سرعت تحول اجتناب های فوبیک است (۱۵). در یک بررسی بیماران پانیک دارای تجارب دگرسان بینی خود در مقایسه با پانیک هایی که چنین تجاربی نداشتند به مراتب شدت اختلالشان زیاد بود، اختلال در سن پائین تری شروع شده بود و همایندی مرضی با سایر اختلال های روانی در حد بالایی بود (۲). این یافته توسط دیگران نیز گزارش شده است (۱۴). Michal و همکاران در پژوهش خود بین دگرسان بینی خود و ترس های اجتماعی در یک نمونه ۱۱۶ نفری که با استفاده از مقیاس دگرسان بینی کمبریج بررسی شده بود، وجود رابطه و پیوند را گزارش می کنند (۱۶). ضرورت پژوهش حاضر از دو جهت قابل تأمل است؛ اول اینکه پژوهش حاضر اولین پژوهشی است که پدیده دگرسان بینی خود را با چنین ترکیب گروه نمونه‌ای به صورت مقایسه‌ای بررسی میکند؛ دوم اینکه بررسی پدیده‌ی فوق در گروه نمونه بومی و فرهنگی خاص ایران مد نظر بوده است. هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه‌ی پدیده‌ی دگرسان بینی خود در دو گروه از بیماران دارای تشخیص صرع قطعی گیجگاهی و اختلال پانیک و همچنین گروه کنترل غیر بیمار می باشد.

مواد و روشها

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر شامل دو گروه از بیماران مبتلا به صرع قطعی گیجگاهی (۳۳=n)، اختلال پانیک (۲۹=n) و گروه غیر بیمار بودند که از جامعه‌ی بیماران مبتلا به صرع و اختلال پانیک مراجعه کننده به مراکز درمانی در سال ۸۶ انتخاب شده اند. بیماران مبتلا به صرع قطعی گیجگاهی از مراجعه کنندگان به بخشهای نورولوژی بیمارستان و همچنین مطب خصوصی دو متخصص مغز و اعصاب در پائیز ۸۶ در شهرهای تهران و خوی بودند که بر اساس بررسی های عصب شناختی (EEG) وجود بیماری صرع با کانون گیجگاهی در آنها محرز شده و توسط متخصصان معالج تحت درمان بودند. گروه دیگر شامل ۲۷ بیمار مبتلا به اختلال پانیک بودند که از بین مراجعین به کلینیک روانپزشکی و روان درمانی خصوصی (واقع در شهر خوی) در پائیز ۸۶ که توسط یک روانشناس بالینی و یک روانپزشک بر اساس DSM-IV تحت مصاحبه‌ی تشخیصی قرار گرفته و مطابق با ملاک های DSM-IV تشخیص اختلال پانیک را

