

# روانشناسی و مشاوره صرع دانش آموزان

## (Epilepsy)

نسیب نقی الیاسی

مقدمه:

صرع به خودی خود یک بیماری نیست، بلکه یک علامت تکراری از یک نوع گرایش مزمن مغز است. این گونه افراد و دانش آموزان مبتلا به صرع، افرادی هستند که مکرراً دچار عدم آگاهی نسبت به محیط و تغییرات در کنشهای الکتروشیمیایی مغز می‌باشند. ابتلای شمار وسیعی از این افراد به حدی جزئی است که قابل تشخیص نیست. در بسیاری از مبتلایان معالجات چنان مؤثر افتاده است که زندگی خود را به حالتی کاملاً عادی ادامه می‌دهند. از لحاظ آماری یک درصد افراد جامعه به عارضه صرع مبتلا هستند و احتمال وقوع آن در هر هزار کودک مدرسه‌ای، چهار تا شش نفر می‌باشد، از لحاظ تعداد در زن و مرد یکسان است، ولی در کودکان بیشتر از بزرگسالان دیده می‌شود، (1978 stores).

سن ظهور اپیلسی از طفولیت تا میانسال تغییر می‌کند لکن میانگین آماری سن در حدود هفده سال است. تفاوت درجه هوشی بین افراد صرعی و دیگران وجود ندارد؛ البته هوش ممکن است تحت تأثیر حملات شدید و مکرر قرار گیرد. اگر حملات از زمان طفولیت شروع شود، رشد و تکامل قوای عقلی بیشتر صدمه می‌بیند. البته افراد مبتلا به صرع، همیشه علائم عقلی و رفتاری دال بر وجود آسیب مغزی، از خود نشان نمی‌دهند. ولی تحقیقات نشان داده است که کودکان صرعی از مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتری برخوردارند و این عده دارای اختلالات یادگیری معینی

هستند (فریمن، ۱۹۸۴).

### تعریف صرع:

لغت اپیلسی (Epilepsy) از اپی‌لپس به معنی غافلگیر کردن می‌آید که از زمان بقراط حکیم مرسوم بوده است و در آن زمان به اپیلام (Epilepsy) شهرت داشته است. صرع را می‌توان به عنوان یک اختلال مغزی که به صورت دوره‌های ناگهانی اختلال ریتم فعالیت الکتریکی مغز بروز می‌کند، تعریف کرد. این اختلال ریتم علامتی است و همراه با حمله‌هایی است که از یک یا چند پدیده تکرار شونده و غیر ارادی زیر تشکیل می‌شود:

یک درصد افراد جامعه به عارضه صرع مبتلا هستند و احتمال وقوع آن در هر هزار کودک مدرسه‌ای، چهار تا شش نفر می‌باشند

- ۱ - از دست رفتن یا کاهش آگاهی و حافظه.
- ۲ - افزایش و یا از دست رفتن تونوس ماهیچه‌ای و یا حرکت.
- ۳ - اختلال در حواس، از جمله توهم.
- ۴ - اختلال در دستگاه عصبی خودکار.
- ۵ - سایر تظاهرات روانی، شامل تفکر و یا خلق غیرطبیعی.

در خصوص تشنجات صرعی مایرگروس (1987, Mayer Gross) عقیده دارد استعداد تشنجات صرعی یک نوع حالت طبیعی است و جزء فیزیولوژی انسانی است ولی درجه شدت آن به آستانه تخلیه‌پذیری مغزی بستگی دارد. مضافاً اینکه در تعریف مختصر و نهایی صرع شایعترین اختلال مزمن عصبی تعریف شده است که از مشکلات مهم بهداشت روانی به شمار می‌آید (ک.ساروک، ص ۱۱۸)

### علل صرع:

صرع یک اختلال با علل متنوع و چندگانه است از جمله عوامل مورد بحث ارثی است، بطوری که (کنراد و لنوکس) در مطالعاتی که از امکان ارثی بودن اپیلسی نموده‌اند، ملاحظه کردند که دوقلوهای یکسان ۸۷ درصد دارای شباهت ارثی می‌باشند.

