



## مداخله روان‌شناختی در کنترل صرع کودکان و نوجوانان

دکتر طاهره ثقلالاسلام\*، دکتر غلامعلی افروز\*\*، دکتر کورش قره‌گزلی\*\*\*، دکتر الهه حجازی\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف ارزشیابی میزان کنترل روش‌های روان‌شناختی و غیر دارویی صرع در کودکان و نوجوانان انجام شده است. **روش:** ۳۰ پسر مبتلا به صرع تونیک - کلونیک ۹-۱۴ ساله با هوش بهنجار که تحت دارو درمانی به مدت دو سال (بدون پاسخ مناسب درمانی) بودند، انتخاب و به تصادف در سه گروه جای داده شدند: ۱- گروه اول با درمان گروهی درمانی شناختی- رفتاری ۲- گروه دوم با آموزش پس‌خوراند زیستی ۳- گروه سوم (گواه) که هیچگونه مداخله درمانی و روان‌شناختی دریافت نکردند. در این پژوهش سه بعد در تشنج صرعی مورد بررسی قرار گرفت: ۱- شدت علائم ۲- فراوانی تشنج‌ها ۳- احساس کنترل حمله تشنجی صرع تونیک- کلونیک که به وسیله مقیاس علائم صرع ارزیابی شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری موجب کاهش شدت علائم و افزایش احساس کنترل تشنج صرعی شده، اما تأثیری در کاهش فراوانی آن نداشته است. آموزش پس‌خوراند زیستی تأثیر ناچیزی در کاهش فراوانی نشانه‌ها داشته است. شاید عدم موفقیت در کاهش دفعات و فراوانی تشنج صرعی با عوامل گوناگونی از جمله: دارو درمانی هم‌چنین اطلاعات نادرستی که والدین افراد مصروع در اختیار درمان‌گران قرار دادند، مربوط باشد. نتیجه: مداخله روان‌شناختی در کنترل حمله صرع مؤثر و باید مورد مطالعه بیشتر قرار گیرد.

Andoesh  
Va  
Raftar  
الدیشه و رفار

۵۶

### کلید واژه: صرع کودکان و نوجوانان، درمان شناختی - رفتاری، بیوفیدبک، پس‌خوراند زیستی، آموزش گروهی

#### مقدمه

راپر<sup>۱</sup>، (۲۰۰۱) و یک اختلال شایع پزشکی است.

صرع<sup>۱</sup> را تخلیه الکتریکی مغز دانسته‌اند (ویکتور<sup>۲</sup> و انگرز<sup>۳</sup>، کوان<sup>۴</sup> و هاوسر<sup>۵</sup> (۱۹۹۳)، به نقل از

\* دکترای تخصصی روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان کمالی، مرکز پزشکی لقمان حکیم، بخش اعصاب (نویسنده مسئول).

\*\* دکترای تخصصی روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. تهران، بزرگراه جلال آل احمد، رویروی کوی نصر، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تهران.

\*\*\* متخصص نورولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی.

\*\*\*\* دکترای تخصصی روان‌شناسی، عضو هیئت علمی و مدیر گروه مبانی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

- |             |           |           |
|-------------|-----------|-----------|
| 1- epilepsy | 2- Victor | 3- Ropper |
| 4- Annegers | 5- Cown   | 6- Hauser |

تیلور<sup>۱</sup>، (۲۰۰۰) در انگلستان میزان شیوع صرع را در کودکان پنج در ۱۰۰۰ نفر و در بزرگسالان بین ۷-۴ در ۱۰۰۰ نفر گزارش نموده‌اند. از این رو در این کشور نزدیک به ۳۵۰ هزار نفر با تشخیص صرع زندگی می‌کنند (براون<sup>۲</sup>، وبتس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از گلدشتاین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). شیوع صرع ده برابر مولتیپل اسکلروزیس<sup>۵</sup> و صد برابر اختلالات نورون‌های حرکتی است (فن‌ویک<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴) و یک سوم بیماران علائم صرع را پیش از ۱۸ سالگی نشان می‌دهند. بر پایه معیارهای نوین تشخیص صرع اتحادیه انجمن مقابله با صرع<sup>۷</sup> پس از سالهای ۱۹۹۵ علائم صرع در همین تعداد از بیماران پیش از سن ۱۵ سالگی دیده شده است. هر چند بیشتر صرع‌ها در دهه اول کودکی است (به‌ویژه در دو سال اول) و در بزرگسالی کاهش می‌یابد. اما در دوران میان‌سالی به علت آسیب‌های مغزی افزایش چشمگیر دارد (تیلور، ۲۰۰۰).

