



كلية الآداب
قسم علم النفس

مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي - معرفي لخفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى عينات مصرية من مرضى نوبات الصرع المستعصية

رسالة مقدمة من

ولاء بدوي محمد بدوي

مدرس مساعد بقسم علم النفس

كلية الآداب – جامعة المنوفية

لنيل درجة الدكتوراه في الآداب (تخصص علم النفس)

إشراف

الأستاذ الدكتور / عبد المنعم شحاتة

أستاذ علم النفس ورئيس قسم علم النفس كلية الآداب- جامعة المنوفية

الأستاذ الدكتور / لمياء الحمراوي

أستاذ الأمراض النفسية والعصبية - كلية الطب- جامعة المنوفية

الدكتورة / شادية علام

مدرس علم النفس الإكلينيكي - كلية الآداب - جامعة المنوفية

2009

المكتبة الإلكترونية



www.gulfkids.com

شكر

"إحمدك اللهم، جل شأنك وعلت قدرتك، حمداً كثيراً لما وفقنني إليه".

وأشعر وقد أنهيت من إعداد هذه الدراسة بأننى مدينة للكثيرين، وأجد من واجبي أن أقدم الشكر لأولئك الذين ضحوا بجهدهم ووقتهم لمساعدتي في إنجازها، ولا أملك إلا الكلمات القليلة التي أسديها إليهم، وأرجو من الله سبحانه وتعالى أن يجزيهم عنى خير الجزاء.

أتقدم بخالص شكري إلى أستاذى ومعلمي **دكتور/ عبد المنعم شحاتة**؛ أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة المنوفية، فقدت وجدت فيه الأستاذ الفاضل والفكر الثاقب، فقد وقف بجانبى بتوجيهاته وإرشاداته وكانت آراؤه البناءة خير معين للباحثة حتى أخذ البحث شكله النهائي، فجزاه الله عنى خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر والامتنان إلى أستاذتى الغالية **الدكتورة/ لمياء الحمراوى** أستاذ الأمراض النفسية والعصبية في كلية الطب جامعة المنوفية التي شرفتني بإشرافها على الرسالة للمرة الثانية، كما استفدت بتوجيهاتها السديدة في كل جزء من أجزاء الرسالة. ومعذرة أستاذتى الفاضلة إذا كنت قد أثقلت كاهلك بكثرة أسئلتى واستفساراتي، لكن كنت على يقين بأننى سوف أجد في رحابك واتساع صدرك ما يعينني على إنهاء بحثي أدام الله محبتك وثقتك الغالية في.

كما أتقدم بخالص شكري وعظيم امتناني إلى من تعجز كل الكلمات أن تعبر وتصف عطاءها، بل تعجز كل كلمات الشكر أن تغنيها حقها، نهر العطاء المتدفق بفيض العلم، أستاذتى **الدكتورة/ شادية علام** مدرس علم النفس في كلية الآداب جامعة المنوفية، جزاها الله كل الخير، ومتعها بوافر الصحة والعافية.

وأقدم خالص شكري إلى أستاذي الفاضلين **الأستاذ الدكتور/ عبد الستار إبراهيم** الرائد في مجال العلاج النفسي في العديد من الجامعات الأمريكية والعربية و**الأستاذة الدكتورة/ إلهام خليل** أستاذ علم النفس الإكلينيكي في كلية الآداب جامعة المنوفية اللذين شرفت بموافقتهما على مناقشة الرسالة، جعل الله علمهم نبراسا يستفاد منه كل باحث علم.

واخص شكري وامتناني إلى أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس د/ **عادل هريدى**، د/ **عبد الفتاح درويش**، د/ **أحمد مجرية**، د/ **خالد زيادة** الذين لولاهم لما كان لهذا العمل وجود بينكم ولا أنسى من كان لهم عظيم الأثر في نفسي منذ بداية عملي في الرسالة، د/ بكر، ود/ احمد دبور، د/ أيمن رمضان، د/ هناء عبد العظيم

كذلك أتقدم بالشكر والتقدير للأخ والزميل أ/ هيثم زينهم الذى قام بمراجعة الرسالة لغوياً ولما قدمه لى من عون ومساعدة وعناء أيضاً حتى انتهيت من الرسالة فكان خير الاخ والصديق والزميل. وأتقدم بشكري إلى نواب العيادة الخارجية بكلية الطب جامعة المنوفية الذين ساعدوني في تشخيص عينة المرضى.

ولا أنسى أن أدعو بالشفاء والشكر لكل مرضى الصرع الذين تعاونوا معي أثناء التطبيق.

أما اخوتى (دعاء - وائل- وليد - أية) فلن استطيع أن أوفى حقهم ولا يسعني إلا أن أدعو الله - سبحانه وتعالى- أن يعافهم ويبارك لي فيهم. أما أبى وأمي نبع العطاء والصبر فمهما طالت الكلمات فلن أوفيهما حقهما، أتمنى من الله أن يجعل عملي هذا في ميزان حسناتهم.

وأخيراً أتقدم بالشكر إلى كل من ساهم في إخراج هذا العمل المتواضع إلى حيز الوجود ولو بكلمة تشجيع. إليهم جميعاً أتقدم بالشكر والامتنان

"والله أحق أن نشكر نعمته وفضله"

الباحثة

إهداء

إلى من جعلهما الله من أبواب الجنة.....والوالدين.

إلى من هم عوننا وسندا لي في هذه الدنيا بعد الله.....أختوتي.

إلى من كانوا شمعة أنارت دربي.....أساتذتي.

أهدى لكم هذا العمل المتواضع.....

الباحثة

ملخص الدراسة

أولاً: الملخص باللغة العربية
ثانياً: الملخص باللغة الأجنبية

أولاً: الملخص باللغة العربية

يعد الصرع أحد الأمراض العصبية العصبية التي تصيب مخ الإنسان، ويتمثل في زيادة الشحنات الكهربائية؛ مما يتطلب تفريغها عبر نوبات الصرع. كما يعد مرض الصرع من الاضطرابات العصبية الخطيرة؛ لما له من تأثير واضح في حياة المريض - وذويه والمحيطين به، حيث يعاني مريض الصرع من صعوبات في العمل أو المدرسة - وفي العلاقات الشخصية والزوجية، ويبدو هذا بسبب شعورهم بضعف القدرة علي التحكم في النوبات الصرعية. وتُعرف المنظمة العالمية لمكافحة الصرع لعام 1997 النوبات الصرعية بأنها مجموعة المظاهر الإكلينيكية التي تحدث نتيجة تفريغات كهربائية شاذة في المخ، هذه المظاهر الإكلينيكية تحدث فجأة وتشتمل علي اضطرابات في الوعي والإحساس والحركة. أن نوبات الصرع المستعصية التي لا تستجيب للعلاج الطبي عندما تتكرر أو تكون صارمة تحد من قدرة المريض في أن يحيا حياة كاملة، كما يرغب. ويستوجب عليه استخدام العلاج، ومع فعاليته القليلة إلا إن له أثراً جانبية ولكن مع هذه التأثيرات الجانبية للعقاقير فإن المريض لا يستطيع الاستغناء عنها تماماً؛ لتحقيق نوع من الاستقرار لحالته المرضية، ولكننا في نفس الوقت نرغب في تخليص المريض من الأعراض النفسية المصاحبة لحالة الصرع؛ لكي لا تساعد في زيادة تكرار النوبات، وهذا ما تسعى الدراسة الراهنة لتحقيقه.

أهمية الدراسة

يمكن إجمال أهمية الدراسة الحالية ومبررات إجرائها فيما يلي:

- 1- يعد الصرع مشكلة صحية كبرى بالغة التكاليف الاقتصادية والإنسانية، فوجود شخص مصاب بالصرع في الأسرة قد يؤدي إلى اضطراب الحياة، وترك العمل وتعطيل إنتاجيتهم، وفقدان الاستقرار النفسي.
- 2- الدراسات التي تناولت برامج العلاج المعرفي السلوكي لمريض الصرع أجريت في المجتمعات الغربية وفي حدود المعلومات المتاحة للباحثة لا توجد دراسات عربية تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي لخفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة لدى مريض نوبات الصرع المستعصية.
- 3- تخفيض جرعات الدواء (مضادات التشنج) لتقليل الآثار الجانبية من جراء تناول العقاقير المضادة للصرع.

أهداف البحث:-

أ- هدف نظري:

- 1 - يتمثل في تقديم إطار نظري متكامل حول مفهوم الصرع ونوباته وأساليب المواجهة والتعرف على النظريات المعرفية التي قدمت لخفض تكرار النوبات لدى مريض نوبات الصرع التي لا تستجيب للعلاج بالعقاقير، وكذلك الأساليب والفنيات العلاجية التي أثبتت فعاليتها في إدارة النوبات حيث يؤسس عليها البرنامج العلاجي المستخدم وتفسر في ضوءها نتائج الدراسة.
- 2- التوصل لبعض النتائج المتعلقة بالظواهر النفسية في حياة مريض الصرع.

ب - هدف تطبيقي:

- 1- اختبار مدى فعالية التدخل المعرفي السلوكي في خفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة (القلق و الاكتئاب) لدى عينة من البالغين مرضى نوبات الصرع المستعصية (التي لا تستطيع التحكم في النوبات ولا تستجيب للعلاج بالعقاقير)
- 2- التحقق من مدى استمرارية أثر البرنامج في خفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى عينة من البالغين مرضى نوبات الصرع المستعصية (التي لا تستجيب للعلاج بالعقاقير)، وذلك بعد انتهاء تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة.

مشكلة الدراسة:

تحدد مشكلة الدراسة في الاجابة عن التساؤلات الآتية:

"التحقق من مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى عينة من مرضى نوبات الصرع المستعصية (التي لا تستجيب للعلاج بالعقاقير).

فروض الدراسة

على ضوء أهداف الدراسة الحالية وكذلك نتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية فيما يلي.

- 1- توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء على الاختبارات الآتية(القلق- الاكتئاب- جودة الحياة- تقدير الذات -الضبط الذاتي- أساليب المواجهة) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- 2- توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في خفض معدل تكرار النوبات وذلك في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- 3-لا توجد فروق جوهرية بين أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج على الاختبارات الآتية(القلق- الاكتئاب- جودة الحياة- تقدير الذات - الضبط الذاتي- أساليب المواجهة) ومعدل تكرار النوبات.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 12 مريضاً من المترددين على العيادة الخارجية بقسم الأمراض النفسية والعصبية -كلية الطب جامعة المنوفية، تراوحت أعمارهم ما بين (20-50) سنة تم تقسيمهم مجموعتين: أ- مجموعة تجريبية (ن=6) مرضى(4 ذكور - 2 اناث)، ب- مجموعة ضابطة(ن=6) مرضى(5 ذكور - 1 اناث)، لم تتلق أي علاج، استغرق تطبيق البرنامج 12 جلسة علاجية بواقع جلسيتين في الأسبوع بالإضافة إلى جلسيتين كتمهيد للتحالف العلاجي مع المريض ، ومدة الجلسة الواحدة ساعة تقريباً حسب مضمون كل جلسة وفترة متابعة بعد تطبيق البرنامج شهرين.

أدوات الدراسة:

استعانت الباحثة بالعديد من الأدوات منها:

- استمارة السجل اليومي للنوبات :- أعداد الباحثة.
- مقياس هاملتون للاكتئاب (ترجمة وإعادة تقنين جبر محمد جبر
- مقياس هاملتون للقلق(ترجمة وإعادة تقنين جبر محمد جبر
- مقياس جامعة تكساس لتقدير الذات للمراهقين والراشدين : (إعداد عادل عبد الله
- اختبار المواجهة لسكاير وكارفر (إعداد د/ عادل هريدي
- اختبار جودة الحياة لدى مرضى الصرع لكارمر وآخرون (ترجمة وإعادة تقنين الباحثة)
- اختبار الضبط الذاتي لمكملين وآخرون : (ترجمة وإعادة تقنين الباحثة)

■ برنامج العلاج المعرفي السلوكي – إعداد الباحثة

نتائج الدراسة

أوضحت نتائج الدراسة النتائج الآتية:

1- وجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء على الاختبارات الآتية(القلق- الاكتئاب- جودة الحياة- تقدير الذات -الضبط الذاتي- أساليب المواجهة) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية،

2- وجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في خفض معدل تكرار النوبات وذلك في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية

3-عدم وجود فروق جوهرية بين أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج على الاختبارات الآتية(القلق- الاكتئاب- جودة الحياة- تقدير الذات -الضبط الذاتي- أساليب المواجهة) ومعدل تكرار النوبات

Faculty of Arts
Department of Psychology

**“Effectiveness of cognitive behavioral
therapeutical program to reduce seizure
frequency and some co-morbidity psychological
symptoms in Egyptian samples of intractable
epilepsy”**

Thesis Submitted by
Walaa Badawy Mohamed Badawy
In Partial Fulfillment of ph .D Degree in psychology

Supervised By
Dr. Abed El Menem Shehata
The Prof. of Psychology
Faculty of Medicine - Monofia University

Dr. Lamyaa El Hamray
The Prof. of psychiatry
Faculty of Arts - Monofia University

Dr. Shadia Alam
The teacher of Psychology
Faculty of arts - Monofia University

2009

The English Summary

Epilepsy is a neurological disease affecting organic human brain, and the increase in shipments of electrical discharge, which requires cross-epileptic seizures.

This study aimed to effectiveness of cognitive behavioral therapeutical program to reduce seizure frequency and some co-morbidity psychological symptoms in Egyptian samples of intractable epilepsy"

Problem of the study:

The study problem can be summarized in the following questions.

Testing the effectiveness of cognitive behavioral therapeutical program to reduce seizure frequency and some co-morbidity psychological symptoms in Egyptian samples of intractable epilepsy?"

The Study aims at:

Studying is an important aspect of studying "effectiveness of cognitive behavioral therapeutical program to reduce seizure frequency and some co-morbidity psychological symptoms in Egyptian samples of intractable epilepsy"

Importance of the study:

We can black in the importance of this study and the reasons for it in the following:

Trying to reduce the medicine doses (anticonvulsants) which have side effects.

Epilepsy is economic and social problem that cannot be ignored. The existence of a person affected with epilepsy in the family leads to the disturbance of life.

Hypotheses of the study:

There is statistically significant effect of cognitive behavioral therapeutical program on reducing seizure frequency.

There is statistically significant effect of cognitive behavioral therapeutical program on reducing the degree of some co-morbidity psychological symptoms.

Participants of the study:

The sample includes "12" patients of epilepsy. The age of the members of the sample ranged between 20-50 years old. And the sample was divided

into two groups each one receiving a type of treatment and a control group that did not receive any psychological treatment (n=6) for each group.

The statistical styles:

-Mean and Std.Deviation

- Mann-Whitney U. test

- Wilcoxon-Matched paired signed Rank test

The study results:

1- The first assumption has been achieved there are statistically significant differences between the pre and post measures to the treatment and a control group on reducing the degree of some co-morbidity psychological symptoms attitude direction treatment group. Wilcoxon's test was used to specify the place of these differences as (z) value for the differences between the pre and post measures there are statistically significant differences between the pre and post measures to the treatment group

2- The second assumption has been achieved there are statistically significant differences between the pre and post measures to the treatment and a control group on reducing seizure frequency attitude direction treatment group. Wilcoxon's test was used to specify the place of these differences as (z) value for the differences between the pre and post measures there are statistically significant differences between the pre and post measures to the treatment group

3- The third assumption has been achieved there are no statistically significant differences between post 1 and post 2 measures to the treatment group on reducing the degree of some co-morbidity psychological symptoms attitude direction treatment group and seizure frequency.

محتويات الدراسة

الفصل الأول

مدخل الى الدراسة

- أولاً: مقدمة الدراسة
- ثانياً : أهداف الدراسة
- ثالثاً: أهمية الدراسة
- رابعاً: مشكلة الدراسة
- خامساً: مصطلحات الدراسة

الفصل الثاني

الإطار النظري

- أولاً: الصرع
- تعريف الصرع
- لمحة تاريخية عن الصرع
- كيف يحدث الصرع؟
- معدلات انتشار الصرع
- أسباب الصرع
- تصنيف النوبات
- المظاهر الاكلينيكية للنوبات
- تشخيص الصرع
- ثانياً: الصرع والمشاكل النفسية والاجتماعية
- ثالثاً: الصرع والاضطرابات النفسية المصاحبة
- رابعاً: علاج مرضى الصرع:
- خامساً: الإطار النظري لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي
- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- العلاج المعرفي عند بيك
- العلاج المعرفي السلوكي عند ميكنبوم
- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند اليس
- فنيات العلاج المعرفي السلوكي
- أ- تسجيل الأفكار المشوهة
- ب- مراقبة الذات
- ج- حل المشكلات
- د- الأحاديث الذاتية
- هـ- إعادة البناء المعرفي
- و- الاسترخاء
- ز- صرف الانتباه
- ح- فنية التعرض
- ط- جداول الأنشطة السارة
- تنمية وتحسين المهارات الاجتماعية والنفسية
- أ- لعب الدور
- ب- الواجبات المنزلية
- ج- التدريب على السلوك التوكيدي
- - التدخل المعرفي السلوكي لمرضى الصرع

الفصل الثالث

الدراسات والبحوث السابقة

- أولاً: دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي لدى مرضي يعانون من نوبات الصرع المستعصية.....
- ثانياً: دراسات استخدمت أساليب علاجية أخرى مع مرضي الصرع.....
- ثالثاً: دراسات تناولت الاضطرابات النفسية لدى مرضي الصرع.....
- التعليق على الدراسات السابقة.....
- فروض الدراسة.....

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- 1-التصميم المنهجي للدراسة.....
- 2- عينة الدراسة.....
- 3- أدوات الدراسة.....
- 4- جمع البيانات.....
- 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

- أولاً: عرض نتائج الفرض الأول وتفسيرها.....
- ثانياً: عرض نتائج الفرض الثاني وتفسيرها.....
- ثالثاً: عرض نتائج الفرض الثالث وتفسيرها.....
- توصيات الدراسة.....
- البحوث المستقبلية المقترحة.....

قائمة المراجع

- أولاً : المراجع باللغة العربية.....
- ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية.....

قائمة الملاحق

- (1) السجل اليومي للنوبات.....
- (2) مقياس هاملتون للاكتئاب.....
- (3) مقياس هاملتون للقلق.....
- (4) مقياس الضبط الذاتي.....
- (5) مقياس تقدير الذات.....
- (6)مقياس أساليب المواجهة.....
- (7) مقياس جودة الحياة لدى مرضي الصرع.....
- (8) برنامج العلاج السلوكي المعرفي.....
- (9) أسماء السادة المحكمين على جلسات البرنامج العلاجي.....
- (10) سجل الأفكار الخاطئة.....
- (11) بطاقة السجل اليومي لمراقبة الذات.....
- (12) نماذج من الأنشطة السارة الاجتماعية.....

قائمة الجداول

1. يوضح تصنيف لأنواع الصرع.....
2. يوضح الخصائص الديمجرافية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة
3. يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا لاختبار المواجهة.....
4. يوضح معاملات الثبات بطريقة ألفا لاختبار جودة الحياة.....
5. يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدى على الاختبارات المستخدمة.....
6. يوضح متوسطات ومجموع الرتب وقيم Y للمجموعة التجريبية والضابطة على للقياس القبلي و البعدى. على الاختبارات المستخدمة.....
7. يوضح المتوسط والانحراف المعياري للمجموعة الضابطة والتجريبية في متغير النوبات للقياس القبلي. والبعدى.....
8. يوضح متوسطات ومجموع الرتب وقيم Y للمجموعة التجريبية والضابطة في متغير النوبات للقياس القبلي. والبعدى.....
9. يوضح متوسطات ومجموع الرتب وقيم Z للمجموعة التجريبية على الاختبارات المستخدمة للقياس البعدى والمتابعة.....
10. يوضح متوسطات ومجموع الرتب وقيم Z للمجموعة التجريبية في متغير النوبات للقياس البعدى والمتابعة.....

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة

أهمية الدراسة

مشكلة الدراسة

أهداف الدراسة

مصطلحات الدراسة

المقدمة والخلفية النظرية

يعد الصرع أحد الأمراض العصبية التي تصيب مخ الإنسان، ويتمثل في زيادة الشحنات الكهربائية؛ مما يتطلب تفريغها عبر نوبات الصرع. كما يعد مرض الصرع من الاضطرابات العصبية الخطيرة ؛ لما له من تأثير واضح في حياة المريض - وذويه و المحيطين به، وقد فسر مرض الصرع عبر عصور التاريخ تفسيرات مختلفة ومتناقضة، فقد كان يفسر في العصور القديمة بأنه "المرض المقدس" ؛لأن الذين يصابون به تحيط بهم الملائكة من كل جانب، وفسّر بعد ذلك بأنه مرض ينتاب الشيطان فيه الإنسان، وحالة التشنج وما يرافقه من أعراض مرضية تميزها إنما هي مظهر من مظاهر الصراع بين الملائكة والشياطين المحيطين المرافقين للمريض، لذلك فإن مريض الصرع على وفق هذا التصور شخص تسكن بداخله الشياطين والأرواح الشريرة. كذلك فسر في مراحل أخرى من مراحل التطور التاريخي بأنه عقاب للمرضى على أعمال قاموا بها ولعنوا بسببها؛ لأنها لا ترضي آباءهم ، أو رجال الدين ، أو لظلمهم أناساً آخرين . وعلي هذا فإن المرض نوع من العقاب للشخص المصاب به. أما في العصر الحديث فطبقاً للتقدم العلمي والتكنولوجي فإن مرض الصرع أصبح ينظر إليه كمرض عصبي لأسباب واضحة، تستلزم من الطبيب المعالج أن يتعرف عليها، و يصورها جيداً ؛حتى يصمم له برامج علاج ناجحة.

(مجدى احمد محمد عبد الله، 2004:275)

وللصرع أنواع متعددة، تختلف في أشكالها وأعراضها وأنواعها المرضية، بعض هذه الأنواع يتم تشخيصه بشكل مباشر وسهل؛ نظراً لطبيعة العرض على المريض، وخصوصاً التشنجات التي إذا ما رآها شخص غير متخصص قد يعطى انطباعاً بأن المريض يعاني من نوبات تشنج، وذلك مثل: نوبات الصرع الكبرى¹، ومع ذلك فهناك أنواع أخرى من الصرع

يصعب تشخيصها حتى برسام المخ الكهربى، وهو الأداة التشخيصية الوحيدة القادرة على إعطاء انطباع عن النشاط الكهربى للمخ المسئول عن إحداث مثل هذه النوبات . تكمن صعوبة التحديد - فى بعض الأحوال- فى تشابه بعض مظاهر الصرع مع بعض الاضطرابات النفسية والعقلية إلى الحد الذي يحدث نوعاً من الالتباس فى تشخيص هذه الحالات، والتي يتم تشخيصها عادة على أنها حالات نفسية وعقلية، بينما هي فى الواقع نوع من الصرع. (سامي عبد القوى، 1993: 86)

إن الصرع فى الحقيقة مصطلح نوعي، يغطي نوعية من الاضطرابات العصبية التي تتميز بأعراض تحدث بشكل غير منتظم فى الشعور، وتأخذ الاضطرابات صور نوبات أو تشنجات، ويبدو أن هذه النوبات تحدث نتيجة اضطرابات فى النشاط الكهربى والفسىولوجي

(¹)Grand mal fits

لبعض خلايا المخ.

(حنفي محمود إمام ؛ نور أحمد الرمادي،

(2001: 40)

إن الطب الحديث ينظر إلى الصرع بوصفه مرضاً مزمناً يصيب المخ، وله أسباب عديدة، ويتميز بحدوث نوبات متكررة؛ نتيجة تدفق شحنات أو نبضات كهربائية زائدة من الخلايا المخية، تصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية تشمل اضطراباً في الوعي والحركة والإحساس وغيرهم.

(1987: 19)

ولا يقف تأثير الصرع عند الحدود البدنية، بل يتعداها إلى الجوانب النفسية، التي تحاول الباحثة الاهتمام بها في الدراسة، حيث قد تأتي النوبات عقب استثارة انفعالية، وهو الأمر الذي يعطى احتمالاً لتداخل عوامل أخرى ليس لها أصل عضوي، مثل العوامل النفسية والأزمات والمشكلات ذات الطابع النفس اجتماعي، وقد تعددت الدراسات الخاصة ببحث علاقة الصرع بالمتغيرات النفسية، حيث أشار كل من دودريل وآخرون (Dodrill, Beier, Kasparick, Tacke,) (1984) و Tan (1984) و Amir, Roziner, Knoll, & Neufeld (1999) و كراكو وآخرون (Krakow, Bühler, & Haltenhof (1999) ، سيرميكر، ريفكامب والدنكامب (Suurmeijer, Reuvekamp, & Aldenkamp (2001) ، ووتن، وتن Watten (1999) & Watten, ، وفيشر، فيكري وجيبسون (Fisher, Vickrey & Gibson (2000) و هيرمان، سيندبرج و بيل (Hermann, Seindenberg & Bell (2000) ، وستقيم، لوجو وكاسا (Stavem, loge and kaasa, (2000a) ، وبيازيني، كافاني وماجوري (Piazzini,) (2001) Canevini & Maggiori ، واو، لي وشان (Au, Li, & Chan (2002) ، و جاكوبي (Jacoby, (2002) ، بيشوب، ألن (Bishop and Allen, (2003) ، ولوريو، شيفر ولتز (Dilorio , Shafer, & Letz (2003) ومولا وكافانا (Mula, Cavanna (2006) ، وهاردن وآخرون (Harden, Maroof, Nikolov, Fowler, Sperling, Liporace, (2007) Pennell, Labar. & Herzog إلى ارتباط الإصابة بمرض الصرع بعدة عوامل نفسية اجتماعية، تتضمن هذه العوامل (انخفاض تقدير الذات – قلق – اكتئاب- غموض الوعي- نقص القدرة علي الضبط الذاتي -الشعور بالوصم الاجتماعي⁽²⁾). كذلك يعاني مرضي الصرع من صعوبات في العمل أو المدرسة -وفى العلاقات الشخصية والزوجية، ويبدو هذا بسبب شعورهم بضعف القدرة علي التحكم في النوبات الصرعية.

(Souza and Salgado. 2006)

ويعد الصرع من الأمراض العصبية المزمنة الفريدة في تأثيرها على جودة الحياة حيث يبدأ الصرع في أغلب الأحيان في سن صغير؛ مما يعيق التطور الاجتماعي والمعرفي. بالإضافة إلى قيود الوظيفة وقيود قيادة السيارة والاضطرابات النفسية المصاحبة.