از علل دیگر، آسیب‌های مغزی است که شامل از کار افتادگی یاخته‌های مغز و تکامل ناقص مغز قبل از تولد است که از دوره جنینی شروع می‌شود و صدمات مغزی در جریان تولد و ضربه‌های وارده دیگر به سر، همچنین صدمه مغزی در نتیجه گرفتاری به عدم سلامت و رشد مغزی به علت‌های تومور مغزی، سفلیس، الکلیسم، هیپوکسی و اختلالات ناشی از سخت شدن رگهای خونی است.

علل زیست شیمیایی و خطای سوخت و ساز و عفونتها و مسمومیت‌های دیگر که

سن بیماری و آغاز اولین صرع، راهنمای مهمی از علت‌شناسی آن به دست می‌دهد. از علل دیگر عوامل روانی است که ممکن است با تغییرات هیجانی مطبوع و نامطبوع برانگیخته شده و بر تعداد حملات تأثیر گذارند.

دیگر پژوهشگران در کنار تأثیرات ارثی، آسیب‌ها و صدمات مغزی، علل روانی و زیست‌محیطی شیمیایی از بدسازی CNS و از نارسایی کار مکانیزمهای تنظیم‌کننده مغز نیز نام می‌برند «رابینسون، ۱۹۷۵».

ول ریچ (۱۹۸۴) اظهار می‌کند این امر روشن است که افزایش مصرف مایعات سبب بروز اختلال ریتم مغزی می‌شود و زمینه بروز صرع را افزایش می‌دهد. افزایش دفعات تنفس، محرکهای نوری و صوتی مختلف مثل سوسوزدن نور بر صفحه تلویزیون و یا چراغهای پرنور در بعضی موارد سبب برانگیختن حملات می‌شود و حملات گاه با سرو صدای بلند، خواندن، تب، فشارها، تنیدگیهای روانی تسریع می‌شود و همچنین الکل باعث افزودن احتمال بروز دفعات حمله‌های صرعی می‌شود. و بنا بر عقیده ول ریچ در بیشتر موارد علت حملات صرعی نامشخص است.

## انواع صرع:

### ۱- صرع کوچک

(Petitmal or minor epilepsy):

این نوع صرع بین کودکان بیشتر مشاهده می‌شود. معمولاً حمله شامل کاهش و از بین رفتن آگاهی است. در این نوع حمله، کودک ناگهان در حالتی که هست ثابت می‌ماند و با رنگ پریده به یک نقطه خیره می‌شود و چیزی حس نمی‌کند، فقط چند ثانیه طول کشیده و مجدداً به ادامه فعالیت‌های طبیعی بازمی‌گردد. این حالات اگر چه ظاهراً آرام هستند ولی چون غالباً تکرار می‌شوند یادگیری کودک را مختل می‌سازند.

### ۲- صرع بزرگ

(Grandmal or major epilepsy):

متداول‌ترین و ظاهراً پرتلاطم‌ترین نوع صرع، گراندمال یا صرع بزرگ است. در این وضع فرد با فریاد به زمین می‌افتد، بیهوش می‌شود و حالت تشنج کلی که مدت آن کمتر از یک دقیقه است، به فرد دست می‌دهد. حالت تشنج در آغاز شامل مرحله تونیک (tonic) یا انقباض عضلانی تمام بدن است که در آن حالت تنفس بشدت مختل گردیده و دندانها کلید می‌شود. متعاقب این وضع مرحله کلونیک (clonic) یا حالت انبساط عضلانی توام با اسپاسم و پرشهای غیرعادی عضلات مختلف رخ می‌دهد.

افزایش دفعات تنفس، محرکهای نوری و صوتی مختلف مثل سوسوزدن نور بر صفحه تلویزیون و یا چراغهای پرنور در بعضی موارد سبب برانگیختن حملات می‌شود.

