

گزارش یک مورد درمان بیمار مبتلا به پدوفیلی همراه با عقب ماندگی ذهنی و اختلال خلقی دو قطبی

دکتر فاطمه خدایی فر، دکتر نرگس بیرقی*

* گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

شایعترین انحراف جنسی که توسط دستگاههای قضایی تشخیص داده می شود، اختلال پدوفیلی (Pedophilia) می باشد. همراهی اختلالات روانپزشکی با این اختلال شایع می باشد. متأسفانه درمان این بیماری بسیار مشکل است. این گزارش به معرفی یک مورد بیمار مبتلا به اختلال پدوفیلی همراه با اختلال دو قطبی و عقب ماندگی ذهنی که به درمان با کاربامازپین و اسپرونولاکتون پاسخ داده است، اشاره می کند.

واژگان کلیدی: پدوفیلی، کاربامازپین، اسپرونولاکتون، اختلال دو قطبی، عقب ماندگی ذهنی.

مقدمه

رفتارهای تکانشی جنسی شامل رفتارهای غیرکنترل شده یا بیش از حد جنسی و یا افکار و شناخته های جنسی می باشند که باعث رنج ذهنی، اختلال عملکرد شغلی- اجتماعی و یا درگیری قانونی برای فرد مبتلا می گردند. این رفتارها می توانند شامل رفتار معمول جنسی و یا انواع انحراف یافته هیجانات جنسی مثل اختلال پدوفیلی باشند (۱). اختلال پدوفیلی در تعریف به انگیزه ها یا اعمال جنسی معطوف به بچه های زیر سن بلوغ اطلاق می گردد که حداقل به مدت ۶ ماه طول کشیده باشد (۲). در بین بیماران دچار انحراف جنسی که توسط دستگاههای قانونی تشخیص داده شده اند، پدوفیلی شایع ترین آنها می باشد (۳). علیرغم هزینه های اجتماعی قابل توجه این بیماری و عواقب روانی زیاد برای بچه های قربانی (۴) در حال حاضر درمان جامعی برای این اختلال، وجود ندارد (۵، ۶). مشکل دیگر در درمان این بیماران، عدم بینش در مورد اختلال، در اکثر این افراد می باشد که در نتیجه با پذیرش درمان نیز موافقت نمی کنند (۷). گزارش حاضر، به درمان یک

بیمار مبتلا به اختلال پدوفیلی همراه با اختلال دو قطبی و عقب ماندگی ذهنی توسط کاربامازپین و اسپرونولاکتون می پردازد. در ضمن سیر درمان عارضه سندرم نورولپتیک بدخیم متعاقب تزریق fluvoxamine در بیمار مذکور شرح داده شده است.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۲۶ ساله ای است که دچار عقب ماندگی خفیف ذهنی بوده و پس از جدا شدن از همسر و بیکاری با تشدید علائم مانیا و امیال پدوفیلی، توسط خانواده به درمانگاه روانپزشکی ارجاع داده شده است. شروع حملات اختلال دو قطبی از حدود سن ۱۵-۱۴ سالگی و همزمان با شروع امیال پدوفیلی بوده است. گرچه با تجویز سدیم والپروات و تیوریدازین علائم خلقی بیمار به طور نسبی بهبود یافته بود ولی امیال پدوفیلی همیشه پایدار بوده اند و بیمار از نظر مصرف دارو، پذیرش خوبی نداشته است. در مراجعه اخیر، برای بیمار آمپول فلوآنکسول عضلانی هر دو هفته، تیوریدازین ۳۰۰mg و لیتیوم ۹۰۰mg روزانه شروع می گردد. ۱۹ روز بعد، با تزریق تنها یک آمپول فلوآنکسول، بیمار با علائم سندرم نورولپتیک بدخیم به بیمارستان و بخش ICU منتقل و تحت درمانهای حفاظتی با بروموکریپتین