(Devinsky, Vickrey & Cramer 1995; Hermann, Seidenberg, Bell, Woodard, Rutecki, & Sheth, 2000b; Kanner and palac, 2000 & Gilliam, Hecimovic & Sheline, 2003)

كما يشير هيلس وبيكر (Hills and Baker , 1992) إلى وجود علاقة بين الوصم الاجتماعي وانخفاض تقدير الذات والدعم الاجتماعي³ وضعف التواصل الاجتماعي لدى مرضى الصرع وذلك من خلال دراسة أجراها علي 28 مريضاً بالغاً ، وذكر أن تعليم المريض معلومات حول مرضه يكون أكثر فعالية؛ لارتفاع تقدير الذات لدى المصابين بمرض الصرع . ويوجد حوالي 31% من مرضى الصرع يعانون من الوصم الاجتماعي (Lee , Yoo & 2005) ويرى راتي، لارسون وسودرفيلت (Raty, Larsson, & Soderfeldt, 2003) وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الشعور بالوصم الاجتماعي وانخفاض جودة الحياة لدى مرضى الصرع. أي كلما زاد الاحساس بالوصم كلما زاد الشعور بانخفاض جودة الحياة.

بينما يذكر إيتنجر ، ويسبورت ونولان (Ettinger, Weisbrot & Nolan, 1998a) أن الإحساس بالتعب والاكتئاب لهما تأثير بالغ علي انخفاض جودة الحياة لدى مرضى الصرع. كما أشار باركر وجاكوبي (Barker and Jacoby, 2002) إلى وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة والدعم الاجتماعي لدى البالغين من مرضى الصرع.

و أوضحت دراسة فالكيث وديفينسكي (Valquez and Devinsky, 2003) أن اضطرابات القلق ترتبط بانخفاض مستوى جودة الحياة، وينتج القلق بسبب حدوث إثارة لردود أفعال نفسية، والنتيجة انخفاض في تقدير الذات والشعور بالوصم والرفض الاجتماعي⁴، وينتج عن هذا الاضطراب زيادة في تكرار النوبات الصرعية.

والتناول الأهم للعلاقة بين الصرع والمتغيرات النفسية هو علاقة الصرع بالاضطرابات النفسية، وهناك بعض الدراسات تناولت هذه العلاقة وخصوصاً متغيرات الدراسة، وهي الاكتئاب والقلق، فأوضحت بعض الدراسات أمثال (جاكوبي وآخرون، Jacoby, Baker, Steen, Potts, (1996) Chadwick، وجيلهام وآخرون (1997) Gilliam, Kuzniecky & Faught، وإيتنجر، ويسبورت ونولان (1998b) Ettinger, Weisbrot & Nolan، ولمبرت وروبرتسون (1999) Lambert and Rebertson، وجولدستين، هاردن Goldstein and Harden, (2000)، وهيرمان وآخرون (2000) Hermann et al، كويسك وآخرون Quisk، Helmstaedter, Lux & Elger (2000)، وباركر وآخرون، Barker, Jacoby, Buck، و Brooks, Potts & Chadwick (2001) ميرينيس، بيكس وروزا Mirinics, Bekes & Rozsa (2001)، ماكندا (2002) Manchanda، وجيلهام وكانر Gillam and Kanner، و جونز Pهيرمان وباري (2003) Jones, Hermann & Barry؛ و كانر Kanner (2002)؛

(³) Social support

(⁴) Social rejection

(2003) ، وكريشنمورثي (Krishnamoorthy, 2003) ، ولورنج ، ميدور ولى Loring (2004) Meador & Lee ، وجرذيب وآخرون (Grazyb , drzejczak , ska & Fiszer) (2006) أن أعراض القلق والاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى مرضى الصرع. وقد وجد أيضاً أن العلاقة بين الصرع والضغوط النفسية علاقة دالة ، وأوضحت العديد من الدراسات مثل هيرمان وآخرون (Hermann et al., 2000) ، وسيرمجير وآخرون (Suurmejer et al, 2001) وهات وآخرون (Haut, ouyiouklis, & Shinnara 2003) أن زيادة الضغوط الانفعالية والسلوكية ترتبط بانخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى الصرع ، ويقترح الباحثون في جودة الحياة ضرورة تكريس جهودهم وانتباههم إلى دراسة التأثير الكامن للضغوط النفسية المصاحبة لمرض الصرع. على نحو واسع ، يُمكن من القول بأن الإجهاد والعوامل البيئية تتسبب في حدوث النوبة لدى مرضى نوبات الصرع في أغلب الأحيان، وهذا يدل على أهمية النظريات السلوكية في خفض الإجهاد وتحسين السيطرة عليها. وقد قامت كل من نانسي ودافيس (Nancy & Davis 1984) بدراسة تأثير أحداث الحياة اليومية الضاغطة على مرضى الصرع، وتوصلت لوجود ارتباط موجب بين الضغوط وتكرار النوبات، وأن مستوى النوبات يرتفع كلما ازداد إدراك المرضى للضغوط اليومية للحياة. كما تذكر نيبور وآخرون (Neugebauer, Paik, Hauser, Nadel, Leppik & Susser, 1994) أن أحداث الحياة غير السارة والضغوط المختلفة مثل (الهجوم- الضرب والنزاع مع أفراد العائلة) تزيد من حدوث النوبات لدى مرضى الصرع ، وأن هذه النوبات تقع خلال أربع وعشرون ساعة من وقوع الأحداث غير السارة. يتضح مما سبق أن الارتباط بين الصرع والمتغيرات النفسية ارتباط مؤكد ، وذلك من خلال نتائج تلك الدراسات، ولا يتوقف الأمر على النتائج النفسية المصاحبة بل تعود مرة أخرى لتؤثر في الجوانب العضوية ، فقد أوضح لورنج ، ميدور ولى (Loring , Meador & Lee, 2004) أن أعراض قلق النوبة والاكتئاب من العوامل المهمة التي تساهم في تكرار النوبات لدى مرضى نوبات الصرع المستعصية التي لا تستجيب للعلاج الطبي حيث يساهم قلق النوبة بنسبة 16% ، ويساهم الاكتئاب بنسبة تصل إلى 45% بالإضافة إلى ذلك أوضحت (داهيل، ميلين و ليسنر) Dahl, Melin & Leissner, (1988) أن زيادة فترات التعرض للإجهاد النفسي والانفعالي مرتبطة بزيادة حدوث النوبات. وفي ذات الوقت فإن علاج النوبات الصرعية باستخدام مضادات التشنج يؤدي إلى وجود خلل في العمليات النفسية (المعرفية والانفعالية والسلوكية) ، وقد أجرى أورتنكسي وميدور ؛ وريجس ، والدنكامب ودي كروم (Ortinski and Meador, 2004; Reijs , Aldenkamp, & De Krom 2004) دراسة لتوضيح تأثير الآثار الجانبية لاستخدام العقاقير المضادة للصرع أمثال الـ Carbamazepine والـ Benyodiadedina بالإضافة إلى الـ Phenytyon على الحالة المزاجية. أوضحت نتائج الدراسة التأثير السلبي لمضادات الصرع على الحالة المزاجية والانفعالية للمريض.

ويذكر ريتنس وآخرون Reutens et al, 1995 أن نوبات الصرع المستعصية (التي لا تستجيب للعلاج الطبي) عندما تتكرر أو تكون صارمة تحد من قدرة المريض في أن يحيا الحياة التي يرغبها ، و يستوجب عليه من ثم اللجوء للعلاج ، ومع فعاليته القليلة إلا إن له أثراً جانبية⁵. ولكن مع هذه التأثيرات الجانبية للعقاقير فإن المريض لا يستطيع الاستغناء عنها تماماً؛ لتحقيق نوع من الاستقرار لحالته المرضية،(Devinsky, 1999) cited in

ولكننا في نفس الوقت نرغب في تخليص المريض من الأعراض النفسية المصاحبة لحالة الصرع؛ لكي لا تساعد في زيادة تكرار النوبات ، وهذا ما تسعى الدراسة الراهنة لتحقيقه.

وخطورة النوبات المستعصية تزيد من العوائق الاجتماعية والخلل المعرفي (Kwan & Bradie, 2000a بالإضافة إلى ارتباط الصرع بارتفاع نسب الوفيات وخصوصاً الموت المفاجئ غير المتوقع. Nilsson, Farahmand, Persson, Thiblin. & Tomson, 1999)

وقد استخدمت دراسات عديدة أساليب علاج غير دوائية أو طبية، تمثلت في أساليب التدخل النفسي في محاولة خفض تأثير المصاحبات النفسية على النوبات الصرعية. وقد تنوعت هذه الدراسات في نوعية المتغيرات التي استهدفتها، فبعض الدراسات ركزت على النوبات الصرعية ذاتها بصورة مباشرة كهدف للتدخل، والبعض الآخر ركز على علاج المتغيرات النفسية المصاحبة للصرع، ورؤية تأثير ذلك على خفض تكرار النوبات الصرعية. وقد تنوعت هذه الدراسات أيضاً في الفنيات التي استخدمتها، حيث استخدمت بعض الدراسات أساليب العلاج المعرفي السلوكي وهناك دراسات أخرى استخدمت الضبط الذاتي وأخرى استخدمت فنيات المواجهة المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي ، ودراسات أخرى استخدمت الاسترخاء التدريجي وفيما يلي أمثلة لتلك الدراسات: تان وبيروني (Tan & Bruni, 1986)؛ و دراسة داهيل (Dhale 1988) ؛ وداهيل و ميلن وليسنر (Dahle, Melin & Leissner, 1988)؛ وجيلام (Gilham, 1990) ؛ و هيلجسون وسينج (Helgeson and Siang 1990) ؛ و بيسكريك ، وتمان ، ديل و هيغس (Puskarick, Whitman, Dell & Hughes 1992)؛ وبيتون (Upton, 1992)؛ وأندروس وسكونفيلد (Andrews And Schonfeld, 1992)؛ وبيسي وآخرون Becu, Becu, Manzur, (1993) ؛ وجيلرت (Gehlert, 1994) ؛ وكيل ، فولر وبرون (Cull, Fowler. & Kochen 1996) ؛ وجولدستين (Goldstein, 1997) ؛ وسكنبين (Schonbein, 1998) ؛ وسبكتور وآخرون (Spector, Tranah Cull & Goldstein 1999) ؛ وولف وأكيوجفا (Wolf & Okujava, 1999) ؛ وريتير وأندروس (Reiter & Andrews, 2000)؛ أندروز وريتير (Reiter & Andrews 2000) ، وسبكتور وآخرون (Spector, Cull, & Goldstein 2000) ؛ وليفن وآخرون (Livneh, Wilson, Duchesneau & Antonak 2001) ؛ ونوكر

(⁵) Adverse effects

و هافكمب (2001) Noeker & Haverkamp ؛ وسبكتور ، كيل وجولدستين (Spector, 2001) Cull, & Goldstein؛ وریش وآخرون Rusch, Morris, Allen & Land (2001) Lathrop,(2001)؛ وبيريك وآخرون Birbeck et al, 2002، وأيو وآخرون Au et al., (2003) ؛ وجولدستين وآخرون Goldstien et al, (2003)؛ وكوبو ودلريو Kobau & (2003) Dilorio, (2003) ؛ ودفنيسكى Devinsky, (2004) ؛ وریشردسون وآخرون (2004) Richardson, Farias ,Lima & Alsaadi؛ وجولدستين وآخرون Goldstein et al, (2005) ؛ و لي وجو Lee & Joe, (2005) ؛ وبرامكا وآخرون (Pramuka, 2007) Hendrickson ,Zinski. & Van Cott ؛ دراسة كيرت لفرنس وآخرون Curt (2009) LaFrance ,Miller, Ryan, Blum, Solomon, Kelley & Keitner ولم تجد الباحثة في حدود المعلومات المتاحة دراسات عربية استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لدى مرضى الصرع. الأمر الذي يدعو إلى مزيد من الدراسات في البيئة المصرية في مجال التدخل العلاجي لمرضى الصرع.

أهداف الدراسة

أ- هدف نظري:

1- يتمثل في تقديم إطار نظري متكامل حول مفهوم الصرع ونوباته وأساليب المواجهة ، والتعرف على النظريات المعرفية التي قدمت لخفض تكرار النوبات لدى مرضى نوبات الصرع المستعصية ، وكذلك الأساليب والفنيات العلاجية التي أثبتت فعاليتها في إدارة النوبات حيث يؤسس عليها البرنامج العلاجي المستخدم وتفسر في ضوءها نتائج الدراسة.

ب - هدف تطبيقي:

1- اختبار مدى فعالية التدخل المعرفي السلوكي في خفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة (القلق- الاكتئاب) لدى عينة من البالغين من مرضى نوبات الصرع المستعصية

2- التحقق من مدى استمرارية اثر البرنامج في خفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة (القلق- الاكتئاب) لدى عينة من البالغين من مرضى نوبات الصرع المستعصية وذلك بعد انتهاء تطبيق البرنامج.

أهمية الدراسة

مع أن الصرع من الموضوعات المهمة في علم الأمراض العصبية إلا إنه لم ينل ما يستحقه من اهتمام سيكولوجي ، مع وجود العديد من الدراسات التي تعطى دلائل لتداخل المتغيرات النفسية في أسباب الصرع واستثارة النوبات ، فالعديد من الدراسات أوضحت العلاقة بين

الاضطرابات النفسية وتكرار النوبات التي تؤثر بدورها على التوافق النفسي والاجتماعي ليس بالنسبة للمريض فحسب ، بل على المحيطين به أيضاً.

أما عن أهمية هذه الدراسة فيمكن توضيحها فيما يلي:

1. **شيوع الاضطراب** حيث يعد مرض الصرع من أكثر الأمراض العصبية انتشاراً بين الأفراد، إذ تشير الإحصاءات والدراسات التي أجريت لتحديد نسب انتشاره إلى إصابة 2:1% من السكان في الولايات المتحدة.
- (Aikia, 2001; Haggerty, 2001; Chang & Iawenstien, 2003) حيث أشار هيسر Hauser, 1990 إلى وجود حوالي 5-10% تقريباً يعانون من نوبات الصرع المستعصية من إجمالي مرضي الصرع، ولا يستجيبون للعلاج بالعقاقير، مع أنه العلاج الطبي الأفضل و الأمثل لهم. (cited in (Fogal, Schiffer, & Rao; 1996)
- 2- يعد الصرع مشكلة صحية كبرى بالغة التكاليف الاقتصادية والإنسانية، فوجود شخص مصاب بالصرع في الأسرة قد يؤدي إلى اضطراب الحياة فيها وافتقاد أعضائها السعادة والاستقرار النفسي، وربما يؤدي تكرار النوبات إلى ترك العمل وتعطيل إنتاجيتهم.
- 3- بالرغم من الاعتناء الكبير بالصرع عضوياً/عصبياً، إلا إنه مازال مهماً من ناحية البرامج النفسية الأكاديمية والإكلينيكية. ومن ثم تأتي أهمية هذه الدراسة بالتركيز على جانب نفسي هام في علاج هذا الاضطراب.
- 4- الدراسات التي تناولت برامج العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الصرع أجريت في المجتمعات الغربية وفي حدود المعلومات المتاحة للباحثة لا توجد دراسات عربية تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي لخفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة لدى مرضى الصرع.
- 5- إبراز أهمية الأسلوب العلاجي المستخدم في التقليل من تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة ، وتأثير ذلك علي تحسين جودة الحياة وأساليب مواجهة المشكلات وتقليل الإحساس بمشاعر وصمة العار ورفع تقدير الذات.
- 6- تخفيض جرعات الدواء لتقليل الآثار الجانبية من جراء تناول العقاقير المضادة للصرع، حيث يشير بريسكا ،جرام وأفانزيني (Perucca , Gram & Avanzini, 1998) إلى أن العلاج بالعقاقير سبب تدهور حالة المريض ، وربما لا يؤدي إلى خفض تكرار النوبات.

مشكلة الدراسة

يعد الصرع مجموعة من الاضطرابات المختلفة المصدر والأعراض والاتجاهات والتنبؤات، ويستطيع العديد من الناس أن يصنعوا تحكماً جيداً في نوباتهم ، لكن هناك 40% من المرضى يعيشون مع نوبات دائمة ، وعليهم أن يتحملوا كلا من نتائج النوبة والعلاج.

ويحاول الباحثون أن يقللوا من تأثير اضطراب النوبة على الحياة اليومية. (Begley, Famulari & Annegers, 2000) ولكن الواقع أن المصاحبات النفسية للمرض تؤدي إلى ضعف مقاومة المريض من خلال عملها كمثيرات تالية للنوبة الصرعية ، وبالتالي زيادة المشاكل النفسية والاجتماعية، وهو الأمر الذي يساهم في زيادة تكرار النوبات. وأوضحت العديد من الدراسات فعالية التدخل السلوكي على مرضى نوبات الصرع، ومن هنا كان اهتمام الباحثة بالدراسة الراهنة. من جانب آخر وجدت الباحثة أن الغالبية العظمى من الفحوص الطبية العصبية تشير إلى أهمية علاج مراكز الصرع أو البؤرة الصرعية⁶ من دون الاهتمام بالمصاحبات النفسية له. وهي أيضاً مشكلة تستوجب الدراسة حيث تحاول الدراسة الراهنة معرفة الظروف والعوامل المثيرة للنوبة كالقلق والضغوط ومحاولة خفضها باستخدام البرنامج العلاجي. وبمراجعة الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن معظمها اهتم بخفض تكرار النوبات، فقد ركزت على الجانب الإكلينيكي فقط، من دون الاهتمام بخفض أعراض الاضطرابات النفسية (القلق-الاكتئاب) ، وسوف تحاول الدراسة الراهنة تلافي هذا القصور بالاهتمام بخفض الاضطرابات النفسية و تعديل المشاكل النفسية واجتماعية مثل رفع تقدير الذات وتحسين جودة الحياة والضبط الذاتي لخفض تكرار النوبات.

ويمكن صياغة مشكلة البحث في التساؤل التالي

" ما مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة (القلق-الاكتئاب) لدى عينة من مرضى نوبات الصرع المستعصية (التي لا تستجيب للعلاج بالعقاقير).

مصطلحات الدراسة

1. النوبات الصرعية:

تُعرّف المنظمة العالمية لمكافحة الصرع International league Against 1997 epilepsy النوبات الصرعية بأنها مجموعة المظاهر الإكلينيكية التي تحدث نتيجة تفرغات كهربائية شاذة في المخ، هذه المظاهر الإكلينيكية تحدث فجأة وتشتمل على اضطرابات في الوعي والإحساس والحركة. وفي تقرير لوكالة رعاية الصحة والجودة Agency for health care and Quality في أبريل عام 2003 جاء أن الصرع من الأمراض العصبية الخطيرة الشائعة، وعُرِّفَت نوبات الصرع باسم المستعصية⁸ أو المقاومة⁹ أو العنيدة¹⁰ لوصف مرضى استخدموا نوعاً أو أكثر من العقاقير المضادة للصرع¹¹ (AEDs) ومع ذلك فشلوا في السيطرة على النوبات.

(6) Epileptic focus

(7) Epileptic seizure

(8) Intractable

(9) Refractory

2. القلق

يُعرف القلق بأنه " حالة انفعالية متوترة ، تؤسم هذه الحالة بنعوت مثل متوتر، عصبي، مروع، مرتعد داخلياً، وكثيراً ما يستخدم الباحثون والممارسون لفظ "القلق" ليمثل متصلاً¹² يمتد من التوتر الخفيف عند أحد طرفيه حتى الرعب¹³ عند الطرف الآخر.

(أرون بيك، 2000: 111)

والقلق بصفة عامة خبرة انفعالية غير سارة ،يعانى منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شئ دون أن يستطيع تحديده تحديدا واضحا، وغالبا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية مثل ازدياد ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، وفقدان الشهية.

(عبد السلام عبد الغفار، 1990 ،

(119

ويوضح سبنس Spence, 1998 في(بدر محمد الانصاري، 2004، 341) أن القلق يتصف من حيث هو خبرة ذاتية بمشاعر الخوف من شر مرتقب، والشك والعجز الذي لا يتعلق بخطر حقيقي بالإضافة إلي التغيرات الفيزيولوجية، وتتضمن هذه التغيرات توتراً زائداً في العضلات الخاصة بالهيكل العظمي (كالتييس أو التصلب) والارتعاشات، والوهن وتغير الصوت وعدم الاستقرار ،كما تتضمن تغيرات في الجهاز القلبي الوعائي مثل: سرعة خفقان القلب واحمرار الوجه أو شحوب غير طبيعي فيه وسرعة النبض وارتفاع ضغط الدم ، فضلاً عن نشاط الجهاز المعدي المعوي مثل: الغثيان و التقيؤ، والإسهال، ومن الجائز أن تكون هناك علامات أخرى مثل: الإحساس بالبرودة والتنفس السريع أو غير المنتظم، والتبول المتكرر، واضطرابات النوم، وعلي المستوي السلوكي نجد سلوك التجنب صفة مميزة للقلق.

ومن هنا يجي تعريف القلق بأنه انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة، تنطوي علي تهديد حقيقي أو مجهول. لكن كثيراً من المواقف المثيرة للقلق لا يكون فيها الخطر حقيقياً بل متوهماً ومجهول المصدر .

(عبد الستار إبراهيم، 2002، ص9)

هذا و يعرف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في استبيان القلق المستخدم في هذه الدراسة.

3. الاكتئاب¹⁴

حالة من الحزن الشديد تسيطر علي الفرد، وتتوافق مع مشاعر الذنب وانعدام الثقة

بالنفس، وتأنيب الذات وتحقيرها. (محمود عطا، 1993، 275)

(¹⁰) Treatment resistant

(¹¹) Antiepileptic drugs

(¹²)Continuum

(¹³)Terror

(¹⁴) Depression

ويذكر محمد إبراهيم عيد 1997 في (محمد سعد عثمان، 2007، 2) أن الاكتئاب
خاصية وجودية كامنة ومتأصلة في وجود الإنسان ، ترتبط به من حيث إنه في علاقة دائمة مع
الأخر، وهذه العلاقة قد تتسم بالتواصل من خلال الحب والعمل وقد تتعطل هذه العلاقة بدرجات
متباينة فتكون زملة الأعراض المصاحبة لاضطراب التفاعل بين الأنا والآخر، أو بين الذات
والواقع العياني والتي من أهمها الشعور بالاكتئاب الذي قد يوصف بأنه "حالة مزاجية وليس
بالضرورة حالة باثولوجية، أو عرضاً أو مجموعة أعراض متشابهة.

وقد أشار Leary Wilson, 1975 في (عبد الستار إبراهيم , 1998: 17) إلى أن الاكتئاب بالنسبة
للغالبية العظمى من الناس يعبر عن استجابة عادية تنثيرها خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة، أو خيبة
أمل، أو فقدان شئ مهم كالعمل، أو وفاة إنسان غال ، وما يميز هذا النوع العادي من الاكتئاب، أنه
يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد علي أسبوعين، كما أنه عادة ما يكون مرتبطاً بالموقف الذي أثاره.
هذا ويعرف الاكتئاب إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في
بنود استبيان الاكتئاب المستخدم في هذه الدراسة.

4. تقدير الذات¹⁵

جزء من نظام الذات مع مفهومها وفعاليتها- يشير إلى مكتسبات الفرد أو
الإنجازات التي ينسبها لنفسه.

وتعود البداية الفعلية لهذا المفهوم إلى أواخر القرن 19 على يد وليم جيمس James
وإن كان ابن سينا في القرن 11 الأسبق في دراسة الذات ووضع تصور هرمي لمكوناتها
(عبد المنعم شحاتة، 2004)

وفي موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، يعرف مصطفى كامل تقدير الذات "
بنظرة الفرد واتجاهه نحو ذاته ومدى تقدير هذه الذات من الجوانب المختلفة كالدور والمركز
الأسري والمهني والجنسي، وبقية الأدوار التي يمارسها في مجال العلاقة بالواقع

(فرج طه وآخرون، 1993: 239)

أما التعريف الإجرائي لتقدير الذات فهو تقييم ذاتي يتحدد في ضوءه مدي تقبل الفرد لذاته أو رفضه
لها في مجالات اعتبار الذات، والثقة الاجتماعية والقدرات الأكاديمية، وذلك ما تدل درجته في هذه
الأبعاد التي يتضمنها مقياس تقدير الذات.

(عادل عبد الله محمد ، 2000: 155)

5. الضبط الذاتي¹⁶

(¹⁵) Self esteem

(¹⁶) Self control

يُعرّف جولد فريد ومربيم Goldfried and Merbaum, 1973 ضبط الذات بأنه قرار شخص واع باتخاذ الإجراءات اللازمة لإنجاز بعض النتائج المطلوبة وضبط لذات لا يظهر من إمكانيات فطرية لدى الفرد، لكنه يكتسب من خلال التجربة ويمكن أن يسهل عملية التعلم ويظهر الضبط الذاتي كعملية يصبح فيها الأفراد قادرين علي التوجيه و القيادة و التنظيم¹⁷ وهذه تكون مميزة لسلوكهم الخاص الذي يؤدي إلي النتائج الإيجابية في النهاية .

Cited in (Spector et al., 2001)

كذلك يُعرّف بأنه ما يتبناه الفرد من فلسفة في الحياة وما يلتزم به من قواعد السلوك، ويصبح حقيقة واقعة فقط حينما يعمد الفرد إلى ضبط نشاطه وتوجيهه إلى مسارات عائدها النماء والارتقاء. وتحدد جافاكونا في(طلعت منصور، 1984، 187) الضبط الذاتي بأنه قدرة الفرد على أن "يجد ويصحح ويتجنب الأخطاء والعيوب في نشاطه الذاتي بطريقة مستقلة. هذا و يعرف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في استبيان الضبط الذاتي المستخدم في هذه الدراسة.

6. أساليب المواجهة¹⁸

مخطط عام للجهود التكيفية التي يسعى الفرد من خلالها للتكيف مع مختلف الظروف الطارئة¹⁹ ، ومن ثم يتحدد مستوي ما تمتع به من تكيف وصحة نفسية.

(عادل هريدي ، 1996 : 269)

وتعرف مناغين Menaghan, 1998 في (مايسة شكري، 1999، 560) المواجهة بأنها تقضيات مألوفة من قبل الفرد لطرق التعامل مع المشكلات مثل (الاقتراب من المشكلة مقابل الانسحاب بعيد عنها أو تجنبها) ،أما جهود المواجهة فتعني تلك الأنشطة النوعية التي يقوم بأدائها الفرد في مواقف محددة بهدف تخفيض المشقة المرتبطة بموقف معين (مثل التعبير عن الانفعالات أو كفها، والبدء في أداء نشاطات جديدة.

أو هي استجابة أو مجموعة من الاستجابات يقوم بها الشخص للتعامل مع الأحداث الخارجية المثيرة للمشقة ، وأيضا الضغوط الداخلية التي تؤثر على توافق الفرد.

(جمعة سيد يوسف، 1997)

ويعرف دانتزر Dantzer, 1993 في(نجيب الصبوة وسهير الغباشي وهناء الشويخ،

2004 : 7) أساليب المواجهة بأنها المجهود المبذول لحل المشكلات المرتبطة بمطالب الفرد الداخلية والخارجية والتي يدركها الفرد كمصدر للتهديد .