در مرحله کلونیک امکان دارد دهان بیمار کف کند، زبانش را گاز بگیرد و سر را به زمین کوبیده و کنترل خود را از دست بدهد. در مرحله سوم اغما (coma) بیمار به خواب عمیق فرو می‌رود و با صدای بلند تنفس کرده و امکان دارد یک ساعتی نیز طول بکشد سه مرحله فوق به اضافه مرحله اولیه که به «اورا» (aura) یا مرحله خبرکننده معروف است چهار مرحله صرع بزرگ را تشکیل می‌دهند. لازم به ذکر است که «اورا» ممکن است حرکتی، حواسی، احساسی، روانی و احشایی باشد، متداول‌ترین اورای روانی بصورت وحشت، ترس، فراموشی، منگی و بهت، از دست رفتن حافظه، گرایش به راه رفتن، گریه کردن و حمله به دیگران می‌باشد.

### ۳- صرع روانی - حرکتی

(psychomotor Epilepsy):

صرع روانی - حرکتی یکی از انواع

شایع صرع است و همیشه با از دست دادن هوشیاری توأم نیست. حملات با اورای بینایی، شنوایی و بویایی با حالت گیجی، احساس غیر واقعی بودن و سایر حالات غیرعادی مانند جویدن، راه رفتن، جستجو کردن ظاهر می‌شود و شخص نسبت به آنها آگاهی ندارد. این نوع صرع با تغییرات خلقی مانند پرخاشگری، ناآرامی، حملات انفجاری، خرابکاری، و حتی تجاوز ممکن است همراه باشد و این امر در کودکان و نوجوانان بصورت ناساگاری و به هم ریختن نظم کلاس درس دیده می‌شود.

(1984, Wolraich)

## علائم کلینیکی صرع:

### الف - علائم بالینی صرع کوچک:

۱ - معمولاً به‌طور متناوب چند بار در طول روز در کلاس درس به یک نقطه خیره می‌شود و این امر موجب وقفه در یادگیری به صورت پیوسته می‌گردد.  
۲ - فرد بر اثر حمله، تمرکز حواس خود را برای چند لحظه (۳۰ ثانیه) از دست می‌دهد.

۳ - به واسطه عدم توانایی تمرکز، در حافظه، در توانایی‌های کلامی و یادگیری اختلال ایجاد می‌گردد.

۴ - گاه به شکل مات ماندن یا پک زدن‌های پیاپی حمله خود را نشان می‌دهد.

۵ - گاه هنگام خواندن یک متن یا نوشتن دیکته که دچار حمله می‌شود یک خط یا کلماتی را جا می‌اندازد.

۶ - هنگام راه رفتن بدون برخورد با مانع ناگهان به زمین افتاده و بعد از بلند شدن به حرکات عادی خود ادامه می‌دهد.

### ب - علائم بالینی صرع بزرگ:

۱ - به‌طور ناگهانی غش می‌کند و بی‌هوش می‌شود.

۲ - در حالت بی‌هوشی، دچار تشنج عضلات می‌گردد.

۳ - در هنگام غش، دهان فرد کلید شده و صدای خرخر از دهان خارج می‌شود.

۴ - این نوع صرع انتخابی در محل

ندارد. ممکن است هنگام راه رفتن، نشستن یا وسط خیابان عارض گردد.

۵ - مدت حمله دو تا پنج دقیقه طول می‌کشد و پس از آن حالت خواب آلودگی پیدا کرده و گاه به خواب عمیق فرو می‌رود.  
۶ - گاهی قبل از حمله پرش چشم با حرکات خفیف در بدن ایجاد می‌شود، یا فرد مصروع بوی خاصی احساس می‌کند.

### ج - علائم بالینی صرع روانی - حرکتی:

۱ - فرد مصروع پس از بهبود و خلاصی حمله را به خاطر نمی‌آورد.  
۲ - ویژگی و نشانه بارز این نوع حمله رفتار فوق‌العاده عجیب شخص مبتلا است. مثل اعمال پرخاشگرانه و خطرناک.  
۳ - تغییر خلق محسوس پیدا کرده، امکان دارد شخص بسیار کج خلق و بداخلاق شود.

