



# Mfj

مجله فقه پزشکی

دوره چهاردهم، شماره چهل و چهارم، ۱۴۰۱

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/mf>



مقاله علمی پژوهشی

## تبیین فقهی پزشکی ماهیت صرع

فرزاد پارسا<sup>۱\*</sup>، ام‌کلثوم بهرامی جاف<sup>۲</sup>

۱. دانشیار گروه فقه و حقوق شافعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد فقه و حقوق شافعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** صرع براساس فهم جدید، یک بیماری عصبی است، اما در گذشته غالباً آن را یک بیماری روانی دانسته و حقوق بیماران را بر این اساس تبیین می‌کردند. پژوهش حاضر ضمن توجه به نگاه فقیهان گذشته و تبیین دیدگاه آنان و با مراجعه به متون تخصصی علوم مغز و اعصاب و روان پزشکی و با هدف بیان ماهیت حقیقی بیماری صرع و تفاوت آن با بیماری‌های روانی و جنون و نیز لزوم بازنگری در فقه اسلامی نسبت به حقوق این بیماران صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه میان رشته‌ای و با استفاده از روش توصیفی تحلیلی و براساس داده‌های طب سنتی، فقه اسلامی و علوم مغز و اعصاب و روان‌پزشکی است. گردآوری این داده‌ها به طریق کتابخانه‌ای بوده و تجزیه و تحلیل داده‌ها کیفی است.

**نتیجه‌گیری:** در این پژوهش ضمن تبیین دیدگاه طب سنتی و فقه‌های اسلامی و علوم جدید مغز، اعصاب و روان پزشکی، این نتیجه حاصل شد که بیشتر فقه‌های شیعه صرع را صرفاً «الحاله المعهوده» توصیف کرده‌اند، اما فهم فقه‌های اهل سنت و طب سنتی از صرع، این است که صرع یک بیماری روانی و یا متافیزیکی و تحت تأثیر ارواح و اجنه بوده و یا متأثر از اخلاط بدن است و برخی هم آن را شبیه اغما و غش دانسته‌اند. در حالی که این فهم و برداشت صحیح نیست زیرا امروزه صرع را یک اختلال عصبی - و نه روانی - می‌دانند. بر این اساس لازم است که فقها و دانشمندان احکام مصروعین را بر این اساس و در جهت احقاق حقوق این بیماران، باز تعریف کنند.

### اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۹/۰۳

### واژگان کلیدی:

صرع

دانش پزشکی

فقه اسلامی

\* نویسنده مسئول: فرزاد پارسا

آدرس پستی: کردستان، سنندج، دانشگاه کردستان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه فقه و حقوق شافعی

پست الکترونیک: [f.parsa@uok.ac.ir](mailto:f.parsa@uok.ac.ir)

## ۱. مقدمه

صرع واژه‌ای عربی با صاد مفتوح و راء ساکن، در طب نوین، با عنوان Epilepsy و برگرفته از واژه یونانی epilambanein و به معنای تصرف، مالکیت و یا بیماری است. (۱) در گذشته با توجه به وضعیت علمی و شناختی موجود، درک خاصی از این بیماری ارائه می‌شد که در موارد زیادی منتسب به متافیزیک و عالم ماوراء ارواح، اجنه و خلط‌های درون بدن است و یا به علت عدم امکان فهم آن و صرفاً به استناد برخی تشابهات در تظاهرات و علائم، حمل بر برخی دیگر از بیماری‌ها چون جنون شده است و همین درک بعضاً مبنایی برای برخی فتوهای فقهای مذاهب مختلف اسلامی در خصوص اثر صرع بر وضعیت حقوقی افراد بیمار و اطرافیان آنان شده است. اما این درک امروزه با توجه به پیشرفت علم پزشکی در زمینه اعصاب و روان بسیار دگرگون و تخصصی شده و مفهوم، انواع و آثار این بیماری بسیار دقیق و علمی در اسناد علمی طبقه‌بندی شده‌اند و دیگر آن مفاهیم و تصورات قدیمی ارائه شده در خصوص آن، شاید آن وجاهت لازم را نداشته و چه بسا از آن معانی هم خالی شده و زمینه‌ساز اجحاف در خصوص حقوق بیماران و دیگر افراد را فراهم نمایند. همچنین امروزه راههای مختلفی برای درمان، کنترل و کاهش آثار این بیماری ابداع و ارائه شده و برخورد با این بیماری را از چارچوب سنتی و خرافه‌گونه، تبدیل به ساحتی علمی و ضابطه‌مند نموده است. هرچند آثار فقهی مترتب بر صرع بسیار زیاد بوده و در حوزه‌های مختلف فقهی حقوقی، خصوصاً احکام خانواده قابل بررسی است اما با توجه به عنوان، این مقاله به احکام فقهی مترتب بر صرع ورود نکرده و صرفاً در پی تبیین و مقارنه ماهیت بیماری صرع در کلام فقهای مذاهب اسلامی و طب سنتی و تبیین دیدگاه علوم اعصاب و روان در خصوص ماهیت این بیماری است تا که شاید با این روشنگری، زمینه‌ای را جهت تجدید نظرهای فقهی حقوقی در خصوص احکام افراد مبتلا و دیگر افراد دخیل در آن و نیز تحقیقات فقهی حقوقی در این حوزه فراهم نماید.

## ۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر میان رشته‌ای و براساس هدف، از نوع بنیادی نظری است، چرا که یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنا و مستندی برای فتواها و تحقیقات فقهی و آرای محاکم باشد. تحقیق حاضر توصیفی تحلیلی و بر پایه داده‌های علوم فقه، طب اعصاب و روان است. این داده‌ها به صورت کتابخانه‌ای و به استناد منابع معتبر علوم مورد پژوهش گردآوری شده و در فرایندی کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.

## ۳. یافته‌ها

امروزه براساس پیشرفت‌های علمی، صرع را یک اختلال نورولوژیک و یک بیماری عصبی معرفی می‌کنند، اما در گذشته آن را غالباً یک اختلال روانی یا شبه روانی و مصداق جنون یا عین جنون می‌دانستند و در موارد زیادی آن را یک بیماری تحت تأثیر ارواح، اجنه و یا خلط‌های درون بدن انسان معرفی می‌کردند. بیشتر فتوهای فقیهان با توجه به فهم قدما از صرع و روانی دانستن آن در مورد حقوق مصروعین بحث کرده‌اند، امری که با توجه به دریافت جدید از این بیماری و فراهم شدن زمینه‌های درمان و کنترل این بیماری، اشتباه به نظر می‌آید و در نتیجه باز تعریف حقوق مصروعین در فقه را لازم می‌کند.

## ۴. صرع در بستر تاریخی و فهم طب سنتی

بیماری صرع، از قدیمی‌ترین بیماری‌ها است. صرع در دوران باستان و قبل از بقراط<sup>۱</sup> فاقد توصیفی رسمی است و بیشتر یک بیماری با پایه متافیزیکی و ناشی از تأثیر مواردی چون شیاطین و عوامل طبیعی چون باد و ماه قلمداد شده است. همچنین گاهی صرع را یک آلودگی می‌دانستند که به عنوان مجازات بر روح گناهکاران ریخته شده است. احتمالاً نخستین توصیف رسمی از بیماری صرع منتسب به پدر پزشکی، یعنی بقراط است، وی در قرن پنجم پیش از میلاد، رساله کلاسیک

۱. hippocrates

می‌گردند و یا اندک زمانی بهبود می‌یابند و سپس دچار جنون می‌شوند و در حالت افاقه رفتارشان مانند انسان عاقل بوده و در حالت عود صرع دچار بی‌خردی می‌گردند. (۳)

در کتاب‌های طب سنتی اسلامی واژه‌های ام‌الصبيان، صبانی، ریح الصبيان، ام‌الشیطان، فزع‌الصبيان، قاذونی، قسیه، ابرقلسا و مرض کاهنی بر صرع دلالت دارند. (۴) فیروزآبادی بر این باور است که صرع یک بیماری است که اعضای نفیس بدن را به طور کامل از فعالیت باز می‌دارد و سبب ایجاد آن مانعی است که در برخی بطون مغز و آن دسته از مجاری اعصاب رخ می‌دهد که محرک اعضای بدن هستند. این مانع خلط غلیظ یا لزج و فراوانی است که مانع از حرکت طبیعی روح در آن مجاری می‌شود و به همین دلیل اعضای بدن انسان دچار تشنج می‌شوند. (۵) ابن‌سینا صرع را گونه‌ای از بیماری می‌دانست که برخی اندام‌های حساس را از حس و حرکت و استقامت باز می‌دارد، تشنجی است که بر تمام بدن عارض گردد، اما دائمی نیست، زیرا علت تشنج سریع برطرف می‌گردد. او باور داشت که صرع، تشنجی است که قبل از هر چیز به مغز ارتباط دارد، اغلب از تشنجی سرچشمه می‌گیرد که آفتی بطن جلو مغز را دربر گرفته و به طور ناقص سدی را در راه نفوذ نیروی حس و حرکت بطن جلو مغز به وجود آورده است که بیمار را از برخاستن و راست ایستادن و می‌دارد. اصلاً تشنج برای هر عضوی نوعی صرع است، مثلاً عطسه کردن نوعی صرع خفیف است و می‌توان صرع را یک عطسه بزرگ و قوی شمرد، پس می‌توان صرع را سد راه موقتی به شمار آورد. در اکثر حالات، تشنج پیش‌درآمد صرع است. اگر ماده صرع صفرای سوخته و تیره مزه داشت، رفتار مصروع جنون‌آمیز و توأم با بسیارگویی و نعره‌زنی است. در طب سنتی باور بر این بود که گاهی مالیخولیا به صرع و گاهی صرع به مالیخولیا تبدیل می‌شود. این نگرش، کابوس را پیشاهنگ سه بیماری از جمله صرع می‌دانست و باور داشت که اگر اختلاج در مراق، یعنی لایه خارجی پرده سفاق رخ دهد، علامت و نشانه مالیخولیا و صرع است. (۶)

خود را تحت عنوان «بیماری مقدس» نوشته است، این نام‌گذاری شاید از آن باب باشد که در یونان باستان باور بر این بود که فقط یک خدا می‌تواند کسی را بر زمین بیندازد و او را از حواس خود جدا کرده و دوباره از نو زنده کند. بقراط اولین کسی بود که با بیان یک علت احتمالی و درمان برای این بیماری، رویکردی علمی برای مطالعه صرع ارائه و علت صرع را به اختلال عملکرد مغز نسبت داد. بقراط صرع را «بیماری بزرگ» و «گراندمال» نامید. ابن‌تیمیه معتقد است که برخی از بزرگان طب چون بقراط به جن باور داشته و صرع را دو نوع ناشی از وجود خلط و صرع ناشی از تأثیر جن دانسته‌اند. وی می‌گوید: «بقراط برخی داروها را در درمان صرع نوع اول مؤثر دانسته است، اما درمان نوع دوم را در حیطة کار «ارباب هیاکل» معرفی کرده و بیان داشته که طب ما به نسبت طب ارباب هیاکل، مانند طب پیرزن‌ها نسبت به طب ما است.» (۲) بقراط اعتقاد داشت که دارو برای درمان صرعی که ناشی از رطوبت‌های فاسد باشد سودمند است، اما برای صرعی که سبب آن ارواح باشد، فایده‌ای ندارد. (۳)

