

## گزارش یک مورد اختلال هراس شبانه همراه با حملات فلج خواب و تجربه خروج روح از بدن

دکتر علیرضا غفاری نژاد

### خلاصه

تجربه خروج روح از بدن، یک تجربه نادر است که در بیماران رو به مرگ گزارش شده است. این پدیده ممکن است در افراد سالم هنگام خواب رفتن نیز مشاهده شود. به علاوه امکان مشاهده آن در بیماران مبتلا به اختلالات روانی و عصبی نیز وجود دارد. در این گزارش به معرفی بیماری با اختلال هراس شبانه پرداخته می شود که همزمان دچار تجربه خروج روح از بدن، فلج خواب و توهمات هیپنوگوجیک نیز بود. تاکنون چنین مواردی گزارش نشده است. بعد از معرفی بیمار به بحث در خصوص علائم وی پرداخته شده است.

### واژه‌های کلیدی: اختلال هراس شبانه، تجربه خروج روح از بدن، فلج خواب، توهم هیپنوگوجیک

#### مقدمه

فلج خواب (sleep paralysis) یکی از اختلالات خواب است و علائم آن در هنگام خواب رفتن و یا بیدار شدن پیدا می شود. در این هنگام فرد توانایی انجام اعمال ارادی را از دست می دهد. غالباً بیمار کاملاً هوشیار می باشد. این حملات گاهی تا چندین دقیقه طول می کشد و گاهی فرد می تواند با ایجاد حرکاتی در چشم های خود حمله را متوقف نماید. این حملات برای بیمار فوق العاده ناخوشایند است (۲۰). گاهی نیز در هنگام خواب رفتن یا

بیدار شدن توهماتی پیدا می شوند که به صورت بینایی، شنوایی و لامسه بوده و در بسیاری از افراد سالم نیز مشاهده می گردد. توهماتی که در هنگام خواب رفتن پیدا می شوند، توهمات هیپنوگوجیک (Hypnagogichallucinations) نامیده می شوند. گاهی توهمات هیپنوگوجیک همراه فلج خواب مشاهده می گردد (۱۶). اتوسکپی (Autoscopy) تجربه ای است □ که □ فرد تصویر خودش را می بیند و می داند که این تصویر متعلق □ به □ خودش می باشد و گاهی تصویر شبیح

در آینه (Phantommirrorimage) نامیده می‌شود. تجربه اتوسکوپییک از نوع توهم بینایی است. پیدایش این تصویر با اراده بیمار نمی‌باشد. این علامت ممکن است در انواع روان‌پریشی‌ها و یا اختلالات روانی دیگر مشاهده گردد و تحت عنوان مشخص‌تر (Autoscopichallucination) نامیده می‌شود.

در بیماران رو به مرگ و افرادی که به علت یک بیماری داخلی بد حال بوده و یا در کوما به سر می‌برده‌اند، ممکن است تجربه خروج روح از بدن (outofbodyexperience) مشاهده گردد. در این تجربه، بیمار روح خود را می‌بیند که از جسم خارج شده و از بالا به پایین می‌نگرد (۱۶). در پدیده اتوسکوپی، هوشیاری در بدن و در تجربه خروج روح از بدن، هوشیاری در تصویر انعکاسی مستقر است.

در حملات هراس که معمولاً به صورت ناگهانی شروع شده و در عرض ده دقیقه علایم به حداکثر شدت خود می‌رسند، احساس ترس شدید همراه علایم فیزیکی و شناختی متعدد اضطراب به وجود می‌آید. علایم این اختلال عبارتند از: تپش قلب، تعریق، احساس تنگی نفس، تهوع و احساس ناراحتی در شکم، احساس خفگی، احساس سرگیجه یا عدم تعادل، احساس مسخ واقعیت و مسخ شخصیت، ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن، ترس از مردن، پاراستزی و احساس یخ کردن یا داغ شدن. وجود ۴ علامت از علایم فوق برای تکمیل ضوابط تشخیصی کافی است. شیوع در زمان زندگی (life time prevalence)، ۵-۱/۵ درصد است (۱۲) در ۵۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال هراس، حملات فقط در هنگام شب رخ می‌دهد و شدت آنها از شدت حملات در طول روز بیشتر است (۵). در این مقاله به معرفی بیماری پرداخته می‌شود که دچار حملات