(¹⁷) Regulating Regulating

(¹⁸) Coping strategies

(¹⁹) Encounters

وهذا ويعرف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في بنود استبيان
المواجهة المستخدم في هذه الدراسة.

7. جودة الحياة²⁰

يشير فرانك وترومبورج Frank and Stromborg, 1988 إلى أن مفهوم جودة الحياة يعد تركيباً متعدد الأبعاد، يضمن ذلك الرضا عن الحياة – تقدير الذات- الوجود الأفضل²¹- السعادة – التوافق الوظيفي وقيمة الحياة. Cited in (Spector et al., 2001) ويعرف جلاتسر ومور 1987 Glatzer and More في (هدى عاصم خليفة، 2004) نوعية الحياة بأنها الرفاهية ليس في الجوانب الاقتصادية فحسب بل في جوانب الحياة الأخرى مثل الإسكان والصحة والعلاقات الاجتماعية أي إن جودة الحياة تعني الرفاهية والراحة ليس في الداخل بل في مستوى الصحة الجيدة وعلاقات صحية اجتماعية. هذا و يعرف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في استبيان جودة الحياة المستخدم في هذه الدراسة.

8. العلاج المعرفي السلوكي²²

يعد العلاج المعرفي السلوكي أسلوباً جديداً من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي، تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفنيات ومهارات معرفية وسلوكية لمساعدة المريض لتحديد أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. (علاء فرغلي، 2008: 15)

ويعرف كيندال Kendall, 1993 في (ناصر ابراهيم المحارب، 2000: 1) العلاج المعرفي السلوكي بأنه "محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي أثبتت نجاحها في التعامل مع السلوك، ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله، من خلال استخدام إستراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه.

(²⁰) Quality of life

(²¹) Well being

(²²) Cognitive Behavioral Therapy

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً: الصرع- نظرة عامة

- تعريف الصرع
- لمحة تاريخية عن الصرع
- معدلات انتشار الصرع
- أسباب الصرع
- تصنيف النوبات
- المظاهر الإكلينيكية للنوبات
- التشخيص بواسطة رسام المخ

ثانياً: الصرع والمشاكل النفسية والاجتماعية

ثالثاً: الصرع والاضطرابات النفسية المصاحبة

رابعاً: علاج مرضى الصرع:

خامساً: الإطار النظري لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي

- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- العلاج المعرفي عند بيك
- العلاج المعرفي السلوكي عند ميكنيوم
- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند إليس
- أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي
- التدخل المعرفي السلوكي لعلاج مرضى الصرع

مقدمة

يتناول هذا الفصل بعض الجوانب العضوية للمرض كمفهومه وتاريخه وأسبابه وأعراضه وتصنيف النوبات، ثم عرض أهم العوامل النفسية المرتبطة بالمرض، كذلك عرض المتغيرات - محل الدراسة-، وأخيراً الإطار النظري للبرامج العلاجية المستخدمة في الدراسة الحالية.

تعريف الصرع

تعددت تعريفات الصرع وتفاوتت من باحث لآخر، ولعل أبسط هذه التعريفات أنه نوبات متكررة من اضطراب بعض وظائف المخ النفسية أو الحركية أو الحسية تبدأ فجأة وتتوقف فجأة وتكون مصحوبة بنقص في درجة الوعي إلى حد الغيبوبة أحياناً، مع ظهور تغيرات في النشاط الكهربائي للمخ عند تسجيله بواسطة رسام المخ الكهربائي.

كما يعرف الصرع بأنه اضطراب دوري في الإيقاع الأساس للمخ، وتشاهد النوبات الصرعية بكثرة في مجموعة من الأمراض، وخصوصاً عند الأطفال الرضع، ويسبق النوبة الصرعية تشوش أو احتياج أو انتشاء، يمهدها لها، ويكون كالنذير بها ويطلقون عليه اسم الهالة. وكانوا قديماً يردونه لأسباب غيبية حتى أطلقوا عليه اسم المرض المقدس، وقالوا عنه قديماً داء السقوط²³ حيث إن أغلب المرضى به تتغشاهم غيبة ويطيحون، وكان ذلك سبباً في تسميته بالصرع؛ لأنهم يصرعون به أو ينطرحون أرضاً (عبد اللطيف موسى عثمان، 1985، 34 وعبد المنعم الحفنى، 1992، 789).

ويعرفه فرج طه وآخرون (1993: 250) بأنه أحد الأمراض العضوية التي تصيب المخ، ويتميز بأنه اضطراب في النشاط الكيميائي الكهربائي للمخ، وقد ينتج عن عوامل وراثية، أو بسبب بعض الأمراض المعدية التي ترتفع فيها درجة حرارة الفرد ارتفاعاً كبيراً، أو بسبب الإصابات التي تصيب المخ، أو بسبب بعض أمراض الجهاز العصبي.

كما عرف بيجلى وآخرون (Begley et al, 2000) الصرع بأنه مجموعة من الاضطرابات مختلفة المصدر والأعراض والاتجاهات والتنبؤات، ويحاول الباحثون أن يقللوا من تأثير اضطراب النوبة على الحياة اليومية، وينجز العديد من الناس تحكماً جيداً في نوباتهم، لكن هناك 40% من مرضى الصرع يعيشون مع نوبات دائمة، وعليهم أن يتحملوا نتائج كل من النوبة والعلاج.

ويذكر دينكن وآخرون (Duncan, Sander, Sisodiya & Walker, 2006) أن الصرع أحد الأمراض الدماغية الخطيرة ،الذي يمكن أن يحدث في كل الأعمار ، وله العديد من الأعراض والأسباب المحتملة.

والأعراض الإكلينيكية قد يكون لها أسباب وراثية متعددة في أغلب الأحيان. وتنشأ النوبة الصرعية عن طريق الانطلاق الشاذ للنشاط الكهربائي في الخلايا العصبية المخية، يؤدي إلى فقدان الوعي-ضعف الوظائف النفسية- حركات تشنجية- اضطرابات الإحساس

(Marks and Garcia, 1998)

يعد الصرع مشكلة اقتصادية واجتماعية وخيمة ،ويمكن الحد من هذه المشكلة عن طريق السيطرة عليها ويذكر الباحث أن الأدوية المضادة للصرع الدعامة الأساسية للعلاج.

(Kwan and Bradie, 2000a)

لمحة تاريخية عن الصرع:

كان الأطباء العرب رواد في الكتابة عن الصرع ،حيث قال عنه الرازي -أعظم الأطباء العرب - منذ أكثر من ألف عام:(الصرع تشنج يعرض في جميع البلدان إلا أنه ليس بدائم؛ لأن علته تنقض سريعاً).

و يقسم الرازي الصرع ثلاثة أصناف وفي هذا الصدد يقول : (إما أن يكون الخلط الفاعل له مستكناً في الدماغ، وإما أن يكون بمشاركة المعدة وإما أن يكون صعوده معصوماً من أعضاء البدن ، فقد يحس بعض المصروعين شيئاً كالروح البارد يصعد من بعض أعضائه إما من اليد أو الرجل وإما من عضو آخر حتى يبلغ الرأس ثم يخرن.

أما ابن سينا " فقد عرف الصرع بأنه علة تمنع الأعضاء النفسية عن أفعال الحس والحركة والانتصاب منعاً غير تام" وقد عرف الصرع منذ آلاف السنوات وأخضع الصرع والنوبة للعديد من التفسيرات والاعتقادات،والثقافات الغربية لم تكن رحيمة بمريض الصرع. وترجم المرض مبكراً ضمن سياق ديني حيث كان ينظر للمرض على أنه يحدث نتيجة وجود روح شريرة أو شياطين تهاجم الإنسان.

(Mittan, 2005)

وفي الصين القديمة ظهرت أول وثيقة عن الصرع في عهد الإمبراطورية الصفراء، حيث كتب هانج دي شانج Hung di shang العديد من التقارير عن المرضى في الفترة من 720 ق.م - 770 ق.م ، واقتصر وصفه على التشنجات العامة، ولم توجد وثائق عن حالات الغياب أو النوبات الجزئية ،وأول تصنيف قام به كاو يان فانج Cao Yan Fang عام 610 ق.م و تضمن خمسة أنماط من الصرع.

Cited in (Lai and Lai, 1991)

ولقد ذكر تيمبكين Tempkin,1971 أن تعبيرَ صرع مشتق من الكلمة اليونانية ايبليسيا التي تعنى مرض السقوط، أما القدماء اليونانيون فقد أعدوا الصرع المرضَ المقدسَ حيث كانوا يتصورون أنه عبارة عن إله يمكن أن يرمى رجلاً طبيعياً على الأرض، ويجعله متبلدَ الأحاسيس ومتشنجاً، وبعد ذلك يعيده للحالة الطبيعية، وقد أشار هيبوقراط أبو الطب في كتابه المرض المقدس 400ق.م إلى ذلك قائلاً " لقد رأيت العديد من الأشخاص وقد أصبحوا فجأة وبدون سبب واضح مجانين أو معتوهين ، وفي نفس الوقت يقومون بأشياء عديدة من دون أن يدركوا ما يفعلونه. وقد عرفت أشخاصاً يصرخون أثناء النوم، أو يقفزون من أسرتهم، ولكن بعد أن يستيقظوا يعودون إلى حالتهم الطبيعية التي كانوا عليها من قبل، من دون أن يتذكروا شيئاً مما حدث لهم

(Swinkels , Duijsens & Spinhoven, 2005&سامي عبد القوي، 1993: 87)

كيف يحدث الصرع؟

يتكون المخ من ملايين الخلايا، كلٌ منها له وظيفته الخاصة، وتتحكم أجهزة الجسم وأعضاؤه من خلال الحزم العصبية التي تنقل إليها الأوامر والنواهي من خلال إشارات عصبية كهربية، تلك الإشارات تصدر على مدار الساعة سواء أكان الإنسان مستيقظاً أم نائماً، هذه الحزم الكهربائية تكون فيها الإشارات الصادرة والواردة متناغمة وسلسة، لذلك تكون الحركة فيها سهلة وناعمة، فهناك إشارات تصدر من الدماغ لتحريك العضلات وأجهزة الجسم للتحكم فيها، كما أن هناك إشارات من العضلات والأجهزة متجهة للدماغ؛ لتبليغه عن ما يجري بها لحظة بلحظة ، كالرؤية والصوت واللمس والتذوق والحرارة، كما أن وضع كل جزء من أجزاء الجسم والدماغ مركز التحكم الرئيسي والمعد، فهناك أيضاً إشارات عصبية من منطقة لأخرى داخل الدماغ نفسه، لتعطي القدرة على التفكير و الفهم و الإدراك، كل تلك الإشارات العصبية لها قوانينها وتنظيماتها الخاصة. ولكن عندما تنشط مجموعة الخلايا العصبية الدماغية بشكل غير طبيعي، في نفس الوقت وفي تزامن فإن هذا يؤدي إلى انطلاق مجموعة من الإشارات العصبية، هذا النشاط الزائد يمكن أن يحدث لأي من خلايا الدماغ في أي موقع، وحيث إن لكل مجموعة من الخلايا وظائف محددة؛ لذلك تكون الأعراض معتمدة على وظيفة تلك الخلايا، وقد تكون على شكل تشنجات عضلية للأطراف وقد تكون مصحوبة بفقدان الوعي.

(وليد التويجري؛ عبد الله الصبي ، 2006)

معدلات انتشار الصرع

يعد الصرع احد الأمراض العصبية المزمنة الأكثر شيوعا ، ويتفاوت انتشار الصرع عبر الدراسات ، لكن بصفة عامة أجمعَ على أنه يصيب من 4: 10 في كل 1000 شخص (Swinkels

(et al, 2005) ، ويؤثر على 50 مليونَ فرداً حول العالم (Jacoby, 2002& Banerjee, 2009) (Filippi& Hauser, 2009) وعلى مليوني شخص في الولايات المتحدة الأمريكية (Browne & Holmes, 2001) حيث تقدر نسبة الانتشار ما بين 12.7 : 17.6 في كل 1000 شخص في أمريكا في عمر يتراوح ما بين 16- 51 سنة.

وتتفاوت نسب الانتشار في كافة أنحاء العالم من مجتمع لآخر ؛ بسبب إهمال أو إجماع أعداد كبيرة ومتفاوتة الحجم في هذه المجتمعات عن الاستشارة الطبية و انتشار الحوادث وسوء الأحوال الاقتصادية والاجتماعية والمواقف السلبية تجاه مرضى الصرع؛ مما يؤدي إلى إخفاء الإصابة بالمرض عن الآخرين، وهذه بعض نسب الانتشار في كافة أنحاء العالم حيث تصل نسبة الانتشار في أوروبا 2.7 : 3.3 في كل 1000 شخص، وفي تركيا 0.7 ، وفي آسيا تصل إلى 10.2 ، وفي الصين 2.2 : 4.4 ، وفي نيجيريا 4.9 ، وفي أفريقيا 3.9 ، وفي زيمبيا تصل إلى 13.2 ، وفي إيطاليا 5.2 ، أما في تايلاند تصل إلى 7.1 في كل 1000 شخص. (Banerjee et al, 2009)

وفي دراسة (Christensen , Vestergaard, Pedersen, Pedersene, Olsend, & Sidenius, 2007) لتحديد نسب انتشار الصرع في الدنمارك وضحت زيادة نسب الانتشار بالنسبة للرجال مقارنة بالنساء وتصل نسبة الصرع إلى 68.8 في كل 100.000 شخص في السنة.

ويشير سندر Sander, 1993 أن فشل العقاقير المضادة للصرع في مقاومة النوبات قاعدة لتعريف نوبات الصرع المستعصية، حيث يوجد حوالي 30% من المرضى في أمريكا الشمالية وأوروبا تستمر نوباتهم الصرعية مع حرصهم على العلاج الطبي بالعقاقير.

ويتفق معه أيضا Elwes, 1984 في أن العقاقير المضادة للصرع هي الركن الأساس في إدارة النوبات الصرعية ومع أن الأدوية هي العلاج المثالي للصرع إلا إنه يوجد حوالي 30 % من المرضى يعانون من استمرار النوبات

Cited in (Nagai, Goldstein , Fenwick & Trimble, 2004)

ويوجد حوالي 20-30% من المرضى يعانون من نوبات الصرع المستعصية للعلاج الطبي²⁴ والعديد من هؤلاء المرضى يعتمدون على الأدوية المتعددة ؛ محاولة لإنجاز التحكم الكامل في النوبة ، ويتضمن الصرع المقاوم للعلاج الطبي تغيرات في التكوين الكيميائي-خلل في الإدراك-خلل في الوظائف النفسية والاجتماعية، وتقيد أسلوب الحياة. القاعدة الحيوية للصرع المستعصي تكون متعدد العوامل تتضمن شدة المتلازمة- إعادة تنظيم شاذ من مجموعة دوائر عصبية- تعديل في مستقبلات جهاز الإرسال 25 عدم ملائمة العقاقير المضادة للصرع- ضعف المناعة. البعض من هذه التغيرات المؤدية قد تكون السبب في تكرار النوبات.

(Kwan and Bradie, 2000b 2002)

(²⁴) Medically refractory epilepsy
(²⁵) Neurotransmitter

أسباب نوبات الصرع.

أسباب الصرع متعددة ومتباينة بدرجة كبيرة ، حيث يصعب حصرها أو إحصاؤها بشكل دقيق ومتكامل.

وقد أظهرت التقارير المنشورة من خلال الدراسات التي تم تجميعها أنه لا يوجد سبب واحد للإصابة بنوبات الصرع ، لكن يوجد عوامل متعددة مسببة للمرض لعل من أكثرها شيوعا :

1-الإصابات الدماغية الولادية²⁶

أوضح براون (Brawn, 1976) أن الإصابات الولادية التي قد تحدث لدى الفرد نتيجة أخطاء ولادية أو حوادث في أثناء الولادة تعد عاملا مؤثرا للإصابة بالصرع. وخصوصا لو كانت الإصابة في المنطقة الوسطي من الفص الصدغي²⁷.

وهذا ما أكدته دراسة قام بها ستيفن (Stephen, 1981) عندما قام بدراسة 282 مريضا بصرع الفص الصدغي. حيث وجد أن حوالي تسعة عشر ونصف بالمائة منهم كان سبب إصابتهم بالصرع الإصابة المخية. Cited in(Khudair, 1993, p. 26)

ويشير ترن (Tran, 2001) إلي أنه يوجد أسباب قبل الولادة في أثناء المرحلة الجنينية ، ومن أمثلة ذلك تعرض الأم لتسمم الحمل والتعرض للإشعاع أو الإصابة بالحمى الألمانية حيث تؤدي إلى إصابة الجنين فيما بعد بالصرع.

كذلك إصابة الجنين بالتشوهات الخلقية في الرأس والمخ مثل استسقاء الدماغ وغياب جزء من أنسجة المخ أو إصابة الجنين بأورام المخ. وتوجد علاقة بين الأورام المخية والصرع. حيث تعد الأورام المخية المسؤولة عن بداية الصرع لدى 10% من الحالات ، وتسبب لهم النوبات الجزئية المركبة.

(Duncan, Sharvon & Fish, 1995, p. 59; Donaghy, 2001, p. 678)

(²⁶) Birth head trauma

(²⁷) Medial temporal lobe

2- الإصابة في الفص الصدغي 28

أوضحت الدراسات التي أجريت على مرضى الصرع الجزئي المركب. أن السبب الرئيس للإصابة وجود تلف في الفص الصدغي, وأحيانا تكون الإصابة في منطقة قرن آمون 29 وذلك بنسبة تتراوح ما بين ثلاثين إلى خمسين بالمائة, ففي دراسة أجريت على مائة وأربعين مريضا بالصرع وجد أن نسبة كبيرة منهم كان سبب الإصابة وجود تلف في منطقة الفص الصدغي وقرن آمون.

(Khudair, 1993, p.24)

3- التشنجات الحمية الولادية 30

يذكر أمينوف وآخرون Aminoff, et al, 1996 أن علماء الأعصاب يؤكدون أن التشنجات الحمية الولادية نوع من النوبات تحدث لدى ما لا يقل عن أربعة بالمائة من الأطفال منذ سن ثلاثة شهور إلى خمس سنوات, وفي الغالب يوجد تاريخ مرضي سابق لدى العائلة في الإصابة بهذا النوع من الاضطراب , وتستمر التشنجات الحمية ما لا يقل عن خمس عشرة دقيقة. كما أشار أنجريس Annegers, et al, 1987 إلى مدى وجود علاقة بين التشنجات الحمية الولادية وإصابة المنطقة الوسطى من الفص الصدغي

Cited in (Kotagal & Luders, 1999)

كما يؤكد أكاردي Aicardi, 1992 أن التشنجات الحمية من أكثر النوبات شيوعا لدى الأطفال التي تحدث وتؤثر على 2% : 4% من الأطفال قبل سن الخامسة من العمر.

Cited in (Chang, Guo, Huang, Wang, & Tsai, 2000, p. 412)

4- الوراثة 31:

في بعض الأحيان تكون للصرع أسباب وراثية. حيث يعود عند بعض الأفراد إلى تأثير جين جسيمي سائد، وهناك دراسات تبين وجود زيادة في نسبة إصابة أخوة مرضى الصرع مقدارها 6-12 % ، كما تشير هذه الدراسات إلى أن معدل تلازم الإصابة بالصرع في التوائم المتماثلة تقع في مدى يتراوح بين 12-100 % ، ومن ثم فإن القول بموروثة الصرع يعتمد بدرجة كبيرة على نوع النوبة الصرعية التي يصاب بها أقارب الدرجة الأولى للمريض.

(²⁸) Temporal lobe damage

(²⁹) Hippocampus

(³⁰) Infantile Febrile Convulsion

(³¹) Genetics

5-أورام المخ:

إما أن تكون أولية أو ثانوية ، وكلا النوعين يمكن أن يسبب الصرع، كذلك الأمراض الالتهابية مثل الالتهاب السحائي وخراج المخ التي قد تصل البكتريا المسببة له عن طريق الدم أو تمتد العدوى إلى المخ مباشرة في حالات التهاب الأذن الوسطي والجيوب الأنفية والتهاب الدماغ الفيروسي الذي يحدث في بعض الأطفال المصابين بالحصبة والجديري.

6-الاضطرابات الأيضية المكتسبة.

تحدث هذه المجموعة من الأمراض نتيجة لاضطراب في عمليات الأيض داخل الجسم ؛ مما يؤدي إلى تغيرات في تركيز بعض المواد في الدم ، ولعل أهم الأمثلة عن ذلك حالات نقص السكر أو الكالسيوم في الدم وحالات الفشل الكلوي المزمن.

7-التسمم الكحولي:

كثيراً ما يؤدي إدمان المشروبات الكحولية إلى الإصابة بنوبات صرع متكررة.

8-نقص الفيتامينات:

يؤدي نقص فيتامين ب1 الثيامين إلى الإصابة بمرض البري بري ، كما يؤدي نقص النياسين إلى الإصابة بمرض البلاجرا ، وكلاهما قد يكون مصحوباً بحدوث نوبات صرعية كبيرة. (عبد اللطيف موسى عثمان، 1985، 59-70)

9- عوامل نفسية تعمل كمثيرات لنوبات الصرع :-

من الوارد في بعض الأحيان أن تحدث نوبة الصرع ؛ نتيجة بعض العوامل البيئية أو الدخيلة التي قد تتسم بطابع شخصي وحساسية شديدة ، وكثيراً ما يعتقد المصابون بالصرع في أن ذلك سببه الضغوط الشخصية بصرف النظر عن أشكالها المختلفة في وقوع نوبة الصرع ، وعادة ما تتسم الأشياء المثيرة للصرع بالطابع الشخصي ، لكنها تشتمل علي ما يلي بشكل عام وكل هذه العوامل لها الميكانيزمات الخاصة بها التي تقلل من حد الاستثارة العصبية :

● الضغوط: تعد الضغوط المحرك الأول لزيادة النوبات الصرعية في كثير من الحالات ، وتشمل العواطف القوية مثل : الخوف والغضب والإثارة ، بالإضافة إلى الاضطرابات العاطفية والمواجهات، ناهيك عن الضغط الحاصل في العمل والمشكلات المالية. كذلك تؤثر الضغوط أيضاً علي بعض الأشياء مثل النظام الغذائي والنوم والصحة العامة ؛مما يساهم بدوره في زيادة نسبة التعرض للنوبات الشديدة.

- نقص عدد ساعات النوم: من المعروف أن النوم يختص بتغيير نماذج النشاط الكهربائي بالمخ، ومن ثم قد يؤدي النقص في عدد ساعات النوم إلى زيادة التعرض لنوبات الصرع.

الإقلاع عن العلاج: أحد العوامل المثيرة لنوبة الصرع علي نحو غير متوقع، ويرجع إقلاع البعض عن الالتزام بالعلاج المعين إلى العديد من الأسباب مثل النسيان والتمرد والحمل، ويذكر ماكدونالد وآخرون Macdonald et al, 2000 أن بعض أسباب النوبات غير المسيطر عليها- على ما يبدو - طريقة العلاج والتشخيص الخاطئ الغير مؤثر، فعلى سبيل المثال العلاج بالعقاقير قد يفشل في السيطرة على النوبات إذا كان العقار المستخدم غير مناسب أو كان العقار صحيحاً إلا إن جرعته غير كافية أو أن هناك تفاعلات للمخدر غير معترف بها ، أو لعدم التزام المريض. (Pedley

Cited in & Hirano, 2003)

- الصحة العامة: تزيد احتمالات تعرض الشخص صاحب الصحة المعتلة إلى نوبات الصرع ؛ نتيجة انخفاض مستوى المقاومة العامة في الجسم، كما قد يؤدي ارتفاع درجات الحرارة إلى زيادة احتمالات نوبة الصرع لدى البعض . هذا وقد تؤثر بعض الأمراض مثل الغثيان والإسهال على امتصاص الجسم للعقاقير المضادة للصرع.
- الكحوليات: يعد تناول الكحوليات من الأسباب الدافعة نحو وقوع نوبات الصرع.
- الشعور بالملل: أثبتت الأبحاث انخفاض احتمالات التعرض لنوبات الصرع لذلك الشخص المشغول بصفة عامة ، وعلي نحو بهيج.
- الضوء والضوضاء والأشكال المختلفة: يمكن إعداد الأضواء الساطعة أحد الأسباب المعروفة لنوبات الصرع، لكنها لا تؤثر إلا على نسبة 4% من الأفراد المصابين بالصرع. هذا وقد تشمل هذه المؤثرات علي الضوء الوميض وأشعة التلفزيون والفيديو وأجهزة الكمبيوتر وضوء الشمس الساطع، بالإضافة إلي الضوضاء ، وهناك العديد من الأفراد الذين ورد عنهم التأثير بأصوات الأجراس والموسيقي وصوت جهاز التدفئة المركزي أو صوت أزيز المروحة.
- التمارين الرياضية العنيفة: ورد عن التمارين الرياضية العنيفة أنها تسبب نوبات الصرع عند البعض.
- بعض الأدوية: هناك أدوية تؤدي إلى زيادة فرصة تعرض الأفراد للإصابة بمرض الصرع، مثل مضادات الاكتئاب . (فيونا مارشال؛ بامبلا كروفورد ، 2005 :55-56)

وأشارت دراسة كيل وآخرون (Cull et al, 1996) إلى وجود مجموعة من العوامل مرتبطة بحدوث النوبة تتضمن: القلق – الغضب- الشعور بالانزعاج- التهيج- قلة النوم – الشعور بالتعب- المشاركة في الألعاب الرياضية- تناول أدوية خاطئة- تغير المخدر- التدخين – الحيض والضوضاء المفاجئة- كذلك المحفزات البصرية مثل الأضواء اللمعة للتلفزيون والضوء المعاكس وأضواء الديسكو.

ويذكر فريشت وآخرون (Frucht, Quigg , Schwaner, & Fountain, 2000) أن النوبات المتهورة تعرف بأنها ذاتية المنشأ وتحدث نتيجة بعض العوامل الخارجية ، وأوضحت نتائج الدراسة التي أجراها على 400 مريض بالصرع أن أحداث الحياة والحرمان من النوم³²)

18%) وزيادة الضغوط والإجهاد (30%) والإعياء (13%) والأضواء اللمعة (43%) والحرارة أو الرطوبة³⁴ (9%)، هي المسؤولة عن أحداث النوبة كما أشارت الدراسة إلى وجود ارتباط دال بين الإجهاد والحرمان من النوم والإعياء ، وأوضحت دورهم الكبير في إساءة السيطرة على النوبة.