بعد از بقراط، پزشکان مشهور روم مانند جالینوس<sup>۱</sup> بیمارشناسی را مرتب کردند و مکانیسم‌هایی را برای تشنج پیشنهاد دادند. آنان تأثیر ارواح و جنیان در ایجاد صرع را نپذیرفتند و از نظر آنان علت نامگذاری صرع به «مرض الهی» این است که این بیماری در مغز روی داده و به بخش الهی موجود در مغز زیان می‌رساند. دیدگاه‌های این افراد در قرون وسطی تداوم یافت، اما سلطه کلیسای کاتولیک و باورهای مذهبی و جادویی در مورد صرع، مانع پیشرفت علم پزشکی در این خصوص شد. ابن‌قیم بر این باور است که علت چنین تأویلی از جانب این افراد، جهل آنان نسبت به ارواح و تأثیرات و احکام آن‌ها و جهل نسبت به صرع است، زیرا در صنعت پزشکی وسیله‌ای برای مشاهده ارواح و درمان صرع نیست. از نظر وی، کسانی که دچار صرع هستند یا کاملاً دچار جنون

۱. galenus

نادرست، درمان زنان مبتلا به صرع، برداشتن رحم بود. مبتلایان، به طور قانونی از حق رفتن به مکان‌های عمومی مانند رستوران‌ها، تئاترها و سایر مکان‌های تفریحی محروم می‌شدند. بیش از دویست سال پیش قوانینی وضع شده بود که مبتلایان به صرع، از ازدواج و یا زاد و ولد، منع شده بودند. در سال ۱۹۵۶م در ۱۷ ایالت از ایالات متحده، ازدواج مبتلایان به صرع ممنوع بود و در همان زمان، قوانینی برای اصلاح نژاد و عقیم‌سازی مصروعین وجود داشت که آخرین ایالت در سال ۱۹۷۰ این قانون را لغو کرد. بنابراین، مسئله تولیدمثل برای مبتلایان به صرع، یک مفهوم نسبتاً مدرن است. با پیدایش علوم اعصاب به‌عنوان یک رشته جدید و مستقل از روان‌پزشکی در قرن نوزدهم و پذیرفته شدن این ایده به طور گسترده که صرع اختلال در مغز است، انگ مرتبط به این بیماری تا حدودی کاهش پیدا کرد. در سال ۱۹۰۹، لیگ بین‌المللی مبارزه با صرع<sup>۴</sup> که یک سازمان حرفه‌ای در سراسر جهان با شعبه‌هایی در ۶۰ کشور جهان است، تأسیس شد. دفتر بین‌المللی صرع<sup>۵</sup> در سال ۱۹۶۲ تأسیس شد که دارای ۵۰ بخش ملی است و این دو سازمان به سرعت در حال رشد و گسترش هستند. در سال ۱۹۹۷م این دو نهاد به سازمان جهانی بهداشت در کمپین جهانی ضد صرع با هدف بهبود، پیشگیری، درمان، مراقبت و خدمات برای مبتلایان به صرع و افزایش آگاهی عمومی در مورد این بیماری و پذیرش آن پیوستند. در طول چند دهه گذشته، تأکید ویژه‌ای بر نیازهای روانی، اجتماعی و مسائل کیفیت زندگی افراد مبتلا به صرع وجود داشته است، تفکرات اشتباه در مورد بیماری صرع و تبعیض قانونی علیه افراد مبتلا به صرع کاهش یافته است و نگرش کارفرمایان نسبت به صرع در حال بهبود است. اما این پیشرفت کند و هنوز خدمات ضعیف هستند و برای بیشتر این بیماران، دیدگاه‌های فراطبیعی قدیمی، انگ اجتماعی و تعصب

پایه و اساس درک مدرن از صرع در قرن نوزدهم با کار جان هالینگز جکسون<sup>۱</sup> نورولوژیست لندن، بنا نهاده شد. او تشنج را به صورت تخلیه کوتاه مدت الکتروشیمیایی انرژی در مغز و نوع تشنج را بسته به محل و عملکرد منطقه‌ای در مغز که تخلیه در آن رخ می‌دهد، تعریف کرد. در سال ۱۹۲۰ نیز، هانس برگر، روان‌پزشک آلمانی، الکتروانسفالوگرافی را اختراع نمود که نقش کلیدی در تعیین محل تخلیه حمله داشت و منجر به طبقه‌بندی تشنج‌های صرعی به انواع قانونی و عمومی شد. بنابراین کشف ماهیت شیمیایی و فیزیکی صرع از موفقیت‌های دوران مدرن در شناخت بیماری صرع است. تبیین علمی حمله صرعی منجر به ابداع روش‌های هدفمند برای درمان شد. در سال ۱۸۵۷، سر چارلز لوکوک<sup>۲</sup> اولین داروی ضد صرع مؤثر به نام برومید<sup>۳</sup> را معرفی کرد که به طور گسترده در نیمه دوم قرن گذشته مورد استفاده قرار گرفت. از دهه ۱۹۶۰ کشف داروهای ضد صرع، شتاب گرفت که می‌تواند به دلیل درک بیشتر فعالیت‌های الکتروشیمیایی مغز به ویژه انتقال‌دهنده‌های عصبی برانگیزاننده و بازدارنده باشد. تصویربرداری عصبی ساختاری و کارکردی یکی دیگر از پیشرفت‌های اخیر برای درک و مدیریت صرع در چند دهه اخیر است که به نمایش بسیاری از ضایعات پنهان مغزی که عامل صرع هستند، کمک کرده است.

از لحاظ تاریخی، افراد مبتلا به صرع، در سراسر جهان به دلیل تفکرات اشتباه، در مورد تشنج، مورد انگ و استیگما قرار گرفته‌اند. رومیان باستان از به‌کاربردن سفال‌هایی که توسط مصروعین مورد استفاده قرار می‌گرفت، اجتناب می‌کردند. ترس از مصروعین، در نتیجه چنین تصوراتی و باور به مسری بودن تشنج، منجر به انزوای آنان از بقیه جامعه شد. در بیشتر فرهنگ‌ها، عدم‌پذیرش اجتماعی، انگ و نگرانی در مورد این بیماری وجود داشت. در قرن ۱۷م بر اساس همین باورهای

۱. john hughlings jackson

۲. sir Charles locock

۳. bromide

۴. international League Against Epilepsy

۵. International Boundary Marker

وجود دارد و حتی در کشورهای توسعه یافته، این اختلال هنوز در حاله‌ای از ابهام قرار دارد و مردم ترجیح می‌دهند که بیماری خود را آشکار نکرده و یا در مورد آن بحث نکنند. (۱ و ۹-۷)

### ۵. صرع در فقه اسلامی

فقه‌های امامیه از جمله امام خمینی (۱۰) گلبایگانی (۱۱) زین‌الدین (۱۲) و سیستانی (۱۳) صرع را متفاوت از جنون می‌دانند و از صرع توصیف به «الحالة المعهودة فی بعض الاوقات» کرده‌اند. سبزواری (۱۴) نیز به استناد اجماع و اصل و نیز اختلاف موضوع، اغما و صرع را مشمول حکم جنون نمی‌داند، اما معتقد است که اگر عرفاً این دو، جنون محسوب شدند، حکم جنون به آنها تسری داده می‌شود.

جز عبارت منقول در برخی کتب حنفی «وَقَدْ صَرَحَ بَعْضُ الْعُلَمَاءِ بِأَنَّ الْإِصْرَاعَ ضَرْبٌ مِنَ الْجُنُونِ» (۱۵) فقه‌های حنفی تصریحی در باب ماهیت صرع ندارند، اما برآیند این قول ابراهیم بن ابوالیمین حنفی «مصروع اگر زنش را در حالت صرع طلاق دهد، طلاق او واقع نمی‌شود» (۱۶) این است که حنفی‌ها مصروع را در حالت صرع به مانند مجنون فاقد اهلیت ادا دانسته و بدین ترتیب عدم ایقاع طلاق او را اعلام کرده‌اند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که از نظر حنفی‌ها هم صرع شبیه جنون یا نوعی از جنون است.

ابن حاجب مالکی جنون را همان صرع دانسته و می‌گوید: «پس جنون همان صرع و وسواس از بین برنده عقل است». (۱۷) خرسی جنون را ناشی از عوامل متعددی از جمله صرع دانسته و در بحث معامله برده می‌گوید: «برده مورد معامله اگر یکی از ابوینش دچار جنون باشد، رد می‌شود، اگر این جنون همراه با وسواس یا صرع از بین برنده عقل باشد و این به خاطر خوف از فرجام این معامله است، اما اگر جنون در اثر تأثیر جن باشد، رد نمی‌شود». (۱۸). قرطبی در تفسیر آیه «لَا يَقُومُونَ إِلَّا كَمَا يَقُومُ الَّذِي يَتَخَبَّطُهُ الشَّيْطَانُ مِنَ الْمَسِّ» (بقره: ۲۷۵) «مس» را جنون دانسته و در ادامه به جای واژه جنون، از آن به صرع یاد کرده و می‌گوید: «این آیه دلیل ابطال قول کسانی است که

معتقدند صرع ناشی از تأثیر جن نیست». (۱۹) بر این اساس، وی صرع را همان جنون و ناشی از تأثیر جن دانسته است.