گاه کودک از عوارض حسی، حرکتی، و روانی صرع دچار ترس می‌گردد. و در هنگام حملات، دچار آسیب، صدمات، کبودی و غیره شده و خوف از مرگ او را گریبانگیر می‌سازد.

۴ - رفتاری کاملاً غیر اجتماعی از مصروع قابل مشاهده است.

۵ - فرد مصروع ممکن است دچار عقاید پارانویا و هذیان گردد.

۶ - وقوع تجلیات رفتاری افراطی مثل باز و بسته کردن متوالی دکمه لباس یا تکرار بی‌درپی یک عبارت.

درمان صرع:

### الف - درمان دارویی:

برای درمان اختلالات متنوع صرع، از داروهای گوناگون استفاده می‌کنند، هر چند در اینجا فارماکولوژی اختلالات صرع مورد توجه نیست، اما امکان دارد این داروها مورد استفاده آزموذنیهای روانشناسان و مشاورین باشد. بطور کلی

فنوباریتال (Phenobarbital) بیش از دیگر داروها مصرف می‌شود. دیفینل هیدانسیون «دیلاتین» بویژه برای بزرگسالان تجویز می‌شود، اما در کودکان نیز جهت کنترل صرعه‌های گراندمال و روانی - حرکتی به کار می‌رود. پریمیدون (مسیولین) یک ترکیب بار بی‌تورات مانند است که استفاده از آن در صرعه‌های روانی حرکتی بسیار مؤثر شناخته شده است.

اتوساکسمید (زاروتین) برای صرع کوچک استفاده می‌شود.

### ب - مشاوره و روان درمانی

واضح است که در همه موارد درمان دارویی به تنهایی کفایت نمی‌کند و به خصوص در حالات روانی واکنشی، مشاوره و روان درمانی نیز ضروری است. مشاوره در مرحله اول اقدامی برای امر پیشگیری است که عبارت است از حذف عوامل صرع زا و تسکین عواملی که موجب تشدید حملات صرعی می‌شوند. مثل کم خوابی، نخوردن مرتب دارو و یا قطع ناگهانی آن، کنترل مصرف مسکن‌های عصبی (Neuroleptiques) و صرع‌زا و تنش زدایی، و آرام بخشی فرد مصروع است. و در ادامه، حل مسائل و مشکلاتی است که در مسیر درمان بیماران صرعی پیش می‌آید و آنها را کمک می‌کند که مشکل خویش را شناخته و راه‌های مقابله با آن را در خود تقویت نموده و سازگاری لازم را بدست آورند. مشاوره گامی است در جهت تسهیل درمان دارویی و جنبه‌های گوناگون فردی و شخصی - خانوادگی و خانواده درمانی - تحصیلی و آموزشی - شغلی و حرفه‌ای و اجتماعی فرهنگی فرد مصروع.

صرع معمولاً با مشکلات روانی همراه است ممکن است کودک مصروع مورد مراقبت‌های بیش از حد والدین خود باشد، به نحوی که از شرکت او در فعالیت‌های عمومی و ورزشی جلوگیری بعمل آید، در نتیجه احتمال دارد که کودک و نوجوان به هیپوکندری مبتلا شود. گاه کودک از عوارض حسی، حرکتی، و روانی صرع دچار

ترس می‌گردد. و در هنگام حملات، دچار آسیب، صدمات، کبودی و غیره شده و خوف از مرگ او را گریبانگیر می‌سازد.

چنین فردی از اینکه احساس می‌کند با دیگران تفاوت دارد سخت آزرده شده و احساس ناامنی خواهد کرد و انواع مشکلات رفتاری، احساس یأس و ناامیدی، پرخاشگری و رفتار سرسختانه از خود بروز می‌دهد. عده‌ای از درمانگران مشاوره و روان‌درمانی معتقدند که پر جنب جوشی، رفتار ضداجتماعی، دروغ‌گویی یا دزدی از نتایج مستقیم صرع در افراد مصروع است که باید در مواجهه با هر کدام از اختلالات با توجه به نوع و زمان و شدت از روشها و تکنیکهای خاص روانشناسی مشاوره مدد جست (ایلینگورث).

