

بررسی شیوع اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به صرع موضعی پیچیده

دکتر نغمه مخبر^۱، دکتر محمود رضا آذر پژوه^۲، دکتر نگار اصغری پور^۳

^۱ استاد گروه روانپزشکی - فلوشیپ نروسایکیاتری، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان ابن سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

^۲ دانشیار گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی مشهد - ایران

^۳ استادیار گروه روانپزشکی - دکترای تخصصی روانشناسی بالینی - مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان ابن سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

نشانی نویسنده مسؤل: مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان ابن سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دکتر نگار اصغری پور

E-mail: asgharipourn@mums.ac.ir

وصول: ۹۱/۵/۲۰، اصلاح: ۹۱/۷/۸، پذیرش: ۹۱/۹/۲۷

چکیده

هدف: با توجه به شیوع ناهنجاریهای شخصیتی در بیماران مصروع خصوصاً صرع موضعی پیچیده، در این مقاله هدف، بررسی اختلالات و صفات شخصیتی بر اساس پرسشنامه میلون بر روی بیماران مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی بوده است.

روش کار: برای کلیه مراجعین به کلینیک سرپایی روانپزشکی و اعصاب بیمارستان ابن سینا و قائم که مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی بودند (۷۴ بیمار) و افراد سالم داوطلب (۱۰۰ نفر) تست میلون توسط روانپزشک اجرا شد.

یافته ها: ۷۴ درصد بیماران مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی حداقل یک نوع صفت شخصیتی بیمارگونه داشتند. این میزان در گروه شاهد ۳۱/۵٪ بر آورد شد. شیوع اختلالات شخصیتی بارز در ۲۷/۲٪ بیماران مصروع در مقایسه با ۸/۴٪ گروه شاهد بود که کلیه این تفاوتها از نظر آماری معنا دار بودند. شایعترین اختلالات شخصیت در این افراد مرزی و ضد اجتماع بود که به شکل معنا داری از گروه شاهد بیشتر ارزیابی شد ($p < 0/05$)، شیوع کلیه صفات شخصیتی بیمارگونه در افراد مصروع بیش از افراد گروه کنترل بوده و در این میان صفات مرزی، وابسته و منفعل پرخاشگر تفاوت آماری معنا داری با گروه کنترل داشت.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این پژوهش اختلالات شخصیت در زنان مبتلا به صرع موضعی پیچیده شایعتر از مردان مبتلا می باشد. به نظر می رسد ناهنجاریهای الکتریکال ناحیه تامپورال در بروز صفات شخصیتی بیمارگونه تاثیر به سزایی داشته باشد اگر چه نقش یک بیماری مزمن و ناتوان کننده را در واکنش های روانی فرد نباید از توجه دور داشت.

کلید واژه ها: صرع موضعی پیچیده، اختلالات شخصیت، تست میلون

مقدمه

بیماران مبتلا به صرع در مقایسه با جمعیت سالم یا

بیمارانی با سایر ناتوانی های مزمن حکایت می کنند(۴-)

گزارشهای مختلفی از وجود آسیب شناسی در

۱). افسردگی جزو مواردی است که بیشترین ارتباط را با صرع داشته اما سایر تشخیص های روانپزشکی مانند سایکوز و اضطراب نیز میان افراد مصروع مشاهده می شود (۱۵و۱).

سه مطالعه بالینی نرخ شیوع اختلالات روانپزشکی را در بیماران مبتلا به صرع بر اساس ملاک های DSM-III-R بررسی کردند. فیوردلی و همکاران بیماران مصروع cryptogenic با هوش نرمال را بررسی کردند و نرخ شیوع اختلالات روانپزشکی را ۱۹ درصد عنوان کردند. در مقابل، ویکتوروف و همکاران بیماران مبتلا به صرع موضعی پیچیده را مورد بررسی قرار دادند و نرخ شیوع را ۷۰٪ گزارش نمودند. مانچاندا و همکاران نیز کاندیداهای جراحی صرع را بررسی نموده و به نرخ ۴۷٪ رسیدند.