در مذهب شافعی نقل قول‌های مختلفی در باب ماهیت صرع ذکر شده است: (۱) بجیرمی از فقه‌های شافعی در شرح کتاب خطیب شربینی، صرع را از مصادیق اغما دانسته و می‌گوید: «و اما اغماء، که صرع از جمله آن است». (۲۰) شروانی و عبادی هم این دیدگاه را از امام الحرمین نقل کرده‌اند. (۲۱) اما رافعی اغما را نتیجه عوامل متعددی و از جمله صرع دانسته اگر کم دوام باشد و می‌گوید: «اغما اگر در اثر عواملی باشد که زیاد دوام ندارند مانند تأثیر تلخی صفرا یا صرع، ...». (۲۲) ابن رفعه (۲۳) و ابن ملقن (۲۴) هم همین دیدگاه را دارند، یعنی در حقیقت صرع را نوعی فقدان هوشیاری و چیزی شبیه اغمای موقت دانسته‌اند، یا اینکه اغما تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله صرع روی می‌دهد، نه اینکه صرع عین اغما است. (۲) قلیوبی (۲۵) و خطیب شربینی (۲۶) صرع را از مصادیق جنون معرفی کرده‌اند. فحوای کلام مدابغی از علمای شافعی در شرح التحریر چنین اقتضا دارد که صرع یا از جنون است و یا منشأی غیر از جنون دارد. پس اگر صرع از نوع جنون باشد، همان حکم جنون را دارد. (۲۰) بجیرمی نیز بعد از نقل قول مدابغی می‌گوید: «صرعی که ناشی از جنون باشد، حکمش حکم جنون است» سپس می‌گوید: مقتضای این کلام این است که اگر صرع از نوع جنون نباشد، در شمار عیوب مؤثر در فسخ نکاح نخواهد بود. (۲۰)

عاصمی (۲۷) و بهوتی صرع را یک بیماری شبیه جنون - و نه عین جنون - معرفی می‌کنند (۲۸) و رحبانی (۲۹) و ابن عثیمین (۳۱) آن را مصداق جنون دانسته‌اند اما ترجیح ابن تیمیه الحاق این بیماری به اغما و غش است، با این استدلال که جنون صرفاً و مستقیماً عقل را از بین می‌برد، اما صرع حواس را مستقیماً زایل کرده و به تبع آن عقل نیز از بین می‌رود. (۳۱) ابن تیمیه صرع را ناشی از تأثیر جن دانسته و می‌گوید: «مشاهده جن در زمان ایجاد صرع و در غیر زمان

منطقی میان این بیماری و دیگر بیماری‌های شبیه به آن حاصل شده و هم تحقیقات بعدی فقهی در حوزه حقوق و احکام مبتلایان به صرع از بستر و زمینه مفهومی بهتری برخوردار باشند. لذا نکات زیر در این حوزه قابل ذکر است:

#### ۱-۶. ماهیت و علائم صرع

صرع، نوعی اختلال نورولوژیکی - اختلال سیستم عصبی مرکزی - است، توأم با تشنج‌های مکرر که باعث دوره کوتاهی از حرکت غیر ارادی در فرد شده و ممکن است همراه با از دست دادن هوشیاری و کنترل عملکرد روده یا مثانه باشد. (۳۴-۳۶) اصطلاح اختلال نورولوژیکی به هر وضعیتی اطلاق می‌شود که به دلیل اختلال در عملکرد بخشی از مغز یا سیستم عصبی ایجاد و منجر به علائم فیزیکی و یا روانی می‌شود. انواع مختلفی از این اختلالات مانند آلزایمر، دمانس، سکتة مغزی، میگرن، پارکینسون، تومورهای مغزی و صرع وجود دارد. (۳۷-۳۸) مشخصه صرع تشنج‌های مکرر است، تشنج<sup>۱</sup> یک تخلیه کوتاه و بیش از حد فعالیت الکتریکی مغز است که نحوه احساسات، افکار یا رفتار فرد را تغییر می‌دهد. علائم تشنج صرعی، گاهی ذهنی - یعنی تنها توسط بیمار درک می‌شود - و گاهی عینی - یعنی قابل مشاهده توسط مشاهده‌کنندگان - و گاهی هم عینی و هم ذهنی می‌باشد. (۴۱-۳۹)

#### ۲-۶. مشابهات صرع

برخی از اختلالات وجود دارند که با صرع دارای وجه مشترکی از علائم و تظاهرات هستند. این موارد صرع محسوب نشده و عبارتند از:

۱-۲-۶. حملات روان‌شناختی غیر صرعی<sup>۲</sup>: حملات روان‌شناختی غیر صرعی، به‌عنوان اختلال در کارکردهای حرکتی، حسی، اتونومیک، شناختی و یا عاطفی تعریف می‌شود. این حملات، ناشی از تجربیات روانی آسیب‌زا بوده و اغلب در شرایط استرس‌زا ایجاد می‌شوند. همچنین مبتلایان دارای

وقوع صرع توسط بسیاری از مردم، بسیار فراوان و مشهورتر از آن است که ذکر شود. اینکه طبیبان معتقدند هر نوع صرعی ناشی از وجود خلط است، غلطی آشکار است زیرا ورود جن به بدن انسان و تکلم او بر زبان انسان موضوعی است که همه مردم ضرورتاً آن را می‌دانند و ائمه اسلام بر این موضوع و نیز بر وجود جن اتفاق نظر دارند و تعداد زیادی از مردم آنها را دیده و با آنها سخن گفته‌اند». (۲) وی در جایی دیگر می‌گوید: «جن به سه سبب انسان را دچار صرع می‌کند: (۱) گاهی جنی شخص مصروع را دوست داشته و قصد تمتع از او را دارد. این نوع ساده‌ترین و آرام‌ترین نوع است. (۲) گاهی انسان جنیان را آزار داده است مثلاً بر آنها بول کرده یا آب داغ ریخته است یا اینکه یکی از آنها را کشته است. این نوع شدیدترین نوع صرع است و آنان در بسیاری موارد مصروع را می‌کشند. (۳) گاهی فقط سر به سر اشخاص می‌گذارند، آن‌چنان که سفها افراد عابر را مورد آزار و اذیت قرار می‌دهند.» (۳۳-۳۲) ابن‌قیم هم می‌گوید: «بیماری صرع دو نوع است، صرع به سبب رطوبت‌های فاسد که بر سیستم اعصاب فرد عارض می‌گردد و به طور موقت آن را از حرکت و فعالیت باز می‌دارد که در پی آن تشنج در تمامی اعضا روی می‌دهد و انسان نمی‌تواند بایستد و غالباً کف از دهان او بیرون می‌ریزد و این بیماری به اعتبار وجود و مدت‌زمان آن از جمله بیماری‌های مزمن است و شفای آن سخت است. نوع دوم صرعی است که سبب آن ارواح پلید زمینی است و پیشوایان و خردمندان به این نوع از صرع اعتراف نموده‌اند و به این مطلب معترف هستند که درمان آن از طریق مقابله ارواح پاک با این ارواح پلید است که با آنها مبارزه می‌کنند و تأثیرات آنها را از بین می‌برند. (۳)

#### ۶. صرع در طب نوین

در طب و پزشکی نوین صرع به شکل علمی و تجربی مورد واکاوی قرار گرفته و در موارد زیادی درک دقیقی از این عارضه وجود دارد. تبیین این نکات جهت روشن‌سازی مفهوم علمی صرع و مشابهات آن است تا بر این اساس هم تفکیکی

1. seizure

2. Psychogenic non epileptic seizures

منجر به حرکات غیرارادی و تکراری در فرد می‌شوند. با این تفاوت که در دیس کنزی پاروکسیسمال، حرکات غیرارادی بدون از دست دادن هوشیاری رخ می‌دهد، اما در صرع‌های عمومی و صرع کانونی با اختلال در آگاهی، حرکات غیر ارادی و تکراری همراه با اختلال در هوشیاری است. (۴۶-۴۵)

#### ۷. طبقه‌بندی تشنج

نوع صرع یک بیمار را می‌توان با آگاهی از انواع تشنج و یافته‌های EEG طبقه‌بندی کرد. مغز دارای دو نیمکره و هر نیمکره دارای چهار لوب پیشانی، آهیانه، گیجگاهی، پس‌سری است و هر کدام از این لوب‌ها، کارکرد خاص خود را دارند: لوب پیشانی، به‌طور کلی جایی است که عملکردهای اجرایی بالاتر از جمله تنظیم هیجانی، برنامه‌ریزی، استدلال و حل مسئله در آن رخ می‌دهد. لوب آهیانه، مسئول یکپارچه‌سازی اطلاعات حسی از جمله لمس، دما، فشار و درد است و کارکرد لوب گیجگاهی، پردازش اطلاعات حواس به‌ویژه شنوایی، تشخیص زبان و شکل‌دهی حافظه بلندمدت است. لوب پس‌سری مرکز اصلی پردازش بینایی در مغز است. همچنین سلول‌های اصلی سیستم عصبی (نورون‌ها)، به روشی بسیار کنترل‌شده با استفاده از سیگنال‌های شیمیایی و الکتریکی کوچک با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند؛ تحت شرایط نرمال، فعالیت نورون‌ها، دقیق و کنترل شده است و به هر قسمت از مغز اجازه می‌دهد تا عملکرد خاص خود را به طور مؤثر انجام دهد؛ در طول یک حمله صرعی این فرآیند بسیار کنترل‌شده، در مغز، مختل شده و طوفان الکتریکی را در مغز ایجاد می‌کند که به آن تشنج می‌گویند. تظاهرات یک حمله، از جمله علائم (آنچه که فرد مبتلا به صرع تجربه می‌کند) و نشانه‌ها بسته به اینکه چه گروهی از نورون‌ها درگیر این حمله هستند و کدام قسمت از مغز تحت تأثیر فعالیت تشنج قرار گرفته است می‌توانند بسیار متفاوت باشد. تشنج براساس سه ویژگی قابل تقسیم است: (۴۹-۴۷)

میزان بالایی از خشم سرکوب‌شده، یا تجربه جنسی آسیب‌زا هستند. این حملات، شبیه به یک تشنج صرعی هستند اما چون بدون تخلیه الکتریکی در مغز رخ می‌دهند، تشنج صرعی محسوب نمی‌شوند. همچنین طول حملات روان‌شناختی غیر صرعی، معمولاً طولانی‌تر از تشنج‌های صرعی بیش از ۱۰ دقیقه تا چند ساعت طول می‌کشند. (۳۹ و ۴۲)

**۲-۲-۶. سنکوپ:** سنکوپ یا غش کردن، از دست دادن موقت هوشیاری ناشی از کاهش خون‌رسانی به مغز است که با شروع سریع، مدت‌زمان کوتاه و بازیابی کامل خود به خود متمایز و مشخص می‌شود. سنکوپ و صرع‌های عمومی و نیز کانونی با اختلال آگاهانه، منجر به از دست رفتن هوشیاری در فرد می‌شوند اما در سنکوپ اختلال هوشیاری، ناشی از کاهش جریان خون به مغز در اثر فشار خون پایین است، حال آنکه اختلال هوشیاری در صرع، ناشی از اختلال در مغز است. به طور معمول در سنکوپ، فعالیت عضلانی به راحتی دیده نمی‌شود اما در تشنجات صرعی، هنگامی که فرد به زمین می‌افتد، معمولاً فعالیت عضلانی تونیک (سفت شدن)، کلونیک (حرکت مکرر) یا تونیک - کلونیک رخ می‌دهد. بعد از سنکوپ، بیماران اغلب در پاسخ به بالا رفتن پاهای خود که جریان خون مغزی را احیا می‌کند، هوشیاری و انسجام خود را در عرض چند ثانیه به دست می‌آورند؛ حال آنکه بیماران مبتلا به تشنج تونیک - کلونیک برای بازیابی انسجام و هوشیاری به چند دقیقه تا چند ساعت پس از یک رویداد نیاز دارند. (۴۴-۴۳)

**۲-۲-۶. دیس کنزی پاروکسیسمال:** دیس کنزی پاروکسیسمال<sup>۱</sup> یک گروه ناهمگون از اختلالات عصبی نادر را نشان می‌دهد که با حملات ناگهانی حرکات غیرارادی اضافی و تکراری از جمله انقباض غیرارادی عضلات، حرکات رقص مانند، کرختی، حرکات پیچشی آهسته که به صورت منفرد یا ترکیبی و با مدت‌زمان متغیر، مشخص می‌شوند. صرع و دیس کنزی پاروکسیسمال هر دو از اختلالات عصبی هستند که