روانی و رویدادهای بیرونی در ظاهر که دقیقاً مثل قبل جریان دارند، اما به نظر متفاوت می رسند و برای زمانی نه طولانی هیچ ارتباط و معنایی برای افراد ندارند. قسمت هایی از بدن و همچنین اعمال روانی و رفتار معمول شاید خارج از فرد به نظر بیایند. مثلاً بیمار شاید احساس کند که دست و پاهایش بزرگتر یا کوچکتر از حد معمول است (۴). این تجارب در ذات خود هذیانی نیستند، چرا که بیمار نسبت به آن بینش دارد و این بینش حفظ می شود. این تجربه اغلب یک پدیده ذهنی است تا اینکه واقعیتی عینی باشد (۲). این حالت در افراد سالم اغلب در هنگام استرس، خستگی شدید یا مصرف مواد و داروها می تواند بوجود آید. علل و عوامل متنوعی می تواند در بروز و پدیدآیی دوره های دگرسان بینی خود موثر باشند؛ که فقدان خواب، محرومیت حسی، استرس، تکنیک های مدیتیشن، مصرف حاد داروها و توهم زها؛ بیماری های عضوی نظیر صرع قطعی گیجگاهی، میگرن، آنسفالیت، ضربه های مغزی و همچنین بیماری های روانی مثل اسکیزوفرنیا، اختلال های اضطرابی و افسردگی از آن جمله اند (۵). Sadock & Sadock در خلاصه‌ی روانپزشکی اشاره می کنند که پدیده دگرسان بینی خود در اختلال های اضطرابی و همچنین در صرع قطعی گیجگاهی و سایر بیماری ها و شرایط مشاهده شود (۴). Segui و همکاران مطرح می کنند که در اختلال های اضطرابی بویژه اختلال پانیک، استرس پس از سانحه و همچنین در وضعیتهای پزشکی خاص نظیر صرع قطعی گیجگاهی، ضربه های مغزی و همچنین آثار فیزیولوژیکی مستقیم مواد (الکل، ماری جوانا، حشیش، آمفتامین ها) و یا داروهایی نظیر باربیتوراتها، بنزودیازپین ها و آنتاگونیست های بتا-آدرنرژیک تجربه دگرسان بینی خود رایج است (۶). Dietl و همکاران بر اساس بررسی های خود روی بیماران صرعی چنین نتیجه گیری می کنند که پدیده‌ی دگرسان بینی خود یکی از نشانه های بالینی رایج در بیماران صرعی بویژه صرع قطعی گیجگاهی است و اغلب در مرحله پیش درآمد حمله رخ می دهد. مطالعات آنها که شامل بررسی EEG^۱ و نشانه های بالینی بیماران صرعی بود، مؤید شیوع تجارب دگرسان بینی در جریان حمله های صرعی است (۷). Evren و همکاران در گزارش بررسی های خود که بر روی بیماران وابسته به مواد انجام گرفته بود؛ خاطر نشان می کنند که دگرسان بینی خود پدیده ای است که در طیف مختلفی از شرایط روانپزشکی - عصب شناختی نظیر اختلال های اضطرابی، صرع و میگرن، ضربه های مغزی تا مصرف مواد مشاهده می شود (۸). Holmes و همکاران و Marshall و همکاران در بررسی های خود نتیجه گیری می کنند که دگرسان بینی خود از نشانه های رایج در اختلال های اضطرابی است (۹) و Ozer و همکاران این حالت را در طول رویدادهای استرس زا و تروماتیک گزارش می کنند (۱۱). یک مدل بالینی اخیر در مورد پدیده‌ی دگرسان بینی خود بر نقش اضطراب در شروع و تداوم این حالت تاکید دارد و اضطراب را علت شیوع دگرسان بینی خود در اختلال های اضطرابی حاد و شدید نظیر اختلال پانیک می داند

گزارشی است که از ۲۹ آیتم تشکیل شده است و به منظور سنجش حالت های دگرسان بینی خود (۱- احساس غیر واقعی بودن ۲- آشنا پنداری ۳- خرد بینی ۴- تجارب خارج از بدن ۵- فقدان لذت ۶- کرختی هیجانی و...) در بیماران ساخته شده است. از آنجا که ابزار فوق برگردان مستقیم فرم اصلی می باشد و برای اولین بار مورد استفاده قرار گرفته است، از لحاظ شاخص های روان سنجی مورد نیاز برای پژوهش مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است. مقیاس دگرسان بینی خود کمبریج به منظور ارزیابی روایی (Validity) توسط یک روانپزشک و یک روانشناس بالینی مورد بررسی قرار گرفت و روای صوری و محتوای آن مورد تأیید قرار گرفت. همچنین برای بررسی اعتبار ابزار فوق ضرایب اعتبار مقیاس دگرسان بینی خود کمبریج (در این روش همسانی و هماهنگی سوالهای یک پرسشنامه سنجیده می شود) به شیوه آلفای کرونباخ که در فرم اصلی آن $\alpha = 0/89$ بود، در پژوهش حاضر $\alpha = 0/80$ و همچنین به شیوه دونیمه کردن Spillit-half که در فرم اصلی آن $r = 0/92$ گزارش شده بود، در پژوهش حاضر $r = 0/83$ بدست آمد. همچنین در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی (Stability) مقیاس دگرسان بینی خود کمبریج، مقیاس فوق مجدداً بر روی گروه کنترل اجرا شد و ضریب اعتبار بازآزمایی $r = 0/79$ بدست آمد.