در ایران برپایه برآورد انجمن صرع ایران بیش از یک میلیون کودک و بزرگسال مبتلا به صرع هستند (انجمن صرع ایران، ۱۳۷۷). بررسی‌های انجام‌شده در مدارس تهران نشان داد که ۶۵٪ کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع از تشنج صرع تونیک - کلونیک رنج می‌برند (قره‌گزلی و آبادیان، ۱۳۷۲).

بر پایه پژوهش‌های پروکا<sup>۸</sup> و ریچستون<sup>۹</sup> (۱۹۸۰) داروهای قدیمی ضدصرع یعنی فنوباریتال<sup>۱۰</sup> و پریمیدون<sup>۱۱</sup> دارای اثراتی مانند بیش‌فعالی<sup>۱۲</sup>، بی‌قراری<sup>۱۳</sup> و حواس‌پرتی<sup>۱۴</sup> در کودکان سنین مدرسه‌اند و فنی‌توئین<sup>۱۵</sup> دارای بیشترین عارضه جانبی بوده، موجب کندشدن حرکت و فعالیت‌های مدرسه می‌گردد (لچتن‌برگ<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۴، به نقل از گلدشتاین، ۱۹۹۷). در مورد داروهای ضدصرعی جدیدتر مانند ویگابترین<sup>۱۷</sup> گزارش نموده‌اند که ۱۸/۵٪ بیماران تحت درمان از مشکلات رفتاری مانند: پرخاشگری و اختلال در کارکرد حافظه رنج می‌برند (اودن‌هی<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۵). پژوهش‌های گابرمین<sup>۱۹</sup> (۱۹۹۹) نشان داد که

لاموتریجین<sup>۲۰</sup> در صورت درمان تک‌دارویی در دراز مدت اثرات منفی شناختی ندارد و بر خلق بیمار نیز تأثیر مثبت دارد. درباره تیآگابین<sup>۲۱</sup> (گاپیت‌ریل<sup>۲۲</sup>) نیز صرف‌نظر از عوارض جسمانی، مشکل مهمی از نظر روانی گزارش نشده است.

امروزه با توجه به یافته‌ها و گزارش‌ها مبنی بر وجود اختلال‌های رفتاری، شناختی و اجتماعی که در میان کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع حتی دارای هوش بهنجار وجود دارد و شروع آنها در اوایل دوران کودکی، توجه بسیاری از پژوهشگران در حوزه روان‌شناسی به روش‌های کنترل روان‌شناختی و غیردارویی جلب شده است. گلدشتاین (۱۹۹۷) براین باور است که بنیان رویکردهای کنترل روان‌شناختی بر دو هدف مهم تکیه دارد: ۱- کاهش فراوانی حمله‌های تشنجی ۲- تکیه بر سازش‌یافتگی مناسب فردی و اجتماعی.

بررسی‌ها نشان داده‌اند، که کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع به‌ویژه نوع تونیک - کلونیک از مشکلات مهم روان‌شناختی رنج می‌برند. از این رو پژوهش حاضر با هدف‌های زیر انجام شده است:

۱- بررسی اثر کاربرد روش‌های روان‌شناختی در کنترل صرع در کودکان و نوجوانان.

۲- تعیین میزان شدت علائم، فراوانی و احساس دقت بیماران در کنترل حمله تشنجی توسط کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع.

و پرسش‌های پژوهش عبارت بودند از:

- |   |                |
|---|----------------|
| 1- Talylor                                      | 2- Brown       |
| 3- Betts  | 4- Goldstein   |
| 5- Multiple Sclerosis (MS)                      | 6- Fenwick     |
| 7- International League Against Epilepsy (ILAE) |                |
| 8- Perrucea                                     | 9- Richeston   |
| 10- phenobarbital                               | 11- Primidon   |
| 12- hyperactivity                               | 13- Agitation  |
| 14- distractibility                             | 15- Phenytoin  |
| 16- Lechtenberg                                 | 17- Vigabatrין |
| 18- O'Donhoe                                    | 19- Guberman   |
| 20- Lamotrigin                                  | 21- Tiagabine  |
| 22- Gabitrill                                   |                |

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و ویژگی‌های سن و هوش در گروه‌های سه‌گانه