1. Paroxysmal dyskinesia (PxD)

**۷-۱. طبقه‌بندی بر اساس منشأ تشنج در مغز**

تشنج‌های صرعی بر اساس منشأ تشنج در مغز به سه نوع قابل تقسیم هستند:

**۷-۱-۱. تشنج کانونی:** در تشنج کانونی<sup>۱</sup> بخش خاصی از مغز تحت تأثیر قرار می‌گیرد که آن بخش را کانون صرع گویند. در این نوع تشنج، ممکن است بخش بزرگی از یک نیمکره یا فقط یک ناحیه کوچک در یکی از لوب‌ها درگیر تشنج شود. ممکن است بعد از تحت تأثیر قرار دادن بخش خاصی از مغز، به هر دو طرف مغز نیز گسترش یابد، در این حالت تشنج تونیک کلونیک دو طرفه<sup>۲</sup> نامیده می‌شود که اصطلاح قبلی آن «تشنج ژنرالیزه ثانویه» بود. (۳۹ و ۴۹-۵۲)

**۷-۱-۲. تشنج عمومی:** تشنج عمومی<sup>۳</sup> به تشنجی گفته می‌شود که از همان ابتدا دو نیمکره را درگیر می‌کند؛ در اغلب تشنج‌های عمومی به سبب تحت تأثیر قرار گرفتن هر دو طرف مغز، اختلال سریع آگاهی (هوشیاری)، بدون هیچ‌گونه علائم هشداردهنده رخ می‌دهد. (۴۹، ۵۰ و ۵۳)

**۷-۱-۳. تشنج با شروع ناشناخته:** اصطلاح تشنج با شروع ناشناخته<sup>۴</sup> تشنجی را توصیف می‌کند که مشخص نیست، تشنج در مغز از کجا شروع شده است. اگر اطلاعات کافی در مورد تشنج فرد وجود نداشته باشد، و به طور واضح نوع تشنج مشخص نباشد، معمولاً به آن تشنج بدون طبقه‌بندی اطلاق می‌شود. (۵۱)

**۷-۲. طبقه‌بندی تشنج براساس میزان آگاهی در طول حمله**

آگاهی در هنگام تشنج به این معنی است که بیمار در طول تشنج از خود و محیط اطراف خود کاملاً آگاه باشد، حتی اگر بی‌حرکت باشد. (۴۹-۵۰ و ۵۲) بر این اساس تشنج به دو نوع قابل تقسیم است:

**۷-۲-۱. تشنج‌های کانونی آگاهانه:** در تشنج کانونی آگاهانه<sup>۵</sup>

یا تشنج جزئی ساده<sup>۶</sup> شخص کاملاً بیدار بوده و از آنچه اتفاق می‌افتد آگاه است و به‌طور کلی می‌تواند کل حادثه را بعدها به یاد آورد. در طول این تشنج بیمار ممکن است تکان‌های عضلانی یا احساسات غیرعادی را در یک‌دست یا پا یا توهم شنیداری، بویایی، بصری را تجربه کند. تشنج کانونی ساده معمولاً تنها چند ثانیه یا دقیقه طول می‌کشد و در اغلب موارد توصیف علائم حملات کانونی آگاهانه، برای بیمار دشوار بوده و او قادر به توصیف آن نیست. (۳۹، ۴۹-۵۰ و ۵۴-۵۵)

**۷-۲-۲. تشنج‌های کانونی با اختلال آگاهی:** تشنج جزئی

پیچیده<sup>۷</sup> یا تشنج کانونی با اختلال آگاهی<sup>۸</sup> در یک ناحیه یا طرف مغز شروع شده و فرد در طول آن از محیط اطراف خود آگاه نیست و هوشیاری در طول حمله دچار اختلال می‌شود. شخصی که این تشنج را تجربه می‌کند، هوشیاری خود را از دست می‌دهد، اگرچه اغلب هوشیار به نظر می‌رسد و چشمانش باز است، اما قادر نیست به طور طبیعی به محیط واکنش نشان دهد. (۳۹ و ۴۹-۵۱)

**۷-۳. تشنج براساس سطح حرکت بدن**

بر اساس سطح حرکت بدن، تشنج‌های کانونی و عمومی به موارد زیر تقسیم می‌شوند:

**۷-۳-۱. تشنج با شروع حرکتی:** تشنج با شروع حرکتی<sup>۹</sup>

شامل فعالیت حرکتی است که ممکن است به دلیل افزایش یا کاهش انقباض در عضله یا گروهی از عضلات باشد. بسته به گروه‌های عضلانی درگیر و نحوه تأثیرگذاری آن‌ها، ویژگی‌های حرکتی تشنج با شروع حرکتی ممکن است ساده یا پیچیده باشد. (۵۶) علایم حرکتی، در شروع حملات کانونی و عمومی به تشنج‌هایی چون تونیک، کلونیک، میوکلونیک، اسپاسم صرعی، اتوماتیسم و هایپرکینتیک قابل تقسیم هستند. (۴۹)

5. focal aware seizures

6. Simple focal seizures

7. Complex focal seizures

8. focal impaired awareness seizures

9. motor onset seizure

1. Focal (or Partial) Seizures

2. Focal to Bilateral Tonic Clonic seizure

3. Generalized seizure

4. Unknown onset seizure

آن‌هایی که در اوایل کودکی شروع به کار می‌کنند، مانند سندرم دراوت یا سندرم لنوکس گاستوت است و ممکن است مربوط به سرع‌های مرتبط با ناهنجاری‌های ساختاری منتشر، علل ژنتیکی یا متابولیک نیز باشد. (۵۲)

#### ۴-۸. سرع ناشناخته

سرع ناشناخته<sup>۴</sup> این اصطلاح، زمانی کاربرد دارد که بیمار سرع دارد، اما به دلیل عدم دسترسی کافی به اطلاعات، متخصص بالینی قادر به تشخیص نوع سرع او - که آیا کانونی است یا عمومی - نیست. (۵۲ و ۵۸)

#### ۵-۸. سرع پایدار

سرع پایدار<sup>۵</sup> یک نوع تشنج مجزا نیست، بلکه به هر نوع تشنج که مدت طولانی ادامه داشته باشد، اشاره می‌کند. هرگونه تشنج که به مدت پنج دقیقه ادامه داشته باشد ممکن است به احتمال زیاد منجر به سرع پایدار شود. سرع پایدار وضعیتی را توصیف می‌کند که در آن یک تشنج، ۳۰ دقیقه یا بیشتر طول می‌کشد؛ همچنین به یک سری حملات مکرر که فرد در بین آن‌ها هوشیاری قبل از تشنج را به دست نمی‌آورد، اطلاق می‌شود. (۵۰)

#### ۹. سندرم سرع

یکی از موارد تشخیص ابتلای فرد به سرع، سندرم سرع است. سندرم سرع،<sup>۶</sup> مجموعه‌ای از ویژگی‌ها، علامت‌ها و نشانه‌های بالینی است که معمولاً با هم اتفاق می‌افتند و با هم یک اختلال بالینی متمایز و قابل تشخیص را تعریف می‌کنند. به عبارت دیگر، سندرم‌های سرع، اختلالات متمایزی هستند که براساس سن معمول، ویژگی‌های خاص EEG، انواع تشنج و ... قابل شناسایی هستند که وقتی با هم در نظر گرفته شوند، اجازه تشخیص خاص را می‌دهند. (۳۹، ۵۳ و ۵۹) برخی از رایج‌ترین انواع سندرم سرع عبارت است از سرع ابسنس

۲-۳-۷. تشنج با شروع غیر حرکتی: ویژگی‌های غیر حرکتی که ممکن است نشانه شروع حملات کانونی باشند عبارتند از: تشنج اتونوم کانونی، تشنج‌شناختی کانونی، تشنج توقف رفتار کانونی، تشنجات عاطفی کانونی، تشنج حسی کانونی و ویژگی‌های غیر حرکتی در تشنج‌های عمومی، ابسنس معمول، بسنس غیر معمول، ابسنس میوکلونیک، میوکلونیک پلک هستند. (۴۹ و ۵۲)

#### ۸. انواع سرع

انواع سرع با توجه به نوع تشنج و یافته‌های EEG عبارت‌اند از:

##### ۱-۸. سرع کانونی

سرع کانونی<sup>۱</sup> زنجیره‌ای از اختلالات تشنجی، تک کانونی و چند کانونی است که به یک نیمکره محدود می‌شوند و ممکن است با هر نوع تشنج کانونی ظاهر شوند. در سرع کانونی، طیف وسیعی از انواع تشنج کانونی را می‌توان مشاهده کرد که شامل تشنج‌های آگاه، تشنج‌های با اختلال آگاهی، تشنج‌های حرکتی، تشنج‌های غیر حرکتی و تشنج‌های تونیک - کلونیک دو طرفه است. (۴۷ و ۵۲)

##### ۲-۸. سرع عمومی

سرع عمومی<sup>۲</sup> یک تخلیه متقارن، هم‌زمان و دو طرفه عمومی است. افراد مبتلا به سرع ژنرالیزه ممکن است طیف وسیعی از انواع تشنج از جمله ابسنس، تشنج میوکلونیک، تشنج تونیک یا کلونیک، تشنج تونیک کلونیک را داشته باشند و چهار سندروم سرع شناخته شده در آن، سرع ابسنس کودکی، سرع ابسنس نوجوانان، سرع میوکلونیک نوجوانان و تونیک کلونیک عمومی است. (۵۲ و ۵۷)

##### ۳-۸. ترکیبی از کانونی و عمومی

ترکیبی از کانونی و عمومی<sup>۳</sup> کاربرد این اصطلاح برای سرع‌هایی است که شامل حملات کانونی و حملات عمومی می‌شود. این دسته شامل چندین سندروم سرع، به‌ویژه

4. unknown epilepsy  
5. Status Epilepticus  
6. epilepsy syndrome

1. focal epilepsy  
2. generalized epilepsy  
3. Combined generalized and focal epilepsy

عفونی خاص می‌توانند باعث مننژیت و یا آنسفالیت شوند که به نوبه خود می‌تواند منجر به حملات ناگهانی شود. یک علت عفونی ممکن است به رشد پس از عفونت صرع نیز اشاره کند، مانند آنسفالیت ویروسی که منجر به تشنج پس از عفونت حاد می‌شود. (۵۲، ۵۸ و ۶۹)

#### ۴-۱۰. علت نامعلوم

علت نامعلوم به این معنی است که علت صرع هنوز مشخص نشده است. بسیاری از بیماران مبتلا به صرع، علت صرع آن‌ها مشخص نیست. میزان دستیابی به یک علت، به میزان ارزیابی موجود برای بیمار بستگی دارد. این صرع‌ها در گذشته کریپتوژنیک<sup>۷</sup> نامیده می‌شدند و یک سوم یا بیشتر از همه صرع‌ها را تشکیل می‌دادند. (۵۸، ۶۶ و ۶۸)

#### ۱۱. درمان صرع

مبارزه با بیماری صرع یکی از اولویت‌های بهداشت عمومی در سراسر جهان است. هدف از درمان، آزادی کامل و یا کاهش حداکثری تشنج و کیفیت بهتر زندگی مبتلایان، بدون عوارض جانبی درمان است. درمان صرع به چند طریق انجام می‌شود: (۷۰-۷۱) درمان با دارو (۵۰ و ۷۵-۷۲) جراحی (۷۶) تحریک عصبی، (۷۷) پزشکی مکمل و جایگزین. (۷۸)

#### ۱۲. صرع و بیماری روانی

در گذشته چنان‌که آمد، صرع را یک بیماری روانی دانسته و غالباً آن را همان جنون یا شبیه جنون می‌دانستند. لذا لازم است ارتباط صرع با بیماری روانی و جنون تبیین شود.