دریافت کرده بودند و تحت درمان دارویی و روان درمانی قرار داشتند. سومین گروه شامل ۳۰ نفر از زوجین (۱۵ زن و ۱۵ مرد) ساکن مناطق مختلف شهر خوی بودند که هیچگونه تشخیص پزشکی و روانپزشکی در مورد آنها مطرح نبود. به شیوه تصادفی انتخاب شده و به منظور مقایسه نتایج به عنوان گروه کنترل وارد مطالعه شدند. این مطالعه به صورت مقطعی انجام شده است و از نوع تحلیلی- مقایسه‌ای می‌باشد. روش نمونه‌گیری در گروه بیماران بدین صورت بوده که در مراجعه های متوالی (در محدوده زمانی دو ماهه) به مراکز تحت درمان این بیماران به شیوه در دسترس (نمونه‌گیری آسان) انتخاب شده و بوسیله ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند؛ ولی گروه کنترل در یکبار مراجعه و به شیوه تصادفی نمونه‌گیری شد. تمامی گروه نمونه با اخذ رضایت و آگاهانه در پژوهش شرکت کرده و مورد بررسی و آزمون قرار گرفتند. داده های جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول شماره یک ارائه شده اند. شیوه‌ی جمع آوری داده ها، روش پرسشنامه Berrios & استفاده شده است (۳). این پرسشنامه برای استفاده در پژوهش حاضر توسط مولف اول ترجمه شد. سپس ترجمه‌ی فارسی توسط یک متخصص زبان انگلیسی مورد بررسی قرار گرفته و نواقص ترجمه اصلاح گردید. این مقیاس یک ابزار خود-

جدول شماره ۱: داده های جمعیت شناختی گروه نمونه

شاخص	فراوانی		جنس		سن		تحصیلات	
	مرد	زن	M	SD	M	SD	M	SD
گروه	۳۳	۲۰	۱۳	۲۰	۱۲/۴۴	۱۳/۵۲	۲/۸۶	۱۳/۵۲
صرع قطعه گیجگاهی	۲۹	۱۸	۱۱	۱۸	۹/۱۷	۱۲/۰۲	۳/۵۹	۱۲/۰۲
اختلال پانیک	۳۰	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳/۲۲	۱۰/۲۵	۴/۴۳	۱۰/۲۵
غیر بیمار								

M= میانگین SD= انحراف استاندارد

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه نمونه

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
صرع قطعه گیجگاهی	۴۳/۰۹	۳/۳۵
اختلال پانیک	۲۰/۲۴	۳/۱۹
گروه غیر بیمار	۱۳/۸۸	۴/۰۶

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات گروه نمونه در مقیاس دگرسان بینی خود کمبریج

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات	توان آماری
سن	۰/۶۷۳	۱	۰/۶۷۳	۰/۴۳	۰/۸۳۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳
تحصیلات	۱۵/۱۱۷	۱	۱۵/۱۱۷	۱/۲۵۸	۰/۲۱۹	۰/۰۱۵	۰/۳۲۱
بین گروهها	۱۱۴۶۶/۵۲۹	۲	۵۷۳۳/۲۶۴	۵۱۳۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸۹	۱/۰۰۰
درون گروهها	۹۵۲/۵۵۶	۸۷	۱۰/۹۴۹				
کل	۱۲۴۶۳/۸۷۵	۹۱					

F= ضریب F سطح معناداری P<=

جدول شماره ۴: مقایسه های زوجی دو گروه بیماران و گروه غیر بیمار

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	میانگین	گروهها
۰/۰۰۱*	۰/۶۴۴	۲۲/۸۴	۴۳/۰۹	صرع قطعه گیجگاهی
			۲۰/۲۴	اختلال پانیک
۰/۰۰۱*	۰/۹۱۷	۲۹/۲۰	۴۳/۰۹	صرع قطعه گیجگاهی
			۱۳/۸۸	گروه غیر بیمار
۰/۰۰۱*	۰/۷۵۲	۶/۳۴	۲۰/۲۴	اختلال پانیک
			۱۳/۸۸	گروه غیر بیمار