چون عملکرد مشاور و معلم در برابر دانش‌آموز مبتلا به صرع در کلاس بشدت تأثیر خواهد گذارد. لذا آنان باید از نظر عاطفی، آمادگی پذیرش چنین مسئله‌ای را داشته باشند.

در موارد دیگر رفتار فرد مصروع تحت تأثیر داروهای است که فرد مصرف می‌کند، که گاه موجب تحریک پذیری و گاه باعث خواب‌آلودگی و افسردگی و یا واکنشهای دیگر می‌شوند و به نسبت مسایل مذکور، احتمالاً رفتار کودک تحت تأثیر عملکرد بد مدرسه‌ای، ناهنجارتر خواهد شد و مشاورین و روانشناسان آموزشی در این گونه موارد در راستای شناخت عوامل متعدد از جمله غیبت‌های مکرر دانش‌آموز از مدرسه، حملات مکرر صرع و گسیختگی انکار و بخصوص که استورز «۱۹۸۷» ذکر می‌کند عده‌ای از دانش‌آموزان مبتلا به صرع، دارای اختلالات یادگیری معینی هستند و حملات تشنجی این دانش‌آموزان موجب اختلال در حافظه، کاهش تمرکز حواس و آسیب توانایی‌های کلامی می‌شود، در این گونه موارد کودک، والدین

و خانواده او با مشکلات متعدد مواجه خواهد شد. که با دخالت درمانی مشاورین در حیطه ی خانواده درمانی شامل کاهش تنش والدین و اعضای خانواده و اصلاح تسلسل رفتاری بین اعضای خانواده مفید خواهد افتاد. و از طریق تشکیل جلسات مشاوره گسرومی و دادن بازخوردهای مسؤلیت پذیری، ایفای نقش اجتماعی، تقویت اعتماد به نفس، حس خود کم بینی آنان را برطرف کرده و روند تعاملی والدین و فرزندان و با همسالان و دوستان را تغییر و اصلاح نمود. بعد دیگر در جهت مشاوره توانایی و توانبخشی است، بطوری که برای افرادی که دچار حمله می شوند پاره ای از فعالیت ها از قبیل صعود از طناب و انجام شنا و فعالیت ها و بازیهای مشابه منع شده است. اما یافته های جدید پژوهشگران حاکی از آن است که ظاهراً میان رشد ناقص دستگاه قلبی تنفسی حاصل، کمبود تمرین و تعداد دفعات حمله های صرعی نوعی ارتباط وجود دارد، از این روی فعالیت های منظمی که آمادگی جسمی و متعاقباً آمادگی روانی را افزایش می دهند برای اینگونه دانش آموزان مفیدند. به همین دلیل مشاورین با طرح ریزی و برنامه ریزی و مشورت با تخصصهای مربوطه جهت حفظ وضعیت موجود و بازپروری با انجام تمرینات خاص کمک شایان و بسیار ارزشمندی را ایفا خواهند نمود.

(1987, Hollis, fait)

### چند توصیه و پیشنهاد به مشاورین و معلمان:

مشاورین و معلمان باید به مراقبتهای ویژه آگاه باشند تا در صورت بروز واقعه به کار بندند که به طور خلاصه چند مورد در زیر اشاره می شود:

۱ - چون عملکرد مشاور و معلم در برابر دانش آموز مبتلا به صرع در کلاس بشدت تأثیر خواهد گذارد، لذا آنان باید از نظر عاطفی، آمادگی پذیرش چنین مسئله ای را داشته باشند.

۲ - معلمان و مشاوران لزوم آمادگی

عاطفی پذیرش وضعیت مصروع را بخصوص از نظر چگونگی بروز واکنشهای آنان بعد از مشاهده واقعه و طرز برخورد دیگر دانش آموزان با فرد مصروع در دانش آموزان فراهم نمایند.