#### ۱-۱۲. بیماری روانی

بیماری روانی وضعیتی است که بر تفکر، احساس، رفتار یا خلق و خوی فرد تأثیر می‌گذارد و موجب پریشانی و یا مشکلات عملکردی در فعالیت‌های اجتماعی، کاری یا خانوادگی می‌شود. (۷۹) بیماری‌های روانی عبارتند از: اختلالات رشد عصبی،

کودکی<sup>۱</sup> (۳۹ و ۶۰) سندروم دراوت<sup>۲</sup> (۶۲-۶۱) صرع ایسنس نوجوانان<sup>۳</sup> (۵۷ و ۶۳) صرع میوکلونیک نوجوانان،<sup>۴</sup> (۵۷ و ۶۴) سندرم لنوکس - گاستوت.<sup>۵</sup> (۶۰، ۶۱ و ۶۵).

#### ۱۰. علل صرع

هرگونه اختلال مغزی که ساختار و عملکرد مغز را مختل کند، می‌تواند منجر به صرع شود. (۳۹ و ۶۶) شایع‌ترین علل ایجاد اختلال منجر به صرع به صورت زیر قابل بیان است:

#### ۱-۱۰. ژنتیک

صرع ژنتیکی مستقیماً از یک جهش ژنتیکی شناخته‌شده یا فرضی ناشی می‌شود که در آن تشنج یکی از علائم اصلی این اختلال است، مانند صرع ایدیوپاتیک یا اولیه که یک نوع صرع عمدتاً ژنتیکی است و ۱۵ تا ۲۰٪ از کل صرع‌ها را تشکیل می‌دهد. (۵۲، ۵۸، ۶۷ و ۶۸)

#### ۲-۱۰. اختلالات متابولیک

متابولیسم، مولکول‌های حاصل از واکنش‌های شیمیایی مختلفی است که در بدن رخ می‌دهند و اگر این واکنش‌ها به صورت طبیعی در مغز اتفاق نیفتند، می‌توانند بر روی سیگنال‌دهی تأثیر بگذارند و ممکن است منجر به تشنج‌های بدون تحریک شود، مانند اختلال اساسی در سطوح قند در مغز است که به سندرم کمبود GLUT1<sup>۶</sup> مشهور است. (۶۸-۶۹)

#### ۳-۱۰. بیماری‌های عفونی

اگر صرع مستقیماً از عفونت شناخته‌شده‌ای که در آن تشنج یکی از علائم اصلی این اختلال است، ایجاد شود، علت صرع علت عفونی در نظر گرفته می‌شود. عفونت سیستم عصبی مرکزی ممکن است منجر به تشنج حاد و صرع شود که یکی از مهم‌ترین علل صرع در سراسر جهان است. بیماری‌های

1. Childhood absence epilepsy
2. Dravet syndrome
3. Juvenile absence epilepsy (JAE)
4. Juvenile myoclonic epilepsy (JME)
5. Lennox-Gastaut syndrome
6. Glut1 deficiency syndrom

7. cryptogenic

اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پزشکانه، اختلالات افسردگی، اختلال وسواس جبری، اختلال‌های مربوط به سانحه و عوامل استرس، اختلالات تجزیه‌ای، اختلال‌های علایم جسمی، اختلالات مرتبط با اختلالات تغذیه و خوردن، اختلالات دفعی اختلالات خواب - بیداری، اختلالات عملکرد جنسی و نارضایتی جنسی، اختلالات ایذایی کنترل تکانه و سلوک اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد، اختلالات عصبی شناختی، اختلالات شخصیت، اختلالات پارافیلیک، اختلالات حرکتی و سایر عوارض جانبی ناشی از داروها. (۸۰) اختلال روانی ممکن است ناشی از اختلال روانی اولیه مثل اسکیزوفرنی، و یا ثانویه و ناشی از اختلالات عصبی چون صرع باشد. (۳۹ و ۵۰)

## ۲-۱۲. ارتباط صرع با اختلالات روان‌پزشکی

در قرن نوزدهم، علوم عصبی به عنوان یک رشته جدید و مستقل از روان‌پزشکی، ظاهر شد و به طور گسترده‌ای پذیرفته شد که صرع اختلال در مغز است و در آغاز قرن بیستم، صرع از عنوان بیماری‌های روانی خارج شد و به عنوان یک اختلال نورولوژیکی که از اقسام اختلالات پزشکی است، قرار گرفت. تفاوت اختلالات پزشکی با روان‌پزشکی در این است که در رشته‌های پزشکی تشخیص مبتنی بر نشانه‌های جسمانی، شرح حال پزشکی و نتایج آزمون‌های آزمایشگاهی و پرتونگاری است و تشخیص بیماری صرع بر اساس نتایج آزمایشگاهی مانند: الکتروانسفالوگرام (نوار مغزی) یا ام‌آر‌آی یا علائم جسمی بیمار است. در مقابل در اختلالات روان‌پزشکی (به استثنای اختلالات ارگانیک مغزی، مانند دمانس) به ندرت تغییرات قابل مشاهده‌ای در ساختار مغز وجود دارد که بتواند به تشخیص کمک کند. در حال حاضر، هیچ تست تشخیصی استاندارد برای اختلالات روانی وجود ندارد. (۸۳-۸۱) اخیراً، محققان بیشتر متقاعد شده‌اند که یک رابطه دوطرفه بین صرع و آسیب‌شناسی روانی وجود دارد، یعنی داشتن یک بیماری روانی بیماران را در معرض خطر ابتلا به صرع قرار می‌دهد و

صرع خطر ابتلا به نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی بیمار را افزایش می‌دهد. این رابطه دو طرفه در یک مطالعه بر روی شش اختلال عصبی روان‌پزشکی، از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال خواب (آپنه) و اختلال حرکتی (رعشه) نشان داده شد. همبودی روان‌پزشکی پیش از شروع تشنج و پس از آن، نشان‌دهنده یک رابطه دوطرفه و مکانیزم‌های اساسی مشترک برای اختلالات روانی و صرع است. همچنین شواهد ژنتیکی چندین نوع کپی ژنومیک بزرگ و نادر را شناسایی کرده است که به طور قابل ملاحظه‌ای خطر اسکیزوفرنی، صرع عمومی، ناتوانی ذهنی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و اختلالات طیف اوتیسم را افزایش می‌دهد. (۳۹، ۵۰ و ۸۴) برخی از اختلالات روانی همبود با صرع عبارتند از: افسردگی (۵۰ و ۷۶) اضطراب (۸۵) اختلال در شناخت، (۸۶) اختلال شخصیت. (۸۴)

## ۳-۱۲. صرع و جنون

چنان که قبلاً ذکر شد، بسیاری از فقهای اهل سنت صرع را جنون یا شبیه به جنون قلمداد نموده‌اند، لذا ضروری است مفهوم جنون و مصادیق آن در فقه و رابطه آن با صرع نزد فقهای مذاهب اسلامی و سپس مفهوم جنون در روان‌پزشکی و رابطه آن با صرع در پزشکی نوین بیان شود.

۱-۳-۱۲. جنون در نگاه فقها: جنون، واژه‌ای عربی به معنای پوشیده، پنهان، زوال و فساد عقل است. (۸۸-۸۷) محقق حلی (۹۴) و شهید ثانی (۹۵) جنون را فساد عقل و فاضل هندی آن را اختلال در عقل تعریف کرده‌اند. در نگاه تفتازانی، جنون، زوال یا تباهی و اختلال در عقل و یا تغییر و دگرگونی در عقل است، به‌گونه‌ای که جز در موارد نادر، مانع وقوع کردار و گفتار بر اساس عقل می‌شود، به عبارتی دیگر، جنون، اختلال در قوه تشخیص خوب از بد است، به شیوه‌ای که آثار این قوه دیده نشود و کارکرد آن تعطیل گردد؛ به علت نقصانی که در اصل آفرینش در مغز او وجود داشته است یا به دلیل خلط یا آفتی که مزاج مغز را از حالت طبیعی خارج نموده است و یا به

insanity دو کاربرد داشته است: Insanity اصطلاح قانونی تاریخی است که معمولاً به این معنی است که فرد از نظر روانی بیمار است و نمی‌تواند مسئول یک جرم باشد. این اصطلاح حقوقی، معمولاً نشان‌دهنده ناتوانی در درک غیر قانونی بودن یک عمل است. کاربرد دیگر، در طب بوده است، زمانی که یک فرد به عنوان مجنون تشخیص داده شده است و با واقعیت در ارتباط نبوده باشد (زیرا دچار توهم یا هذیان شده است). اما این واژه امروزه دیگر در حوزه پزشکی کاربرد ندارد و تنها برای اشاره به مفهوم قانونی آن به کار می‌رود. اصطلاح روان‌پریشی psychosis به عنوان یک اصطلاح جایگزین در اواسط قرن نوزدهم توسط پزشک اتریشی ارنست فون فوشترسلبین<sup>۴</sup> برای اشاره به حالات ذهنی همراه با جنون insanity استعمال گردید. (۹۷-۹۸)

### ۱۳. تأثیر صرع بر زندگی و کیفیت زندگی در مبتلایان به صرع

تمام بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی افرادی که آن‌ها را تجربه می‌کنند تأثیر می‌گذارند. کیفیت زندگی شخصی بیمار و نیز زندگی اجتماعی و خانوادگی او احکام و آثار حقوقی و فقهی خاصی را به دنبال دارد، مانند تأثیر بیماری‌ها بر داشتن گواهینامه رانندگی، استخدام، و یا تأثیر کیفیت زندگی بیمار بر ایجاد هزینه‌های مالی و عسر و حرج در زندگی خانوادگی. بر این اساس لازم به ذکر است که بیماری صرع نیز که در سال ۲۰۱۰ توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان دومین اختلال عصبی شدید و ناتوان‌کننده رده‌بندی شد، به خاطر غیر قابل پیش‌بینی بودن تشنج و انگ مربوط به صرع بر کیفیت زندگی مبتلایان به آن تأثیرگذار خواهد بود. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به عنوان ادراک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در چهارچوب فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های خود تعریف می‌کند. کیفیت زندگی به وضوح ماهیت ذهنی دارد و ممکن است اندازه‌گیری آن