شبهانه هراس متعدد بوده و علاوه بر علایم مربوط به این اختلال، در حین حمله دچار علایم فلج خواب، توهمات هیپنوگوجیک و اتوسکوپی نیز بود. در مروری که بر روی مقالات مربوط از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۹ صورت گرفت، تا به حال چنین موردی که تمامی این علایم را با هم داشته باشد، گزارش نشده است. بعد از معرفی بیمار به بحث در باره علایم وی پرداخته شده است. با توجه به اینکه تقسیم‌بندی فعلی در روانپزشکی بیشتر بر اساس توصیف است و نه اتیولوژی، گزارش بیمارانی که چندین اختلال را با یکدیگر گزارش می‌دهند، می‌تواند در روشن تر شدن مکانیسم‌های ایجاد اختلالات مؤثر باشد.

#### گزارش بیمار

مرد ۲۱ ساله، مجرد، دانشجوی، اهل و ساکن کرمان در سال ۱۳۷۸، به دلیل مشکلاتی که در هنگام خواب رفتن داشت، جهت درمان مراجعه نمود. وی اظهار نمود که از ۴ ماه قبل از مراجعه، هنگامی که می‌خواهد به خواب رود، دچار احساس ترس و وحشت شدید شده و احساس می‌کند که دارد سخته می‌کند. در همین هنگام دچار تنگی نفس و احساس خفگی شده، تپش قلب و تعریق پیدا می‌کند. به رغم اینکه بیدار است، چشم‌هایش بسته است و قادر به تکان خوردن نیست. به علاوه تصویری شبیح مانند از او جدا شده و به سمت بالا می‌رود و از بالا به نظاره خودش می‌پردازد. بعضی مواقع علاوه بر شبیح سفیدرنگ خود، چند شبیح سفید رنگ دیگر را نیز می‌بیند که صداهای ناهنجاری از خود بیرون می‌آورند.

در حالت جدا شدن شبیح سفید رنگ، بیمار ترس و وحشت زیادی را تجربه می‌نمود و در این حالت هم شبیح

سفید رنگ دچار وحشت می‌شد و هم بدن بیمار که دراز کشیده بود. بیمار عنوان داشت که چنانچه به خودم برای برگرداندن شیخ فشار وارد نکنم، ممکن است از خانه خارج شود. زمانی که شیخ از سقف اتاق می‌گذشت، می‌توانست کوچه و خیابان اطراف را نیز از بالا نظاره کند. حملات گاهی تا سه مرتبه در شب تکرار شده و حدود بیست دقیقه به طول می‌انجامید و گاهی نیز مانع از خوابیدن مجدد بیمار می‌شد. در طول روز بیمار از برگشت حالات ذکر شده در هنگام خواب نگران بود ولی به طور کلی اضطراب دیگری نداشت. علائم افسردگی و سابقه سوء مصرف مواد، سابقه استرس در شش ماه قبل از پیدایش علائم و سابقه بیماری روانی و یاجسمانی قبلی وجود نداشت. در تاریخچه خانوادگی، بیمار پنجمین فرزند از پنج فرزند خانواده بود و هیچ گونه سابقه فامیلی برای بیماری‌های روانی موجود نبود. در معاینه وضعیت روانی، به غیر از اضطراب خفیف یافته مثبت دیگری مشاهده نشد. در معاینه نورولوژیک و جسمی، نکته مثبتی یافت نشد. EEG و CTscan برای بیمار انجام شد که طبیعی بود.

بیمار با ۶۰ میلی گرم ایمپرورامین در سه دوز منقسم به همراه یک میلی گرم کلونازپام در شب، تحت درمان قرار گرفت. کلیه علائم بعد از ۴ هفته برطرف گردید و در هنگام نوشتن این مقاله، ۴ ماه بعد از شروع دارو بیمار همچنان بدون علامت بود.