سن	شاخص‌ها فراوانی میانگین انحراف معیار		
	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
سن			
پس‌خوراند زیستی	۱۰	۱۱/۹	۱/۴۴
درمان‌گری	۱۰	۱۱/۳	۱/۶۳
گواه	۱۰	۱۰/۶۵	۱/۸۸
کل	۳۰	۱۱/۲۸	۱/۶۹
هوش			
پس‌خوراند زیستی	۱۰	۱۰۵/۴	۱۰/۲۳
درمان‌گری	۱۰	۱۰۱	۱۱/۳۷
گواه	۱۰	۹۸/۷	۸/۱۶
کل	۳۰	۱۰۱/۷	۱۰/۰۶

۲- مقیاس علائم صرع (ESS):<sup>۲</sup> این مقیاس دارای سه بخش: الف) شدت علائم ب) فراوانی حمله تشنجی<sup>۴</sup> ج) میزان توانایی کنترل آزمودنی بر علائم شروع حمله یا آگاهی از علائم حمله تشنجی است که همگی از شاخص‌های بالینی نشانگان حمله تشنجی می‌باشند. این مقیاس در قسمت الف دارای ۳۰ ماده، در قسمت ب دارای ۳ ماده و در قسمت ج دارای ۶ ماده است. نمره‌گذاری مقیاس بر حسب درجه‌بندی از ۱ تا ۴ است، که نمره ۱ ضعیف‌ترین میزان مقیاس و نمره ۴ بیشترین میزان است. قره‌گزلی و آبادیان (۱۳۷۲) این پرسشنامه را در انستیتوی تحقیقاتی صرع کودکان و نوجوانان مرکز پزشکی لقمان حکیم (فرم ۳۰ ماده‌ای) را به کار بردند. هم‌چنین طی یک بررسی مقدماتی (قره‌گزلی، ثقیلاسلام، ۱۳۷۷) میزان‌های ب و ج به آن افزوده شد. این مقیاس از نظر پایایی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. آنان ضریب پایایی این آزمون را ۰/۴۳ گزارش نمودند (همان‌جا). در نتیجه در مقیاس

الف - آیا شیوه‌های آموزش پس‌خوراند زیستی نوع GSR<sup>۱</sup> و درمان گروهی بر میزان شدت علائم حمله تشنجی صرعی تأثیر دارد؟

ب- آیا شیوه آموزش پس‌خوراند زیستی و درمان گروهی در فراوانی حمله تشنجی صرع تأثیر دارد؟

ج- تأثیر آموزش بیماران مبتلا به صرع با پس‌خوراند زیستی و درمان گروهی در کسب احساس دقت و توانایی کنترل حمله‌های تشنجی صرعی چگونه است؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های آزمایشی است. آزمودنی‌های پژوهش را ۳۰ نفر پسر ۹-۱۴ ساله دارای هوش بهنجار که تشخیص صرع عمومی تونیک - کلونیک بر اساس علائم بالینی صرع و آزمایش‌های پیرایشکی در مورد آنها قطعی بود و دو سال تحت درمان دارویی بودند، اما پاسخ درمانی مناسب نداشتند انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه آموزش پس‌خوراند زیستی، درمان گروهی شناختی- رفتاری<sup>۲</sup> و گروه گواه جای داده شدند. انتخاب جنس پسر در پژوهش حاضر به دلیل شیوع بیشتر صرع تونیک- کلونیک به‌ویژه در کودکان و نوجوانان پسر ایرانی بوده است (قره‌گزلی و آبادیان ۱۳۷۲).

برای اطمینان از همسان‌بودن گروه‌ها از نظر متغیرهایی چون سن، هوش و شرایط اقتصادی از نظر آماری بررسی شدند که تفاوت معنی‌داری میان سه گروه از این نظر دیده نشد (جدول ۱).

همه آزمودنی‌های پژوهش در طول آزمایش دارویی ثابت دریافت می‌نمودند، دارای هوش بهنجار ( $\bar{X} = 110$ ) و فارسی‌زبان بودند. آن‌ها به‌جز صرع هیچ مشکل جسمی و روان‌شناختی نداشتند.

ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش حاضر به شرح زیر بودند:

۱- پرسشنامه ویژگی‌های فردی دارای پرسش‌هایی

در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بوده است.

1- biofeedback[Galvanic Stimulus Response (GSR)]

2- Cognitive Behavior Therapy (CBT)

3- Epilepsy Symptoms Scale (ESS)

4- seizure

علائم صرع سه نمره شدت علائم، فراوانی حمله تشنجی و نمره میزان دقت و توانایی مهار حمله تشنجی به دست آمد.