نتایج

در جدول شماره دو میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه نمونه در مقیاس دگرسان بینی خود کمبریج نشان داده شده است. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس های گروه ها در جامعه تأیید می شود ($P = ۰/۷۳۶$ ، $f = ۰/۲۸۷$). تأیید پیش فرض تساوی واریانس ها در جامعه به معنای برابری پراکندگی نمرات دگرسان بینی خود در سه گروه نمونه در جامعه می باشد. نتایج تحلیل کوواریانس انجام گرفته بر روی گروه نمونه در مقیاس دگرسان بینی خود کمبریج که در آن متغیرهای سن و تحصیلات تحت کنترل آماری بودند، در جدول شماره سه گزارش شده است. نتایج ارائه شده در جدول شماره سه نشان می دهند که تفاوت بین گروه ها در نمرات بدست آمده از طریق مقیاس دگرسان بینی خود پس از کنترل متغیرهای سن و تحصیلات معنادار است ($F = ۵۱۳/۷۰۷$ ، $P = < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر بین دو گروه از بیماران دارای تشخیص صرع قطعه گیجگاهی و اختلال پانیک و همچنین گروه غیر بیمار از نظر میزان حالت های دگرسان بینی خود تجربه شده تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی بیشتر و مقایسه های زوجی بیماران دارای تشخیص صرع قطعه گیجگاهی و اختلال پانیک و همچنین گروه غیر بیمار از آزمون Post-Hoc (scheffe) استفاده شده است. نتایج این تحلیل در جدول شماره چهار ارائه شده اند. همان طور که اطلاعات ارائه شده در جدول ۴ نشان می دهد، تمامی مقایسه های انجام گرفته بین گروه بیماران و گروه غیر بیمار معنادار هستند. شیوع حالت های دگرسان بینی در بیماران مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال پانیک و گروه غیر بیمار بیشتر است. مقایسه های زوجی نشان داد که گروه غیر بیمار در مقایسه با دو گروه دیگر حالت های دگرسان بینی کمتری را تجربه می کنند.

بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که میزان دگرسان بینی تجربه شده در بین سه گروه شرکت کننده در پژوهش یعنی دو

گروه بیماران (صرع قطعه گیجگاهی و اختلال پانیک) و گروه کنترل غیر بیمار یکسان نیست و بین آنها تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر این فرضیه را که تجربه دگرسان بینی خود در بین بیماران صرعی و مبتلا به اختلال پانیک بیشتر و رایج تر از جمعیت عادی و غیر بیمار است، مورد تأیید قرار می دهد. همچنین می توان این ادعا را که پدیده دگرسان بینی خود در حد بالایی با تشخیص های صرع قطعه گیجگاهی و اختلال پانیک همبسته و همراه است، با تکیه بر یافته های پژوهش حاضر دارای شواهد تأییدی دانست. نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهشی و بالینی Segui, Sadock & Sadock و همکاران، Dietl و همکاران، Evren و همکاران، Holmes و همکاران، Marshall و همکاران، Ozer و همکاران، Simeon و همکاران Mula و همکاران، Katendahl و Marquez و همکاران که به بررسی و مطالعه شیوع تجربه دگرسان بینی خود در بیماران مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی و اختلال پانیک پرداخته اند، هماهنگ و همسو است. علیرغم اینکه مدت زیادی از فرمول بندی دگرسان بینی به عنوان یک پدیده بالینی قابل توجه می گذرد، بسیاری از محققان و متخصصان بالینی معتقدند که مطالعات و بررسی های صورت گرفته در مورد دگرسان بینی در مورد ماهیت و کم و کیف آن بیش از حد ساده انگاری کرده اند و همواره تأکید می کنند که دگرسان بینی پدیده ای پیچیده در گستره عمل بالینی است (Sierra & Berrios). در تلاش برای تبیین این وضعیت در بیماران مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی و اختلال پانیک باید مطرح کرد که دیدگاه های اخیر در زمینه پدیده دگرسان بینی خود پیشنهاد می کنند که خصیصه های بالینی این وضعیت از دو مکانیسم همزمان ناشی می شود: ۱- بازداری پردازش هیجانی و ۲- حالت هشجاری تشدید شده (حالت ترصد). بنابراین، کرختی هیجانی و فقدان تظاهر هیجانی که در فرایندهای شناختی و ادراکی مشاهده می شود، از فرایند بازداری ناشی می شود که احساس تهی بودن مغز نامیده می شود. تیزی ادراکی افزایش یافته و احساس عدم عاملیت از