#### بحث

بیمار معرفی شده، بر اساس ضوابط تشخیصی DSM IV، برای اختلالات روانی دچار اختلال هراس (panic disorder)، همراه با فلج خواب بود. با توجه به نوع و زمان

علائم تجربه شده و همراه با EEG طبیعی، تشخیص صرع کنار گذاشته شد.

فلج خواب یک اختلال شایع از نوع پاراسومنیا در هنگام خواب رفتن و یا بیدار شدن از خواب است. طبق مطالعه فوکودادر ژاپن، ۳۹/۸٪ از افراد به ظاهر سالم فلج خواب را تجربه کرده بودند. هر چند که آمار مرکز انجمن اختلالات خواب آمریکا کمتر است (۸). در مطالعه‌ای که بر روی دانشجویان صورت گرفت، نشان داده شد که ۹۸/۴٪ از افرادی که دچار فلج خواب بودند، حداقل یک علامت روانی را در حین آخرین اپیزود تجربه کرده بودند. هر چه شدت حملات فلج خواب بیشتر بود، نمره سایکوپاتولوژی دریافت شده نیز بیشتر بود. نمره دریافت شده توسط مبتلایان به فلج خواب در زمینه تخیلات واضح، خروج روح از بدن و هیپنوز شوندرگی از آنان که دچار فلج خواب نبودند، بیشتر بود (۱۷). مواردی از پیدایش توأم فلج خواب و تجربه خروج روح از بدن گزارش شده است. هر چند که آماری از شیوع توأم این دو اختلال در دست نمی‌باشد (۱). یکی از علائم اختلال هراس، احساس مسخ واقعیت یا مسخ شخصیت می‌باشد. در یک مطالعه نشان داده شد که ۶۹٪ از مبتلایان به اختلال هراس، دچار این علائم در هنگام بروز حملات هراس بودند (۲). تجربه خروج روح از بدن با توجه به احساس تغییر در تجربه فرد از خودش، می‌تواند شکلی از احساس مسخ شخصیت قلمداد شود و بنابراین پیدایش این تجربه در زمینه اختلال هراس قابل درک است. هر چند که تجربه خروج روح از بدن در زمینه اختلال هراس به این صورت گزارش نشده است.

همان طور که در شرح حال بیمار ذکر شد، هم جسم بیمار وهم تصویر جدا شده از او دچار حالات ترس

و وحشت می‌گردند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بیمار از نظر علامت‌شناسی، هم‌خروج روح از بدن و هم توهم اتوسکپی را تجربه می‌نمود.

در یک مطالعه که بر روی ۳۴۰ دانشجوی ۱۶ تا ۱۹ ساله انجام گرفت، بدون ارتباط با اعتقادات، ۵۴/۴٪ اظهار داشتند که حداقل یک تجربه فوق‌طبیعه داشته‌اند که تجربه خروج روح از بدن، یکی از این تجربیات بود (۹). در مطالعه دیگری نشان داده شد که ارتباطی بین باورهای فوق‌طبیعه نظیر جادو و عالم ارواح با تجربه خروج روح از بدن وجود نداشت (۱۸). به هر صورت، به نظر می‌رسد، تجربیات ناشی از تغییر ادراک جسم و روان، من‌جمله تجربه خروج روح از بدن و پدیده اتوسکپی که در یک طیف قرار می‌گیرند، ممکن است در یک فرد کاملاً سالم صورت گیرد و یا علامتی از یک اختلال روانی نظیر اسکیزوفرنیا و یا اختلالات ارگانیک مغزی باشد (۱۹). در یک مطالعه، ۵۶ مرد با اتوسکپی که از سال ۱۹۳۵ تا ۱۹۹۴ گزارش شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. این موارد شامل ۳۸ مرد و ۱۸ زن بودند که ۳۳ نفر دچار اختلالات نورولوژیک بودند. شایع‌ترین اختلالات نورولوژیک صرع بود که در ۱۸ نفر مشاهده گردید. اختلال در نیمکره راست و چپ به صورت مساوی وجود داشت. ۳۳ نفر دچار اختلالات روانی شامل دلیریوم، افسردگی و روان‌پریشی بودند. تصاویری که حرف می‌زند، بیشتر در مردان جوان، اختلالات روان‌پریشی، توهمات طولانی مدت و یا توأم با توهمات هیپنوجوژیک مشاهده گردید. محققین نتیجه گرفتند که اتوسکپی ممکن است نقطه تلاقی متغیرهای متعددی شامل جنس، عوامل شخصیتی، اختلالات نورولوژیک و یا روانی، خستگی و تجربه (dissociation) باشد که تعامل بین آنها از توانایی مهارتی قطعه تمپورال