برای اجرای پژوهش نخست آزمودنی‌ها با فرم‌های ۱، ۲، ۳ و ۴ مقیاس علائم صرع پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس روش‌های کنترل و درمان‌گری روان‌شناختی به مدت ۳ ماه (۹-۶ جلسه) در مورد آنها به کار برده شد. سه هفته پس از آغاز درمان و در پایان دوره درمانی همه بیماران به کمک مقیاس علائم صرع و آزمون خودپنداره مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمودنی‌های هر سه گروه در آغاز پژوهش، از نظر متغیرهای سن، جنس، هوش، شدت علائم، فراوانی تشنج، احساس توانایی کنترل حمله تشنجی و میزان خودپنداره بررسی شدند. نتایج به دست آمده از پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم و سوم به کمک روش اندازه‌گیری مکرر و تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر متغیر مستقل عبارت از روش‌های کنترل روان‌شناختی یا غیردارویی (شناختی - رفتاری) به وسیله کاربرد درمان گروهی و آموزش پس‌خوراند زیستی است. متغیرهای وابسته عبارت از: شدت علائم، فراوانی و احساس توانایی کنترل حمله‌های تشنجی از آغاز تا پایان دوره درمان بوده است. در این بررسی مراد از بهبودی وجود تفاوت معنی‌دار در سنجش‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. کاهش شدت علائم و فراوانی آن در مقیاس علائم صرع نشان‌دهنده افزایش احساس دقت و توانایی کنترل حمله تشنجی صرع در بیماران است. ارزیابی بیماران در مرحله اول و دوم با همکاری پزشک متخصص مغز و اعصاب و تکمیل مقیاس‌های اندازه‌گیری توسط پژوهشگر مسئول انجام شده است.

آموزش پس‌خوراند زیستی و اجرای روش درمانی شناختی - رفتاری بر اساس نظریه مایکن‌بام و توسط روان‌شناس انجام گرفت. آموزش پس‌خوراند زیستی به طور انفرادی همراه با آرمیدگی ساده عضلانی بود. به آزمودنی‌ها آموزش داده شد زمانی که در برابر دستگاه

پس‌خوراند زیستی قرار می‌گیرند، به وسیله نشانه‌های نوری و صوتی از وضعیت خود آگاه می‌شوند. برای نمونه نشانه‌های نوری با صدای بالا نشان‌دهنده ناآرامی درونی آنهاست، و چنانچه آرامش داشته باشند، نمره آنها کمتر و صدا پایین خواهد بود. در جلسه گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اساس خودگویی‌ها<sup>۱</sup> و خوددستوردهی<sup>۲</sup> که اساس رویکرد مایکن‌بام<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) به نقل از هاوتون، (۱۳۷۹) بود، طی سه مرحله به آنها آموزش داده شد، تا به صورت گفتگوی درونی<sup>۴</sup> درآید: ۱- روان‌شناس به آزمودنی آموزش داد تا از افکار غیرمنطقی خود درباره صرع آگاه شود ۲- سپس شیوه‌های مقابله با بیماری صرع را برای وی توضیح داده و به او آموزش می‌داد که چطور به صورت جملات ساده تکرار نماید ۳- آزمودنی‌ها جملات را به صورت گروهی در مرحله اول با صدای بلند، سپس به صورت آرام و در مرحله سوم به صورت کلمات بدون صدا بیان کردند. برپایه نظریه مایکن‌بام (همان‌جا) در این مرحله آنچه به آزمودنی‌ها آموخته شده به صورت گفتار درونی درمی‌آید. البته همراه با آموزش‌های یادشده شیوه‌های دیگر شناختی - رفتاری مانند: حواس پرتی<sup>۵</sup>، مقابله با سوگیری‌ها<sup>۶</sup>، خودپایشی<sup>۷</sup> و مشکل‌گشایی<sup>۸</sup> نیز به کار برده شد (همان‌جا).

### یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار شاخص‌های حمله تشنجی (شدت علائم، فراوانی و توانایی کنترل) را در سه گروه و در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد. برای نمونه: میانگین و انحراف معیار شدت علائم تشنج در ردیف افقی در هر مرحله ارزیابی و مقایسه شده است و در ردیف عمودی میانگین و انحراف معیار در گروه‌های آزمایشی با گروه گواه مقایسه شده است، که

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1- self talks      | 2- self instruction |
| 3- Michenbaum      | 4- inner speech     |
| 5- distraction     | 6- bias             |
| 7- self monitoring | 8- problem solving  |

در هر دو مقایسه کاهش چشمگیر دارد. اما مقایسه میانگین و انحراف معیار فراوانی حمله تشنجی در گروهها در ارزیابی‌های سه‌گانه تغییر اندکی را در این زمینه نشان داد. در مقایسه میانگین در مرحله ارزیابی پیش‌آزمون و دو مرحله بعدی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه کاهش نشان داد.