وجود پروفایل شخصیتی خاص میان افراد مصروع موضوع بحث انگیزی بوده است به طوری که بعضی مطالعات بین صفات شخصیتی و صرع ارتباط را گزارش نموده اند (۹و۱۰) و سایر مطالعات پروفایل شخصیتی خاصی را در این بیماران در مقایسه با سایر بیماران دارای ناتوانی های مزمن مطرح نکرده اند (۱۱و۱۲و۱۳).

ماتسورا و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیق خود نشان دادند که ۱۸ درصد از بیماران مصروع دچار اختلالات شخصیتی بودند. آنها در بررسی خود در زمینه عوامل خطر اختلال روانپزشکی به وجود صرع لوب تمپرال و فراوانی حملات صرع اشاره کردند.

در مطالعه ای در زمینه ارزیابی اختلالات شخصیتی در بیماران مبتلا به صرع، اختلالات شخصیت اجتنابی و وابسته شایعترین تشخیص ها بودند (۱۵).

نرخ شیوع اختلالات شخصیتی در مطالعاتی که از تحلیل خوشه ای استفاده کرده بودند ۲۱-۷ درصد عنوان شده است. صفات شخصیتی رایج شامل اشتغال ذهنی با دغدغه های مذهبی و فلسفی، خشم، حاشیه پردازی و ناروانی بودند. این پروفایل بیشتر در افراد دارای صرع لوب تمپرال مشاهده شد (۱۶و۱۷).

وجود اختلالات شخصیت در بیماران مصروع می تواند واکنشی به عوامل روانی اجتماعی (از جمله عزت نفس پایین، انزوای اجتماعی و ...) و/یا عوامل بیولوژیکی (مانند تاثیرات بلند مدت حملات صرع، آسیب و ضربه به سر بعد از حملات مکرر و تاثیرات دارویی) باشد (۱۸).

هرینگتون سایر خصوصیات شخصیتی را که در بیماران مبتلا به CPS دیده می شود مرور کرد و علایم زیر را در ارتباط با مسایل شخصیتی CPS مطرح نمود: رفتار ضد اجتماعی، حساس بودن، دمدمی مزاجی، رفتار نمایشی (۱۹).

هر چند بررسی بر روی جامعه، نشانگر افزایش وقوع آشفتگی های روانی در بیماران مبتلا به CPS در مقایسه با سایر اشکال حمله تشنجی بوده که اغلب به صورت اختلال شخصیت جلوه می نمود اما اغلب تعداد افراد مورد مطالعه اندک بوده و روش های ارزیابی شخصیتی نیز تا حدود زیادی تقریبی بود و نمی توان نتایج قاطعی گرفت. البته می توان نتیجه گرفت که شواهد فرضی خوبی برای وجود ارتباط بین CPS و ایجاد اختلال شخصیت موجود است اما هر گونه دیدگاه ساده انگارانه در مورد ساز و کارهای چنین ارتباطی یقیناً دچار مشکل است چون معمولاً عوامل متعددی در آن دخیل هستند (ضرغامی - ۲۰۰۰). بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی انواع صفات شخصیتی ویژه و همچنین اختلالات شخصیت موجود در بیماران مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی می باشد.

روش اجرای پژوهش

پژوهشگران با هدف بررسی تست شخصیتی میلیون در بیماران مبتلا به CPS، نمونه پژوهش را شامل ۷۴ بیمار (۳۱ مرد و ۴۳ زن) از مراجعین به کلینیک روانپزشکی و اعصاب در طول دو سال انتخاب کردند. کلیه افراد مورد پژوهش در دامنه سنی ۱۸-۳۰ سال با

جدول ۱: شیوع اختلالات شخصیت در گروه بیمار و شاهد

P_ value	شاهد	TEL	
۰ / ۰۴۱*	۰ (F: ۰)	۴ (F: ۴)	آنتی سوشیال
—	۰ (۰)	—	اجتنابی
۰ / ۲۲۲	۳ (۲)	۱ (۱)	وابسته
۰ / ۲۶۵	۱ (۰)	۴ (۳)	هیستریونیک
۰ / ۶۳۳	۲ (۱)	۴ (۱)	خود شیفته
۰ / ۵۵۶	۳ (۰)	۶ (۳)	اسکیزوئید
۰ / ۸۳۳	۱ (۰)	۱ (۰)	وسواسی
—	۱ (۱)	—	منفعل پرخاشگر
—	۰ (۰)	—	اسکیزو تاپیال
۰ / ۰۱۲*	۰ (۰)	۶ (۰)	مرزی
۰ / ۷۳۸	۱ (۰)	۲ (۰)	پارانوئید