بیشتر است (۶). بروگر در سال ۱۹۹۶ اظهار داشت که توهمات اتوسکوپیک بیشتر مربوط به قطعه پس‌سری - گیجگاهی راست مغز می‌باشد (۳). پیدایش پدیده اتوسکپی و تجربه خروج روح از بدن در افراد رو به مرگ و همچنین مشاهده آن در بیماران مصروع و مبتلایان به اختلالات روانی، این فرضیه را مطرح کرده است که ترس شدید ممکن است یک عامل تسریع‌کننده در پیدایش این پدیده‌ها باشد (۷). یکی دیگر از تئوری‌هایی که برای توجیه پیدایش این پدیده‌ها در بیماران رو به مرگ ارائه شده، کاهش اکسیژن مغز می‌باشد (۱۴). گروه دیگری از مطالعات وجود دارد که به توضیح ارتباط تجربه خروج روح از بدن و خواب می‌پردازند. این پدیده در افراد سالم که هیچ‌گونه ضایعه مغزی ندارند، در هنگام به خواب رفتن به وجود می‌آید (۱۳). در یک مطالعه که بر روی ۱۴۰ دانشجوی انجام گرفت، نشان داده شد که تجربه خروج روح از بدن یکی از تجربیات در حین مرحله خواب و بیداری است (۱۰). یک محقق دیگر گزارش نموده است که تجربه خروج روح از بدن را در مرحله REM خواب در خود ایجاد کرده است و نتیجه گرفته که افراد می‌توانند این پدیده را تجربه نمایند بدون اینکه در موقعیت مخاطره‌آمیزی قرار گرفته باشند (۱۵). هیپنوز نیز به عنوان یک روش در ایجاد تجربه خروج روح از بدن معرفی شده است (۱۱).

هیچ‌گونه توضیح جامعی برای توضیح بیمار معرفی شده نمی‌توان ارائه داد اما شرح حال این بیمار را از چند جنبه می‌توان مورد بررسی قرار داد. نخست آنکه در فرهنگ بعضی از مناطق ایران من جمله کرمان، فلج خواب را به نیروی بیرونی که از خارج وارد می‌شود مربوط می‌دانند و اصطلاح "خفتو رویمان افتاده" را مکرراً برای

توضیح علایم فلج خواب از زبان بیمارانمان می‌شنویم. در بعضی دیگر از نقاط ایران، از اصطلاح بختک استفاده می‌شود. در نقاط دیگری از دنیا چنین توجیهی برای فلج خواب وجود دارد. اصطلاح فشار روح (Ghost oppression) در چین از این جمله است. در مطالعه‌ای که در چین صورت گرفته، نشان داده شده است که ۳۷٪ از افراد مورد مطالعه حداقل یک بار فشار روح یا فلج خواب را تجربه کرده بودند (۲۱). در این بیماران، ترس از مردن ناشی از اختلال هراس، همراه با باور فرهنگی خروج روح از بدن هنگام مرگ و نیز پیدایش فلج خواب ناشی از یک عامل فوق‌طبیعه بیرونی، می‌تواند توجیه کننده مجموعه علایم گزارش شده باشد. و نکته آخر اینکه نهایتاً پیدایش تمامی این علایم ناشی از اختلال عملکرد مغز می‌باشد، نقش ساقه مغز، سیستم لیمبیک و قطعه پری‌فرونتال در پیدایش علایم اختلال هراس مورد توجه است (۱۲).

لذا با اظهار نظرهای موجود نمی‌توان به یک ناحیه مشخص برای پیدایش علایم اختلال هراس، فلج خواب و تجربه خروج روح از بدن اشاره نمود. اما با توجه به اهمیت اختلال قطعه گیجگاهی در ایجاد علایم مسخ شخصیت و تجربه خروج روح از بدن، می‌توان نتیجه گرفت از مجموعه ساختمان‌های مغز که می‌توانند در پیدایش مجموعه علایم ذکر شده در این بیمار دخالت داشته باشند، قطعه گیجگاهی نقش بارزتری دارد.