تصنيف النوبات

تعرض تصنيف الاضطرابات التشنجية المصاحبة للصرع لتعديلات كثيرة؛ نظراً للتنوع الشديد الذي تبدو عليه هذه الاضطرابات ، وقد كان أكثر التصنيفات شيوعاً لوقت قريب، ذلك الذي يصف الصرع على أنه ينتمي لفئتين رئيسيتين هما:

- الصرع الذاتي: الذي ينشأ من علة غامضة أو مجهولة، أي التي يكون سبب الاضطرابات فيها غير معروف، وتكون النوبات هي العرض الرئيس به.
 - الصرع العرضي: الذي يرجع إلى مرض بالمخ ، يمكن إثباته وإقامة الدليل عليه، إلا إن هذا التصنيف أثبت فيما بعد أنه بسيط ، ولا يلائم الممارسة الإكلينيكية الحديثة والبيانات العصبية الفسيولوجية والعصبية التشريحية بالإضافة إلى الجوانب العلاجية.
- (موجنس دام، 1987، 14)

ومن الناحية الإكلينيكية وجد أن للصرع أنواعا مختلفة وكثيرة حيث تظهر النوبات الصرعية في صور شتى، لذلك كانت هناك محاولات عديدة لوضع تصنيف مناسب لهذه النوبات. والجدول التالي يقدم تلخيصاً للمخطط التصنيفي لأنواع الصرع حسب رأى الرابطة الدولية لمكافحة الصرع³⁵ بناءً على الخصائص والملاحظات من رسام المخ الكهربائي.

جدول (1)
يوضح تصنيف لأنواع الصرع

أمثلة	المصدر	الأنواع	
الصرع الخفيف – الصرع الصبباني العضلي الارتجافي-الصرع العام الأولي الكبير.	لا يوجد في المخ أي مرض عضوي.	صرع عام أولي	الصرع العام
التقلصات الطفولية-الصرع الارتجافي غير مستقر.	يحدث نتيجة لوجود مرض عضوي بالمخ.	صرع عام ثانوي	
أعراض بؤرية حركية، أو حسية، أو حشوية.	ينشأ من وجود تشنجات حركية في جزء معين من الجسم أو إحساس	بأعراض ابتدائية	الصرع الجزئي

(³³) Flashing lights

(³⁴) Heat or humidity

(³⁵) International league Against Epilepsy

	غريب في جزء معين	
دون أعراض ابتدائية	ينشأ من مرض محدد المكان بالمخ وغالباً ما يكون الفص الصدغي.	الصرع مصحوب بأعراض معرفية، أو وجدانية.
ذو أعراض ثانوية	ينشأ عن مرض عضوي محدد المكان بالمخ.	يتمثل في أعراض بؤرية تتحول إلى نوبات عامة.
نوبات غير قابلة للتصنيف Unclassified seizures عندما يكون هناك نقص في المعلومات (المرجع السابق، 21-22)		

النوبات الصرعية

النوبات هي العرض الأساس للصرع ولها أنواع عديدة منها: النوبات العامة والنوبات الجزئية (بسيطة ومركبة)، وفيما يلي عرض لأعراض هذه النوبات.

1- نوبة الصرع الكبرى

تعرف نوبة الصرع الكبرى بنوبة الصرع العامة³⁶، وتحدث النوبة الصرعية عندما تحدث زيادة غير طبيعية في النشاط الكهربائي للمخ، وينتشر هذا النشاط في جميع أجزاء المخ المختلفة، وتبدأ النوبة بصرخة عالية ثم يتبعها فقدان للوعي ويسقط المريض على الأرض ويحدث له انقباض في العضلات لمدة 30 ثانية، ويصبح لون الجلد شاحباً، ويصاحب ذلك ضيق في التنفس وفقدان للتحكم في المثانة، حيث يتبول المريض لا إرادياً، ويضغط على لسانه، وأحياناً يتسبب في قطعه، وتستمر النوبة من 2-5 دقائق.

Pinel, 1990, p.126; Haggerty 2001; Chang & Lowenstien, 2003; Kolb & Whishaw, 2003, p.70

2- النوبات الجزئية البسيطة³⁷:

هي نوبات صرعية، من أعراضها الأولية ظهور تفريغ عصبي محدد نوعاً ما في جزء معين من الدماغ، وهذا النوع من الصرع يحتوى بدوره على الأشكال التالية:

نوبات حركية: حيث تظهر النوبة على شكل تشنجات وانقباضات، وعادة ما تبدأ في أحد جانبي الوجه واليد؛ لأن هذه الأجزاء تغذيها منطقة كبيرة من قشرة الدماغ.

نوبات حسية: تعتمد الأعراض على المنطقة المصابة، فإذا كانت منطقة النظر هي المتأثرة، فقد يكون هناك هذيان وهلوسة بصرية وإحساس بوجود ضوء أو ظلام وهلوسة سمعية وشمية.

⁽³⁶⁾ Generalized epilepsy

⁽³⁷⁾ Simple partial epilepsy

3 - النوبات الجزئية المركبة³⁸:

هى نوبات صرعية من أعراضها الأولية وجود علامات منبهة (الهالة) قبل حدوث النوبة ، وتظهر الأعراض على عدة أشكال مثل: النوبات الحركية النفسية والنوبات الحسية النفسية.

النوبات الحركية النفسية: هى حدوث تصرفات لا هدف لها كالمشي العشوائي والتفات الرأس أو شد الملابس أو حركات غريبة كالمضغ و مص الشفاه و البلع و الكلام غير المنطقي والتمتمة.

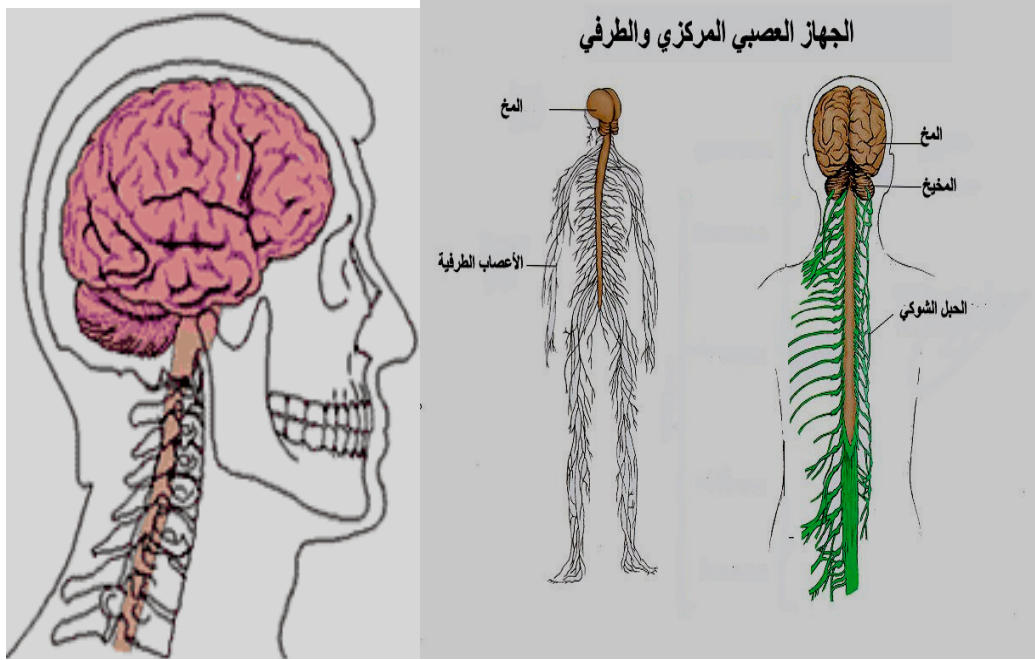
النوبات الحسية النفسية: هى أحاسيس غريبة (الرؤية و الشم) انخداعات سمعية وبصرية كأن يرى الأشياء أكبر أو أصغر من حجمها. (وليد التويجى، عبدا لله الصبي، 2006)

• الجهاز العصبي والتشنج

الجهاز العصبي في الإنسان عالم قائم بذاته، تتجلى فيه قدرة الخالق -جل وعلا-، ولم يكشف العلماء سوى القليل اليسير من أسرارهِ، فالجهاز العصبي يتكون من ملايين الخلايا التي تعمل بالطاقة الكهربائية (غير المحسوسة)؛ لكي ينظم جميع أعمالنا ويتحكم في حركاتنا وأحاسيسنا وأفكارنا من خلال تغيرات كيميائية وإشارات كهربائية غير محسوسة تعمل طوال اليوم في اليقظة والنمَام.

ويتكون الجهاز العصبي من ثلاثة أجزاء رئيسة هي المخ و الحبل الشوكي والأعصاب الطرفية، ويتحكم الجهاز العصبي في عمل جميع أعضاء الجسم ووظائفه من خلال توازن غير محسوس،

شكل (1) الجهاز العصبي المركزي والطرفي .



نقلا عن (وليد التويجري؛ عبد الله الصبي ، 2006)

كيف يحدث التشنج:

يحدث التشنج نتيجة وجود شحنات كهربائية غير عادية، مقدارها أكثر من الحد الطبيعي، وهو ما يسمى حد التشنج، هذه الشحنات الكهربائية غالباً ما تصدر عن مجموعة من الخلايا في قشرة الدماغ، ويتوقف نوع النوبة التشنجية على الجزء من الدماغ الذي صدرت منه تلك الشحنات

الكهربية، ويمكن رصد وتحديد مكان ونوعية تلك الشحنات الكهربائية من خلال التخطيط الكهربائي للدماغ.

• المظاهر الإكلينيكية المميزة للنوبات³⁹:

تتميز أعراض الصرع بالعديد من المظاهر التي قد تستمر لسنوات من دون أن يتم التعرف على طبيعتها، فقد تظهر النوبة على هيئة اضطرابات وجدانية أو نوبات من تشوش الوعي لعدة دقائق ، أو مجرد حركات لا إرادية في بعض الأطراف ، ويرى الباحثون أنه يمكن تقسيم أعراض الصرع إلي المراحل الآتية:

1- مرحلة ما قبل النوبة – ويطلق عليها اسم مرحلة الهالة⁴⁰

2- مرحلة النوبة⁴¹

3- مرحلة ما بين النوبة⁴²

4- مرحلة ما بعد النوبة⁴³

أولاً- مرحلة ما قبل النوبة :-

يطلق عليها اسم الهالة ، وهي الترجمة اليونانية لكلمة Aura ، وكان أول من استخدم هذا المصطلح جال (Galen) ؛ ليشير إلى النوبة الصرعية التي على وشك الحدوث. وهي الصرع الجزئي ، حيث يشعر المريض قبل حدوث النوبة بحالات من الفزع والرعب ، وأن هناك شيئاً مريباً سوف يحدث ، ومعظم هذه الأحاسيس ترجع إلى الاستثارة الكهربائية الزائدة في منطقة اللوزة⁴⁴ والفص الصدغي وقرن آمون⁴⁵ ، وأحاسيس الخوف تظهر بصورة متساوية سواء أكان الاضطراب في الجانب الأيمن أم الجانب الأيسر من الفص الصدغي. ثم تحدث اضطرابات في الجهاز العصبي الذاتي أو اللاإرادي ، وهذه الاضطرابات تأخذ شكل أحاسيس غير سوية غريبة في البلعوم و البطن ، كذلك الإحساس بالغثيان ، كما تأخذ شكل انقباض في المعدة والأمعاء ومغص في البطن والعرق الشديد وشحوب لون الجلد، كذلك برود الجسم، والإحساس بالسخونة ، ومن أهم أعراض هذه المرحلة حركات آلية لا إرادية ، وهذه الحركات تظهر قبل حدوث النوبة، وهي حركات بسيطة لكنها مكررة من دون أي تغيير، وليس لها معنى، ولعل أوضح هذه الحركات مص الشفاه والمضغ والتمتمة بألفاظ غريبة⁴⁶ ، والدوران حول أنفسهم والبصق والإمساك باليدين

(³⁹) Clinical manifestation of seizures

(⁴⁰) pre ictal...aura

(⁴¹) Ictal

(⁴²)Inter ictal

(⁴³) Post ictal

(⁴⁴) Amygdale

(⁴⁵) Hippocampus

(⁴⁶) Mumbling

وتحريكهما من دون سبب , ووجود إحساس يمتلك المريض بأنه مجبر على التحرك أو القيام بفعل ما.

ثانياً: مرحلة النوبة:

في هذه المرحلة قد تستمر بعض الأعراض التي تظهر في مرحلة الهالة وتزداد حدتها أو تظهر مجموعة من الأعراض الأخرى ؛ فتستمر -علي سبيل المثال -الأعراض الحسية النفسية ، وهي الأعراض التي سبق أن تناولتها الباحثة مثل الهلوس البصرية و السمعية و الشمية، ويضاف إليها الهلوس الدورية، فقد أظهر العديد من الباحثين منهم سميث 1980 Smith أن أحاسيس الدوار لدي المرضى مرتبط بالنوبة، فكثير من المرضى أوصحوا بأنهم قبل النوبة يشعرون كما لو كانوا يدورون حول أنفسهم، والبعض الآخر يشعر كما لو أن حوائط المنزل تكاد تنغلق عليه أو أن الأضواء المحيطة بهم تدور ، ويحدث لدي المريض نوع من التشويش واضطراب الوعي بالعالم الخارجي وعدم متابعة المريض للأحداث التي تدور من حوله ، كما تستمر كذلك الأعراض الوجدانية المتمثلة في الخوف الشديد والقلق ، وعادة يكون هناك خوف مبهم وغير محدد . وتحدث لدي المريض حالة من الشرود والتجول في الشوارع من دون هدف ، ويبدأ المريض في التحدث بلغة غير مفهومة، وتظهر نوبات من السلوك العدواني.

ثالثاً: مرحلة ما بين النوبة:

في هذه المرحلة تشكل الموجات الإبرية⁴⁷ التي تنشأ من مناطق الفص الصدغي نمطاً عاماً لدي المرضى في حالة ما بين النوبات لدي مرضي الصرع الجزئي المركب، وتقريباً حوالي تسعين بالمائة من المرضى الذي أظهر رسم المخ الكهربائي وجود موجات أبرية في الفص الصدغي لديهم يعانون من نوبات من الصرع الجزئي المركب وهذا الشذوذ الكهربائي في الغالب يكون في الفص الصدغي. ووجد كذلك أن التفريغ الكهربائي العصبي لدي ثلاثة وسبعين بالمائة خارج الفص الصدغي وفي الغالب في مرحلة ما بين النوبات تكون الموجات الابرية موجودة في جانب واحد من الفص الصدغي الأيمن أو الأيسر وأحياناً تكون ثنائية الجانب⁴⁸.

رابعاً: مرحلة ما بعد النوبة:

هي المرحلة الأخيرة من الاضطراب ، وتلي مرحلة النوبة، وتستمر من دقيقتين إلي خمس دقائق ، وقد يصاحبها بعض الاضطرابات مثل اضطراب التوجه⁴⁹ ، ويأخذ شكل عدم التعرف علي الأشخاص ،وعادة ما يعود المريض إلي وعيه بعد انتهاء النوبة ، ويكون طبيعياً بين النوبات ، وكأن شيئاً لم يحدث.

(سامى عبد القوى،1993: 88- 99؛ Harrison,1983,P.129-132؛

(Khudair,1993,P.30-37

(⁴⁷)Spike Wave

(⁴⁸)Dilateral

(⁴⁹) Disorientation

الأعراض الأولية وتوقع نوبات الصرع:-

تتعرض بعض الحالات للإصابة المتكررة بالصداع قبل يومين أو ثلاث أيام من نوبة الصرع ، كما تبدأ في مشاهدة وميض الأنوار المضئية التي تعترض مجال الرؤية ويسبب احمراراً للعين والألم الشديد بها، وعادة ما تعرف الأوضاع السابقة لنوبة الصرع بالأعراض الأولية، وغالباً ما تنطوي هذه الأعراض على بعض التأثيرات السلبية، كأن تنطوي على مشاعر الاكتئاب وسرعة الغضب وتقلب المزاج والغلظة في التعامل مع الآخرين، ومن ثم يصبح من السهل علينا التنبؤ بوقوع النوبة في ضوء كل هذه العوامل السابقة، وهناك العديد من مراكز البحث التي تحاول الكشف عن هذا الأمر بصورة فعلية، ومن شأن هذه الأبحاث أن تساعد العلماء على تطور الأساليب وجعلها أكثر دقة للاستدلال على نوبات الصرع قبل وقوعها إن أمكن ، وقد يشتمل هذا على أساليب التحكم الذهني ، بالإضافة إلي تناول العلاج المعين، كذلك مساعدة الفرد في التعرف على إشارات التحذير الخاصة بنوبة الصرع ومحاولة تثبيت الانتباه والتفكير في أي شئ آخر بعيد عن المرض وتعلم كيفية الاسترخاء.

(فيونا مارشال؛ بامبلا كروفورد ، 2005 : 55-56)

كما أوضحت دراسة كيل وآخرين (Cull et al, 1996) التي أجريت على مجموعة من مرضى الصرع أن الأعراض التحذيرية التي تسبق النوبة اشتملت على (الشعور بوخز خفيف وشعور بالخلد وشعور بالتردد والتقلب⁵⁰ دبائيس وإبر و اهتزازات و ازدواجية الرؤية و دوخة و رنين في الأذن وشعور بالغثيان ، بالإضافة إلى الاضطرابات العاطفية وشعور بالقلق والخوف من حدوث النوبة وشعور بالبرد والخوف وشعور مضحك غير محدد.

والخوف في بداية حدوث النوبة(الهالة) منتشر لدى 15% من مرضى الصرع. (Torta,1999)

كما قام راجنا وآخرون (Rajna et al, 1997) بدراسة وبائية لمعرفة الأعراض التحذيرية (الهالة) التي تسبق حدوث النوبة الصرعية، وقد أجريت الدراسة على 562 مريضاً بالصرع ، وقد تراوح العمر لأفراد العينة ما بين 18-69 سنة بمتوسط 29.4 سنة، وترواحت فترة المرض من 1-55 سنة. وحوالي 50% من المرضى واجهوا أعراض تحذيرية قبل حدوث النوبة ، وظهرت بشكل ثابت على شكل صداع وأحاسيس بالمعدة⁵¹ ، هذه الأعراض التحذيرية ظهرت مبدئياً لدى مرضى الصرع البؤري وبين مرضى نوبات الصرع الجزئية المركبة ومرضى نوبات الصرع العامة الرعشية الاهتزازية. و حوالي 20% من المرضى المشتركين بالدراسة حاولوا تسكين وكبت النوبة في بداية حدوثها والبعض الآخر حاولوا منع تطویر النوبة بتنفيذ بعض الأنشطة مثل أن يجلس مضجعا ويشرب سوائل ويستنشق هواء نقيا، ويركز في شئ آخر ، ويقوم بنشاطات أخرى لصرف الانتباه.

• تشخيص الصرع:

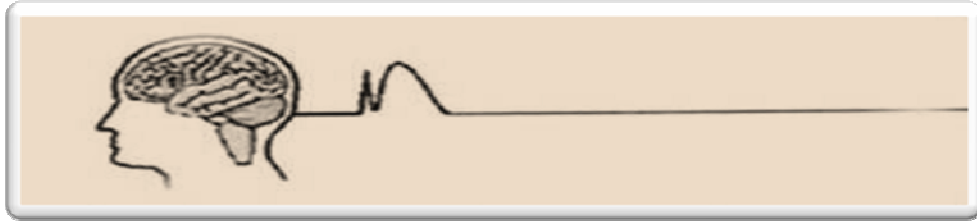
(⁵⁰) Wobbly

(⁵¹) Epigastric

إن الطريق الأمثل والأكثر أهمية في تشخيص وتصنيف الصرع والزملات الصرعية هي المقابلة الإكلينيكية ، وفيها لابد أن تغطي المعلومات التي نجمعها: الأعراض التي تحدث خلال النوبة أو التي تسبقها وتكرار حدوث النوبة وتاريخ النوبات في أقارب الدرجة الأولى للمريض وبيانات تتعلق بالأسباب، مثل : الإصابات التي تكون قد حدثت أثناء الحمل والولادة (النمو النفسحركي في المراحل المبكرة من عمر الشخص) و الإصابات المخية، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي الأخرى ، كما يجب الحصول على معلومات أخرى مهمة من قبيل: الجرعات الدوائية التي يتناولها و الآثار الجانبية لها ومدى كفاءة العلاجات الطبية السابقة ، كذلك الخصائص النفسية والاجتماعية للمريض التي تشمل الحالة التعليمية والمهنية والوضع الاجتماعي ، ومدى استقلال الفرد والتاريخ النفسي الجنسي

(السيد أبو شعيشع، 2005، 294-295)

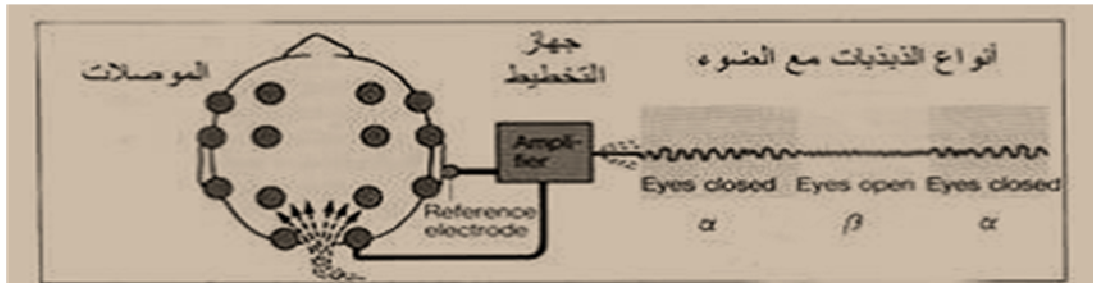
• - تشخيص الصرع باستخدام رسام المخ الكهربائي



مازال تخطيط رسام المخ الكهربائي الذي يتم بين النوبات الصرعية من فوق فروة الرأس أهم الطرق المستخدمة في تشخيص وتقويم كل أنواع الصرع. ويتم التسجيل بهذا الأسلوب في خلال ثلاثين دقيقة ، يكون المريض فيها في حالة من الاسترخاء، وتتخلل التسجيل إشارات ضوئية، كما يتم التسجيل خلال خمس دقائق مع التهوية الشديدة والتفريغات الكهربائية التي تشير بقوة إلى وجود الصرع هي: الشوكات - الموجات الشوكية - الموجات الحادة.

(السيد أبو شعيشع، 2005، 296)

شكل (2) يوضح التخطيط الكهربائي للدماغ



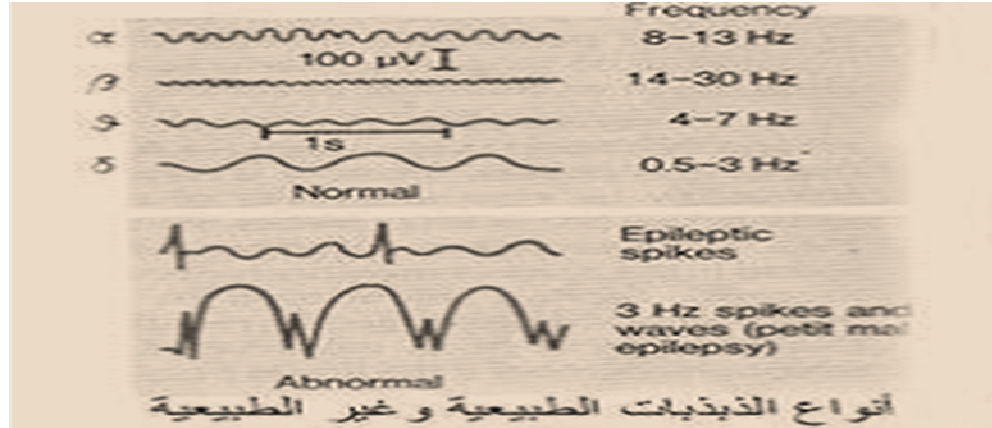
(وليد التويجى؛ عبد الله الصبي ، 2006)

لقد اكتشف العالم هانز عام 1929 م إمكانية تسجيل النبضات الكهربائية للدماغ البشري، والآن يمكن معرفة تلك الشحنات الكهربائية وتسجيلها من خلال الرسم الكهربائي للدماغ ، فالدماغ يقوم

بإصدار شحنات كهربية (إشارات ضعيفة جدا تقاس بجزء من الألف من الفولت) إلى جميع أجزاء الجسم من خلال وضع أقطاب كهربية في مناطق محددة من الرأس ، يتم توصيلها مع جهاز التخطيط الذي يقوم برصد تلك الشحنات الكهربية، ومن ثم يتم تكبير حجمها؛ لكي يمكن رسم تلك الذبذبات على ورقة معينة أو على جهاز الكمبيوتر.

شكل (3) يوضح أنواع الذبذبات الطبيعية وغير الطبيعية

في (وليد التويجري؛ عبد الله الصبي ، 2006)



وعلى أي حال فإنه من غير المعتاد الحصول على تسجيل لرسم المخ الكهربائي أثناء نوبة الصرع حيث إن هذه التسجيلات نادرة ما تكون واضحة ؛ بسبب التداخلات الكهربائية الناتجة عن تشنج عضلات الجسم، ويحدث ذلك بالذات في نوبات الصرع الكبرى ، أما في حالة نوبة الصرع الخفيف فإنه من السهل دراستها من التسجيل الناتج من رسم المخ أثناء النوبة، وما بين نوبات الصرع غالباً ما تكون هناك تغيرات جزئية في رسم المخ مثل : ظهور النتوءات والموجات النتؤية كجزء من النشاط الكهربائي العادي للخلايا المخية.

(موجنس دام، 1987: 26)

ثانياً: الصرع والمشاكل النفس - اجتماعية

يعد الصرع مرضاً مزمنًا، يؤثر جوهرياً على صحة المرضى وعلى الوجود الأفضل ، ويسبب قصوراً في الوظائف الاجتماعية والنشاطات والتوظيف ، ويتسبب في إثارة الضيق النفسي واضطرابات الذاكرة. وأضحت دراسات أخرى أن الصرع يرتبط بالإحساس بوصمة العار الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات وضعف العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء والعائلة ، والعديد من البحوث اهتمت بدراسة جودة الحياة لدى مرضى الصرع وأسرههم ، وأشارت إلى ضرورة استخدام التحليل النفسي لتحسين جودة الحياة لمرضى الصرع وأسرههم.

(Wilde & Haslam, 1996; Barker et al, 1997a,b; Ogata & Amano, 2000)

كما تسبب النوبة لمريض الصرع الإحراج من حدوث النوبة أمام الآخرين والخوف من ردود فعل الآخرين.

(Fisher et al, 2000 & Mittan, 2005)

وفي دراسة كولنز (Collings, 1990) عن السواء النفسي الاجتماعي والصرع اختبر مجموعة متغيرات مثل تقدير الذات و جودة الحياة والصعوبات الاجتماعية والبين الشخصية ، والانزعاج والسعادة لدي عينة من مرضي الصرع والأسوياء ، وقد أوضحت النتائج انخفاض معدل السواء بين مرضي الصرع عند مقارنتهم بالأسوياء ، ففي متغير تقدير الذات كانت مجموعة مرضي الصرع تنظر لنفسها علي أنها أقل قيمة وأقل توافقاً وأقل قدرة علي الاعتماد علي النفس وأقل نضجاً وأقل ثباتاً وأقل قدرة علي النضال في الحياة وأكثر عرضة للإعاقة وأقل نجاحاً وأقل تنظيمياً ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم .

أما عن مستوي الإنجاز في الحياة فقد أوضحت النتائج أن مرضي الصرع أقل توافقاً في حياتهم العائلية وفي زيجاتهم أو علاقاتهم ، لكن قدرتهم علي إنجاب الأطفال لم تتأثر . ولم توجد فروق بين المجموعتين في الجوانب الخاصة بالسكن والأمان المادي ، أما في متغير الصعوبات الاجتماعية فقد ظهرت فروق بين المجموعتين تمثلت في وجود صعوبة التواجد مع الجنس الآخر ودخولهم في محادثات وتفاعلات مع الغرباء وفي متغير الأعراض الجسمية أوضح مرضي الصرع إحساسهم بالتأثر الشديد من خلال الإحساس بالصداع والعصبية و انقباض القلب والتهيج والإحساس بإرهاق وارتعاش و برد و إنفلونزا وتقلبات في المعدة وميل إلي النوم والاستغراق فيه ، أما في متغير الانزعاج فقد تركزت سمات الانزعاج على الخوف من تراكم الديون ؛ نتيجة لتكلفة العلاج والمشاكل الجنسية والتقدم في السن .

(Collings, 1990)

وقد تناولت كثير من الأدبيات الخاصة بالصرع مدخلا مهماً في توضيح النتائج النفسية والاجتماعية للمرضى وهو مدخل الوصمة حيث أوضح دلوريو (Dilorio et al, 2003) في دراسة أجراها علي 320 مريضاً بالصرع (رجال ونساء بالغين) ، تراوحت أعمارهم ما بين 19-75 سنة، وأوضح أن الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الوصم الاجتماعي لديهم مستويات منخفضة من فعالية الذات وانخفاض في إدارة النوبات ، وتقترح الدراسة أنه يجب فهم العوامل المرتبطة بمشاعر الوصم الاجتماعي ؛ حتى يؤدي إلي تطوير الإجراءات اللازمة لحماية المرضى .

وتذكر دراسة وتن ووتن (Watten & Watten, 1999) أن مرضي الصرع يعانون من العزلة الاجتماعية وقلق و انطواء ذاتي وانسحاب اجتماعي وفقدان الثقة بالنفس وفرصة ضعيفة في تعلم المهارات الاجتماعية. ويضيف مورل (Morrel, 2002) إلى تأثير الوصم الاجتماعي على العلاقات الشخصية والصحة العامة وفرص العمل و الإحباط وجودة الحياة عموماً.

ويشير بيكر وآخرون (Baker et al., 1997b) إلي وجود حوالي 51% من البالغين الأوروبيين لديهم مشاعر الوصم الاجتماعي ؛ نتيجة إصابتهم بمرض الصرع.

كذلك قام بيكر وآخرون ومكلغين وباشنا ومكفرلاند (Baker, 2002 ; McLaughlin Pachana & Mcfarland, 2007) بدراسة تهدف إلى معرفة العوامل التي تساهم في الإحساس بالوصم الاجتماعي لدى الراشدين مرضي الصرع حيث وجد أن نصف المشتركين في الدراسة ، ذكروا أنه كان عندهم صعوبة في تقبل مرضهم.

وقد أوضحت نتائج دراسة كيمارى وآخرين (Kumari, Ram, Nizamie, & Goyal, 2009) وجود ارتباط بين الوصم الاجتماعي وانخفاض جودة الحياة لدى مرضى الصرع، ويعد هذا التقرير الأول في التصدي لدراسة الارتباط بين الوصم الاجتماعي وجودة الحياة في الهند.

وقد وضح زفلارسكى و زفلارسكى (Szaflarski & Szaflarski, 2004) في دراستهما التي أجريها لمعرفة أثر اضطرابات المزاج ، وخصوصا الاكتئاب والإحساس بالوصم الاجتماعي في انخفاض جودة الحياة، أن علاج المزاج الخطوة الأولى في تحسين جودة الحياة.

وأوضحت دراسة ستيفم ولوجو وكاسا (Stavem, loge & kaasa, 2000) أن مرضى الصرع يعانون كثيراً من المشكلات النفسية والاجتماعية ، وتشير نتائج الدراسة إلى تأثير المرض على الحالة الصحية لدى عينة مكونة من 397 مريض بالصرع حيث تشير النتائج إلى وجود حالة صحية جيدة لدى المرضى الخاليين من النوبات ومن دون مضادات الصرع مقارنة بمن يعانون من تكرار للنوبات حيث يتكون لديهم حالة صحية سيئة. و خصوصاً مرضى نوبات الصرع المستعصية.

كما أشار ديفيس Davis إلى أن حدوث الإحساس بالاكتئاب يرجع إلى الإحساس بوصمة العار التي تكون حائلاً بينه وبين التوظيف في أي مهنة ، كذلك الإحساس بالخزي والخوف من الصرع والعلاج المعرفي السلوكي يتضمن تعديل أسلوب الفرد نحو التفاؤل لعلاج الكآبة .

(Lambert & Roberston, 1999)

ولقد أوضح فيشر وزملاؤه (Fisher, Vickrey & Gibson, 2000) أنه يوجد 50% من مرضى الصرع يعانون من سيطرة ناقصة على نوباتهم ، كذلك يعانون من مشاعر الخوف من الموت أثناء النوبة وفقدان الأصدقاء وقُدرت وصمة العار أسوأ شئ يمكن أن يحدث لمريض الصرع. كما أن النساء يخافون على سلامتهم أثناء النوبة بالإضافة إلى أنهم قد يتساءلون حول قدرتهم على الحمل بنجاح وعلى تربية الأطفال.

كذلك تبني بعض الباحثين نماذج نظرية توضح العلاقة بين الصرع وانخفاض جودة الحياة وتقدير الذات وأساليب المواجهة فتشير كل من جاكوبى (Jacoby, 1992) و هيرمان وآخرين (Hermann et al., 2000) واو وآخرين (Au et al., 2002) إلى أهمية المتغيرات النفسية الاجتماعية حيث تأخذ أهمية متزايدة عن المتغيرات الطبية الحيوية في التنبؤ بجودة الحياة لدى مرضى الصرع. علاوة على ذلك فإن انخفاض جودة الحياة يرتبط بارتفاع تكرار النوبات وارتفاع الدرجة علي اختبار الفلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي.

أوضحت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً في تمييز العوامل التي تؤثر علي جودة الحياة لدي الأفراد المصابين بالصرع ، كما أشار الباحث في دراسته إلى تأثير التدخلات الطبية علي جودة الحياة، في نفس الوقت زاد الفهم للتأثير المهم للعوامل النفسية الاجتماعية علي جودة الحياة والرضا عن الحياة لدي المصابين بمرض الصرع.

(Bishop, Berven, Hermann.& Chan 2002)

وقد قام لاكشو وآخرون (Lacchoe, Heinrichs, Sadle ,Baade & Liow,2008) بتقييم جودة الحياة لدى المسنين من مرضى الصرع ،وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض جودة الحياة في جميع المجالات لدى كبار السن مقارنة بالعاديين من دون صرع. وأشارت الدراسات إلى أننا بحاجة ماسة للبحث في جودة الحياة ؛ لتقييم تأثير الصرع على الوظائف النفسية والاجتماعية، حيث يؤدي ذلك إلى عدد من المبادرات لتحديد جودة الحياة لدى مرضى الصرع لفهم تأثير الصرع ومعالجته اجتماعيا-نفسيا-عصبيا وطبيعيا. (Baker, 2001)

ولقد أشار بيربك ،هايس وكي ؛ وسكلرس وآخرون (Birbeck, Hays & Cui, 2002;Sackellares et al, 2002) متزايد بالصرع وعلاجه وتأثيره على جودة الحياة، ليس فقط لوصف عبء المرض ،لكن لعكس تأثيرات العقاقير المضادة للصرع أيضا وكذلك شدة النوبة، وقد أجرى بيشوب وألن (Bishop & Allen, 2003) دراسة تحليلية لتقييم تأثير الصرع على جودة الحياة لدى عينة مكونة من 46 بالغاً يعانون من نوبات الصرع المستعصية. وظهر تأثير الصرع بوضوح على حياة المرضى ،وخصوصا التأثير غير المباشر على العمليات المعرفية التي تظهر مرتبطة بالنوبة الصرعية، ثم إدراج قوائم للأشياء التي تؤثر على جودة الحياة، وكانت أكثر العوامل شيوعا ضيق النفس والإحساس بوصمة العار وقلق النوبة والعجز المعرفي.

وقد اهتم بيكر وآخرون Baker , Jacoby, Gorrry & Doughty, 2005 بدراسة جودة حياة المصابين بالصرع في إيران والخليج والشرق الأوسط وأشار إلي تأثير الإصابة بالصرع علي الحالة الصحية ، كما أشار إلى أن أكثر من ثلثي عينة الدراسة يعانون من تكرار النوبات والآثار الجانبية للعقاقير كذلك يؤثر المرض علي طموحاتهم ومستقبلهم ومشاعرهم حول أنفسهم.

كما أجرى زهي وآخرون (Zhu, Jin, Xie & Xiao, 1998) دراسة مقارنة على عينة مكونة من 117 مريضاً بالصرع و84 الأسوياء.لدراسة جودة الحياة والشخصية لدى البالغين مرضى الصرع ، وأوضحت نتائج الدراسة وجود انخفاض ذو دلالة في جودة الحياة لدى مرضى الصرع الذين يعانون من تكرار في النوبات .

كذلك قام باري (Barry,2003) بدراسة تأثير الاضطرابات المزاجية على جودة الحياة وأشار إلى أن التغير والهبوط في الحالة المزاجية يحدث قبل مجيء النوبة تقريبا ب 72 ساعة ؛ كما أوضح أهمية التدخل السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة وعلاج الاضطرابات المزاجية.

كما أوضح العديد من الدراسات eg. (Roth, Goode, Williams & Faught, 1994 & Arida, Scorza & de Albuquerque, (2003) أن مرضى الصرع يعانون من عدم القدرة على المشاركة في التمارين الجسدية؛ لأنها قد تثير النوبة وتعرضهم للإصابة.

وذكرت عبلة وآخرون (Ablah, Haug, Konda & Tinius 2009) في دراسة مسحية أجريت حديثا على 412 مريضاً بالغ بالصرع من مركز صرع في كانساس أن السمعة وقلة النشاط الطبيعي مشكلة متزايدة تواجه الناس مرضى الصرع. كذلك حدوث النوبة بسبب التمرين بالإضافة

إلى أثار الدواء الجانبية، حيث ذكرت أن 20 % من النوبات تحدث أثناء ممارستهم للتمارين الرياضية.

وقد أجرى كل من سيرميكر و مولا وآخرون (Suurmeijer et al,2005 Mula et al,2006) دراسة تهدف إلى دراسة الوظائف النفسية والاجتماعية وجودة الحياة لدى مرضى الصرع. وأسفرت النتائج عن وجود أعراض للضيق النفسي والشعور بالوحدة ووصمة عار وانخفاض جودة الحياة،

كذلك أوضحت الدراسات (eg.(Sabaz, Cairns, Lawson, Bleasel & Bye 2001; Szaflarski, Meckler , Privitera & Szaflarski 2006) وجود علاقة ارتباطية بين انخفاض جودة الحياة والمتغيرات الإكلينيكية المرتبطة بالمرض والمتمثلة في (طول فترة المرض وتكرار النوبات والسن عند بداية الإصابة)

وأشار رودريجز وآخرون (Rodriguez Altshuler Kay, Delarhim, Mendez & Engel,,1999) إلى زيادة نسبة انتشار العزلة الاجتماعية والتبعية وقصور الوظائف النفس-اجتماعية واضطرابات الشخصية كنتيجة للإصابة بمرض الصرع، والمتغير الوحيد المرتبط بهذه الاضطرابات وجود الهالة الصرعية علاوة على ذلك فأكثر المرضى بالهالات أكثر ميلاً للكآبة.

كما قام هاردن وآخرون (Harden et al., 2007) بدراسة بحث فيها تأثير شدة النوبة على جودة الحياة لدى عينة مكونة من 118 امرأة بالغة ، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائية بين شدة النوبة والوظائف المعرفية والاجتماعية وقلق النوبة وتأثيرها السلبي على جودة الحياة عموماً.

بينما يشير بيغ وآخرون (Pugh, Copeland, Zeber &Cramer, 2005) إلى تأثير الصرع نفسه على انخفاض جودة الحياة وسوء الحالة الصحية لدى مريض الصرع. إن الإصابة بالصرع الأولى يمكن أن تعرقل الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية ، بينما يؤدي تحسين استخدام أساليب المواجهة والدعم الاجتماعي إلى تحسين جودة الحياة، كما يجب أيضاً علاج اضطرابات المزاج وتقليل الآثار الجانبية للعقاقير لتحسين جودة الحياة لدى مرضى نوبات الصرع المستعصية. (Szaflarski et al, 2006)

وقد قام وكراكو وآخرون (Krakow, Bühler & Haltenhof, 1999) بدراسة لتحري استخدام أساليب المواجهة لدى أشخاص يعانون من نوبات الصرع المستعصية التي لا تستجيب للعلاج بالعقاقير ، وأوضحت النتائج وجود ارتباط دال بين المستويات المرتفعة من الاكتئاب وسوء التكيف النفسي والاجتماعي. كذلك أوضحت النتائج أن استخدام أساليب المواجهة المختلفة يرتبط بمستويات التوافق العاطفي ؛ لذلك فإن التدخلات النفسية لها أهميتها في جعل أساليب المواجهة فعالة في علاج المرضى ، ويساعد علي ذلك الثقة الموجودة بين الطبيب والمريض والتعاون والالتزام والتفاعل من جانب المريض.

ثالثاً: الصرع، والاضطرابات النفسية

يذكر إتينجر (Ettinger et al, 2002; Cramer, Blum, Reed.& Fanning, 2003) أن العلاقة بين الصرع والاضطرابات النفسية عرفت منذ عصور قديمة، لكن ما زل هناك نقص في الدراسات.

إن الاضطرابات النفسية المصاحبة تحدث كثيراً لدى مرضى الصرع، وترتبط بتدهور جودة الحياة، وعدم الالتزام بالعلاج الطبي، و زيادة تكرار النوبات⁵². وتصل بدرجة متزايدة من 20 - 40% لدى مرضى نوبات الصرع المستعصية التي لا تستجيب للعلاج الطبي .

ومع وجود تاريخ راسخ يربط بين الاضطرابات النفسية وانخفاض النتائج الوظيفية وضعف جودة الحياة، إلا إن هذا الارتباط لم يلق الاهتمام الكافي لدى مرضى الصرع

(Hermann et al, 2000& Johnson, Jones , Seidenberg &Hermann, 2004)

ويمكن تصنيف الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الصرع إلى اضطرابات نفسية مسببة للنوبة واضطرابات نفسية ناتجة عن النوبة:

اضطرابات نفسية مسببة للنوبة:

لوحظت العلاقة المعقدة والمبهمة بين الصرع والأعراض النفسية منذ آلاف السنوات، حيث أوضح هيبوقراط أن المصابين بالصرع بشكل عادي مكتئبين

(Goldstein & Harden, 2000)

وتتمثل أعراض الاكتئاب الرئيسة لديهم في (إعياء عقلي- انخفاض مزمن في الحالة المزاجية- خلط من اضطرابات القلق) حيث تصل نسبة انتشار الاكتئاب إلى 55.3% (Lambert 2005 ; Schmitz, 1999 ; Reberson, 2005) ويصل القلق إلى 25.10% (Valquez 2003; Beyenbur Mitchell ,Schmidt, Elger. & Reuber g, 2005)

(⁵²) Seizure frequency

وقد أجرى كل من ثابر وكير وهارلد (Thapar, Kerr & Harld, 2009) دراسة تهدف إلى فحص العلاقة الداخلية بين العوامل النفسية مثل : القلق و الاكتئاب والإجهاد والنوبة على عينة مكونة من 558 مريضاً ، وأوضحت النتائج أن الاكتئاب يتوسط العلاقة بين الإجهاد والقلق ، ويحدثان تكرار النوبات ، وأشار إلى أهمية إدارة الاكتئاب بالإضافة إلى إدارة النوبات في معالجة الصرع، حيث يعد الاكتئاب من الأمراض النفسية الشائعة لدى مرضى الصرع الذين يعانون من عدم القدرة على التحكم في نوباتهم.

وعن أسباب ومظاهر الاكتئاب في الصرع بيّن كانر وبلاس (Kanner & Palac, 2000) أن الاكتئاب لدى مرضى الصرع يُعدّ عرضاً متكرراً للحدوث بالمشاركة مع القلق ، ويعد العرض السيكا تري الأكثر انتشاراً بين هذه الفئة الإكلينيكية ، والعلاقة بين الصرع والاكتئاب علاقة ثنائية الاتجاه ؛ لأن المرضى ذوي الدرجات المرتفعة من الاكتئاب ترتفع لديهم معدلات تكرار النوبات . ويذكر جريزيب وآخرون (Grazyb et al, 2006) أن أعراض الاكتئاب موجودة لدى 40-60% من مرضى الصرع حيث يوجد ارتباط دال بين تكرار النوبات الصرعية والاكتئاب ، وخصوصاً لدى مرضى صرع الفص الصدغي.

ويحدث اكتئاب النوبة في 25% من الهالات في مرحلة ما قبل النوبة ، ويحدث بكثرة لدى مرضى نوبات الصرع الجزئية المركبة حيث يحدث تغير في المزاج قبل النوبة بثلاثة أيام ، ويكون أكثر شدة أثناء 24 ساعة التي تسبق حدوث النوبة. (Gillam & Kanner, 2002)

ويذكر جيلام وآخرون (Gilliam, Santos & Vahle, 2004) أن الكثرة من مرضى الصرع تعتقد أن الأدوية المضادة للاكتئاب غير مؤثرة أو أنها ستثير النوبة. ويعاني مرضى الصرع من انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية ، وتعد هذه المشاكل قيود وعائق أكثر من النوبات نفسها (Kissing, Harhoff & Andersen, 2007)

ومن خلال استطلاع مخاوف مرضى الصرع اكتشف أن 30% لديهم مزاج مكتئب ، بسبب مشكلة في التعامل مع المرض والمعيشة.

(Gilliam & Kanner, 2002; Gilliam et al, 1997)

كما أجرى إيتينجر وآخرون (Ettinger et al, 1998) دراسة على عينة قوامها 44 مريضاً أسفرت عن وجود اكتئاب في 26% من المرضى والقلق لدى 16% من المرضى.

كما أجرى جافا وسيلانبا؛ زينتنو وآخرون (Jalava & Sillanpaa, 1996; Zenteno Patten, Jett, Williams. & Wiebe, 2007) دراسة على عينة مكونة من 94 مريضاً بالصرع مقارنة بـ 199 أصحاء من عامة الناس ، وأوضحت الدراسة انتشار نسبة الاضطرابات المزاجية (القلق – الاكتئاب – أفكار انتحارية- خوف من الأماكن العامة- قلق النوبة) لمرضى الصرع بنسبة تصل إلى 24% مقارنة بنسبة تصل إلى 0.7% لدى الأصحاء من دون صرع. ولقد أظهرت دراسة سبيتز (Spitz, 1991) و برنيك وآخرين (Bernik, Corregiari. & Braun, 2002) أن الخوف والقلق والرعب من المحفزات الرئيسة التي تسبب النوبة وتحدث هذه الاضطرابات أثناء (الهالة) وتعد مؤشراً على حدوث نوبة صرعية .

ويعد القلق اضطراباً نفسياً شائعاً لدى مرضى صرع الفص الصدغي ، والعلاج النفسي يكون فرصة لمرضى الصرع ؛ لتحسين جودة حياتهم وأملاً في حياة أفضل.

(Scicutellaa & Ettinger, 2002)

كما يذكر جاكوبى وآخرون (Jacoby et al., 1996) أن الدراسات التي أجريت على مرضى الصرع في المجتمعات المحلية أشارت إلى معايير تشخيصية واضحة المعالم لنسبة انتشار القلق لدى هذه الفئة من المرضى حيث تصل من 14.8 إلى 25% تقريباً.

بينما يشير باركر وآخرون (Barker, Jacoby, Buck, Brooks, Potts.& Chadwick, 2001) إلى أن القلق ينتشر بنسبة تصل إلى 25% بينما ينتشر الاكتئاب بنسبة تصل إلى 40% لدى مرضى الصرع.

الاضطرابات النفسية الناتجة عن النوبة:

والجدير بالذكر أن الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى المرضى الذين يعانون من الصرع قد أهملت لفترة طويلة. وما زالت وحتى الآن ، وقد أثبتت الدراسات الوبائية نسبياً تقشي اضطرابات المزاج ، والقلق ، واضطرابات نقص الانتباه وفرط النشاط. علاوة على ذلك فإن العلاقة بين الاضطرابات النفسية والصرع معقدة. حيث أوضح هيبوقراط أن الاكتئاب يحدث نتيجة الإصابة بمرض الصرع، ويعد أحد عوامل الخطر ، بعبارة أخرى الاكتئاب والصرع وجهان لعملة واحدة .

(Kanner,2009)

ويذكر انجل 1962, Engel cited in (Manchanda,2002) أن اضطرابات القلق غالباً ما تحدث مع الاكتئاب لدى 5% من مرضى صرع الفص الصدغي ، ويواجهون الخوف كجزء معقد من أعراض المرض.

وفي دراسة أجريت على عينة مكونة من 157 راشداً تراوحت أعمارهم ما بين (18-68) سنة ؛ لتحرى انتشار الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الصرع. أشارت نتائج الدراسة أن اضطرابات المزاج أكثر شيوعاً وتقدر بنسبة تصل إلى 46.7% يليها القلق وتصل نسبته إلى 26.7%. (Akanuma, Hara, Adach, Hara.& Koutroumanidis,2008)

وقد أوضحت نتائج دراسة كل من ثابر وروند وهارولد (Thapar,Roland & Harold,2005) وجود علاقة موجبة بين تكرار النوبات وأعراض الاكتئاب ، وهذه الأعراض لها تأثيرات مهمة في المستقبل.

ويذكر كل من كويسك؛ وجونز وآخرون (Quisk et al, 2000 & Jones et al,2007) أن الاكتئاب من الأعراض النفسية المنتشرة لدى مرضى صرع الفص الصدغي وخصوصاً الناتج عن التلف في الجانب الأيسر.

إن الاكتئاب لدى مرضى نوبات الصرع يرتبط بالعوامل الحيوية مثل : الميل الفطري العائلي لاضطرابات المزاج وتأثير النوبة على تنظيم المزاج وتأثير العقاقير المضادة للصرع بالإضافة إلى العوامل النفسية اجتماعية مثال ذلك : (الخوف من مواجهة تكرار النوبة أو الشعور بوصمة العار أو موانع التوظيف⁵³ أو موانع القيادة⁵⁴ .

(Attarian, Vahle.& Carter, 2003; Gillam et al, 2004)

ويذكر جونز وآخرون (Jones et al, 2003) أن الاكتئاب والقلق لدى عينة مكونة من 139 مريضاً بالصرع صاحبهما محاولات انتحارية بنسبة 12.2% ، ولديهم أفكار انتحارية بنسبة تصل إلى 20.8% وأن خطر الانتحار⁵⁵ يكون أعلى 10 مرات بين مرضى الصرع مقارنة بعامة الناس وخصوصاً لدى البالغين من مرضى صرع الفص الصدغي.

(Nilsson et al, 1997 & Fukuchi et al, 2002)

وعن أسباب ومظاهر الاكتئاب في الصرع بيّن لامبرت وروبرستون (Lambert & Roberston.1999) أن كل فرد من اثنين مصابين بالصرع يعاني من وجود تاريخ للاكتئاب ، وأوضحا أن النوبات الجزئية المركبة – خاصة- التي تنشأ في الفص الصدغي ، تشكل عاملاً مهماً للإصابة بالاكتئاب . ووجد الباحثان أن العوامل الأساسية التي ترفع نسب انتشار الاكتئاب لدى مرضى الصرع مقارنة بالأمراض العصبية الأخرى هي العوامل الجينية والهرمونية والأيضية، ويميل المرضى المكتئبون إلي إظهار بعض السمات العصابية الذهانية.

(Lambert & Roberston.1999)

وحديثاً قام شحاتة و باتع (Shehata & Bateh,2009) بدراسة تهدف إلى تقييم الوظائف المعرفية والحالة المزاجية والسلوك العدواني وسمات الشخصية لدى واحد وسبعين من مرضى نوبات الصرع جندوا من العيادات الخارجية بمستشفى جامعة أسيوط مشخصين بواسطة رسم المخ الكهربائي مقارنة بثمانية وخمسين مجموعة ضابطة ، وقد أوضحت نتائج الدراسة قصوراً مهماً في الوظائف المعرفية وارتفاع نسبة الاكتئاب والسلوك العدواني واضطرابات الشخصية المتمثلة في (الكذب-الذهان-الانطواء) ، وأوصت الدراسة بمزيد من الدراسات؛ لتحديد دور العوامل الديموجرافية مثل (طول فترة المرض- الإصابة في وقت مبكر-وموضع البؤرة الصرعية)في التأثير على الوظائف المعرفية.

ويذكر (Krishnamoorthy, 2003) أن علاج الاضطرابات النفسية لدى مرضى الصرع لم يلق من الاهتمام إلا القليل، وتتضمن جهات نظر مختلفة فيما يتعلق بالعلاقة بين الصرع والاكتئاب ، فالإكتئاب لدى مرضى الصرع يمكن أن يكون مثاراً بعدد من العوامل: النوبة نفسها (Kanner &

(⁵³) Employment barriers

(⁵⁴) Driving restriction

(⁵⁵)Suicide

(Balabanov 2002) أو استخدام العقاقير المضادة للصرع أو أعراض انسحاب العقاقير المضادة للصرع⁵⁶ وجراحة الصرع⁵⁷ والنتائج الاجتماعية للصرع، كل هذا يرتبط بتطوير الاكتئاب (Krishnamoorthy, 2003)

رابعاً: علاج مرضى الصرع

أولاً: العلاج بالعقاقير المضادة للصرع.

يتمثل الهدف الأساس للعقار الطبي المستخدم عند جميع الحالات في السيطرة على نوبات الصرع في ضوء المستوى الأدنى من الأعراض الجانبية المتوقعة ، وعادة ما يبدأ الأطباء ذلك بجرعات قليلة تتبعها زيادة تدريجية في محاولة منهم لتجنب الأعراض الجانبية لأبعد حد ممكن. (فيونا مارشال؛ بامبلا كروفورد ، 2005، 83)

ويشير بريسكا وآخرون (Perucca et al, 1998) إلى أن العلاج بالعقاقير سبب تدهور النوبات، مع وجود بضع دراسات أوضحت سيطرة العقاقير المضادة للصرع على النوبة بشكل جيد إلا إن هناك دراسات أخرى أشارت إلى تدهور النوبة؛ نتيجة استخدام العقاقير المضادة للصرع وتسبب زيادة تكرار النوبات؛ نتيجة التسمم بالمخدر، وتكرار النوبة يبدو أنه ناتج من تفاعل مضاد بين عمل المخدر والآليات المسببة للمرض التي تقع تحت أنواع النوبة أو المتلازمات. وقد يستطيع المرضى التحكم في النوبات باستخدام العقاقير المضادة للصرع ، لكن في أغلب الأحيان مضادات الصرع تؤثر على جودة الحياة بالسوء.