جدول ۲: شیوع صفات شخصیتی در گروه بیمار و شاهد

P_ value	شاهد	TEL	
۰ / ۳۶۵	۹ (F: ۲)	۱۷ (F: ۸)	اسکیزوئید
۰ / ۱۱۳	۹ (۲)	۲۱ (۸)	اجتنابی
۰ / ۰۰۰*	۱۹ (۱۹)	۵۹ (۴۴)	وابسته
۰ / ۶۱۳	۲۹ (۲۰)	۴۳ (۳۱)	هیستریونیک
۰ / ۶۰۴	۳۱ (۱۵)	۳۸ (۲۳)	خود شیفته
۰ / ۱۰۳	۳۸ (۳)	۳۹ (۱۲)	ضد اجتماعی
۰ / ۲۸۵	۲۴ (۷)	۲۵ (۲۴)	وسواسی
۰ / ۰۲۵*	۱۸ (۱۰)	۴۰ (۳۱)	منفعل پرخاشگر
۰ / ۱۵۳	۰ (۰)	۲ (۲)	اسکیزو تاپیال
۰ / ۰۰۰*	۸ (۶)	۵۲ (۴۸)	مرزی
۰ / ۵۷۹	۱۱ (۱)	۱۸ (۳)	پارانوئید

تحصیلات متوسطه و بالاتر بودند که بر اساس علایم بالینی و یافته های نوار نگاری مغزی مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی شناخته شده بودند و تحت درمان با کاربامازپین یاوالپروات سدیم یا هردو قرار داشتند. کلیه این افراد در ۲ سال اول تشخیص بیماری بودند. به منظور مقایسه، گروه شاهد، شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ زن و ۵۰ مرد) در دامنه سنی ۱۸ - ۳۰ سال با تحصیلات متوسطه و بالاتر انتخاب شدند. هیچکدام از این افراد اختلال روانپزشکی بارز در محور یک و اختلال جسمی نداشتند. مراجعین ابتدا توسط روانپزشک و متخصص اعصاب مورد معالجه و معاینه به منظور تشخیص صرع قرار گرفتند و تنها بیمارانی در این طرح گنجانده شدند که هم تابلوی بالینی و هم نوار مغزی موید CPS بود. هیچکدام از افراد مورد پژوهش اختلال جسمی ویژه یا اختلال در محور I (به جز گاه گاه افسردگی خفیف) نداشتند. سپس در صورت تمایل بیمار، برای وی تست میلون به عمل آمد. گروه شاهد از جمعیت عمومی نرمال به صورت در دسترس انتخاب شدند. از بین ۷۴ بیمار، ۸ نفر (همگی زن) چون مقیاس خودافشایی آنها بیش از ۸۵ بود از پژوهش حذف شدند و در گروه شاهد ۵ نفر (۳ زن و ۲ مرد) به همین دلیل از تحقیق کنار گذاشته شدند.

نتایج

بر اساس نتایج بدست آمده، اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی به طور معناداری ($P < 0/05$) در گروه مبتلا به CPS شایعتر از گروه شاهد بود. اختلالات شخصیت نمایشی، خود شیفته، اسکیزوئید، پارانوئید نیز از گروه شاهد بیشتر بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۱).

در تجزیه و تحلیل آماری شیوع صفات شخصیتی ویژه تشکیل دهنده سبک زندگی، ویژگی های مرزی، منفعل - پرخاشگر، و وابسته در گروه مصروع به طور معناداری شایعتر از گروه شاهد بود. سایر ویژگی های

شخصیتی دیگر نیز در گروه با CPS شایعتر بود اما این تفاوتها از نظر آماری با $P < 0/05$ معنادار نبود. (جدول ۲).