هدیانی پدیده‌ی دگرسان بینی است، که به هیچ وجه قابل اسناد به عوامل هدیانی نیست؛ چرا که بیمار در اوج حالت‌های غیر واقعی بودن و تجارب گسستی همچنان بینش خود را حفظ کرده و در حد بالایی آگاه و هشیار است. بنابراین متخصصان بالینی و درمانگران باید در زمینه‌ی تشخیص افتراقی، تفاوتها و ویژگی‌های بالینی پدیده دگرسان بینی و تجارب هدیانی و توهمی حساس باشند. پژوهش حاضر با دو محدودیت متدولوژیک روبرو بود: اول این که ابزار خود-گزارشگر (پرسشنامه) دگرسان بینی خود تنها وسیله‌ی گردآوری اطلاعات بود؛ دومین عامل اندک بودن حجم نمونه گروه بیماران به دلیل محدودیت موارد دارای تشخیص می باشد، چنان که در دفعات متوالی ارزیابی و سنجش انجام گرفته است.

نتیجه گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر می توان تلویحات کاربردی زیر را مطرح کرد: ۱- الزام توجه متخصصان و درمانگران به دگرسان بینی خود به عنوان پدیده غیر هدیانی و تشخیص افتراقی آن از پدیده توهم؛ ۲- مورد ملاحظه قرار دادن دگرسان بینی خود به عنوان هدف درمانی خاص در بیماران فوییک بویژه در اختلال پانیک که می تواند به کاهش شدت نشانه‌های ادراک شده منجر شود؛ ۳- توجه و بررسی پدیدار شناختی و تکوینی نقش اضطراب در راه اندازی پدیده دگرسان بینی خود بویژه در گروه بیماران اضطرابی؛ ۴- توجه به اثرات جانبی بعضی از داروهای روانگردان در جریان فارماکوتراپی اختلالات روانی خاص. پیشنهاد می شود پدیده‌ی دگرسان بینی در سایر اختلالات روانی و جسمانی (اسکیزوفرنیا، افسردگی، میگرن و...) مورد ملاحظه قرار گیرد، بویژه با استفاده از سایر ابزارها مانند یک تکنیک مصاحبه دارای اعتبار در کنار ابزارهای خود-گزارشگر به گردآوری اطلاعات پرداخته شود.