(Sachdeo, Gates, Bazil.& Barkley, 2006)

وأوضحت نتائج دراسة (Swarztauber,Dewar & Engel,2003) عن موقف المرضى من علاج نوبات الصرع المقاومة للعلاج الطبي أن نصف البالغين المشاركين في الدراسة يكون لديهم معاناة من الآثار الجانبية للعقاقير المتمثلة في (نوم متقطع ونوم بالعمل وحدوث النوبة و ضعف القدرة على العمل وفقدان الأصدقاء).

• بدائل أخرى للعلاج الطبي:

أوضح عدد من الدراسات كيفية استخدام بدائل أخرى للعلاج الطبي لخفض تكرار النوبات لدى مرضي الصرع ، وقد اشتمل هذا العلاج على:

1- العلاج باليوجا (نوع من الرياضة) للسيطرة علي الجسم حيث أجرى كلٌ من ياردى؛ لندجرين وآخرين (Yardi, 2001& Lundgren et al,2008) دراسة لتخفيف الإجهاد وتحسين جودة

(⁵⁶) The withdrawal of anticonvulsant drugs

(⁵⁷) Epilepsy surgery

الحياة والحد من المشاكل النفسية وخفض تكرار النوبات، وأوضحت الدراسة تحسنا في جودة الحياة. واليوجا طريقة للسيطرة على العقل من خلال اتحاد طاقة الفرد الخاملة بالطاقة العامة من خلال السيطرة على التنفس العميق، والتأمل في المواقف الطبيعية.

2- كما استخدم ستقم وآخرون (Stavem et al, 2000) العلاج بالإبر الصينية⁵⁸ لعلاج مرضى الصرع.

3- هناك العلاج بالجراحة وهو أيضا أكثر فعالية في العلاج كما في دراسة أنجل وسورتربير ولوى وآخرون (Engel, 1996; Swarztrauber, Dewar & Engel, 2003; Lowe, David & Kilpatrick, 2004)

خامسا : الإطار النظري لبرنامج العلاج المعرفي

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً ، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها ، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة ، ويستند هذا النمط العلاجي علي نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يري أنه في خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جموداً وأكثر تشويهاً ، وتصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد ، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محددة بدرجة كبيرة ويمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذا الإطار شكلاً من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم ، كما يتحدد أيضاً بوقت معين.

ويستمد هذا الأسلوب العلاجي جذوره من أعمال (إليس) منذ الخمسينيات وأعمال (ارون بيك) في الستينيات من القرن الماضي على مرضى الاكتئاب (1963-1964-1967). ومنذ ذلك الوقت والعلاج المعرفي السلوكي يلقي تأييداً إمبريقياً للجوانب النظرية التي قدمها (بيك) وتطبيقاتها المتعددة ، وذلك على مدى واسع من الممارسة الإكلينيكية وعينات مختلفة من المرضى. ويركز كل من (إليس) و(بيك) على أفكار واعتقادات المريض الخاطئة أو المشوهة على أنها السبب في الاضطرابات الانفعالية السلوكية، ويعتقد أن الأفراد يمكن لهم على المستوى الشعوري أن يستخدموا المنطق في دحض هذه الأفكار. كما أنهما يستخدمان الحوار النشط مع المرضى بدلا من أن يكونوا مستمعين سلبيين.

ويشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، و هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية. (عادل عبد الله محمد، 2000: 21-23)

ويشير بردلى (Bradley,1995) إلى أن العلاج المعرفي حزمة علاجية مشتقة من النظرية المعرفية. تهدف إلى تحديد ومحاربة الأفكار الذاتية السلبية؛ للعمل على تنميه أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر تكيفا، وتشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية المعتمدة على تلك الأفكار التكيفية. (زيزى السيد إبراهيم، 2006: 164)

فالعلاج المعرفي يساعد المرضى على استخدام الطرق العلمية لحل المشكلات، تُستخدم هذه الطرق في الفترات العادية من حياتهم.

وصيغة العلاج يمكن توضيحها في مصطلحات بسيطة: فالمعالج يساعد المريض على التعرف على التفكير الملتوي، وعلى تعلم طرق أكثر واقعية في صياغة خبراته. (باترسون، 1990: 29)

وبإيجاز فإن الهدف من العلاج المعرفي تصحيح نمط التفكير لدى المريض. بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ، ويصبح التفكير منطقياً، ويركز العلاج المعرفي على حل المشكلات.

(محمد محروس الشناوي، 1994، 151)

أما العلاج السلوكي أو تعديل السلوك⁵⁹ فهو أسلوب من الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يقوم على أساس من نظريات التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من فنيات العلاج التي تهدف إلى إحداث تغيير بناءً في سلوك الإنسان وبصفة خاصة السلوك غير المتوافق.

(المرجع السابق، 1994، 43)

أما تعريف محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (1998: 13) للعلاج السلوكي بأنه أسلوب من الأساليب الحديثة فيقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم ، ويشتمل علي مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية ، التي تهدف إلي إحداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق .

ويعنى العلاج السلوكي استخدام أساليب ووسائل مختلفة تعود أصولها إلى نظريات التعلم. حيث إن تطبيقها يكون على مبادئ التعلم في تغيير السلوك أى يكون الفرد أكثر انسجاماً مع البيئة.

وعلى كل فالعلاج السلوكي يتميز عن بقية الأساليب الأخرى بما يلي:

- 1- يركز على السلوك الظاهري المحدد.
- 2- الدقة وتوضيح الأهداف العلاجية.
- 3- صياغة أسلوب علاجي محدد ملائم لمشاكل معينة.

(جبر الدكرورى، 1985، 205-206)

ويذكر ناصر إبراهيم المحارب (2000: 38-39) أن هناك مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي يمكن تلخيصها في النقاط التالية :-

1- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي علي صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن إطار المنظور المعرفي . ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض علي عوامل متعددة منها :-

أ - تحديد الأفكار الحالية للمريض (مثل أنا فاشل لا أستطيع عمل شئ كما ينبغي).

ب- تحديد الأفكار التي تساعد في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها.(العزلة الاجتماعية والتردد والسلوكيات التي تتفاعل مع الأفكار وتدعمها)

ج- التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض(حادثة مخزنة، تغيير شئ مألوف) وبعد ذلك يتعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها.(مثلا عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل).

(⁵⁹) Behavior modification

د- يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ، لكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

2- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض، وكذلك الاحترام الصادق له وحسن الاستماع، بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية.

3- يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

4- يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة وحل مشكلات معينة.

5-يركز العلاج على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض. ومع ذلك يتطلب الأمر النظر للماضي في الحالات التالية:

أ- رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك.

ب- عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية.

ج- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

6- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه ، كما يهتم كثيرا بتزويد المريض بالمهارات اللازمة ؛ لمنع عودة المرض بعد التحسن للانتكاسة.

7- العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى، حيث يتم علاج معظم حالات الاكتئاب والقلق في مدة تتراوح بين 4-14 جلسة.

8- تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي على وفق جدول عمل معين يحاول المعالج تنفيذه قدر الاستطاعة والتعرف على الوضع الانفعالي للمريض، ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي، وإعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض). والتعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة، ومراجعة الواجبات المنزلية وتقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر، ثم أخذ رأى المريض فيما تم في نهاية الجلسة. إن العلاج المعرفي السلوكي يعلم المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.

9- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير والمزاج والسلوك.

10- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحا مع المريض ويناقش معه وجهة نظره حول المشكلة، ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته. وعدم القيام بذلك ينشئ تعارضا مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.

بناء الجلسات فى العلاج المعرفى السلوكى:

العلاج المعرفى السلوكى علاج قصير المدى يتراوح عدد جلساته فى معظم الحالات ما بين 4-14 ، وقد يتطلب الأمر فى حالات معينة أن يكون العلاج بمعدل جلسة واحدة فى الأسبوع ، أو أكثر إذا كان المريض يعانى من أزمة بشكل أو بآخر .

أما فيما يتعلق بمدة الجلسة فإن الخمسين دقيقة هي المتعارف عليها فى أنواع العلاج النفسى، ويبدأ العلاج المعرفى السلوكى بعملية التقويم المعرفى السلوكى- التي تستغرق فى الغالب ما بين 1-3 جلسات ، والتي يركز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة المريض، وقد تستخدم فيها الأسئلة المباشرة بشكل أكبر مما يحدث فى بقية الجلسات .

يستمتع المريض لما دار فى الجلسة إذا كان قد تم تسجيلها، أو يقرأ ما لديه من ملاحظات حول مادار بالجلسة للتأكد من أنه يعكس حالته فعلا وللاستفادة من النقاط الرئيسة التي تم التطرق لها فى الجلسة. (ناصر إبراهيم المحارب ، 2000: 99)

العلاقة بين المعالج والعمل:

يجب أن يكون المعالج حساسا لحاجات ورغبات المريض عند مناقشة موضوعات معينة فى الجلسات الإرشادية(العلاجية) ويجب أن يتصف المعالج بالتعاون والتقبل والدفء والمشاركة الوجدانية للمسترشد، كذلك يعمل المعالج على حل المشكلات من خلال التعرف عليها وعلى مكوناتها الرئيسة وعلى أسبابها مع التركيز على المكونات الأساسية للاضطراب والتعرف على الروابط الأولية فى سلسلة الأعراض والتركيز عليها وينتج عن اشتراك المريض فى حل المشكلة أن يتعلم بدوره كيف يحل المشكلات.

(محمد محروس الشناوى، 1994، 152)

ويذكر ناصر إبراهيم المحارب(2000، 91-95) أن التعاطف مع المريض من الأمور التي يحرص عليها المعالجون النفسيون الذين ينتمون للمدارس النفسية الدينامكية منذ أن أكد فرويد على أهميتها فى العلاج التحليلي وحتى الآن، أما بالنسبة لمعظم المعالجين المعرفيين السلوكيين فيؤكدون أهمية علاقة المعالج بالمريض وعلى دورها فى العملية العلاجية. فالعلاقة الإيجابية بين المعالج والمريض من الأسس المهمة؛ للتوصل إلى علاج ناجح. ويُفترض من المعالج المعرفى السلوكى الناجح أن يوفر بيئة آمنة يثق بها المريض ، قوامها معالج يتصف بالدفء والتعاطف والصدق مع مرضاه، ويجب أن تظهر هذه الخصال بوضوح فى رغبة المعالج الصادقة فى التعرف على خبرات وأفكار ومشاعر المريض، وفيما يبذله المعالج فى سبيل جعل العلاج مختصرا وفعالا ويساعد المريض على التحسن بسرعة.

ويذكر عادل عبد الله محمد(2000، 37) أن العلاج المعرفى السلوكى يعتمد فى الأساس على ما يعرف (بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض) ، وهذه العلاقة تلعب دوراً أساسياً فى العلاج،

ويشترط في ضوء هذا الأسلوب العلاجي أن تكون تعاونية، وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك الارتباطات التي تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك الذي ينشأ بينهما، والأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين، والتي تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمريض؛ حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته النفسية وخفض حدتها أو التخلص منها.

وفيما يلي شرحاً لأهم طرق العلاج المعرفي السلوكي موضوع الدراسة الراهنة.

1- العلاج المعرفي عند بيك⁶⁰

يقوم العلاج المعرفي على الفكرة القائلة بأن ما يفكر فيه الناس وما يقولونه حول أنفسهم واتجاهاتهم وإرادتهم ومثلهم إنما هو أمور مهمة وذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح ولقد ظهر علاج بيك المعرفي (1967-1976) كعلاج للاكتئاب. ومع ذلك فقد وضع بيك أهمية كبرى على إمكانية تكيف المعتقدات من عدمه، وعلى اختبار المعتقدات، والواقع من خلال الخبرة الشخصية، وعلى النقيض أكد (أليس) على المنطق والإقناع. فالمعالج المعرفي يساعد العميل في التعرف على تفكيره الشخصي وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته وهذه الطريقة تعطى معنى للعميل؛ لأنها تتيح لهم استخدام معرفتهم عن المفاهيم والتفسيرات الخاطئة في وقت مبكر.

وتتميز الآراء المشوهة من الأفكار التلقائية أنها معقولة لدى العميل، لكن لا تكون كذلك بالنسبة للآخرين وهي مقاومة للتغيير باستخدام العلة أو الدليل. ومن الناحية المعرفية فإن استجابة العصاب تنصف بالوعي المكثف بالذات والتفسير الخاطئ للمثيرات غير الضارة على أنها تمثل خطراً كبيراً وكذلك الانتباه للأفكار للمشاعر الغير مناسبة.

(محمد محروس الشناوى، 1998: 149)

وتشوه المعرفة تحدث بوحدة أو أكثر من الطرق الآتية:

* التهويل والتهوين⁶¹ :

إعطاء أهمية كبيرة للمواضيع التي لا تستحق أي تضخيم للأمور عن حجمها. أو التقليل من المخاطر الواقعية والتهوين من الأخطار الواقعة الآن أو مستقبلاً.

* المبالغة في التعميم⁶²:

التدخل العلاجي المناسب هو تغير منظومة الأفكار غير العقلانية ومواجهة هذا التعميم المبالغ فيه ووضع المريض في سياق خبراته والتقليل من المبالغة في تعميمها.

(⁶⁰) Beck Cognitive Therapy

(⁶¹) Magnification and minimization

(⁶²) Over generalizing

*التفكير الكارثي63 :

يتمثل في التركيز على النتائج الأكثر سلبية؛ إذ يتجه التفكير نحو افتراض أن الموقف منذر بكارثة أو خطر أو تهديد.

*التفكير الانتقائي64:

يتركز دائما وبشدة على السلبيات ، ونادرا ما تلاحظ الإيجابيات ، ويتم لفت انتباه المريض إلى أن طريقة التجريد الانتقائي لحادثة سلبية منتقاة سبب مشاعره السلبية.

*التأويل الشخصي لما هو سلبي65 :

ترجع الجانب الأكثر من تأنيب الضمير لنفسك لأنك مسئول عن الأحداث السلبية، وتفشل أن تدرك أن تلك الأحداث قد يسببها الآخرون أيضا ويتصرف مرضى القلق ، في الغالب وكأن الأحداث الخارجية التي تجرى من حولهم وثيقة الصلة بهم شخصيا.

*قراءة الأفكار66:

تفترض أنك تعرف ما يفكر فيه الناس من دون أن يكون لديك دليل كاف على أفكارهم.

* الاستنتاج المتعسف67:

استنتاج من دون دليل أو البناء على أدلة ضعيفة مثل: قول المريض هذا العلاج لا يناسبني إذا وجد صعوبة في أحد جوانب الواجب المنزلي، ويميل القلقون إلى القفز على النتائج الموضوعية كنتائج كارثية ليس لها ما يؤيدها موضوعياً. (عبد الستار إبراهيم، 2008: 68)

ويرى (بيك) أن الاضطرابات النفسية تنشأ نتيجة عدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني .

ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكره من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديد العمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها ، استناداً إلى أن الاستجابات الانفعالية التي أتت بالمريض إلى العلاج تعد نتائج تفكيره الخاطئ الذي

(⁶³) Catastrophizing

(⁶⁴) Selective abstraction

(⁶⁵) Personalization

(⁶⁶) Mind reading

(⁶⁷) Arbitrary inference

يتميز به هذا الاضطراب أو ذاك، وعلى هذا فإنها تزول عندما يتم تصحيح ذلك التفكير وتعديله.
(عادل عبد الله محمد، 2000: 67-69)

2- التدريب التحصيني ضد الضغط 68

واضع هذا الاتجاه دونالد هربرت ميتشنيوم Donald Herbert Meichenbaum 1940 (علاء فرغلي ، 2008: 39) الذي درس في طفولته الأولى في مدينة نيويورك وحصل على الدكتوراه في فلسفة علم النفس الإكلينيكي سنة 1966 ، وأصبح أستاذاً لعلم النفس وألف كتاب (تعديل السلوك المعرفي) وكانت دراسته في بحثه الخاص بالدكتوراه البداية لتطور البحث والنظرية في أسلوبه المعرفي الخاص بتعديل السلوك والعلاج النفسي .

ويعرف هذا الاتجاه بالتحصين ضد الضغوط النفسية⁶⁹ ، ويستخدم خلاله تعليمات تجريبية تتمثل في الحديث الذاتي ، وهو ما يعد ابتعاداً عن الاشتراط الإجرائي، حيث يتم إدخال عنصر معرفي في العلاج ، وقد كشف استخدام هذه التعليمات الذاتية من جانب (ميتشنيوم) مع مرضى الفصام ومع الأطفال زائدي النشاط والمندفعين عن حدوث قدر معقول من التحسن حيث تم تعديل كم كبير من تلك السلوكيات . وعندما استخدم (ميتشنيوم) بعد ذلك طريقة تشتمل على التعليمات الذاتية اللفظية التي يقولها المرضى لأنفسهم لتدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم اشتملت التعليمات اللفظية المستخدمة على ما يلي :-

- أ- إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب .
- ب- تعليمات وإرشادات بأداء المهمة ببطء مع التفكير قبل التصرف.

ج- أسلوب معرفي يتمثل في التخيل وذلك للبحث عن حل.

د- عبارات تقدير للذات.

هـ- مثال لاستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب عدم امتلائها.

و- عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل وكيفية الوصول إلى الاستجابة المناسبة.

هذا وتقوم فكرة الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها . إلا إن مثل هذه الأحاديث لا تظهر بشكل مباشر في حالة تناول الضغوط وكيفية مواجهتها ، وإنما يشير الأمر إلى أن الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع الضغوط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته على التعامل مع مصدر الضغط ، أي إنه يشجع نفسه على مواجهة مصدر الضغط مستخدماً عبارات تعكس قدرته على التعامل معه وإمكانية السيطرة عليه ، وهو ما يؤثر على سلوكه في هذا الموقف ، فإذا كانت هذه

(⁶⁸) Stress inoculation training

(⁶⁹) Stress inoculation

الأحاديث إيجابية فإن معدل القلق ينخفض معها ، والعكس صحيح.
(عادل عبد الله محمد، 2000: 75)

وتتضمن عملية العلاج على وفق اتجاه ميثشونوم ثلاث مراحل هي :
المرحلة الأولى :- الملاحظة الذاتية:

يقوم المريض هنا برصد وتحديد ما لديه من أحاديث سلبية ذاتية أو تخيلات غير مناسبة ويركز علي استجابته وردود أفعاله الفكرية والانفعالية والاستجابة الفسيولوجية. وما يتصل بتفاعله الشخصي من سلوكيات ، وهذا يزود المريض بإعادة تصوره للمشكلة وتعريفها بما يساعده علي الفهم الدقيق لتلك المشكلة؛ مما يعطي مفاهيم ومعاني جديدة ومختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات .

المرحلة الثانية : توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة :

في المرحلة الثانية من عملية العلاج يدرك المريض أن ما يردده لنفسه من حوارات داخلية يجب أن تعمل علي توليد سلوكيات جديدة تتاهض السلوكيات غير المتوافقة المراد تغييرها علي أن يؤثر هذا الحوار الداخلي علي الانتباه والتقدير والاستجابات الفسيولوجية واستثارة سلوكيات جديدة ؛ مما يؤثر علي أبنية المريض المعرفية ، ويؤدي إلي تغيير السلوكيات الغير مرغوب فيها.

المرحلة الثالثة : تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير :

أما المرحلة الثالثة من عملية العلاج فيدرب العميل فيها علي سلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية بصفة يومية ولا يكفي التركيز علي المهارات السلوكية فقط ، بل يتم التركيز علي الأحاديث الداخلية والأبنية المعرفية الجديدة ، وبالتالي يحدث تطوير وتعديل للجوانب المعرفية التي تتعلق بالتغيير المطلوب .
(علاء فرغلي ، 2008 : 39)

3 - اتجاة (ألبرت إليس) في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :-

واضع هذه النظرية : ألبرت Ellis ، ففي بداية الخمسينيات بدأت قناعة (إليس) وثقته في التحليل النفسي في الهبوط ؛ مما دفعه إلي البحث عن طريق له في المدرسة الفرويدية الحديثة ومنها إلي العلاج النفسي الموجه بالتحليل، وزاد اهتمامه بعد ذلك بنظرية التعلم والإشراف ، الأمر الذي جعله أكثر فاعلية ونشاطاً ، ومن هنا بدأ إليس 1954 Ellis طريقه نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسي تأسيساً على نموذج فلسفي أكثر منه على نموذج نفسي ، وقد بدأ الكتابة عن أسلوبه الجديد في العلاج في سلسلة من المقالات منذ عام (1962) عندما نشر كتابه "السبب والانفعال في العلاج النفسي"⁷⁰ ، ويركز (إليس) في علاجه علي التفكير والحكم والتقدير والتحليل والفعل (التصرف)

هذه ويحدد إليس 1973 Ellis ثلاثة عشر محكاً للسواء النفسي ، ومن خلال هذه المؤشرات والتي إذا ما توفرت في الفرد فإنه يكون في صحة نفسية وسواء نفسي ، وهذه المحكات هي:

■ الاهتمام بالذات : فالفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية لا يضحى بنفسه من أجل الآخرين علي حساب نفسه .. لكن يهتم بالآخرين ويعطف عليهم .. ويستمتع بالحرية ويسعى لتحقيق أهدافه .

- قيادة النفس : فالفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية يحل مشاكله بنفسه ويتعاون مع الآخرين ويساعدهم ويجعل رغباته مقبولة على المستوى الاجتماعي.
- تقبل الإحباط وإمكانية التعامل معه بواقعية.
- المرونة في الأفكار والأفعال.
- توجيه الذات والاعتماد علي النفس .
- بقاء الفرد سعيداً مع عدم تأكده مما يحمله له المستقبل.
- القدرة على تحقيق الذات والسعادة على المدى الطويل .
- التعهد ببذل محاولات خلاقة .
- القدرة علي التفكير العلمي.
- القدرة على مواجهة المخاطر.
- الواقعية.
- تقبل الذات غير المشروط .
- الشعور بالمسؤولية الذاتية عن الأفعال الشخصية وعدم لوم الآخرين أو التبرير بسبب الظروف البيئية علي ذلك.

(علاء فرغلي ، 2008 : 36- 37)

1 - فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي أحد الأساليب العلاجية الحديثة ، ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب ، وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدّها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها. ويتوقف تحقق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج والمريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه على كيفية التعرف على المشكلات وحلها وعلى مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب. (عادل عبد الله محمد ، 2000، 67-69)

أ- فنية تحديد الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها.

تعد تلك الأفكار بمنزلة أفكار سلبية تؤثر سلباً على قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، ومن ثم في قدرته على التكيف ؛ مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية زائدة لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث . وقد لا يكون الفرد على وعى بهذه الأفكار حتى يستطيع أن يحددها وبالتالي يمكنه التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها ، ولكن مع التدريب والتعليم يصبح بإمكانه أن يقوم بذلك بدرجة من اليسر. (عادل عبد الله محمد ، 2000: 69)

ويشير ناصر المحارب (2000 : 109 – 110) إلى أن هناك العديد من الأسباب التي تجعل المريض يجد صعوبة في التعرف على هذه الأفكار .

أولا :- قد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكار معقولة؛ مما يجعله لا يهتم بها .

ثانيا :- الخيالات المرئية تغلب دورا بارزا في اضطراب القلق ،وقد تكون فترة ظهور هذه الخيالات قصيرة جدا (أقل من ثانية)؛ مما يجعل الفرد لا يعيها ولا يتذكرها بالإضافة إلى ذلك قد تكون الأفكار المرتبطة بالقلق غريبة (مثل أن يرى واحد نفسه وهو ميت أو يصرخ بينما ينظر إليه الآخرون بذهول) . وهذا يجعل بعض المرضى يترددون كثيرا في مناقشة هذه الأفكار أو التخيلات قبل أن يعرفوا أن مثل هذه الأفكار شيء طبيعي مع القلق المرتفع.

ثالثا :- نظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق فإن بعض المرضى يحاولون تفاديها بطريقة ظاهرة أو باطنة، وقد يحاول المريض عندما يعي صورة أو فكرة كبت هذه الصورة أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف. وفي مثل الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الاسئلة حتى تستثار الأفكار المفيدة التي يستطيع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض.

ب- فنية المراقبة الذاتية

يحرص العلاج المعرفي السلوكي على بداية استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم ؛ لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية.

(Thorpe and Olson,1990,158)

يطلب من معظم المرضى عند بداية العلاج المعرفي أن يقوموا بتسجيل أنشطتهم ساعة بساعة لمدة أسبوع على الأقل ، وكذلك تسجيل الأحوال المزاجية المرتبطة بكل نشاط قام به الفرد. ويقدر الفرد الانفعال المصاحب للنشاط على مقياس رتبى يمتد ما بين صفر-100 وصفر تعنى أسوأ حالة انفعالية مرت به، و 100 تعنى أفضل الحالات الانفعالية.
(زيزى السيد إبراهيم،2006، 190)

يقصد فينيل feniel (1991) بالمراقبة الذاتية فى العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقا من المعالج على وفق طبيعة مشكلة المريض.

وهناك العديد من أنواع المعلومات المختلفة التي من الممكن مراقبتها ، وفيما يلي أمثلة لبعض ما يمكن مراقبته ذاتيا:-

- تكرار السلوك: تستخدم المراقبة الذاتية بشكل واسع؛ للتعرف على السلوكيات التي يستطيع المريض عدها،مثل : عدد نوبات الفزع أو عدد الافكار الناقدة أو عدد الزيارات الأسبوعية للطبيب.
- استمرار المشكلة: تسجيل مدة استمرار الحادثة او السلوك.
- التقدير الذاتى للحالة الانفعالية: تقدير درجة ما يشعر به على مقياس من صفر-100 وفق طبيعة المشكلة. ويفضل أن تتم عملية تسجيل ما هو مطلوب (سلوك،افكار،مشاعر)بعد حدوثه مباشرة ،

وكلمًا أمكن ذلك يكون بإمكان المريض تذكر ما حدث.
(ناصر إبراهيم المحارب، 2000، 118)

ج- حل المشكلة 71:

هى عملية يحاول فيها الشخص أن يخرج من مأزق، وقد اقترحها جولد فرايد 1971 Goldfried وكانفر وبوزيمير 1982 Kanfer, Bozimir وتستخدم لمساعدة المشاركين للوصول إلى استبصار بالمشكلات وطرق مواجهتها، وتتلخص فى أن المعالج:

أ- يطلب من أفراد المجموعة تحديد موقف ضاغط ، حادث أو متخيل.