بر اساس نتایج پژوهش، متغیر جنسیت در شیوع اختلال شخصیت اسکیزوئید و مرزی موثر می باشد و این دو اختلال به طور معناداری ($P < 0/05$) در زنان مبتلا به صرع شایعتر از مردان مبتلا بوده (جدول ۳) حال آنکه در گروه شاهد چنین نقشی وجود نداشت (جدول ۴)

صفات شخصیتی وابسته، نمایشی، وسواسی، منفعل - پرخاشگر و مرزی در زنان به طور معناداری شایعتر از مردان بوده و صفات ضد اجتماعی و پارانوئید در مردان این گروه شیوع بیشتری از زنان داشت و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود (جدول ۵). حال آنکه

جدول ۵: مقایسه اختلالات شخصیتی در زنان و مردان در گروه بیمار

P_value	تعداد زنان		تعداد کل	
	مردان	مبتلا		
۰/۷۹۰	۹	۸	۱۷	S
۰/۲۱۶	۱۳	۸	۲۱	A
۰/۰۰۰*	۱۵	۴۴	۵۹	D
۰/۰۰۰*	۱۲	۳۱	۴۳	H
۰/۰۹۵	۱۵	۲۳	۳۸	N
۰/۰۰۱	۲۷	۱۲	۳۹	AS
۰/۰۰۰*	۱	۲۴	۲۵	O
۰/۰۰۰*	۹	۳۱	۴۰	P.A
۰/۱۴۹	۰	۲	۲	Sch
۰/۰۰۰*	۴	۴۸	۵۲	B
۰/۰۰۱	۱۵	۳	۱۸	P

جدول ۶: مقایسه صفات شخصیتی در زنان و مردان در گروه شاهد

P_value	تعداد زنان		تعداد کل	
	مردان	مبتلا		
۰/۰۲۸	۷	۲	۹	S
۰/۰۲۸	۷	۲	۹	A
۰/۰۰۰	۰	۱۹	۱۹	D
۰/۱۱۷	۹	۲۰	۲۹	H
۰/۱۷۴	۱۶	۱۵	۳۱	N
۰/۰۳۱	۳۵	۳	۳۸	S
۰/۰۰۰	۱۷	۷	۲۴	O
۰/۸۰۲	۸	۱۰	۱۸	P.A
—	۰	۰	۰	Sch
۰/۲۷۶	۲	۶	۸	B
۰/۰۰۱	۱۰	۱	۱۱	P

اختلال شخصیت مرزی شیوع بیشتری در افراد مصروع دارد (۷). در مطالعه دیگری اختلال شخصیت ضد اجتماعی در افراد مبتلا به صرع بیشتر گزارش شد (۲۰). اما سایر مطالعات به نتایج متفاوتی رسیده اند و شایع ترین اختلالات را اختلال شخصیت وابسته و اجتنابی مطرح کرده اند (۸ و ۱۵).

بر اساس نتایج این مطالعه شیوع اختلالات شخصیت در زنان مبتلا به صرع بیشتر از مردان مشاهده می شود که ناهمسو با مطالعاتی است که نشان داده اند شیوع اختلالات روانشناختی در مردان مبتلا به صرع بیشتر مشاهده می شود. البته این مطالعات به بررسی تفاوت

جدول ۳: مقایسه زنان و مردان در گروه بیمار

P_value	تعداد زنان		تعداد کل	
	مردان	مبتلا		
۰/۰۳۷*	۰	۴	۴	S
—	—	—	—	A
۰/۳۱۲	۰	۱	۱	D
۰/۳۰۵	۱	۳	۴	H
۰/۳۰۵	۳	۱	۴	N
۱/۰۰	۳	۳	۶	AS
۰/۳۱۲	۱	۰	۱	O
—	—	—	—	P.A
—	—	—	—	Sch
۰/۰۰۹*	۶	۰	۶	B
۰/۱۴۹	۲	۰	۲	P

جدول ۴: مقایسه زنان و مردان در گروه شاهد

P_value	تعداد زنان		تعداد کل	
	مردان	مبتلا		
—	۰	۰	۰	S
—	۰	۰	۰	A
۰/۷۵۲	۱	۲	۳	D
۰/۳۰۹	۱	۰	۱	H
۰/۸۱۸	۱	۱	۲	N
۰/۶۸۰	۳	۰	۳	S
۰/۳۰۹	۱	۰	۱	O
۰/۳۱۲	۰	۱	۱	P.A
—	۰	۰	۰	Sch
—	۰	۰	۰	B
۰/۳۰۹	۱	۰	۱	P