حالت هشیاری تشدید شده ناشی می‌شوند (Sierra & Berrios). با تکیه بر این مدل تبیینی به راحتی می توان هم در پدیده صرع و هم اختلال پانیک ردپای عوامل زمینه ساز این دو مکانیسم (بازداری پردازش هیجانی و حالت هشیاری تشدید شده) را یافت. در بین انواع بیماران صرعی، صرع قطعه‌ی گیجگاهی هم از لحاظ عصب شناختی و هم روانشناختی قابل توجه و تأمل است. در این بیماران قبل از ظهور حمله‌های صرعی، حالتی هشدار به صورت پیش درآمد برای حمله‌های صرعی وجود دارد، مبنی بر اینکه حمله در راه است. در بسیاری از موارد این حالت هشدار به صورت ترس نامعلوم و حالت مترصد بودن شدید و تغییر خلق ظاهر می شود؛ و به نظر می رسد در جریان این مرحله مقدماتی صرع، هشیاری تشدید یافته، بیمار صرعی را آماده تجربه حالت‌های دگرسان بینی خود می‌کند. همچنین در بیماران دارای تشخیص پانیک در هنگام بروز حمله‌های اضطرابی یک حالت برانگیختگی و هشیاری افزایش یافته پدید می آید و در این حالت بیمار پانیک در وضعیتی از کرحتی عاطفی قرار می گیرد و به نظر می رسد بیمار انتظار شرایط و موقعیتی خطرناک و مسأله آفرین را دارد و به همین دلیل آمادگی پیدا می کند تا حالت‌هایی عجیب و غریب و غیر عادی نظیر پدیده دگرسان بینی خود و محیط را تجربه کند (۲). ملاحظه می شود که در دو اختلال مورد بررسی و مطالعه در این پژوهش الگوی فوق به راحتی در جریان بوده و به پدیداری تجارب دگرسان بینی دامن می‌زند. Sadock & Sadock, Mula و همکاران، Michal و همکاران، Khazaal و همکاران و Evren و همکاران خاطر نشان می‌کنند که دگرسان بینی خود در بیماران مختلفی نظیر اسکیزوفرنیا، افسردگی شدید، اختلال‌های تبدیلی، فوبی اجتماعی، وسواس فکری-عملی، اختلال شخصیت مرزی و... رخ می دهد؛ به نظر می‌رسد در تمامی این اختلالات اضطراب فصل مشترک آنها می باشد که خود این اضطراب براساس مدل‌های تبیینی دگرسان بینی خود نقش ماشه چکان و کاتالیزور را دارد. نکته مهم و اساسی دیگر توجه به ماهیت غیر

References

- Constantine JN, Todd RD. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, Washington, American Psychiatric Association, 2000; PP: 653-675.
- Mula M, Pini S, Cassano GB. The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: A critical reappraisal. *Journal of Affective Disorders* 2007; **99**: 91-99.
- Sierra M, Berrios GE. The Cambridge depersonalization scale: Instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Research* 2000; **93**:153-164.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 9th ed. Baltimore, Williams, 2003; PP: 685-687.
- Khazaal Y, Preisig M, Zullino DF. Hemi-depersonalization syndrome. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2005; **9**: 68-70.
- Segui J, Maruez M, Garcia L, Canet J, Salvador-Carulla L, Ortiz M. Depersonalization in panic disorder. *A Clinical Study Comprehensive Psychiatry* 2000; **41**: 172-178.
- Dietl T, Bien C, Urbach H, Elger C, Kurthen M. Episodic: depersonalization in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2005; **7**: 311-315.
- Evren C, Sar V, Karadog F, Gurol DT, Karagoz M. Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry Research* 2007; **152**: 233-241.
- Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter ECM, Frasquilho F, Oakley DA. Are there two

- qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review* 2005; **25**:1-23.
10. Marshall RD, Schneier FR, Lin S, Simpson HB, Vermes D, Leibowitz M. Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000; **157**: 451-453.
 11. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003; **129**: 52-73.
 12. Hunter E, Phillips ML, Chalder T, Sierra M, David AS. Depersonalization disorder: A cognitive-behavioral conceptualization. *Behavior Research and Therapy* 2003; **41**: 1451-1467.
 13. Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Yehuda R , Schmeidler J. Basal nor epinephrine in depersonalization disorder. *Psychiatry Research* 2003; **121**: 93-97.
 14. Marquez M, Segui J, Garcia L, Canet J, Ortiz M. Is panic disorder with psycho sensorial symptoms (depersonalization-detribalization) a more severe clinical subtype? *Journal of Nervous and Mental Disorder* 2001; **189**: 332-335.
 15. Katendahl DA. Predictors of the development of phobic avoidance. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000; **61**: 618-623.
 16. Michal M, Kaufhold J, Grabhorn R, Krakow K, Overbeck G , Heidenreich T. Depersonalization and social anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disorder* 2005; **193**: 629-632.