۳ - بهتر است مشاور و معلم، دانش آموز مصروع را به دور از هرگونه وسایل خطرناک مانند رادیاتورهای داغ، اسباب و اثاثیه، و اجسام تیز روی زمین بخوابانند.

۴ - در هنگام بروز واقعه، مشاور و معلم باید آرامش خود را حفظ نموده و تلاش نمایند حتی الامکان توجه دیگران به این مسئله جلب نشود.

۵ - به لحاظ آزاد نمودن راه تنفسی و عدم گاز گرفتگی زبان، چگونگی قرار گرفتن سر و دهان مصروع را توجه نموده و از جهت بودن خوراکی و یا آدامس کنترل نماید.

۶ - پوشاک تنگ و چسبان مانند کمر بند و دکمه های غیر ضروری وی را بدون اعمال زور آزاد کنند.

اگر کودک و دانش آموز مصروع پس از حمله دچار گیجی است، بهتر است وی را برای استراحت به مکانی آرام برد. در صورتی که وی به خواب برود باید او را گرم نگه داشت و به وی اجازه داد استراحت کند.

۷ - اگر کودک و دانش آموز مصروع پس از حمله دچار گیجی است، بهتر است وی را برای استراحت به مکانی آرام برد. در صورتی که وی به خواب برود باید او را گرم نگه داشت و به وی اجازه داد استراحت کند.

۸ - باید به خاطر داشت که در خلال حمله نباید هیچ گونه داروی محرک یا آرام بخش به مصروع داده شود.

۹ - بعد از اتمام حمله بازگشت فرد به

حالت اولیه به لحاظ فراموشی موقت در اغلب موارد فرد را بطور نسبی از موقعیت خویش آگاه نموده و رهنمودهای مقتضی با شرایط واقعه را اندکی برای شرح داد.

۱۰ - باید با خانواده وی مشاوره و به مراکز درمانی و تخصصی مربوطه معرفی نمود. در صورت تحت درمان بودن مصروع مشاهدات و اطلاعات مفید خویش را به طور صریح در اختیار درمانگران قرار دهید.

### منابع:

۱ - ایزابیل کلارک، مشاوره کودک در مدرسه.

ترجمه دکتر شاپوریان، نشر سیمغ، ۱۳۵۶، تهران

۲ - اف فیت، هالیس، تربیت بدنی و بازپروری معلولین، ترجمه تقی منشی طوسی، نشر آستان قدس، ۱۳۶۹، مشهد.

۳ - ایلینگورث، کودک و مدرسه، ترجمه دکتر شکوه نوابی نژاد، انتشارات رشد، ۱۳۶۸ تهران.

۴ - الباسی، سید تقی، مقاله روانشناسی فنج مغزی، ماهنامه بیوند، شماره ۲۱۴، نشر انجمن اولیاء و مربیان، ۱۳۷۶، تهران

۵ - الباسی، سید تقی، مقاله روانشناسی بدشکلیهای عضوی، ماهنامه تربیت، شماره ۷، نشر معاونت پرورشی، ۱۳۷۵، تهران

۶ - دانشی فریدون، بیماریهای صرعی، نشر مرکز دانشگاهی، ۱۳۶۷، تهران

۷ - رایسنسون، کودک عقب مانده ذهنی، ترجمه فرهاد ماهر، نشر آستان قدس، ۱۳۷۰، مشهد.

۸ - نینفورد ریس، مختصر روانپزشکی، ترجمه مترجمان زیر نظر دکتر وهابزاده، نشر مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۶۷، تهران.

۹ - میلانی فر دکتر بهروز، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، نشر قوس، ۱۳۷۰، تهران.

۱۰ - ویکس و نلسون، اختلالهای رفتاری کودکان، ترجمه منشی طوسی، نشر آستان قدس، ۱۳۶۷، مشهد.

۱۱ - هالاهان کافمن، کودکان استثنایی، ترجمه مجتبی جوادیان، نشر آستان قدس، ۱۳۷۱، مشهد.

۱۲ - هالاهان کافمن، کودکان استثنایی، ترجمه مجتبی جوادیان، نشر آستان قدس، ۱۳۷۱، مشهد.