در گروه شاهد، شیوع صفات اسکیزوئید، دوری گزین، ضد اجتماعی، وسواسی و پارانوئید در مردان و صفت شخصیتی وابستگی در زنان به شکل معناداری بالاتر بود. سایر صفات شخصیتی بیمار گونه در زنان شیوع بالاتری داشت اما این تفاوت از نظر آماری معنا نداشت (جدول ۶).

بحث و نتیجه گیری

نتیجه این تحقیق نشان داد که اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماع در میان افراد مبتلا به صرع بیش از افراد فاقد صرع مشاهده می شود که همسو با مطالعه ویکتوروف و همکاران (۱۹۹۴) می باشد که نشان داد

جنسیتی خاص اختلالات شخصیتی نپرداخته اند (۲۲). همچنین مطالعات مختلف به ارتباط جنسیت و صفات شخصیتی اشاره ای نداشته اند و به ارتباط سن فرد، فراوانی حملات و تعداد داروهای ضد صرع و صفات شخصیتی اشاره کرده اند (۲۳).

در تبیین نتایج مطالعه حاضر می توان اینگونه عنوان کرد که صرع یک بیماری ناتوان کننده است و در بردارنده کاهش حس کنترل و خودکارآمدی، مشکلات اجتماعی و عزت نفس پایین می گردد (۲۴). همچنین صرع می تواند با تغییرات در شناخت و رفتار همراه باشد (۲۵) از این دیدگاه افزایش مشکلات اجتماعی، ناتوانی در کنترل هیجانات و رفتارها می تواند واکنش سازگارانه به شرایط بیماری یا واکنش به عوامل روانی اجتماعی (برچسب بیماری، عزت نفس پایین انزوای اجتماعی و ...) و / یا عوامل بیولوژیکی (اثرات درازمدت حملات صرع، ضربه به سر بعد از حملات مکرر و تأثیرات دارو) باشد (۲۳ و ۲۰ و ۱۸).

بر اساس این تحقیق شیوع کلیه صفات شخصیتی بیمار گونه به ویژه مرزی، منفعل پرخاشگر و وابسته در افراد مبتلا به CPS بیش از افراد فاقد صرع می باشد. برخی مؤلفین بر این اعتقادند که کلیه وقایعی که باعث اختلال الکتریکی سیستم لیمبیک می شوند باعث اختلالات رفتاری از جمله تغییرات شخصیتی می گردد (۱۲ و ۱۴). اما این تغییرات تنها در ابعاد مرزی و ضد اجتماعی به حد یک اختلال بارز می گردد. به نظر می رسد دیس ریتمی های نواحی تامپورال در بروز رفتارهای برونگرایی ناهنجار به نوعی دخالت دارند. با در نظر گرفتن این حقیقت که ۷۴٪ بیماران مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی حداقل از یک نوع صفت شخصیتی بیمارگونه رنج می بردند (۴۹ نفر از ۶۶ نفر) و این میزان در گروه شاهد ۳۱/۵ درصد (۳۰ نفر از ۹۵ نفر) می باشد، نقش این اختلال بارزتر می شود. علاوه بر این ۲۷/۲٪ بیماران مصروع نوعی اختلال شخصیت بارز داشتند (۱۸ نفر از ۹۵ نفر).

این تفاوتها که همگی از نظر آماری معنا دار می باشد می توانند از علل گوناگونی ناشی شوند. دیس ریتمی های الکتریکی سیستم لیمبیک، تاثیر یک بیماری مزمن، نقش داروهای مصرفی، عوامل روانی اجتماعی از جمله دلایلی هستند که برای توضیح شیوع بالای تغییرات شخصیتی در بیماران مصروع مطرح می شوند. به نظر می رسد پزشکان در برخورد با افراد مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی، باید درمان همزمان معضلات شخصیتی را نیز در نظر داشته باشند. از آنجا که اختلال زمینه ای اکثر افراد مورد پژوهش با درمان های ضد تشنج از نظر بالینی کنترل شده بود، درمان اختلالات شخصیتی نباید به داروهای ضد تشنج محدود شود و پیگیری های مجزایی را می طلبد.