در پاسخ به پرسش اول پژوهش، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (جدول ۳) تفاوت معنی‌داری را در کاهش شدت علائم حمله تشنجی در مقایسه درون‌گروهی و بین گروههای سه‌گانه نشان داد. بر پایه یافته جدول یادشده، با توجه به مقادیر  $F$  و سطح معنی‌داری ( $P < 0/001$ ) در بین آزمودنی‌ها و گروهها کاهش معنی‌دار در میزان شدت علائم وجود دارد.

در پاسخ به پرسش دوم یعنی فراوانی شمار

حمله‌های تشنجی، نتایج تحلیل واریانس با مکرر در سه مرحله ارزیابی در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد در زمینه میانگین دفعات و فراوانی حمله‌های تشنجی در مرحله پیش‌آزمون، ۲/۷ و سه هفته بعد در ارزیابی دوم ۲/۳ و در سومین ارزیابی ۲/۳ تفاوت اندکی ایجاد شده، اما این تفاوت در زمینه اثر بین گروهی از نظر آماری معنی‌دار نیست (جدول ۴). این یافته نشان می‌دهد که به‌طور کلی تغییرات درون‌گروهی در شمار حمله‌های تشنجی در بین بعضی از گروه‌ها کاهش یافته است. با آزمون پیگیری توکی به‌منظور تشخیص عنوان این تفاوت نشان داده شد که گروه پس‌خوراند زیستی توانسته است مختصر تغییری ایجاد کند اما این تغییر از نظر آماری معنی‌دار نیست.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار شاخص‌های حمله‌های تشنجی صرع در سه گروه مورد بررسی

شاخص‌ها	پس‌خوراند زیستی		درمان گروهی		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شدت علائم ۱	۶۵/۸	۱۵/۰۸	۶۹/۸	۱۰/۵۵	۶۹/۶	۱۰/۷۵
فراوانی تشنج ۱	۲/۷	۱/۰۶	۳	۱/۲۵	۳/۴	۰/۹۷
توانایی کنترل ۱	۳/۲	۱/۱۴	۳/۷	۱/۳۴	۳	۱/۲۵
شدت علائم ۲	۵۲/۳	۱۰/۶۶	۴۸/۸	۹/۴	۶۷/۶	۱۱/۳۲
فراوانی تشنج ۲	۲/۳	۰/۸۲	۲/۸	۱/۰۳	۳/۶	۰/۵۲
توانایی کنترل ۲	۵/۷	۲/۳۱	۶/۶	۱/۸۴	۳/۴	۰/۹۷
شدت علائم ۳	۳۲/۱	۴/۵۱	۳۲/۲	۱۰/۰۳	۶۳/۹	۱۱/۴۸
فراوانی تشنج ۳	۲/۳	۰/۸۲	۲/۸	۱/۲۳	۳/۷	۰/۸۷
توانایی کنترل ۳	۹/۳	۲/۵۴	۹/۴	۲/۵	۳/۴	۰/۷

در بررسی پرسش سوم پژوهش یعنی احساس توانایی کنترل حمله‌های تشنجی، تحلیل واریانس میان آزمودنی‌ها و میان گروهها (جدول ۵) در پس‌آزمون اول و دوم تفاوت معنی‌دار نشان داد. همان‌گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد بین میانگین احساس توانایی کنترل حمله‌های تشنجی در سه گروه

از لحاظ آماری ( $F=19/5$  و  $df=127$ ;  $P<0/001$ ) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به‌منظور مشخص نمودن عملکرد بهتر گروهها یک آزمون تعقیبی با روش توکی انجام شد، که نشان داد احساس توانایی کنترل در دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در ارزیابی‌های دوم و سوم افزایش معنی‌دار یافته است.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس اثرات درون و بین گروهی میزان شدت علائم تشنجی صرع در گروه‌ها

منبع تغییرات	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره F	سطح معنی‌داری
اثر درون گروهی	280116/1	1	280116/1	1169/9	0/001
اثر بین گروهی	5690/28	2	2845/1	11/8	0/001
خطا	6666/7	27	239/4	—	—

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس اثرات درون و بین گروهی فراوانی حمله‌های تشنجی در گروه‌ها

منبع تغییرات	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره F	سطح معنی‌داری
اثر درون گروهی	786/17	1	786/1	422/8	0/0001
اثر بین گروهی	19/6	2	9/8	5/2	N.S.
خطا	50/2	27	1/8	—	—