آدرس نویسنده مسئول: تهران، ولنجک، بیمارستان آیتا...، طالقانی، بخش اعصاب و روان،

دکتر فاطمه خدایی فر (email: Fatemeh_Khodaeifar@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۴/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۹/۱۲

(۲۰ mg/d)، بکلوفن (۱۰۰ mg/d) و بی‌پریدن (۶ mg/d) قرار می‌گیرد. به دلیل عدم توان مالی خانواده، آمپول دانترون فقط چند دوز تزریق می‌گردد. پس از حدود یک هفته به دلیل عدم بهبودی کامل لرزش و سختی عضلانی، بروموکریپتین و بی‌پریدن قطع و آمانتادین با دوز ۴۰۰ mg روزانه شروع می‌شود که لرزش و سختی عضلانی به سرعت از بین می‌روند. با توجه به اختلال دوقطبی در بیمار و مرور مطالعات که کاربامازپین را در یک مورد بیمار مبتلا به پدوفیلی مؤثر دانسته بودند، کاربامازپین با هدف درمان اختلال خلقی و پدوفیلی شروع می‌گردد. برخلاف سابقه قبلی بیمار که با رفع علائم خلقی، امیال پدوفیلی پایدار می‌ماندند، کاربامازپین با دوز ۶۰۰ mg روزانه در رفع علائم مانیا و نیز امیال پدوفیلی بیمار مؤثر بود. دو هفته بعد به دلیل پابرجا ماندن نسبی امیال پدوفیلی مشاوره غدد در خواست شد. طبق این مشاوره، به دلیل احتمال بیشتر شدن میل جنسی پس از تزریق اولین دوز مدروکسی پروژسترون، قرص اسپرونولاکتون ۲۵ mg سه بار در روز برای بیمار توصیه شد. در آخرین پیگیری که ۱۰ ماه بعد از تجویز داروهای کاربامازپین و اسپرونولاکتون انجام گردید، بیمار از نظر مشکل خلقی و پدوفیلی تحت کنترل بود و عارضه قابل توجهی نداشت.

کاهش امیال پدوفیلی بر اساس گزارش خانواده و خود بیمار بود.

بحث

این گزارش اولین مورد گزارش شده (تا حد معلومات ما) در مورد درمان اختلال پدوفیلی همراه با اختلال خلقی دوقطبی و عقب ماندگی ذهنی با ترکیب کاربامازپین و اسپرونولاکتون می‌باشد. سوءاستفاده جنسی از کودکان (پدوفیلی)، ۲۵٪ از کل جرایم جنسی را شامل می‌گردد (۸). همراهی اختلالات روانپزشکی با پدوفیلی شایع می‌باشد (۹). از طرفی در یک بررسی که بر روی ۴۷۳ بیمار مرد مبتلا به پدوفیلی توسط کانتور و همکارانش صورت گرفت، رابطه معنی‌دار معکوسی بین پدوفیلی با میزان بهره هوشی (IQ) مشاهده گردید (۱۰) که در بیمار ما نیز اختلال دوقطبی نوع یک به همراه عقب‌ماندگی ذهنی وجود داشت.

عدم بینش و بصیرت در مورد اختلال پدوفیلی در اکثر این افراد گزارش شده است که خود مانعی برای پذیرش درمان

می‌باشد (۷). بیمار ما نیز اختلال خود را انکار می‌نمود که این انکار با میزان بهره هوشی (IQ) او تطابق نداشت.