این مطالعه تلاش نموده تا به بررسی اختلالات و صفات شخصیتی با استفاده از پرسشنامه چند محوری میلون در افراد مبتلا به صرع موضعی پیچیده پردازد و به تفاوت جنسیتی در این زمینه نیز توجه نماید که به نظر می رسد در مطالعات پیشین توجهی به آن نشده است بنابراین می تواند راهگشای سایر مطالعات باشد. اما محدودیت هایی نیز وجود داشته به عنوان مثال انتخاب نمونه از بین افرادی بود که به پزشک مراجعه نموده و لذا بیماری از شدت قابل توجهی برخوردار بود، بنابراین نمی توان این یافته ها را به کل جمعیت بیماران مبتلا به صرع تعمیم داد. همچنین این مطالعه تنها به بررسی صفات و اختلالات شخصیتی در این جمعیت پرداخت که می توان پیشنهاد کرد که مطالعات آتی به بررسی سایر اختلالات روانپزشکی از جمله اختلالات خلقی نیز پردازند.

تشکر و قدردانی

محققین بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کارکنان محترم درمانگاه بیمارستان قائم (عج) و ابن سینای مشهد سپاسگزاری نمایند.

References

1. Carod-Artal F J, Coral LF, Trizotto DS, Menezes Moreira C. Poststroke Depression: Prevalence and Determinants in Brazilian Stroke Patients. *Cerebrovasc Dis.* 2009;28:157-65.
2. Carota A, Berney A, Aybek S, Iaria G, Staub F, Ghika-Schmid F, Annable L, Guex P, Bogousslavsky J: A prospective study of predictors of poststroke depression. *Neurology* 2005;64(3):428-33.
3. Olesen SC, Andersen B, Kofoed-Enevoldse A. The treatment of post stroke-depression and emotionalism in clinical practice *Ugeskr.Laeger.* 2007; 169(16): 1470-72.
4. Sit WHJ, Wong KST, Clinton M, Li LSW. Associated factors of post-stroke depression among Hong Kong Chinese: a longitudinal study. *Psychol Health Med.* 2007; 12(2): 117-25.
5. Carod-Artal FJ. Post-stroke depression (I). Epidemiology, diagnostic criteria and risk factors. *Rev Neurol.* 2006; 42(3):169-75.
6. Nicholl CR, Lincoln NB, Muncaster K, Thomas S. Cognitions and post-stroke depression, *Br.J.Clin.Psychol.* 2002; 41(3):221-31.
7. Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sadjadi AR, Faghihinia M. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2008; 10(39): 191-97.(Persian)
8. Gupta A, Pansari K,Shetty H. Post-stroke depression, *Int.J.Clin.Pract* 2002; 56(7), : 531-537.
9. Toso V, Gandolfo C, Paolucci S, Provinciali L, Torta R, Grassivaro N. Post-stroke depression: research methodology of a large multicentre observational study (DESTRO). *Neurol Sci.* 2004 ; 25(3): 138-44.
10. Sato S,Yamakawa Y, Terashimai Y, Asada T. A clinical psychiatric study about post-stroke depression. *Psychiatria et Neurologia Japonica (Seishin Shinkeigaku Zasshi).* 2006; 108(9): 906-16.
11. Huff W, Ruhrmann S, Sitzer, M. Post-stroke depression: diagnosis and herapy. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2001;69(12) : 581-91.
12. Danae Sij Z, Bahrainian AM, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzadeh GH.Therapeutic effects of drug therapy with and withoutcognitive behaviour therapy in post-stroke depression.*Journal of Birjand University of Medical Sciences.* 2011; 17(4): 232-9.(Persian)
13. Sandor H,Zsolt K,Harcos P, NagyZ, Gyorgy N, Gyorgy A. Clinical effectiveness and safety of paroxetine in post-stroke depression: results from a phase 4, open label, multicenter clinical trial with 26 weeks of follow-up. *Orv Hetil.* 2006; 147(50): 2397-404.
14. Fruehwald S, Gatterbauer E, Rehak P, Baumhackl U. Early fluoxetine treatment of post-stroke depression--a three-month double-blind placebo-controlled study with an open-label long-term follow up. *J.Neurol.* 2003;250(3): 347-51.
15. Sondergaard MP, Jarden JO, Martiny K, Andersen G, Bech P.Dose response to adjunctive light therapy in citalopram-treated patients with post-stroke depression. A randomised, double-blind pilot study. *Psychother Psychosom.* 2006; 75(4): 244-8.
16. Gharaee B, Mehriar A, Mehrabi , F.Attribution style in patients with comorbid anxiety and depression. *Journal of Iran psychiatry and clinical psychology.*2000 ;20:37-42.
17. Chan AS,Choi A,Chiu H,Lam L. Clinical validity of the Chinese version of Mattis Dementia Rating Scale in differentiating dementia of Alzheimer's type in Hong Kong. *Journal of the International Neuropsychological Society.* 2003; 9(3): 45-55.
18. Kimura M, Robinson R, Kosier J.Treatment of Cognitive Impairment After Poststroke Depression. *Stroke.* 2000;31:1482-86.
19. Wichowicz H, Gasecki D, Landowski J, Lass P, Nyka WM, Kozera G. The stroke variables assessment as a prognostic factor for post-stroke depression with the emphasis on the cerebral SPECT regional blood flow asymmetry. *Psychiatr Pol.* 2006; 40(3):539-50.
20. Primeau F. Post-stroke depression: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry.* 1988;33(8): 757-65.
21. Kronenberg G,Katchanov J, Endres M. Post-stroke depression: clinical aspects, epidemiology, therapy, and pathophysiology. *Nervenarzt.* 2006; 77(10): 1176-9.
22. Suh M, Kim K, Kim I, Cho N, Choi H, Noh S. Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2005; 42(6): 611-8.
23. Kucukalic A, Bravo-Mehmedbasic A, Kulenovic A. D, Suljic-Mehmedika E. Venlafaxine efficacy and tolerability in the treatment of post-stroke depression. *Psychiatr Danub.* 2007; 19(1-2): 56-60.
24. Zhao H, Wang CY, Zhao WL. Analysis on correlative elements of post stroke depression, *Zhongguo Zhen Jiu.* 2007; 27(1): 9-11.
25. He J, Shen PF. Clinical study on the therapeutic effect of acupuncture in the treatment of post-stroke depression. *Zhen Ci Yan Jiu.* 2007; 32(1):. 58-61.