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس اثرات درون و بین گروهی توانایی کنترل حمله‌های تشنجی در گروه‌ها

منبع تغییرات	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره F	سطح معنی‌داری
اثر درون گروهی	2528/1	1	2528/1	520/6	0/001
اثر بین گروهی	189/8	2	94/9	19/5	0/001
خطا	131/1	27	4/85	—	—

فراوانی تشنج کاهش غیر معنی دار ایجاد کند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش بلانچارد<sup>۵</sup> (۱۹۸۲) که نشان داد آموزش پس‌خوراند زیستی در کنترل تشنج برانگیختگی را کاهش می‌دهد همسو نیست. آنکور<sup>۶</sup>، بک<sup>۷</sup> و شورون<sup>۸</sup> (۱۹۸۲) آموزش پس‌خوراند زیستی را بر اساس اصول شرطی عامل در کنترل تشنج به‌کار بردند. نتایج نشان داد که این آموزش موجب کاهش فراوانی تشنج‌ها شده است (کنت، ۱۹۸۲).

پاول<sup>۹</sup> (۱۹۸۱)، به نقل از بنت<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۷) با توجه به پدیده عادت و بر پایه اصول شرطی با آموزش پس‌خوراند زیستی نتایج سودمندی از بررسی‌های تک‌موردی<sup>۱۱</sup> خود گزارش نمود. وی با ارائه محرک پس‌خوراند زیستی به بیماران به آنها آموخت که آرامش بیشتری داشته باشند و با شرایط پر استرس مقابله کنند. گروه درمانی شناختی - رفتاری نیز در کاهش فراوانی تشنج تأثیری نداشت. این یافته با یافته‌های پژوهشی دیگران در این زمینه از جمله، بنت (۱۹۸۷) همسو نیست. وی در پژوهش خود به‌ویژه در صرع عمومی تونیک - کلونیک موفقیت‌هایی در درمان‌های گروهی و فردی گزارش نمود. تن<sup>۱۲</sup> و براونی<sup>۱۳</sup> (۱۹۸۶) با بهره‌گیری از روش‌های شناختی به صورت گروهی در ۸ جلسه نتایج سودمندی را در کنترل فراوانی تشنج‌ها گزارش نمود و بلومتال (۱۹۸۵) آرمیدگی عضلانی را همراه با پس‌خوراند زیستی در کاهش فراوانی در رخداد صرع سودمند گزارش نمود.

پژوهش حاضر نشان داد که آموزش پس‌خوراند زیستی و درمان گروهی بر پایه درمان شناختی - رفتاری در احساس کنترل بیماران نسبت به رخداد صرع به‌طور معنی‌دار افزایش یافته، و این یافته‌ها با پژوهش‌های انجام‌شده توسط رایتر (۱۹۷۸)،

این بررسی نشان داد که شیوه‌های درمانی مبتنی بر شناخت - رفتار درمانی میزان علائم بالینی صرع و برانگیختگی را به‌طور معنی‌دار کاهش داده‌اند. بررسی فن‌ویک (۱۹۹۴) نشان داد که می‌توان به بیمار مهار تشنج را آموخت تا از احساس و عملکرد خود، آگاه گردد.

جنسن<sup>۱</sup> (۱۹۹۱)، به نقل از هاوتون، (۱۳۷۹) بر این باور است که شکاف میان جنبه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک را عامل عمومی هوش پر می‌کند و هر چه مغز از این نظر توانمندی بیشتری داشته باشد، پردازش را آسان‌تر انجام می‌دهد، که این امر بر یادگیری و مسئله‌گشایی تأثیر می‌گذارد. پژوهش نوروسیکولوژیست‌ها در راستای یافته‌های پژوهش فعلی است که توانمندی مغز از یک‌سو و اشکال حافظه، رمزگشایی و فرایندهای شناختی در کودکان و نوجوانان مصروع از دیگر سو، موجب می‌شود: با توجه به تفاوت‌های فردی در آموزش و پرورش برای این‌گونه بیماران چارچوبی ترکیبی - تحولی و فردی - گروهی پیشنهاد شود (هرمن<sup>۲</sup> و ویتمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹، به نقل از واکر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲). این پژوهش نشان داد بر اساس شیوه شناختی - رفتاری مایکن‌بام (۱۹۸۵)، به نقل از هاوتون، (۱۳/۹) کودکان و نوجوانان سازگاری بهتر را آموخته‌اند.