واسطه تسلط شیطان بر او با القای اوهام و پندار باطلی که منجر به خوشحالی یا بی‌میلی و وحشت بدون سبب گردد. (۸۹) مالک جنون را اختلال در عقل و غزالی جنون را از بین برنده عقل تعریف کرده‌اند. (۹۲) بنابراین جنون در نگاه فقها، اختلال در عقل است و عقل، درک حقیقت حسن و قبح و کمال و نقص موجود در شیء است و یا درک خوب‌تر از خوب و بد از بدتر و یا درک مطلق امور به سبب وجود قوه تشخیص حسن و قبح در فرد است. اگر جنون در دوران کودکی و قبل از بلوغ در فرد وجود داشته است، آن را جنون اصلی و اگر بعد از بلوغ بر شخص عارض گردد، آن را جنون عارضی گویند. اگر جنون دوره‌ای باشد به آن غیر مطبق و اگر پیوسته و بدون افافه باشد به آن جنون مطبق گفته می‌شود. (۱۵، ۲۱، ۲۶ و ۹۵-۸۹) از دیدگاه فقها، تنها یک بیماری خاص مصداق جنون نیست، بلکه جنون مفهومی است عام و منطبق بر هر بیماری که زوال عقل را در پی داشته باشد. در نگاه آنان جنون در فرد به سبب بیماری، پیری، مصیبت و طبع رخ می‌دهد. فقهای اهل سنت صرع را نوعی از جنون یا شبیه به جنون قلمداد کرده‌اند که از بین‌برنده عقل است. از دیدگاه برخی نیز دو نوع صرع وجود دارد: صرعی که از انواع جنون است و صرعی که جنون محسوب نمی‌شود. اما از دیدگاه امامیه با توجه به تفاوت موضوع صرع با جنون، صرع از افراد جنون محسوب نشده است. (۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۰ و ۲۸)

### ۲-۳-۱۲. مفهوم جنون در روان‌پزشکی: اشکال شدید اختلال

عملکرد روانی و رفتاری از زمان‌های قدیم شناخته شده است که منجر به ایجاد مفاهیمی مانند جنون<sup>۱</sup>، شیدایی<sup>۲</sup> و زوال عقل<sup>۳</sup> شده است. ادبیات پیش از قرن نوزدهم مملو از توصیف جنون است. با این حال، مبانی نظری آن کمتر شناخته شده است. در زبان انگلیسی واژه Sanity به معنای عقل و واژه insanity به معنای جنون است و از لحاظ اصطلاحی

1. insanity
2. mania
3. dementia

4. Ernst von Feuchtersleben

دشوار باشد. به ساده‌ترین عبارت، کیفیت زندگی، می‌تواند به‌عنوان احساس و عملکرد بیمار تعریف شود و دارای سه عنصر اساسی سلامت فیزیکی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی است؛ بنابراین کیفیت زندگی مبتلایان از این سه جنبه مورد بررسی قرار می‌گیرد. (۶۸، ۷۱ و ۹۹-۱۰۰)

### ۱-۱۳. تأثیر صرع بر سلامت فیزیکی فرد مبتلا

از نظر علمی، همبودی به‌عنوان ترکیبی از دو یا چند بیماری که از نظر بیماری‌زایی به یکدیگر مرتبط هستند و یا مستقل از فعالیت هر بیماری در بیمار وجود دارند، تعریف می‌شود. از جمله بیماری‌های جسمی همبود با صرع، میگرن، اختلالات خواب، بیماری مغزی - عروقی، بیماری‌های تنفسی، قلبی، معده و روده، بیماری‌های دستگاه تناسلی و ادراری، بیماری‌های پوستی است. همچنین خطر بروز حوادثی مانند شکستگی‌ها و سوختگی و دیگر آسیب‌ها و نیز خستگی مزمن است. گزارش شده است: این موارد حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد بیشتر در افراد مبتلا به صرع رخ می‌دهد. علل بیماری‌های همبود با صرع متعدد است و به‌طور کلی می‌تواند در نتیجه حملات مکرر یا عوارض درمان و یا عللی که از قبل وجود داشته است و موجب پیشرفت صرع شده است، باشد. (۳۹)

### ۲-۱۳. تأثیر صرع بر سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی فرد، آن بعد از رفاه یک فرد است که به چگونگی کنار آمدن او با دیگران، نحوه واکنش دیگران به او و نحوه تعامل او با نهادهای اجتماعی و آداب و رسوم اجتماعی مربوط می‌شود. (۱۰۱) افراد مبتلا به صرع با بسیاری از چالش‌های ارتباطی مواجه هستند؛ هنگامی که صرع در سن پایین شروع می‌شود، ممکن است به طور بالقوه فرصت‌های اجتماعی را محدود و منجر به انزوای اجتماعی بیش از حد متوسط مبتلایان به صرع شود، این انزوا می‌تواند ناشی از ترس از وقوع تشنج در ملأ عام و محافظت بیش از حد والدین از کودک یا نوجوان و استیگمای مربوط به صرع باشد که برخی از کسانی که با صرع آشنایی ندارند و یا از آن وحشت دارند، تماس اجتماعی و ارتباطی با افراد مبتلا به صرع را محدود

کنند و نیز افسردگی، اضطراب و دیگر اختلالات روانی رایج در مبتلایان به صرع می‌توانند تأثیر شگرفی بر روابط داشته باشند. (۵۰) علاوه بر این، بیماری صرع، تأثیر قابل توجهی بر رفاه روانی اجتماعی مبتلایان دارد. این افراد با چالش‌های مهمی در رابطه با عملکرد مؤثر در جامعه مواجه هستند. برای فرد مبتلا به صرع، مشاغل خاصی توسط قانون، به دلیل خطرات بالقوه در صورت وقوع حمله در محل کار، منع می‌شود؛ این موارد منع، شامل خلبانی هواپیما، راننده آمبولانس، راننده تاکسی، راننده قطار و نیز منع اشتغال آنان در سرویس‌های مسلح می‌شود. برخی مشاغل نیز مانند پست‌های آموزشی شامل تربیت بدنی، علوم و فناوری در مدارس دولتی، برخی پست‌های پرستاری، کار با کودکان و مشاغل در زندان، اگرچه هیچ منع قانونی در مورد آن‌ها وجود ندارد، اما ممکن است منجر به مشکلات شوند. موقعیت‌های خاص نیز مانند کار در ارتفاعات و کار به تنهایی در نزدیکی آب باز، آتش یا در اطراف ماشین‌آلات بدون محافظ در صورتی که حملات به طور کامل کنترل نشوند خطرات قابل توجهی را به همراه خواهند داشت و نباید توصیه شوند. کنترل ضعیف تشنج یکی از دلایل اصلی و عوامل فردی و اجتماعی، از جمله تبعیض، استیگما، عزت نفس پایین، اختلالات خلقی، مشکلات شناختی، از دیگر علل مشکلات شغلی مبتلایان به صرع است. نرخ بیکاری مبتلایان به صرع، حداقل دو برابر جمعیت عمومی، یعنی ۴۶٪ برای افراد مبتلا به صرع گزارش شده است. به طور قابل توجهی دوره‌های طولانی‌تر بیکاری و نرخ‌های بالاتر بازنشستگی پیش از موعد نیز برای آنان، گزارش شده است. مطالعات انجام‌شده در دو دهه گذشته به طور مداوم میزان نرخ پایین ازدواج را در افراد مبتلا به صرع نشان داده است که این تا حدی به استیگمای موجود در مورد اشتغال مبتلایان به صرع نسبت داده شده است. (۱۰۶-۱۰۲)

### ۳-۱۳. اثر بیماری صرع بر سلامت روان

اما در فقه شیعه و قانون مدنی چنین قضاوتی واقع نشده و مصروع را مجنون نپنداشته‌اند و برخی قضاوت در خصوص صرع را به فهم عرف از این موضوع احاله داده‌اند. اگر منظور ایشان از عرف را عرف اهل تخصص تعریف و تأویل کنیم، نگاهی پیشرو و علمی به حساب می‌آید. امروزه با توجه به پیشرفت‌های علمی و ابداع تجهیزات و تکنیک‌های تخصصی و پیشرفته، صرع را یک بیماری روانی نمی‌دانند، بلکه آن را یک اختلال عصبی با اقسام مختلف و امکان کنترل آثار، عوارض و نیز درمان موفقیت‌آمیز معرفی می‌کنند.

با توجه به اینکه فقه اسلامی واقعیت‌های علمی را مناط در خصوص احکام مکلفین قرار می‌دهد بدیهی است که آن دسته از فتاوی که براساس ماهیت روانی صرع و جنون دانستن آن صادر شده‌اند، باید براساس فهم جدید تغییر کرده و حقوق بیماران و افراد دخیل در موضوع بر این اساس باز تعریف شود تا عدالت فقهی در خصوص این بیماران و افراد مرتبط با این موضوع به اجرا درآید و اجحافی در حق آنان روا داشته نشود.

سلامت روان پایه و اساس احساسات، تفکر، ارتباطات، یادگیری، انعطاف‌پذیری و اعتماد به نفس است؛ بنابراین، سلامت روان، لازمه روابط، بهزیستی عاطفی، همکاری اجتماعی، اعتماد به نفس و شناخت است. (۱۰۷) قرن‌ها است که ارتباط میان صرع و بیماری‌های روانی به رسمیت شناخته شده است، اما ماهیت واقعی و علل آن رابطه به خوبی درک نشده است. شیوع اختلالات روانی در بیماران مبتلا به صرع به طور قابل توجهی بیشتر از جمعیت عمومی و بیشتر از مبتلایان به سایر بیماری‌های مزمن است. مطالعات تخمین زده‌اند که تا ۵۰٪ از بیماران مبتلا به صرع اختلالات روانی دارند. افزایش میزان همبودی بیماری‌های روانی با صرع، پیش از شروع تشنج و پس از آن، نشان‌دهنده یک رابطه دو طرفه میان اختلالات روانی و صرع است. بیماری صرع، اختلال در قسمت‌هایی از مغز است که خلق و رفتار را تنظیم می‌کند. بیماری‌های روانی همبود با صرع، مشکلات عملکردی و خلقی هستند که در بیماران مبتلا به صرع شایع هستند و به طور قابل توجهی کیفیت زندگی و جنبه‌های مختلف عملکرد آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است انگ و انزوای اجتماعی ناشی از صرع را افزایش دهند و نیز بر نگرش بیمار نسبت به بیماری و درمان با تأثیر منفی بر همکاری با پزشک و متعاقباً بر کنترل تشنج، تأثیر بگذارد؛ بنابراین صرع به‌عنوان یک بیماری سیستم عصبی مرکزی با پیامدهای پیچیده جسمی، روانی و اجتماعی در بروز هم‌زمان این اختلالات نقش دارد و اختلالات روانی می‌توانند بخشی از یک حمله صرعی را تشکیل دهند. (۳۹، ۵۰، ۸۲، ۸۴ و ۱۰۸)

#### ۱۴. نتیجه‌گیری

غالب فقهای اهل سنت صرع را که امروزه یک بیماری عصبی محسوب می‌شود، ملحق به جنون و برخی ملحق به اغما کرده‌اند. همین فقها بر این اساس در بحث حقوق بیماران مبتلا به صرع قضاوت و افتا کرده و حکم مجانین و افراد دچار اغما را در مباحثی چون فسخ نکاح به مصروعین تسری داده‌اند