Effect of citalopram on depression and cognitive functions of stroke patients

Naghmeh Mokhber,

Associate Professor of Neuropsychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Mahmoudreza Azarpazhooh

Associate professor of Neurology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Negar Asgharipour

Assistant Professor of Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received:11/08/2011, Revised:30/09/2011, Accepted:18/12/2011

Correspondence author:

Dr Negar Asgharipour
Psychiatry and Behavioral Sciences
Research Center, Ibn-e-Sina
Hospital, Faculty of Medicine,
Mashhad University of Medical
Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Aim: In this study, we evaluated personality traits and disorders among patients with CPS using Millon Test.

Material and Method:This survey was a descriptive analytic study. We evaluated all of the patients with CPS in outpatients clinic of Avesina and Ghaem Hospital, Mashhad University of medical Sciences. Finally, 74 patients with CPS and 100 normal volunteers were recruited and Millon test was performed by a psychiatrist who was blind to the diagnosis.

Finding:In this study, 74.2% of the patients and 31.5% of control group had at least one pathological personality trait ($P<0.05$). Personality disorders were significantly higher in CPS comparing control group (27.2% Vs 8.4% respectively) .

The most common personality disorders were schizoid and borderline. The prevalence of borderline and antisocial personality disorders were significantly higher in patients ($P<0.05$). All of the pathological personality traits were more common in CPS , and the difference was significantly higher for borderline, dependent and passive aggressive traits comparing control group. Personality disorders were more common in women. Conclusion:

Results This study clearly showed the higher prevalence of some of the pathologic personality traits and disorders among patients with CPS. This finding might be related to abnormal pathological activity in temporal lobe, however CPS as a chronic disorder, might also had sever impact on the personality changes.