این یافته پژوهش همسو با یافته‌های پژوهش فن‌ویک و براون (۱۹۸۹)، به نقل از تیلور، (۲۰۰۰) است که بیماران به‌طور گروهی بهتر توانستند با وقوع تشنج مقابله کنند و نیز در راستای یافته‌های تیلور (۲۰۰۰) است که کودک یا نوجوان مصروع در شرایط گروهی احساس مثبتی پیدا می‌کند که بیانگر نیاز آنان به ارتباط مثبت با اطرافیان است. در گام دوم پژوهش نتایج نشان دادند: که آموزش پس‌خوراند زیستی و گروه درمانی شناختی - رفتاری توانستند در فراوانی و دفعات تشنج صرع کودکان و نوجوانان ۱۴-۹ سال تغییراتی ایجاد کنند. گرچه روش پس‌خوراند زیستی توانست در

1- Gensen  
3- Withmman  
5- Blanchard  
7- Beck  
9- Powel  
11- case study  
13- Brani

2- Herman  
4- Walker  
6- Anchor  
8- Shroun  
10- Beneth  
12- Tan

نقل از تیلور، ۲۰۰۰) همسو است. وی طی ۸ هفته براساس دو روش آرمیدگی عضلانی و آموزش پس‌خوراند زیستی، ۱۰ بیمار مصروع را تحت درمان قرار داد و از آنها خواسته بود با یک فرد به‌عنوان مددیار مراجعه نمایند، که با پیش‌درآمدهای حمله آشنا شود. در پایان ارزیابی نه‌تنها مددیار بلکه در بیماران نیز بیش از گروه گواه افزایش معنی‌دار در احساس کنترل بیماران نسبت به رخداد تشنج دیده شد.

دال<sup>۱</sup> (۱۹۹۷، به نقل از تیلور، ۲۰۰۰) سطح برانگیختگی را در ایجاد حمله دارای اهمیت دانسته است. وی با سه کودک مصروع مقاوم به درمان با بهره‌گیری از آموزش پس‌خوراند زیستی و آرمیدگی مشروط، تغییرات عمده‌ای در فراوانی تشنج‌ها و احساس آگاهی نسبت به رخداد تشنج گزارش کرد. در پژوهش حاضر جنبه‌های روانشناختی مؤثر در فرایند درمان که منجر به احساس کنترل نسبت به تشنج شده، توجه‌برگردانی و انگیزش است. این کودکان به‌دلیل مؤثر نبودن درمان‌های پیشین دچار نوعی بدبینی نسبت به خود و آینده هستند. از این نظر کاربرد توجه‌برگردانی به دیدگاه شناختی یک نزدیک می‌شود.

از سوی دیگر کودکان و نوجوانان مصروع دارای کمترین انگیزش مثبت هستند، و درمان‌گر در یک چارچوب ناسازمند ناگزیر از کاربرد عوامل شناختی می‌باشد (مایکن‌پام، ۱۹۸۵، به نقل از هاوتون، ۱۳۷۹). شیوه توجه‌برگردانی هم در مکانیسم تمرکز مؤثر است و هم انگیزش فرد را تغییر می‌دهد. در مراحل اولیه پژوهش آزمودنیها هیچگونه احساس کنترل بر بیماری خود نداشتند، و هیچ‌گونه آگاهی از تشنج صرع نداشتند. اما کم‌کم با بهره‌گیری از روش‌های توجه‌برگردانی از جمله: تمرکز بر یک شیء، به‌کارگیری آگاهی‌های حسی، تمرین ذهنی ساده، تجسم خاطرات شیرین و روش خودبازنگری احساس کنترل بیماران افزایش یافت (هاوتون، ۱۳۷۹).

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه درمان گروهی با سایر پژوهش‌های انجام‌شده بر روی تدابیر کنترلی صرع

بر پایه روش درمانی شناختی- رفتاری (ماترز، ۱۹۹۲، به نقل از اسپگلر<sup>۲</sup> و گورمون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲) که بهبودی چشمگیری را در رفتارهای انطباقی و افزایش آگاهی بیماران در ارتباط با تشنج و ایجاد توانایی کنترل شخصی گزارش نموده‌اند و یافته‌های پژوهشی گیل‌هام<sup>۴</sup> (۱۹۹۰، به نقل از اسپگلر، گورمون، ۱۹۹۲) که نشان‌دهنده تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر احساس کنترل بیماران در تشنج بود، همسویی دارد.