### Summary

Nocturnal Panic Disorder Associated with Sleep Paralysis Episodes and Out-of-Body Experience: A Case Report

A. Ghaffari Nejad, MD<sup>1</sup>.

1. Assistant Professor of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

*Out-of-body experience is a rare experience reported in near death patients. It is also seen in healthy persons when falling asleep and in psychiatric and neurologic patients. In this article nocturnal panic disorder in a patient with co-existence of, sleep paralysis episodes, out of body experience and hypnogogichallucination is introduced. Such a case has not been reported yet. Along with his introduction, patient's symptoms are discussed.*

*Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2001; 8(1): 61-65*

**Key Words:** Nocturnal panic disorder, Out of body experience, Sleep paralysis, Hypnogogic hallucination

### References:

- disorder and sleep paralysis. *J Psychopharmacol* 1993; 7(3): 293-294.
- Ball S, Robinson A, Shekhar A and Walsh K. Dissociative symptoms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(12): 755-760.
- Brugger P, Regard M and Landis T. Unilaterally felt presence: Theneuropsychiatry of ones invisible doppelganger. *Neuropsychiatr Neuropsychol and Behav - Neurol* 1996; 9: pp114-122.
- Craske MG and Krueger MT. Prevalence of nocturnal panic in college population. *J Anxiety Dis* 1990; 4(2): 125-139.
- DeBeurs E, Garssen B, Buikhuisen M, Lange A, Van Balkom A and Van Dyck R. Continuous monitoring of panic. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(1): 38-45.
- Dening TR and Berrios GE. Autosopic phenomena. *Br J Psychiatry* 1994; 165(6): 808-817.
- Devinsky O, Feldmann E, Burrowes K and Bromfield E. Autosopic phenomena with seizures. *Arch Neurol* 1989; 46(10): 1080-1088.
- Fukuda K. One explanatory basis for the discrepancy of reported prevalences of sleep paralysis among healthy respondents. *Percept Mot Skills* 1993; 77(3pt1): 803-807.
- Gaynard TJ. Young people and the paranormal. *J Soc Psychol Res* 1992; 58(829): 165-180.
- Glickson J. The structure of subjective experience: Interdependencies along the sleep - weakness continuum. *J Ment Imagery* 1989; 13(2): 99-166.
- Irwin HJ. Hypnotic induction of the out of body experience. *Austr J Clin Hypnotherapy Hypnosis* 1989; 10(1): 1-7.

12. Kaplan HI and Sadock BJ: Synopsis of psychiatry. 8<sup>th</sup>ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1998; pp594-603.
13. Lishman WA: Organic psychiatry. 3<sup>rd</sup>ed., Blackwell science, 1998; p2.
14. Panadaradalam JP. Enigma of the near death experience. *Indian J Psychol Med* 1990; 13(1): 131-136.
15. Rogo DS. An experimentally induced NDE. *J Near Death Studies* 1990; 8(4): 257-290.
16. Sims A: Symptoms in mind. 2<sup>nd</sup>ed., Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1995; pp75-100.
17. Spanos NP, McNulty SA, DuBreuil SC and Pires M. The frequency and correlates of sleep paralysis in a university sample. *J Res Personal* 1995; 29(3): 285-305.
18. Tobacyk JJ and Mitchell TP. The out of body experience and personality adjustment. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175(6): 367-370.
19. Twemlow SW. Clinical approaches to the out of body experience. *J Near Death Studies* 1989; 8(1): 29-43.
20. Williams RL, Karacan I, Moore CA and Hirshkowitz M. Sleep disorders. In: Kaplan HI and Sadock BJ (Eds). Comprehensive textbook of psychiatry. 6<sup>th</sup> ed., Baltimore, William Wilkins, 1995; pp1373-1408.
21. Wing YK, Lee ST and Chen CN. Sleep paralysis in chinese: Ghost oppression phenomenon in Hong Kong. *Sleep* 1994; 17(7): 609-613.