## References

1. Magiorkinis E, Sidiropoulou K, Diamantis A. "Hallmarks in the history of epilepsy": Epilepsy in antiquity. *JEpilepsy & Behavior*. 2010. 1(17): 132 & 104 & 107. [In English]
2. Ibn Taymīyyah, A. al-Radd 'Alā al-Mantiqīn. Biyrūt: Dār al-Marifat. 1976. 470 & 471. [In Arabic]
3. Ibn Qayyim, SH M. Zād al-Ma'ād Fī Hadyi Khayri al-'Ibād. Kuwīyt: Maktabat al-Manār. 1994. 4: 66 & 67. [In Arabic]
4. Arzānī, MA. Ṭib Akbarī. Tihrān: Muwji Nūr. 2014 (1393). 150-152. [In Persian]
5. Al-Firūzābādī, M. al-Qāmūs al-Muḥīṭ. Biyrūt: Dār al-Fikr. 1992(1413). 5: 137 & 953 & 1336. [In Arabic]
6. Ibn Sīnā, A. Qānūn. Ed: Sharafkandī, 'Abd al-raḥmān. Tihrān: Surūsh. 1969(1389). 3: 124 & 125 & 143 & 144 & 152 & 198. [In Arabic]
7. Liu L. "Reproductive Issues": Practical Epilepsy. Demos Medical Publishing LLC. 2016. 378. [In English]
8. Magazi DS, Nkohla S, Mmako MT. "Epilepsy seizure types, classification and treatment": *South African Family Practice*. 2018. 60(4): 22. [In English]
9. Mansoor s, saadat s, Kakar N, Khan S, Khan S. "A Brief History of Epilepsy": *SAS Journal of Medicine (SASJM)*. 2018. 11(4): 186-188. [In English]
10. Khumiynī, R. Taḥrīr Al-Wasīlat. Najaf: Dār al-Kutub al-'Ilmīyyat. 2011(1390). 2: 292. [In Arabic]
11. Gulpāyigānī, SMR. Majma' al-Masā'il. Qum: Dār al-Qur'ān al-Karīm. 1993(1372). 2: 353. [In Arabic]
12. Ziyān al-Dīn, MA. Kalīmāt al-Ttaqwā. Tihrān: Mihr. 1992(1413). 7: 115. [In Arabic]
13. Sīstānī, A. Minhāj al-Ṣāliḥīn. Qum: Sitārih. 1995(1416). 3: 83. [In Arabic]
14. Sabziwārī, SAA. Muhazzab al-Aḥkām Fī Bayān Ḥalāl Wa al-Ḥarām. Qum: Maktab āyatullāh al-Sabziwārī. 1996(1417). 25: 113. [In Arabic]
15. Ibn Ābidīn, MA. Ḥāshīyat Radd al-Muḥtār 'Alā al-Ddur al-Mukhtār. Biyrūt: Dār al-Fikr. 2006. 3: 244 & 6: 576. [In Arabic]
16. Abū al-Yumn, I. Lisān al-Ḥukkām. Qāhirat: al-Bābī al-Ḥalabī. 1973. 325. [In Arabic]
17. Ibn Ḥājib, 'U. Jāmi' al-Ummahāt. al-yammāmat lil-Nashr. 2000. 271. [In Arabic]
18. Al-Kharashī, M. al-Kharashī 'Alā Mukhtaṣar Sayidī Khalīl. Biyrūt: Dār al-Fikr. 5: 127. [In Arabic]
19. Qurṭubī, M. al-Jāmi' al-Aḥkām al-Qur'ān. Rīyāḍ: Dār al-'Alam al-Kutub. 2003. 3: 355. [In Arabic]
20. Al-Bujayramī, S. Tuḥfat al-Ḥabīb 'Alā Sharḥ al-Khatīb. Biyrūt: Dār al-Kutub al-'Ilmīyyat. 1996. 4: 133 & 182 & 3: 386 & 10: 261. [In Arabic]
21. Shirwānī, A. 'Ibādī, A. Ḥawāshī al-Shirwānī Wa al-'Ibādī. NP. ND. 7: 254 & 345 & 1: 135. [In Arabic]
22. Al-Rāfi'ī, A. al-'Azīz Sharḥ al-Wagīz. Biyrūt: Dār al-Kutub al-'Ilmīyyat. 1997. 7: 551. [In Arabic]
23. Ibn al-Rif'at, A. Kifāyat al-Nabīh Fī Sharḥ al-Tanbīh. Biyrūt: Dār al-Kutub al-'Ilmīyyat. 2009. 13: 46. [In Arabic]
24. Ibn al-Mulaqqin, S. 'Ijālat al-Muḥtāj Ilā Tujīh al-Minhāj. Urdun: Dār al-Kitāb. 2001. 3: 1215. [In Arabic]
25. Al-Qalyūbī SH. Ḥāshīyat al-Qalyūbī 'Alā Sharḥ al-Jalāl al-Maḥallī 'Alā Minhāj al-Ṣāliḥīn. Biyrūt: Dār al-Fikr. 1998. 3: 262. [In Arabic]
26. Khatīb al-Shirbīnī, M. Mughnī al-Muḥtāj Fī Sharḥ al-Minhāj. Biyrūt: Dār al-Fikr. 2006. 3: 202 & 1: 33. [In Arabic]
27. 'Āshimī, A. Ḥāshīyat al-Rawḍat al-Muraba' Sharḥ Zād al-Mustaqna'. NP. 2018(1397). 2: 325. [In Arabic]
28. Al-Bahūtī, M. Kishāf al-Qina' 'An Matn al-Iqnā'. Biyrūt: Dār al-fikr. 1981(1402). 1: 482. [In Arabic]
29. Al-Suyūtī Raḥībānī, M. Maṭālib Ūlā al-Nahy Fī Sharḥ Ghāyat al-Muntahā. Damishq: al-Maktab al-Islāmī. 1961. 5: 147. [In Arabic]
30. Al-Uthaymīn, M. al-Sharḥ al-Mumtī' 'Alā Zād al-Mustaqni'. Dār Ibn al-Jawzī. 2007(1428). 1: 355 & 12: 215. [In Arabic]
31. Ibn Taymīyyah, A. Sharḥ al-'Umdat. Rīyāḍ: Dār al-'Āsimat. 1996. 1: 46. [In Arabic]
32. Ibn Taymīyyah, A. Daqā'iq al-Tafsīr. Damishq: Mu'asisat al-'Ulum al-Qur'ān. 1983 (1404). [In Arabic]
33. Ibn Taymīyyah, A. Majmū' al-Fatawā. Dār al-Wafā. 2005. 13: 82. [In Arabic]
34. Johnston A, Smith P. "Epilepsy: A General Overview": *Epilepsy and Intellectual Disabilities*. 2th. Springer International Publishing. 2008. 7-27. [In English]
35. Jenrow K, Elisevich K. "Pathophysiology of Epilepsy": *Understanding Epilepsy*. Cambridge University press. 2020. 1-19. [In English]

36. PANAYIOTOPOULOS CP, KOUTROUMANIDIS M. "Benign childhood seizure susceptibility syndromes": EPILEPSY 2017. University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy. 2017. 143-148. [In English]
37. What is a Neurologic Disorder? <https://www.childneurologyfoundation.org/what-is-a-neurologic-disorder>. 2021. [In English]
38. "Mental health: neurological disorders": <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/mental-health-neurological-disorders>. 2016. [In English]
39. "Valeta Th. The Epilepsy Book": A Companion for Patients. Springer International Publishing AG. 2017. 9 & 24 & 25 & 26 & 45-46 & 52 & 108 & 113-116. [In English]
40. LARNER, A J. "A DICTIONARY OF NEUROLOGICAL SIGNS": Springer Science+Business Media, LLC. 3th. 2011. 323. [In English]
41. Devinsky O. "Epilepsy Patient & Family Guide": Demos Medical Publishing, LLC. 3th. 2008. 4. [In English]
42. McCoy B, Benbadis S. "Epilepsy and the interictal state": Psychogenic attacks and epilepsy. John Wiley & Sons, Ltd. 2015. 183-194. [In English]
43. SHeldon R, Raj S. "Syncope An Evidence-Based Approach": Seizures vs Syncope: Distinguishing Features for the Clinic. 2th. Springer Nature Switzerland AG. 2020. 69-70. [In English]
44. Tarulli A. "Neurology A Clinician's Approach". 3th. Springer Nature Switzerland AG. 2021. 292. [In English]
45. Erro R, Sethi K, Bhatia K. "Paroxysmal Dyskinesia": Definitions and Clinical Approach. In: Paroxysmal Movement Disorders. Springer Nature Switzerland AG. 2021. 1. [In English]
46. Corradi A M, Valente P, Michetti C. "Pathophysiology of Paroxysmal Dyskinesia": Paroxysmal Movement Disorders. Springer Nature Switzerland AG. 2021. 95. [In English]
47. Sarmast S T, Abdullahi AM, Jahan N. "Current Classification of Seizures and Epilepsies": Scope, Limitations and Recommendations for Future Action. Cureus J. 2020. 12(9). 3-4. [in English]
48. Reséndiz-Aparicio JC, Pérez-García JC, Olivas-Peña E. "Clinical guideline": definition and classification of epilepsy. Academia Mexicana de Neurología A. C. Publicado por Permanyer Méxicoj. (2019). 20 (2). 64. [In English]
49. Wehner T. "Classification and terminology to organise seizures and epilepsy": EPILEPSY 2017. University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy. 2017. 11 & 12-14. [In English]
50. Spencer DC. "Navigating Life with Epilepsy": American Academy of Neurology. 2017. 16-24 & 33-34 & 50. [In English]
51. Case R, Blake S. "A Practical Guide to Supporting People with Epilepsy": Springer Nature Switzerland AG. 2020. 15 & 24-25 & 29. [In English]
52. Wirrell EC. "Classification of Seizures and the Epilepsies": Wiley & Sons, Ltd. 2021. 13-14 & 15 & 19 & 64. [In English]
53. Fine AL, C Wirrell E, Nickels KC. "Classifications of Seizures and Epilepsies": Understanding Epilepsy. Cambridge University Press. 2020. 63 & 64 & 67. [In English]
54. Rudzinski L A, Shin JJ. "The Classification of Seizures and Epilepsy Syndromes": Novel Aspects on Epilepsy. Croatia: In Tech. 2011. 70. [in English]
55. SHAH SV. "Diseases of The Brain and Nervous System, Team Spirit". India: Pvt Ltd. 2008. 31-32. [In English]
56. Devinsky O. "Epilepsy Patient & Family Guide". 3th. Demos Medical Publishing LLC. 2008. 17. [In English]
57. Koutroumanidis, M. "Idiopathic generalised epilepsies": EPILEPSY 2017. University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy. 2017. 150 & 152 & 157. [In English]
58. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G. "ILAE Classification of the Epilepsies Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology": Epilepsia. 58 (4). 2017. 515 & 517 & 518. [In English]
59. Tatum IV WO, Kapla PW, Jallon P. "Epilepsy A to Z": Demos Medical Publishing LLC. 2009. 72. [In English]
60. Zelleke T. "Electro-Clinical Syndromes by Age of Onset—Childhood, Adolescence, and Adult": Epilepsy Board Review. Springer Science+ Business Media LLC. 2017. 155-156. [In English]
61. Brandling-Bennett EM. "Developmentally Delayed Children and Adults": Handbook on the