ب- طرح حلول لمواجهة تلك المشكلة

ج- تنفيذ الحلول وتقييمها ، ووضع الحلول المناسبة من الحلول السهلة إلى الحلول الأصعب تحققًا.

د- البدء بتجريب السلوكيات والإستراتيجيات الممكنة للحلول الأكثر تقبلا عن طريق التخييل.

هـ- تعلم طرق المواجهة بطريقة متدرجة.

و- وضع خطط مستقبلية لمواجهة بعض المواقف الضاغطة ومع استخدام استجابات معدلة.

(هدى طاهر احمد، 2002، 79)

د- الأحاديث الذاتية 72

تعمل هذه الفنية على إتاحة الفرصة للعميل بتسجيل معتقداته وأفكاره اللاعقلانية، وتقييمه لذاته على استمارة الأفكار الخاطئة مما يساعده على دحض هذه الأفكار، ويسجل تنفيذه لها.

أما عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية فإن الإنسان يسلك بحسب ما يفكر ، وفى ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل مستوى أفكارهم (أى ما يقولونه لأنفسهم) في مواقف الحياة المختلفة وخصوصا المواقف التي تثير الاكتئاب والقلق وعدم الثقة .

إن الحوار مع النفس عند أى نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه. فحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب ؛لهذا يعتمد المعالج السلوكي المعرفي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه ، وخصوصا المواقف التي تستثير الاكتئاب والقلق والضغط وعدم الثقة

(رئيفة رجب عوض ، 2001: 112)

(⁷¹) **Solve problem**

(⁷²) **Monologue**

هـ إعادة البناء المعرفي تدريجياً73:

يحاول كلُّ من (إليس) 1978 فى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي و(مكينبوم) 1985 فى التدريب التحصيلي ضد الضغوط و(لازاروس) 1976 lazaurs فى العلاج ذات النموذج المتعدد استخدام إعادة البناء المعرفي فى خفض الضغوط، وتهدف هذه الفنية إلى إحلال مشاعر إيجابية محل المشاعر السلبية ، ويستخدم (مكينبوم) هذه الفنية فى المرحلة الأولى (إعادة التصور العقلي)، حيث يرى أن المسترشد يأتي جلسات الإرشاد الأولى يحمل معه معارف مشوهة عن طبيعة الضغط، وخلال هذه المرحلة ومن خلال خلق علاقة متعاونة يستطيع المعالج دحض المدركات المشوهة للواقع عن طريق الأحاديث الذاتية التي تعمل على استدعاء تلك الأفكار والتصورات. (هدى طاهر احمد، 2002، 78)

و - الاسترخاء العضلي 74

يستخدم الاسترخاء فى الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الإكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة، ففي سنة 1929 أبدى طبيب نفسى اسمه جاكسون Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة ، وفى كتاب مشهور له بعنوان "الاسترخاء التدريجي" قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلي فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق . ويُجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم علي فائدة التدريب على الاسترخاء فى تخفيض القلق وتطويع الصحة النفسية .

(عبد الستار إبراهيم ، 1980 : 103).

والاسترخاء : حالة من الهدوء تنشأ فى الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أو جهد جسدي شاق ، وقد يكون الاسترخاء غير إرادي (عند الذهاب للنوم) بحيث تتحول كهرباء الدماغ من ألفا إلى دلتا. أو إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحاً ، ويتصور حالات باعثة على الهدوء عادة أو يرخى العضلات المشاركة فى أنواع مختلفة من النشاط ، وأحد الأساليب الفعالة لتعليم الاسترخاء إحداث تجاوب عن طريق أجهزة تكشف عن مستوى النشاط الكهربائي الحيوي لتجعله فى متناول إدراك الشخص. (فاروق السيد عثمان، 2001، 147)

ويعرف هوفمان Hoffman, 1994 فى (أمثال هادى الحويله؛ احمد عبد الخالق ، 2002: 275) الاسترخاء العضلي بأنه طريقة فنية تتدرج تحت أكثر المصطلحات شمولية " الاسترخاء "، وقد صمم من أجل إتاحة الفرصة أمام الفرد لتحقيق الاسترخاء الكامل للعضلات والعقل ويقول : إن التشديد على مساعدة الفرد على تعلم الفرق بين طرفي التوتر والاسترخاء يتم عن طريق تشغيل

(⁷³) Cognitive restructuring

(⁷⁴) Relaxation

سلسلة من " حركات التوتر - الاسترخاء" من أجل تحقيق استرخاء تام ، كما أن الاسترخاء التام يتم الوصول إليه عن طريق إرخاء عضلات الفرد حتى تحت ظروف يمكن أن تحدث توتراً

ويضيف عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم (1993:155) أن الاسترخاء توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للقلق والاسترخاء، وبهذا يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم ، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد علي أريكته أو سريره لساعات معدودة ، لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلاقات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي ، مثل: عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات

و يمكن استخدام عدد متنوع من الإجراءات لإحداث استرخاء عضلي عميق . وتقوم معظم هذه الإجراءات على أساس الطريقة التي وضعها جاكسون والمعروفة باسم الاسترخاء التدريجي⁷⁵ وهي تتطلب من المريض التوتر ثم تعلم استرخاء المجموعات العضلية الرئيسة بداية من قمة الجسم إلى أسفله وبطريقة ثابتة ونظامية. (لويس مليكة، 1990: 52)

ولابد من إقناع المريض بعملية الاسترخاء وأن يتعود في أثنائها على إغماض العينين ؛لأن ذلك يساعد على حدوث عملية الاسترخاء الجيد.
(هارولد ريجنا لديبتش ، 1992، 104)

شروط واجب توافرها قبل بداية التدريبات على الاسترخاء العضلي:

_ توجد بعض الشروط التي يجب أن يراعيها المعالج عندما يبدأ في تدريب المفحوص على الاسترخاء العضلي من بين هذه الشروط ما يلي :-

- 1- أن يقوم المعالج بتنبيه المفحوص أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق خفض التوتر النفسي لديه .
- 2- أن يعطي المعالج للمفحوص تصوراً عاماً لطبيعة اضطرابه النفسي.
- 3- أن يوضح المعالج للمفحوص أنه مقبل علي تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أي مهارة سابقة يكون قد تعلمها في حياته قبل ذلك كقيادة السيارة مثلاً .
- 4- ينصح المعالج المفحوص أن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة الحالية (عملية الاسترخاء) وذلك لتعميق الإحساس به .
- 5- يوضح المعالج للمفحوص أن استماعه بدقة لتعليمات المدرب ستساعده على زيادة قدرته علي الاسترخاء
(عبد الستار إبراهيم، 1980 : 109-110)

ز- فنية صرف الانتباه

تستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى. مثل : أن يطلب من المريض الذي يعاني من القلق القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها

؛ لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً، ولكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر على سير العملية العلاجية على المدى البعيد كما يحدث عند ما يستخدمه المريض كأسلوب لتجنب الأعراض.

ويستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج؛ كي يجعل المريض يدرك أنه باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها ، وهذه مهمة جدا في العلاج. وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، ومثال ذلك عندما تأتي المريض الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما ، ففي هذه الحالة بإمكان المريض طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه بما يغطي المجال البصري للمريض، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلا من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه. ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمريض. فقد يطلب المعالج من المريض عندما يكون قلقا في خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمريض كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق ؛ مما يدل على أن الأفكار تلعب دورا كبيرا في ظهور الأعراض لديه.

بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

أ- التركيز على شيء معين⁷⁶:

يدرب المريض على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عنها (أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه؟... الخ)

ب- الوعي الحسي⁷⁷

يدرب المريض على ملاحظته للبيئة المحيطة به أو ما يدور بداخل الجسم مثل: (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟).

ج- التمرينات العقلية⁷⁸

مثل العد التنازلي بطرح 7 من 100 كل مرة، أو التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب)..... أو تذكر حدث معين بالتفصيل.

د- الذكريات والخيالات السارة.

تذكر الأحداث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح (رحلة سعيدة مثلا) بينك وبين نفسك.

هـ -ممارسة نشاط مركب:-

(⁷⁶) Focus on a particular object

(⁷⁷) Sensational awareness

(⁷⁸) Mental Exercises

استخدام النشاطات التي تشغل الجسم أو العقل معاً (كلمات متقاطعة - لعبة رياضية) أو دمج نشاطين معاً مثل: الاستماع إلي الراديو أثناء القيام بنشاط جسدي.
(ناصر إبراهيم المحارب, 2000, 210)

ح- فنية التعرض 79

يذكر محمد إبراهيم سغفان (2003) أن فنية التعرض مكون رئيس في العلاج المعرفي السلوكي ، وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، الذي يتضمن تعرض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال أن التعريض المستمر للمثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق، يتخذ التعرض عدة أشكال : منها التعريض التخيلي والمتدرج، والتعريض في(الواقع) وهذا النوع من التعريض يكون من دون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض . والهدف من هذه الفنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى ، وتختلف طريقة التعرض باختلاف مكان المواجهة وأسلوب المواجهة كالاتي:

التعرض في الواقع 80

في هذا النوع من التعرض يتم تصور الموقف على مستوى الخيال بدلا من مواجهته واقعا والإبقاء عليه حتى يتم التعود عليه وإضعاف القلق ، وفي حالة استخدام التعرض في الواقع والتعرض التخيلي معا في الجلسات العلاجية يفضل البداية بالتعرض التخيلي ثم التعرض في الواقع ، ومن ناحية أخرى لا يفضل استخدام التعرض التخيلي في حالات خاصة منها: عجز المريض على تحديد الأفكار المثيرة للقلق وأيضا عندما يعاني المريض من اضطرابات في القدرة على التخيل أو التذكر، ويلاحظ أنه عند تعرض المريض للمثيرات الواقعية في التعرض في الواقع يكون من الطبيعي ظهور أعراض فسيولوجية تدل على القلق والخوف في حين أنه في حالة التعرض التخيلي قد لا تظهر هذه الأعراض، وإذا ظهرت تكون بدرجة أقل ، من هنا تكون أهمية البدء بالتعرض التخيلي قبل التعرض الواقعي .

(حامد ضيف الله الغامدى، 2005: 110)

ط- زيادة الأنشطة السارة

يشعر بعض المرضى بعدم الرضا أو قليل من الرضا بسبب مرضهم ويحدث أنهم يقضون معظم وقتهم في أنشطة لا تجلب لهم السرور، لذلك على المعالج والمريض أن يحددوا تلك الأنشطة التي لا يشعر المريض فيها بالرضا أو التمكن، وكذلك أيضا تلك الأنشطة السارة أو التي يشعر فيها بالرضا مهما كانت بسيطة مثل محادثة تليفونية مع شخص مريح ، ويتم تكليف المريض بالقيام بها في الحياة اليومية ضمن الواجبات المنزلية. كما يتم تشجيعه وحثه على القيام بالأنشطة حتى لو قرر أنه لم يعد يشعر بضرورة القيام بها.

(Person,

Davidson& Tompkins,2001: 93)

(⁷⁹) Exposure Technique

(⁸⁰) Exposure In Vivo

كما يتم العمل على زيادة معدل الأحداث والأنشطة السارة والايجابية في خلال الجلسات العلاجية تدريجيا ، حيث إن المكتئب غالبا ما يشعر بأنه خامل وعازف عن القيام إلا بالقليل من النشاط الإيجابي السار، لأن شعوره بالحزن واضطراب النوم، والتعب والشعور بخواء الحياة وفقدان الاهتمامات يؤدي بصورة عامة إلى خفض مستوى الطاقة والنشاط.

خطوات زيادة معدل الأنشطة السارة في الحياة-

اختر ستة أنشطة سارة (إما بالاستعانة بالقائمة المرفقة، أو ستة أنشطة جديدة تعتقد أنها تثير المتعة والسُرور). (ملحق 12)

الهدف أن تقوم بأدائها خلال الأسبوعين القادمين.
من بين الأنشطة التي اخترتها يمكنك القيام بها بمفردك وثلاثة يمكن القيام بها بالاشتراك مع الآخرين.

كل نشاط منها يفضل أدائه في خلال 10 دقائق أو أكثر، ولكن أداء كل منها سهل ويسير خلال اليوم.

ضع كل نشاط ستقوم به في استمارة بالشكل الآتي:

اسم النشاط المعد للممارسة:

تاريخ البدء في الممارسة:

هذا النشاط ممتع لي لثلاثة أسباب هي:

.....

.....

.....

حدد لثلاث مرات في اليوم (الصباح، الظهر، المساء) مكانا هادئا. اجلس بهدوء واسترخاء ، وتدريب على القيام بالنشاط المذكور بطريق التخييل. ثم قم بالتنفيذ العملي للنشاط المذكور. استمر في ذلك كل يوم، إلى أن تتمكن من غرس هذا النشاط في جدولك اليومي أو الاسبوعي. (عبد الستار ابراهيم، 1998: 339، 350)

2 - فنيات تنمية وتحسين المهارات الاجتماعية والنفسية⁸¹

إن الاهتمام بتنمية المهارات الاجتماعية والتدريب عليها ينبع من خلال العلاقة المؤكدة بين سوء التوافق الاجتماعي والاضطرابات النفسية والعقلية ونتيجة للوعي المتزايد بأن الاضطراب النفسي إنما يحدث أساسا في نسق اجتماعي، وبأن أسرة المريض وأصدقاءه، وعلاقات العمل تؤثر بشكل مباشر على مسار المرض والعلاج. (علاء فرغلي، 2008، 67)

ويستخدم المعالج عند تعليم المريض وتدريبه على المهارات الاجتماعية المستهدفة عدداً من الفنيات المعرفية والسلوكية ومن أهمها ما يلي:

(⁸¹) psychosocial skills

أ- لعب الدور 82

تعمل هذه الفنية على التدريب في مواجهه المواقف والأحداث غير التوافقية التي تتولد في الفرد عن طريق الأشخاص الآخرين أثناء العلاقات المباشرة معهم؛ مما يؤدي إلى كف السلوك الانسحابي.

ويشير (بيك) 1995 أن أسلوب لعب الدور يمكن استخدامه لخدمة مدى واسع من الأغراض . فقد يستخدم لاكتشاف الأفكار الذاتية لتنمية استجابات أكثر عقلانية، أو لتعديل معتقدات جوهرية أو معتقدات وسيطة. كما أنه مفيد في تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية

إن لعب الدور يتضمن أن يقوم المعالج أو المريض أو كلاهما بتقمص دور معين ، ويتفاعلون معا على وفق هذا الدور. وتدرجات توكيد الذات ولعب الدور يمكن توظيفها بفعالية في علاج المرضى المكتئبين (83, 78, 2001, Davidson & Tompkins, 2001) وزيزى السيد إبراهيم (2006، 198)

كما يستخدم أسلوب لعب الأدوار أيضا في الحالات التي يكون المطلوب فيها تدريب المريض على تحمل الإحباط والسيطرة على الغضب، وتجنب الاندفاع، ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف مستهدفة في جلسات العلاج بطريقة التخيل يكون من شأنها إثارة الغضب أو الإحباط، وأثناء ذلك يقوم المعالج بتدريب المريض على إبداء استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس، والثقة بالنفس، وذلك بتوجيه اهتمام المريض لتطوير جوانب إيجابية في ردود أفعاله مثل:

- 1- تأكيد التواصل البصري المباشر بالشخص الآخر.
- 2- اتخاذ موضع بدني يدل على أنه واثق من نفسه ، لكن بطريقة لا تثير انفعال الآخرين.
- 3- التدريب على بعض الاستجابات اللفظية أو العملية بحيث يمكن إنهاء الموقف نهاية إيجابية.
- 4- التدريب على إبداء الرأي والنقد بوضوح. (عبد الستار إبراهيم، 1998، 227)

ب- فنية الواجبات المنزلية 83 :

بعد مناقشة بنود العمل الأساسية في الجلسة وإعطاء تلخيص دوري لما يقال من قبل المريض، يقوم المعالج والمريض بتحديد مهام الواجب المنزلي لما بين الجلسات. وتكون مهام الواجب المنزلي أو مهام مساعدة الذات التي تنفذ فيما بين الجلسات أكثر إفادة إذا توفر لها ما يلي:

- التتبع المنطقي لما كان يحدث أثناء الجلسة.
- أن يكون هناك هدف واضح مفهوم ومقبول لدى كل من المعالج والمريض.
- أن يتم إعداد الموقف بحيث لا يكون هناك شيء مفقود، بحيث يمكن تعلم شيء مفيد منه، ونحدد ما إذا كانت النتيجة المرغوبة حدثت أو لا.

(82) Role playing

(83) Home work assignments

ومن الضروري عند تحديد مهام الواجب المنزلي أن نختار المهام التي يثق المعالج أن المريض يستطيع القيام بها ؛لأن الفشل في هذه المهام يؤثر في دافعية المريض، وفقدانه للأمل.

(زيزى السيد ابراهيم،2006، 183)

ولكي يتمكن العميل من تعميم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات العلاجية،ولكي تساعده على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحية ، ولكي يقوى ويدعم أفكاره أو معتقداته الصحية الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات المنزلية، وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة ؛ حيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية وبشكل عام قد تكون الواجبات المنزلية معرفية أو سلوكية كأن يطلب من العميل أن يدخل في سلسلة من المواقف ثم يوجه إلى أن يتصرف نحوها بطريقة مغايرة، ويمكن أن تكون معرفية كأن يطلب من العميل ممارسة بعض المهارات المعرفية كالإصغاء الإيجابي و استخدام عبارات ذات محتويات انفعالية متنوعة عند التعامل مع الآخرين. (رئيفة رجب عوض،2001، 116)

ويتم تشجيع المرضى الذين يتصفون بالمثالية على القيام بالواجبات المنزلية؛لأنهم غالبا ما يكونون غير واقعيين، ويخافون من الفشل بشكل شديد؛ لذا يجب أن يُوضح لهم أن الواجب المنزلي مجرد مهمة قد ننجح فيها أو نفشل، والنجاح لا يعنى أن يكون مائة في المائة.

(Person, Davidson& Tompkins,2001: 76)

ج- التدريب على السلوك التوكيدي⁸⁴

أصبح مفهوم التوكيدية من المفاهيم المستقرة، التي أثبتت فائدتها في العلاج النفسي والسلوكي، ويعد مفهوم التوكيدية من المفاهيم الحديثة في مجال علم النفس ، ويمكن أن نستخلص من أبحاث العلماء المختصين التعريف التالي: توكيد الذات يعنى بكل بساطة أن يكون الفرد قادراً على التصرف في مختلف المواقف الاجتماعية بطريقة واثقة تسمح له بحماية مصالحه وحقوقه من دون إضرار بالآخرين أو بمصالحهم.

(عبد الستار إبراهيم،2008، 26)

وتوكيد الذات أسلوب يتصل بالعلاقات الشخصية، ويتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر الشخصية. وهو سلوك ملائم من الناحية الاجتماعية. ولكي يصل الشخص إلى توكيد ذاته والرضا عن نفسه- يجب أن يكون قد أشبع احتياجاته النفسية التي سماها ابراهام ماسلو بهرم الاحتياجات النفسية، وتشمل (الاحتياجات البيولوجية- الحاجة إلى الانتماء والإحساس بالأمان- الحاجة إلى الحب- والتعبير عن المشاعر وأخرها الاحتياجات المعرفية . (علاء فرغلي،2008، 81)

التدخل المعرفي السلوكي لعلاج مرضي الصرع:

تشير العديد من الدراسات إلى أهمية تأثير التدخل السلوكي لعلاج مرضي نوبات الصرع المستعصية حيث إن للضغوط الانفعالية دورا كبيرا في إحداث نوبات الصرع ، وتشير

(⁸⁴) Assertiveness training

عدد من التقارير الى أن العلاج السلوكي يلعب دورا حيويا ومفيدا في علاج الحالات المستعصية التي لا تستجيب للعلاج الطبي بمفرده. (Jong and Sugar. 1981:85)

وتشير الدراسات إلى دور العلاج المعرفي السلوكي في كف نقطة الاشتباك العصبي المسؤولة عن حدوث النوبات وإطلاق الموجات الكهربائية المسؤولة عن حدوث الصرع. حيث يشير فينيك وبرون Fenwick & Brown, 1989 إلى أن نشاط الخلايا العصبية التي تحيط بالبؤرة الصرعية يمكن أن تقرر حدوث النوبات (Cited in (Goldstein, 1997)

ويذكر تان وببروني (Tan and Bruni (1986 أنه يوجد القليل من الأبحاث التي اهتمت بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي علي مرضي الصرع ، والمبرر نجاح استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي علي مرضي آخرين يتشابهون في نفس المشكلات النفسية ، لذلك تم استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي لخفض تكرار النوبات الصرعية، حيث قام بالدراسة علي مجموعة من مرضي الصرع تعاني من نوبات الصرع المستعصية وحاول تقليل تكرار النوبات والضغط باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي .

وأوضح ريتر واندروس (Reiter and Andrews, 2000) أن انخفاض تكرار النوبات يحدث عندما يستطيع مرضى نوبات الصرع التى لا تستجيب للعلاج الطبي تحسين الوظائف النفسية والاجتماعية.

وقد قام سبكتور وآخرون (Spectors et al, 2000) بدراسة النوبات المستعصية وإدراك الضبط الذاتي للنوبات لدى عينة قوامها 100 مريضاً يعاني من عدم القدرة على التحكم في النوبات، وقد كشفت الدراسة أن الضغوط و الاكتئاب والتعب، ودورة الطمث قد تكون السبب فى حدوث النوبات، و 25% من المرضى يحاولون شعوريا أن يتفادوا النوبات المتهورة ، و 47% من المرضى يمكن أن يوقفوا النوبات قبل حدوثها.

تشير هذه النتائج إلى أن أغلبية المرضى يمكن أن يميزوا العوامل التي تسبب النوبات ، وهذا الذي يشغل البعض من المشاركين في المحاولات لتخفيض تكرار النوبات من خلال تجنب هذه العوامل والسيطرة عليها منذ بداية النوبة.

ويذكر كوبو ودلريو (Kobau and Dilorio (2003 أن مرض الصرع يتطلب العديد من التدخلات السلوكية للسيطرة على النوبة وتحسين جودة الحياة. ويتضمن التدخل السلوكي الالتزام الصارم بنظام التغذية الصحيحة وخفض الإجهاد وتناول العلاج والحصول على قسط كافٍ من النوم ، وإلى الآن يمكن القول بأن دراسة فعالية الذات والاعتقاد حول نجاح ممارسة إدارة الذات للتحكم في النوبة الصرعية محدود.

ويشير جيلام (Gilliam (1990 إلى أهمية التدخل السلوكي المشتمل علي فنية الضبط الذاتي والأساليب المعرفية الأخرى التي لها فاعلية في التحكم في القلق و الاكتئاب وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدي مرضي الصرع والتحكم في النوبات.

كما قام داهيل وميلن وليسنر وسكنبين (Dahle, Melin and Leissner, 1988; Schonbein, 1998) بالإشارة إلى أهمية استخدام الأجراء المضاد سواء أكان سلوكيا أم معرفيا لتقليل مستوى الاستثارة في بداية حدوث النوبة لمرضى نوبات الصرع المستعصية وخصوصا التي يسبقها هالة

أو أحداث موقفية ، وهذا يتطلب من المرضى مزيداً من الوعي بالأعراض التحذيرية التي تسبق حدوث النوبة.

وقد قام أبتون (Upton, 1992) باستخدام فنيات العلاج بالتحليل النفسي لتخفيف الانفعالات السلبية ومشاعر وصمة العار المرتبطة بمرض الصرع ومساعدة المرضى في التعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية المرتبطة بالنوبات المستعصية. ، وأشار جيلبرت (Gehlert 1994) إلى أن العلاج بالتحليل النفسي يتضمن أساليب المواجهة لتقليل تكرار النوبات لكي يتمكن المرضى من أن يعيشوا من دون مساعدة ، ويتمكنوا من التغلب على مشاعر اليأس والرفض والعزلة بواسطة زيادة الدعم الاجتماعي والمساعدة العاطفية ، حيث أشار لارتفاع نسبة الانتحار والبطالة بين الأشخاص المصابين بالصرع بالإضافة إلى مشاكل النفسية والاجتماعية .

كما أوضح (Becu et al 1993) فعالية العلاج بالتحليل النفسي في خفض أعراض الاكتئاب لدى مرضى الصرع ، وأشار إلى أن التدخلات النفسية لها دور كبير في تقليل تكرار النوبات وتحسين حالة المريض النفسية.

كما يشير روسوا وآخرون (Rousseau et al., 1985) إلى أهمية تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي لتخفيف التوتر لعلاج حالات الصرع المستعصية من خلال جلسات تدريبية، وقد أوضحت النتائج تحسن مشاعر المرضى وشعورهم بالوجود الأفضل بالإضافة إلى التقليل من تكرار النوبات. (Cited in (Goldstein, 1997)

علي الجانب الآخر أشار جيلام (Gilliam, 1990) إلى أن استخدام فنيتي الاسترخاء والإرشاد العام في برنامج علاجي معرفي سلوكي له فعاليته في خفض تكرار النوبات وتقليل الأعراض النفسية، وتحسين الإحساس بال ضبط الذاتي يساعد مرضي العيادات الخارجية في إدارة الصرع والتحكم في النوبات.

ويذكر ريش وآخرون (Rusch et al., 2001) أن التدخل السلوكي يؤدي إلى تحسين التوافق ككل، وجودة الحياة المرتبطة بالصرع والتدريب علي إعادة البنية المعرفية وأن التدريب على إدارة الضغوط تعمل على مساعدة المرضى على تحدي الإصابة بالصرع وعلاج الأفكار السلبية – سوء التكيف الذاتي والمعتقدات اللاعقلانية وزيادة فعالية الذات وتقوية شبكة الاتصالات الاجتماعية 85.

ويشير كلٌّ من داهيل وآخرون (Dahle et al., 1992) إلى أهمية التعزيز الإيجابي في وقف النوبات ، وكيف أن له دلالة علاجية علي النوبات الصرعية ، وتبقى سارية المفعول في مدة تتراوح من سنة إلى 8 سنوات متتابعة حيث يعد التعزيز جزءاً من التحكم في النوبات.

ويعرض سبكتور وآخرون (Spector et al., 2000) أهمية التدخل الجمعي لخفض تكرار النوبات وزيادة التوافق النفسي لدي عينة تعاني من ضعف القدرة علي التحكم في النوبات الصرعية من خلال تدريب المرضى علي تقليل الانفعالات السلبية والاضغوط الخارجية والنزاعات الداخلية حتي يتم خفض تكرار النوبات.

وتعد فنية الضبط الذاتي أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في علاج مرضي الصرع والتي تُعَلِّم المرضى كيفية التحكم في النوبات واستخدام فنية إدارة الذات وفنية إعادة البنية المعرفية لبناء مهارة الموائمة وإدارة الضغوط مما يعزز جودة الحياة.

(Au et al., 2003)

وأوضحت نتائج جولد ستين وآخرين (Goldstein et al, 2005) أيضاً أن استخدام فنية إعادة البنية المعرفية وحل المشكلات تعدان من أساليب مواجهة الصرع ، وهما مرتبطتان بخفض مستوى القلق والاكتئاب.