نقش گفتار درونی و مسئله‌گشایی یا رمزگشایی در افزایش احساس کنترل تشنج که بیماران طی جلسات گروه درمانی می‌آموزند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نوروسپیکولوژیست‌ها نشان داده‌اند که واژه‌ها به اندیشه نمود بیرونی می‌دهند و اندیشه بدون واژه‌ها نه می‌تواند ابراز شود و نه کامل شود.

از آنجا که به نظر می‌رسد روند گفتار درونی در کودکان و نوجوانان مصروع دچار ناهنجاری‌هایی است، گروه درمانی شناختی - رفتاری توانسته است احساس کنترل را در بیماران افزایش دهد. از سوی دیگر شرکت فعال کودکان و نوجوانان در گروه و همکاری آنها با درمانگر و پس‌خوراند آنان نقش مؤثری در بهبود حال آنان داشته است.

گروهی از بیماران به علت منابع ضعیف از جمله توانمندیهای لازم بدنی - ذهنی و اجتماعی مانند حمایت خانوادگی نتوانستند در فرایند مسئله‌گشایی موفق شوند.

این بررسی همسو با پژوهش‌های انجام‌شده (هاوتون، ۱۳۷۹) نشان داد که کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع توانایی کنترل تشنج‌های خود را به کمک شیوه‌های درمانی رفتاری - شناختی افزایش دهند.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده با اجرای پیگیری، اثربخشی و ماندگاری این روش درمانی، مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.



- Fenwick, P. (1994). The behavioral treatment of epilepsy generation and inhibition of seizure. *Journal of Neuropsychiatry*, 12, 175-202.
- Goldstein, L. H. (1997). Effectiveness of psychological intervention for people with poorly controlled epilepsy. *Journal of Neurology*, 63, 137-142.
- Guberman, A., & Bruni, J. (1999). *Clinical Epilepsy*. Ottawa. Butherworth, Heinemann Publisher, (p.p. 1-3).
- O'Donohon, N. (1985). *Epilepsy of childhood*. London. Bother & Tanner Press, (p.p. 257-261).
- Perrucea, E., & Richeston, A. (1980). Reversal by phenytoin of carbamazepine induced water intoxication: a pharmacokinetic interaction. *Journal of Neurology and Psychiatry*, 22, 315-322.
- Speigler, M., & Guevremon, D. (1992). *Contemporary Behavior, therapy*. California: Science Books Publisher (p.p. 341-372).
- Tan, S. Y., & Bruni, J. (1986). Cognitive behavior therapy with adult patients with epilepsy: a controlled outcome. *Epilepsia*, 27, 255-263.
- Taylor, M. P. (2000). *Managing Epilepsy*. London; Blackwell Science Press, (p.p. 123-147).
- Victor, M., & Ropper, A. H. (2001). *Principle of Neurology*. Boston: McGraw Hill (p.p. 331-335).
- Walker, E. R. (1992). *Clinical child Psychology*. London: John Wiley (p.p. 809-813).

## سپاسگزاری

از همکاری و راهنمایی‌های بی‌دریغ جناب آقای دکتر محمدتقی یاسمی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند، سپاسگزاری می‌شود.

## منابع

- انجمن صرع ایران (۱۳۷۷). شیوع صرع. *خبرنامه داخلی (سلامتی)* شماره ۳.
- قره‌گوزلی، کورش و آبادیان، شاهرخ (۱۳۷۲). *اپی‌لپسی و درمان آن*. پایان‌نامه دکترای تخصصی نورولوژی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- قره‌گوزلی، کورش، ثقله‌الاسلام، طاهره (۱۳۷۷). *ارزیابی و سنجش صرع*. مرکز تحقیقات صرع مرکز پزشکی لقمان حکیم. گزارش منتشر نشده.
- مایکن بام، (۱۹۵۸). *تعبیر رفتار و رفتار درمانی*، ترجمه علی‌اکبر سیف. تهران: انتشارات دانا.
- هاوتون، کرک، سالکوویس (۱۳۷۹). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه حبیب‌ا... قاسم‌زاده. جلد ۱ و ۲. تهران: انتشارات ارجمند.
- Anchor, K., & Beck, N., & Shroun, E. (1982). A history of clinical biofeedback. *American Journal of Clinical Biofeedback*, 5, 3-16.
- Benett, T. (1987). Neuropsychological aspect of complex seizure: Diagnostic and treatment issues. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 9, 37-45.
- Blanchard, E. (1982). The role of biofeedback in behavioral medicine. *American Journal of Clinical Biofeedback*, 5, 126-130.
- Bloumenthal, J. A. (1985). Relaxation therapy, biofeedback in behavioral medicine. *Journal of Psychotherapy*, 22, 516-530.