- Neuropsychology of Epilepsy. New York: Springer Science+Business Media. 2015. 278 & 280-281. [In English]
62. Morse RP. "Epilepsy Syndromes". In: Practical Epilepsy. Demos Medical Publishing LLC. 2016. 44-45. [In English]
63. Abdelnour E, Sachdev M, Mikati M. "Familial Electro-clinical Syndromes and Epilepsies in Adolescence to Adulthood": Understanding Epilepsy. Cambridge University Press. 2020. 115. [In English]
64. Guerrini R, Carmen B. "Classification, clinical symptoms, and syndromes": Oxford Textbook of Epilepsy and Epileptic Seizures. Oxford University Press. 2013. 77. [In English]
65. FERRIE C. "Severe paediatric epilepsy syndromes": EPILEPSY 2017. University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy 2017. 99. [In English]
66. Shorvon S. "The Causes of epilepsy: Oxford Textbook of Epilepsy and Epileptic Seizures": Oxford University Press. 2013. 62. [In English]
67. Sazgar M, Young MG. "Absolute Epilepsy and EEG Rotation Review": Springer Nature Switzerland AG. 2019. 12. [In English]
68. Thomas R, Wynford, Johnston A, Smith PE. "Epilepsy: A General Overview. Epilepsy and Intellectual Disabilities". 2th. Springer International Publishing. 2016. 10 & 15 & 16. [In English]
69. Dumanis SB, Briggs L, Kim Y, ital. "Epilepsy philanthropy advisory services": MILKEN INSTITUTE. 2017. 13. [In English]
70. Crepeau AZ. "Treating Epilepsy Second Seizure and beyond: How to Choose a Drug An Algorithm": Epilepsy. Wiley & Sons Ltd. 2021. 321. [In English]
71. Kobau R, DiIorio Ck, Thompson NJ, ital. "Epilepsy, comorbidities, and consequences: implications for understanding and combating stigma": Epilepsy and the interictal state. John Wiley & Sons, Ltd. 2015. 19 & 20. [In English]
72. SILLS GJ. "Mechanisms of action of antiepileptic drugs": EPILEPSY 2017. University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy. 2017. 295. [In English]
73. Motamedi GK. "Epilepsy Surgery Assessment and Testing: Koubeiss": Epilepsy Board Review. Springer Science+ Business Media LLC. 2017. 317. [In English]
74. Van G, Noe K, Zimmerman RS. "Intracranial EEG Monitoring": Epilepsy. Wiley & Sons Ltd. 2021. 381. [In English]
75. Boling WW. (2018). "Diagnosis and Surgical Treatment of Epilepsy". In: Diagnosis and Surgical Treatment of Epilepsy. Basel. Brain Sciences. MDPI. 2018. 1. [In English]
76. WALKER MC, FISH DR. "Pre-operative evaluation and outcome of surgical treatment of epilepsy": EPILEPSY 2017. University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy. 2017. 504. [In English]
77. Ritaccio AL, Tatum WO. "The Drug-Resistant Patient who is not a Candidate for Resective Surgery: An Approach to Neuromodulation": Epilepsy. Wiley & Sons Ltd. 2021. 477. [In English]
78. BAXENDALE S. "Non-pharmacological treatments for epilepsy: the case for and against complementary and alternative medicine": EPILEPSY 2017. University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy. 2017. 379-381. [In English]
79. American Psychiatric Association (2021): <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders>
80. Rezaee F, Fakhraee A, Farmand A, Niloofari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders(Dsm). Tihraan: Arjumand. 2014(1393). 5. [In Persian]
81. Mansoor s, saadat s, Kakar N, Khan S, Khan S. "A Brief History of Epilepsy": SAS Journal of Medicine (SASJM). 11(4). 2018. 187. [In English]
82. Adachi N, Akanuma N. "Delusions and Hallucinations": Neuropsychiatric Symptoms of Epilepsy. Springer International Publishing Switzerland. 2016. 74. [In English]
83. Semple D, Smyth R. "Oxford Handbook of Psychiatry". 4th. Oxford University Press. 2019. 67-90. [In English]
84. Jurczyk KJ, Kotas R, Jurczyk Piotr, ital. "Mental disorders in patients with epilepsy": Psychiatr. Pol. 2020. 54 (1). 51-68. [In English]
85. <https://www.apa.org/topics/autism-spectrum-disorder> (2022). apa
86. Rezaee F, Hodavandkhani F, Jamshidian P, Esfandzad A. "Kaplan And Sadock's Synopsis Of

- Psychiatry". Boland R, Verduin M. Tihṙān: Arjumand. 2015(1394). 2: 394. [In Persian]
87. Zubiydī, AM. al-Juhar al-Nayyirat. Np. Nd. 34: 364. [In Arabic]
88. Ibn al-Muṭarrāz, N. al-Mughrib Fī Tartīb al-Mu'rib. Ḥalab: Maktabat Ussāmat Ibn Ziyd. 1979. 1: 166. [In Arabic]
89. Taftāzānī, S. Sharḥ al-talwīḥ 'Alā al-Tawḏīḥ li-Matn al-Tanqīḥ Fī Usūl al-Fīqh. Biyrūt: Dār al-Kutub al-'Ilmīyyat. 1996(1416). 2: 384. [In Arabic]
90. Al-Bābartī, M. al-'Ināyat Sharḥ al-Hidāyat. Np. Nd. 3: 48. [In Arabic]
91. Al-Zaylā'ī, F. Tabyīn al-Ḥaqā'iq Sharḥ Kanz al-Daqā'iq. Qāhirat: Dār al-kutub al-Islāmīyyat. 1985(1313). 1: 340. [In Arabic]
92. Ṣāwī, A. Ḥāshīyat al-Ṣāwī 'Alā al-Sharḥ al-Ṣaghīr. Np. 199, 3 (1415). 2: 5. [In Arabic]
93. Al-Sarakhsī, Sh. Al-Mabsūṭ. Biyrūt: Dār al-Fikr. 2000(1421). 3: 157. [In Arabic]
94. Ḥillī, J. Sharā'ī' al-Islām. Tihṙān: Istiqlāl. 1998(1409). 2: 541. [In Arabic]
95. Shahīd Thānī, Z. al-Rrawḍat al-Bahīyyat Fī Sharḥ al-Lum'at al-Dimashqīyyat. Najaf: Manshūrāt Jāmi'at al-Najaf al-Dīnīyyat. Nd. 5: 385. [In Arabic]
96. Al-Qarrāfī, A. al-Dhakhīrat. Biyrūt: Dār al-Fikr. 1994. 4: 420. [In Arabic]
97. Broussard B, Compton MT. "The First Episode of Psychosis": New York: Oxford University Press. 2021. 5. [In English]
98. Matsumoto D. "The Cambridge Dictionary of Psychology": New York: Cambridge University Press. 2009. 258. [In English]
99. Sirven JJ, Cascino GD. "Introduction and Epidemiology": Epilepsy. Wiley & Sons Ltd. 2021. 3. [In English]
100. Deirdre PM. "Quality of Life in Epilepsy": Society, Behaviour And Epilepsy. New York. 2011. 43. [In English]
101. SOCIAL HEALTH: <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/social-health>. 2019. [In English]
102. Labiner DM. "Social Issues": Practical Epilepsy. Demos Medical Publishing LLC. 2016. 413. [In English]
103. Ziemba K, Drazkowski J. "Driving, employment, and related issues in epilepsy": Epilepsy and the interictal state. by John Wiley & Sons Ltd. 2015. 258. [In English]
104. BAKER GA. "Employment": EPILEPSY 2017. University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy. 2017. 547-548. [In English]
105. Moore L, Crepeau AZ, Casci G. "Burden of Epilepsy": Epilepsy. Wiley & Sons, Ltd. 2021. 63-64. [In English]
106. Thompson PJ, CRANE B. "Psychosocial outcome". EPILEPSY 2017: University of Oxford Mathematical Institute. International League Against Epilepsy. 2017. 423. [In English]
107. Ficker DM. "Quality of life and the interictal state in epilepsy": Epilepsy and the interictal state. by John Wiley & Sons, Ltd. 2015. 3. [In English]
108. Kanner AM, Ribot R. "Depression": Neuropsychiatric Symptoms of Epilepsy. New York, Dordrecht London. Springer International Publishing Switzerland. 2016. 25. [In English]



# MfJ

## Medical Fighh Journal

2022; 14(44): e6

Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/en-mf>



### ORIGINAL RESEARCH

## Medical jurisprudential explanation of the nature of epilepsy

Farzad parsa<sup>1\*</sup>, Um kulthum bahramijaf<sup>2</sup>

1. Associate Professor, Department of Shafi'i Jurisprudence and Law, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

2. Master of Shafi'i Jurisprudence and Law, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

### ARTICLE INFORMATION

#### Article history:

**Received:** 11 July 2022

**Accepted:** 11 October 2022

**Published online:** 23 November 2022

#### Keywords:

Epilepsy

Medical knowledge

Islamic jurisprudence

\* Corresponding Author: Farzad parsa

Address: Kurdistan, Sanandaj, University of Kurdistan, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Shafi'i Jurisprudence and Law

Email: [f.parsa@uok.ac.ir](mailto:f.parsa@uok.ac.ir)

### ABSTRACT

**Background and Aim:** According to the new understanding, epilepsy is a neurological disease, but in the past it was often considered a mental illness and the patients' rights were explained accordingly. The present research has been done by paying attention to the views of the past jurists and explaining their views, and referring to the specialized texts of neurology and psychiatry, with the aim of expressing the true nature of epilepsy and its difference from mental illnesses and insanity, as well as the need to revise Islamic jurisprudence and regarding these patients' rights.

**Materials and Methods:** This research is an interdisciplinary study using the analytical descriptive method and based on the data of traditional medicine, Islamic jurisprudence, neurology and psychiatry. The collection of these data is a library method and the data analysis is qualitative.

**Conclusion:** In this research, while explaining the viewpoint of traditional medicine and Islamic jurisprudence and the new sciences of brain, neurology and psychiatry, it was concluded that most of the Shia jurisprudents have described epilepsy simply as "Al-Halat al-Ma'hudah". However, the understanding of Sunni jurists and traditional medicine is that epilepsy is a mental or metaphysical disease and is influenced by spirits and jinn, or is affected by body disturbances, and some have considered it similar to coma and fainting. While this understanding is not correct. Because today, epilepsy is considered a neurological disorder-not a mental disorder. So it is necessary for jurists and scientists to redefine the rulings of epilepsy patients in order to realise their rights.

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Cite this article as:

Parsa F, Bahramijaf U K, Medical jurisprudential explanation of the nature of epilepsy. *Med Fighh J* 2022; 14(44): e6.