درمان بیماران دچار انحراف جنسی مشکل می‌باشد. عقیم‌سازی دارویی، روان‌درمانی و دارودرمانی روشهای موجود می‌باشند اما اغلب ناموفق گزارش شده‌اند. درمان با داروی مدروکسی پروژسترون (آنتی آندروژن) که ترشح گنادوتروپین و متعاقب آن تستوسترون را کاهش می‌دهد و نیز سیپروترون استات که عمل تستوسترون را مهار می‌کند، همیشه موفقیت‌آمیز نبوده است. بعضی بیماران با داروهای سروتونرژیک بهبود می‌یابند (۵). درمان با آگونیست‌های هورمون آزادکننده هورمون لوتئینیزه کننده (LHRH) نیز مؤثرتر و با عوارض کمتر، گزارش شده‌اند (۱۱، ۱۶). گزارشی هم از بهبود اختلال پدوفیلی توسط کاربامازپین و کلونازپام موجود است (۱۲). با توجه به اطلاعات محدود در منابع، ما برای درمان علائم بیمار مذکور از میان داروهای در دسترس، اسپرونولاکتون را جهت رفع تمایلات جنسی پدوفیلی (به دلیل اثر قوی ضد آندروژن) و کاربامازپین را جهت رفع اختلال خلقی دوقطبی و نیز تمایلات پدوفیلی استفاده نمودیم. چنانچه قبلاً ذکر کردیم دلیل عدم استفاده از مدروکسی پروژسترون احتمال بیشتر شدن تمایلات جنسی پس از اولین تزریق بود که خانواده بیمار با این امر موافق نبودند.

اگرچه ما در جستجو در منابع موجود، مطالعه‌ای در خصوص اثر اسپرونولاکتون بر روی اختلال پدوفیلی نیافتیم اما به دلیل اثر ضد آندروژنی آن را انتخاب کردیم. تجویز کاربامازپین قبل از تجویز اسپرونولاکتون، به تنهایی باعث بهبود نسبی امیال پدوفیلی گردید که بعداً با اضافه شدن اسپرونولاکتون، پاسخ درمانی تا حد کامل حاصل گردید.

با توجه به سابقه قبلی بیمار که با رفع علائم خلقی، امیال پدوفیلی او ادامه داشتند، می‌توان نتیجه گرفت که اثر کاربامازپین بر این امیال مجزا از اثرات خلقی آن بوده است و نیز این سابقه نشان می‌دهد که امیال پدوفیلی علامتی از میل جنسی بالا در مانیا نبوده است، لیکن با تشدید علائم خلقی کنترل بیمار بر این امیال نیز کمتر می‌شده است.

در مجموع می‌توان از ترکیب کاربامازپین و اسپرونولاکتون در درمان اختلال دوقطبی همراه با اختلال پدوفیلی بهره جست، گرچه برای نتیجه‌گیری قطعی نیاز به مطالعات بالینی کنترل شده بیشتری می‌باشد.

REFERENCES

1. Black D. Compulsive sexual behavior: review. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1998;4:219-29.
2. Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th edition, Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2005;p:1972.
3. Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Synopsis of psychiatry*. 9th edition, Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2003.
4. Cohen J, Galynker II. Clinical features of pedophilia and implication treatment. *J Psychiatr Pract* 2002;8(5):276-89.
5. Saleh FM, Berlin FS. Sex hormones, neurotransmitters, and psychopharmacological treatment in men with paraphilic disorders. *J Child Sex Abu* 2003;12(3-4):233-53.
6. Saleh FM, Niel T, Fishman MJ. Treatment of paraphilia in young adults with leuprolide acetate: a preliminary case report series. *J Forensic Sci* 2004;49(6):1343-8.
7. Haywood IW, Grossman LS. Denial of deviant sexual arousal and psychopathology in child molesters. *Behav Ther* 1994;25:327-40.
8. Möller A, Bier-weiss I. The pedophilic offender--an attempt at perpetrator typology. *Psychiatr Prax* 1995;22(1):24-6.
9. Leue A, Borchard B, Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *Eur Psychiatry* 2004;19(3):123-30.
10. Cantor JM, Blanchard R, Christensen BK, Dickey R, Klassen PE, Beckstead AL, et al. Intelligence, memory and handedness of pedophilia. *Neuropsychology* 2004;18(1):3-14.
11. Briken P, Hill A, Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2003;64(8):890-7.
12. Varela D, Black D.W. Paraphilia treated with carbamazepine and clonazepam. *Am J Psychiatry* 2002;159(7):1245-6.