كما يذكر بيكر وجاكوبي (Baker and Jacoby, 2002) وجاكوبي وآخرون (Jacoby et al., 1996) أن تحقيق الضبط الأفضل للنوبات يعد مفتاحاً رئيساً لتحسين جودة الحياة لدى مرضي الصرع ، علاوة على ذلك فإن التحكم الأفضل للنوبات له دور في تخفيض الإحساس بوصمة العار المرتبطة بمرض الصرع.

ومن الجدير بالذكر أن تعليم المرضى طرق الضبط الذاتي للنوبات يرفع معنويات المرضى ، ليس فقط بخفض تكرار النوبات ، لكنه يمنح أيضاً المرضى الإحساس بالتحكم والتغلب على الصرع. (Fogle et al., 1996: PP780-781)

الفصل الثالث

الدراسات والبحوث السابقة:-

- 1- دراسات تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة لدى مرضى الصرع.
- 2- دراسات استخدمت أساليب علاجية أخرى لعلاج مرضى الصرع.
- 3- دراسات تناولت الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى مرضى الصرع
- 4-التعليق على الدراسات السابقة
- 5- فروض الدراسة

أولاً: دراسات تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة لدى مرضى الصرع .

قام تان وبيرنى (Tan & Bruni, 1986) بإجراء دراسة تهدف إلى تقليل تكرار النوبات والاضغوط والتخفيف من بعض المشكلات النفسية والاجتماعية باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدى عينة من الراشدين مكونة من 30 مريضاً ، يعانون من نوبات الصرع المستعصية المقاومة للعلاج الطبي و يعانون أيضاً من مشاكل نفسية (القلق- الاكتئاب وعدم القدرة على التحكم في النوبات)

تم تقسيم هؤلاء المرضى ثلاث مجموعات:

أ مجموعة العلاج المعرفي (ن=10)

ب مجموعة ضبط الانتباه (ن=10)

ج مجموعة ضابطة (ن=10)

المجموعة الأولى : تم الحصول على المرضى من العيادة الخارجية لمعالجة الصرع ، وتم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (طول فترة المرض- السن عند بداية المرض- تكرار النوبات في الشهر – تذكر بداية النوبات عند حدوثها) كما تم تطبيق اختبار بيك لقياس الاكتئاب واختبار الشخصية المتعدد الأوجه، وقائمة واشنطن النفسية للنوبات وهى قائمة لقياس الصعوبات النفس اجتماعية لمرضى الصرع ، بالإضافة إلى التسجيل اليومي لتكرار النوبات والأحداث المرتبطة بحدوثها.

تكونت جلسات البرنامج المعرفي السلوكي من 8 جلسات ، مدة كل جلسة ساعتين ، والتدخل الأول: تتضمن استخدام فنية المراقبة الذاتية والتسجيل اليومي لأحداث الحياة الضاغطة والأفكار والمشاعر التي تسبق حدوث النوبة ، كذلك تم استخدام فنية الاسترخاء ، و التحصين التدريجي ضد الانفعالات المزعجة والأحداث التي تسبق النوبة مباشرة والتدريب على مهارات المواجهة للتحكم في النوبة والاضغوط باستخدام أساليب إعادة البناء المعرفي للتحكم في الأفكار المشوهة وتعديل المعتقدات الخاطئة ومعالجة سوء التوافق ، كما تم استخدام فنية حل المشكلات وخطة للمستقبل واستخدام الواجبات المنزلية المتمثلة في تمرينات الاسترخاء وأساليب مواجهة الضغوط..

أما المجموعة الثانية: مجموعة ضبط الانتباه ، فقد تلقت أيضاً 8 جلسات ، مدة كل جلسة ساعتان من الإرشاد الجماعي ، لكنها لم تحتو على أي فنيات معرفية.

أما المجموعة الثالثة: المجموعة الضابطة ، ولم تتلق أى علاج حتى نهاية الدراسة.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث، فيما يتعلق بتكرار النوبات وإن كانت درجات مجموعة العلاج المعرفي قد تحسنت عن المجموعة الأخرى على المتغيرات النفسية ولا يوجد تحسن لصالح المجموعة الضابطة.

دراسة داهيل ، ميلين وليند (Dhal, Melin. & Lund,1987) عن تأثير برنامج العلاج بالاسترخاء علي النوبات الصرعية المستعصية لدي عينة من الراشدين . وقد تكونت عينة الدراسة من ثمانية عشر مريضاً بالنوبات , وهدفت الدراسة إلي بحث تأثير التعلم المعتمد علي الاسترخاء ومقارنته بتأثير الانتباه المهني وحده عندما يوضع مع برامج العلاج الطبي . وقد قُسم المرضى إلي ثلاث مجموعات:-

أ-مجموعة العلاج بالاسترخاء.

ب-مجموعة تلقت العلاج بالانتباه وهو علاج بالمساندة .

ج-مجموعة تم إخبارهم بأنهم سوف يتلقوا علاجاً في المستقبل ، وكان المتغير التابع معدل تكرار النوبة.

أما عن إجراءات العلاج فقد تعلم المرضى فنيات الاسترخاء النوعية المتبوعة بالتدريب علي هذه الفنيات في المواقف الأكثر خطورة وخطوات التدريب كانت كما يلي: تعلم المرضى الاسترخاء العضلي من الوضع المستلقي وبداية فإن التدريب هدف إلي إحداث حالة استرخاء في أقرب وقت ممكن , وفي أوضاع مختلفة تم تعليم المرضى التمييز بين المثيرات الأكثر والأقل إثارة للنوبة من خلال التحليل السلوكي الذي يستلزم تنظيمًا يوميًا لمواقف النوبة , والأعراض الجسمية لعودة النوبة , وبهذه الطريقة فإن المرضى تعلموا أن يصفوا العلامات المبكرة في سلسلة السلوك النوبي , وبعد كل جلسة يعطي المريض واجباً منزلياً لاستخدام ما تعلمه في الجلسات بصورة مباشرة في مواقف النوبة .

أما مجموعة الانتباه فإن المرضى تلقوا علاجاً تساندياً في عدد جلسات مساوٍ لعدد جلسات الاسترخاء ، واقتصر محتوى الجلسة علي : ماذا يعني الصرع ؟ كيف تكتسب خبرة النوبات ؟ ما هي الاتجاهات العامة تجاه النوبة ؟

وقد أظهرت النتائج أن المرضى الذين تلقوا العلاج بالاسترخاء فقط حدث لديهم انخفاضٌ

في تكرار النوبات مقارنة بالمجموعات الأخرى , ولهذا فإن مرض الصرع يمكن أن يقل تكرار النوبات لديهم من خلال تعلم التمييز المبكر لعلامات النوبة وتطبيق تدريبات الاسترخاء.

دراسة داهيل (Dhal 1988) هدفت هذه الدراسة إلي بحث تأثير التدخل السلوكي على الصرع والاضطرابات السلوكية، وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة مرضى بالصرع من المراهقين مشخصين بواسطة رسام المخ الكهربائي ، تم الحصول عليهم من العيادات الخارجية ولا يعانون من أى تخلفٍ عقلي.

وقد تم إجراء قياسات قبلية احتوت على:

أ- تسجيل مستمر لقراءات رسام المخ الكهربائي

ب- ملاحظة السلوك من خلال مرآة أحادية الاتجاه أثناء جلسات خاصة.

ج- تسجيل تكرار النوبات أثناء الجلسات. وقد أجرى تحليل سلوكي مأخوذ من مقابلات مع الوالدين والمرضى ومعلومات عن الدلائل الطبية والأطباء المعالجين والمعدل الأدنى رسام المخ الكهربائي والمثيرات السلوكية، وتكرار النوبات.

وقدم الباحث برنامجاً علاجياً يعتمد على مجموعة من الإجراءات السلوكية أهمها:

أ- تمييز للأعراض والإشارات الأولية التي تسبق النوبة .

ب- الإجراءات المضادة .

ج- الاسترخاء .

د- التدعيم الإيجابي للاستجابات الصحيحة لتشجيع المرضى على مقاتلة النوبة.

وقد أوضح تقييم الأداء وجود انخفاض ملحوظ في معدل تكرار النوبات لدى الأفراد الثلاثة ولتفسير هذا الانخفاض أوضح الباحث أن تمييز الأعراض ليس له تأثير ملحوظ (لم يبادر المرضى الثلاثة ببذل أى مجهود من خلال التغذية المرتدة البيولوجية للوعي بالعلامات المبكرة للنوبات) وباختصار فإن الدراسة الحالية توضح أن التدخل السلوكي ربما يكون وسيلة مؤثرة لخفض تكرار النوبات، كما أن عنصر الإجراءات المضادة أكثر فعالية في تقليل نشاط النوبات.

كذلك اهتم جيلام (Gillham, 1990) بدراسة تقييم الإدارة النفسية بين مجموعتين من المرضى البالغين ، يعانون من نوبات الصرع المستعصية حيث هدفت الدراسة لعلاج القلق والاكتئاب والنوبات من خلال برنامج علاج نفسي صُمم لتحسين مهارات المواجهة ، حيث طبق البرنامج على ثلاث مجموعات من الراشدين تم الحصول عليهم من العيادات الخارجية . مكونة من (ن=19)، (ن=21)، (ن=19) ويعانون من التحكم في النوبات بالإضافة إلى اضطرابات نفسية⁸⁶

وقد قدم الجزء الأول من البرنامج، وهو محاولة للتحكم الذاتي في النوبات حيث استمر ثلاث جلسات (ساعتان للجلسة) وأثناء الجلسة يتم أخذ معلومات تفصيلية من المريض والمحيطين به، تصف مرحلة الهالة التي تسبق النوبة وعن العوامل التي يظنون أنها تؤدي إلى زيادة احتمال حدوث النوبة) ، وقد أعطى للمرضى تعليمات بتسجيل يومي لحدوث النوبات والأحداث التي تسبق حدوث النوبة، وقد تم تدريب المرضى علي كيفية تفادي مثيرات النوبات للتحكم في النوبة أثناء حدوث مرحلة الهالة باستخدام فنية الاسترخاء⁸⁷ وتمارين التنفس بطريقة منتظمة أكثر من مرة في اليوم ؛ لقطع وإجهاض النوبة أثناء مرحلة الهالة. وفي الجلسة الثانية والثالثة يتم تدعيم ما أخذ في الجلسة الأولى وتعديله طبقاً لخبرة المرض وظروف كل مريض.

التدخل الثاني ثلاث جلسات:- (تخفيف الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية من خلال علاج تلك المشكلات مثل : {القلق المقترن بالخوف من حدوث النوبة} ، ولا يشتمل ذلك التدخل على تدريبات الاسترخاء ، وإنما علاج سوء التوافق الأسري واستخدام مهارات المواجهة.

تم تقدير الاضطرابات السلوكية وقياس معدل القلق والاكتئاب ، ثم استخدام اختبار القلق كحالة وسمة واختبار زنج لقياس الاكتئاب من خلال نوعين من التدخل العلاجي. أيضاً تم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (السن – الجنس - طول فترة المرض- السن عند بداية المرض- تكرار النوبات في الشهر – تذكر بداية النوبات عند حدوثها)

وضّحت الدراسة انخفاضاً واضحاً في تكرار النوبات لدى المجموعات الثلاث بمقدار 25%. التي تم ملاحظتها لمدة 6 شهور بعد العلاج ، وظهر أيضاً تحسُّنٌ واضحٌ في درجات المجموعات على المقاييس النفسية الأخرى والتي تقيس القلق والاكتئاب. كما وضّحت الدراسة أيضاً أن فنية مهارات المواجهة بالإضافة إلى فنية التحصين التدريجي ضد الضغوط لهما دورٌ مهمٌ في الإحساس بالضبط الذاتي.

كذلك قام أندروس وسكونفيلد (Andrews & Schonfeld,1992) بتقييم مدى فعالية برنامج سلوكي باستخدام التغذية الرجعية البيولوجية في خفض النوبات الصرعية ، وذلك بهدف زيادة إحساس المرضى بالنوبات عن طريق الضبط الذاتي لمساعدتهم في التمييز ومعرفة الإشارات التحذيرية التي تحدث في بداية النوبة، وتكونت عينة الدراسة من 83 مريضاً تم تشخيصهم بواسطة رسام المخ الكهربائي وتم استخدام التغذية المرتدة الحيوية للتحكم في ضبط النوبات بعد أن تم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (طول فترة المرض- السن عند

بداية المرض- تكرار النوبات في الشهر – تذكر بداية النوبات عند حدوثها). تكونت جلسات البرنامج من 12 جلسة ، بدأت كل جلسة تدريبية مع الحجاب الحاجز في محاولة لتطوير الاتصال بين النفس وإنتاج نشاط ألفا، بالإضافة إلى مساعدة المريض لترجمة أعراض الهالة والأحداث والأشخاص والمشاعر والانفعالات ووصف كامل للمواقف المرتبطة بالهالة. ويتم تدريبه على تمرينات التنفس من خلال أخذ نفس عميق عندما يشعر بمجيء النوبة لمواجهة الموقف وصيانة وعيه، وكان يطلب من كل حالة تسجيل النشاط اليومي وجهودهم المستخدمة لتفادي النوبة.

أوضحت الدراسة أن 69 مريضاً استطاعوا السيطرة على النوبات ، في حين لم يتمكن 13 مريضاً من ذلك، وتقتصر نتائج الدراسة نجاح التدخل السلوكي بنسبة 83% في كثير من مرضى نوبات الصرع الجزئية المركبة في السيطرة على نوباتهم عند نهاية العلاج مقارنة ببداية العلاج كان 67%. وقد أوصى الباحثون بأهمية مراعاة الجانب النفسي للمرضى على أنه حافز للعلاج، وكذلك قدرة المرضى على أن يغيروا من سلوكهم .

دراسة بيسكريك وآخرين (Puskarick et al ; 1992) تناولت هذه الدراسة مدى فعالية برنامج تدريبي للاسترخاء التدريجي لخفض تكرار النوبات ، وقد تكونت عينة الدراسة من 24 مريضاً بنوبات الصرع مأخوذين من عيادات عصبية ، وقد تم استخدام إجراء مضاد باستخدام فنيات الاسترخاء التدريجي للعضلات خلال 8 أسابيع، وتكونت الجلسات من 8 جلسات من الاسترخاء التدريجي مكونة من مجموعتين (مجموعة تجريبية (ن=13): متوسط العمر 39.1، متوسط السن عند بداية الإصابة بالنوبة 17.7 سنة، متوسط فترة المرض 20.8 سنة ومجموعة ضابطة مكونة من (ن=11) لم تتلق أي علاج متوسط العمر كان 39.7 سنة ومتوسط السن عند بداية الإصابة بالنوبة 16.2 سنة ومتوسط فترة المرض 23.5 سنة .

متوسط تكرار النوبات بعد العلاج كان 21% بعد فترة المتابعة الأولى ، وبعد فترة المتابعة الأخيرة كان 54% ، و أوضحت النتائج فعالية البرنامج التدريبي للاسترخاء التدريجي في خفض تكرار النوبات لدى أحد عشر فرداً. وفي المجموعة الأخرى التي جلس أصحابها في سكون فإن ثلاثة أفراد فقط قرروا وجود انخفاض في النوبات. وأشارت الدراسة إلى أهمية العلاج بالاسترخاء ، حيث أشارت إلى سهولته و أنه غير منفر ، كما أشارت إلى أنه من الأفضل أن يصاحب العلاجات الأخرى.

دراسة كيل وآخرون (Cull et al, 1996) تشير الدراسة إلى أن بعض الناس يمكن أن يمارسوا بعض السيطرة على نوباتهم عن طريق الضبط الذاتي للإشارات التحذيرية التي تسبق حدوث النوبة، وقد تكونت عينة الدراسة من 79 مريضاً بالصرع قسمت (32 من الإناث- 47 من الذكور) وقد تراوح العمر من 14-22 سنة على قدر من الوعي بالتعرف على الأعراض التحذيرية التي تسبق حدوث النوبة.

تم تطبيق استفتاء مكون من بعض الأسئلة ، كما تم إجراء مقابلات فردية مع المرضى لضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى، مشخصين بواسطة رسم المخ الكهربائي-، وهم يعانون من نوبة صرع واحدة بالسنة ويتناولون الدواء المضاد للصرع بانتظام وليس لديهم أمراض متقدمة بالدماغ. أوضحت نتائج الدراسة أن الإجهاد والقلق والغضب دور في حدوث النوبة وفعالية الاستخدام السلوكي المتمثل في الحديث الذاتي وتمارين الاسترخاء وصرف الانتباه والضبط الذاتي عند بداية حدوث النوبة أثناء الهالة يقلل تكرار النوبات.

دراسة سكينين (Schonbein, 1998) هدفت هذه الدراسة تقييم فعالية برنامج للضبط الذاتي لتحسين السيطرة على نوبات الصرع المستعصية (العنيدة) باستخدام طرق نفسية. وتكونت العينة من 16 مريضاً (9 من الذكور -7 من الإناث) قسمت 9 مراهقين يتراوح أعمارهم بين (12-17 سنة) و7 بالغين يتراوح أعمارهم بين (21-43 سنة).

تم تدريبهم على الضبط الذاتي لتحسين جودة الحياة، وتم متابعة المرضى قبل البرنامج بشهر ؛ لتسجيل تكرار النوبات والإشارات التحذيرية التي تسبق النوبة في مرحلة الهالة كإحساس بدغدة في الذراع الأيسر، وتم الحصول على العينة مشخصة بواسطة رسم المخ الكهربائي والتأكد من أنها لا تعاني من أى أمراض أخرى بالدماغ ، وتم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (طول فترة المرض 5 سنوات على الأقل – يعانون من 4 نوبات شهرياً بحد أدنى – تذكر بداية النوبات عند حدوثها)

اشتمل تدريب الضبط الذاتي على ملاحظة الذات التي استهدفت تمييز الإشارة التحذيرية⁸⁸ في بداية حدوث النوبة (الهالة) والإحساس المنذر بقدوم النوبة⁸⁹ والعوامل المثيرة لتطوير النوبات، وإيجاد إجراءات مضادة (إجراءات سلوكية مباشرة لقطع⁹⁰ النوبة في بداية حدوثها باستخدام إستراتيجية التجنب واشتمل برنامج الضبط الذاتي على 20 جلسة ، تم تعليم المريض كيف يصبح أكثر حساسية للإشارات التحذيرية التي تؤدي إلى إثارة النوبات. بعد ذلك تم إجراء متابعة دامت 12 شهراً بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ؛ للتحقق من تكرار النوبات على المدى البعيد واستخدام المريض للضبط الذاتي واستخدام تمرينات التنفس وغلق العينين بإحكام وحديث الذات : أنا لا أريد أن يكون عندي نوبة الآن- أنا لست بحاجة إلى نوبة.

وقد أشارت النتائج إلى أن (8مرضى حصلوا على 80-100% تخفيض في تكرار النوبات – 3مرضى خاليين من النوبات حتى 5سنوات -3 مرضى تحسن السيطرة على نوباتهم من 50-60% -مريض واحد خال من النوبات لمدة 30شهر) كما أوضحت النتائج أنه يمكن التحكم في النوبات عن طريق التحكم في الضغوط ، كذلك استطاع المرضى تخفيض جرعة العلاج بعد استخدام أساليب الضبط الذاتي.

كما أوضحت النتائج أن تأثير العلاج بالضبط الذاتي ظهر بعد 6شهور من المتابعة الأولى في أكثر الحالات ، كما أوضحت أنه بعد 12 شهراً 70% تقريباً من المرضى قادرين على تحسين السيطرة على النوبات إلى درجة كبيرة وبعيدة المدى بعد أن عاشوا سنوات من العلاج الفاشل بالعقاقير تمكنوا من السيطرة باستخدام الإجراءات السلوكية.

دراسة اندروس وريتر (Andrews & Reiter,2000) عن استخدام نموذج التحكم الذاتي مع مرضى نوبات الصرع الجزئية وتلقى المرضى في هذه الدراسة برنامج علاجي على امتداد نموذج

⁸⁸Warning signal)

⁸⁹The ‘aura’ or other feelings or warning)

⁹⁰Directly interrupt)

التحكم الذي تم تطويره بواسطة برنامج (ريتير واندروز لأبحاث الصرع Reiter and Andrews research program) وقد تم اختبار أفراد العينة طبقاً لعدة معايير، منها عدم الإصابة بأي إعاقات عقلية، وتعاطي مضادات الصرع، وقد تم تحديد 44 مريضاً، انطبقت عليهم هذه المعايير، وقد تم تقسيمهم مجموعات حيث المجموعة الأولى من 21 مريضاً يعانون من خلل في الفص الأيمن، والمجموعة الثانية 23 مريضاً يعانون من خلل في الفص الأيسر، واستمر العلاج لمدة خمسة أيام، مع وجود اتصال هاتفي بعد نهاية الدراسة استمر طوال ستة أشهر كفترة متابعة، وقد قام المرضى أثناء الدراسة الأساسية بتسجيل النوبات أول بأول.

وقد أظهرت النتائج أن البرنامج له فوائد متعددة في الإدارة الذاتية لنوبات الصرع حيث استطاع 79% من أفراد العينة خفض النوبات وإدراك 64% منهم كيفية الربط بين الحالة الانفعالية والنوبات.

كما قام ريتير واندروز (Reiter & Andrews, 2000) بدراسة تهدف إلى التحقق من فعالية برنامج سلوكي لخفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة لدى مرضى نوبات الصرع الجزئية المركبة.

تكونت عينة الدراسة من 11 مريضاً بالغاً، لا يستطيعون السيطرة على نوباتهم، وقد تراوح العمر ما بين 19-58 سنة، يعانون من تكرار في النوبات من قبل بدء العلاج السلوكي بمقدار 1-15 نوبة بالشهر.

تضمنت التدخلات السلوكية لمنع تعاقب النوبة المبكرة (التنفس العميق- إعادة البناء المعرفي) لزيادة الوعي الذاتي والسيطرة على النوبة وتحسين العلاقات مع الأفراد في العائلة والزملاء في العمل، و المنافع الإضافية للبرنامج تخفيض جرعات الدواء.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن تكرار النوبات بعد العلاج السلوكي كان بمقدار صفر لدى تسعة من المرضى، حيث مر كل مريض بتحسين مهم في جودة الحياة أثناء فترة العلاج وفي مرحلة المتابعة لأن تحسين جودة الحياة مكمل ضروري للسيطرة الجيدة على النوبات.

كما أجرى مكيلي وآخرون (Mcauley, Long, Heise, Kirby & Buckworth, 2001) دراسة

لبحث مدى فعالية برنامج تمريني للعلاج السلوكي والإكلينيكي لدى مرضى الصرع وقد أشار البرنامج التمريني إلى أهمية التحسن في النتائج السلوكية للعناية بالمرضى وكيف أن الإصابة بمرض الصرع تثبط من عزيمة المرضى من ناحية المشاركة في الألعاب الرياضية والتمرين، إضافة إلى شكوى مرضى الصرع في أغلب الأحيان من الإعياء- الاستعمال المزمّن للعقاقير المضادة للصرع- الضغوط والعزلة الاجتماعية، وهذه الشكاوي تكون عاملاً أساسياً في تكرار النوبات.

تكونت عينة الدراسة من 28 مريضاً بالصرع، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة تراوح العمر بين 16-60 سنة، تم اختيارهم بشكل عشوائي، وتم إجراء قياس لمعدل تكرار النوبات لمد 4 أسابيع قبل بدء البرنامج العلاجي، وقد استغرقت الدراسة 12 أسبوعاً أوضحت نتائج الدراسة تحسناً هائلاً في جودة الحياة والحالة المزاجية مع نهاية تطبيق

البرنامج ، كما أوضحت النتائج أن تقدير الذات المنخفض يرتبط بالقلق والاكتئاب والخوف عند المرضى ، وتقدير الذات يعد أحد المؤشرات الرئيسة المرتبطة بجودة الحياة .

كما أجرى نوكر و هافكمب (Noeker & Haverkamp, 2001) دراسة بعنوان: أثر التدريب على العلاج السلوكي المعرفي لتقليل الخوف من المثيرات المربعة⁹¹ التي تتسبب في حدوث النوبة لدى طفل يعاني من النوبات الجزئية المركبة ، وقد بلغ عمره 12 سنة . تم تدريبه على أسلوب التعرض المباشر من خلال استخدام فنية التحصين التدريجي⁹² وكان يتم بزيادة التعرض لشاشة الكمبيوتر والتلفزيون من دون خوف عن طريق التحكم في زر غلق الشاشة والتحكم في المشاهدة باستخدام الريموت كنترول مع الالتزام بتناول العلاج الطبي . تكونت جلسات البرنامج من 16 جلسة ، تم استخدام إجراء مضاد في بداية النوبة المندفعة أدت المعالجة إلى إزالة الخوف والردود الراهبية. حيث كان الطفل يعاني من سلوك التجنب ليس فقط أمام شاشات الحاسوب و TV لكن في جميع الأماكن مثل : المكاتب و الأسواق وغرف الجلوس و مراكز التسوق التي قد تواجهه فجأة بمصدر غير متوقع للمثيرات الضوئية، تكونت خطوات البرنامج من مرحلتين:

المرحلة الأولى: تعلم رد القلق أثناء حدوث المثير الضوئي الذي يسبب الهجوم الصرعى.
المرحلة الثانية: تعريض المريض نحو المحفزات المثيرة للقلق بدلا من تجنبها والهروب منها.
تم استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة في فنية الاسترخاء التدريجي للعضلات وفنية التخيل⁹³ وملاحظة الذات⁹⁴ والتنظيم الذاتي وإستراتيجيات المواجهة ، وقد أوضحت نتائج الدراسة قدرة المريض على فقدان الخوف المتعلق بالنوبة بالكامل باستخدام فنية التعرض والتحصين التدريجي. و هذه الاجراءات من الممكن أن تسهل التحكم في النوبة بعد تلقى العلاج الطبي المناسب.

كذلك قام سبكتور وآخرون (Specter et al, 2001) بملاحظة تقييم الضبط الذاتي المرتفع والمنخفض للنوبات الصرعية، وهدفت الدراسة إلى تمييز المتغيرات الديمجرافية والنفسية المرتبطة بالضبط الذاتي المرتفع والمنخفض للنوبات الصرعية.

تكونت عينة الدراسة من 100 مريض (41من الذكور-59من الإناث)، يعانون من نوبات الصرع المستعصية ، وقد تراوح أعمارهم بين 18-65 سنة ، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين من خلال مقابلة أجريت مع المرضى ، وتم المقارنة بينهم في المتغيرات الديموجرافية و الصرع والخصائص النفسية .

تم تشخيصهم بواسطة رسام المخ الكهربائي من داخل العيادات الخارجية للصرع طبقا

-
- (91) Frightening stimuli
(92) Systematic desensitization
(93) Imagery
(94) Self observation

للمعايير الآتية:- (تشخيص إيجابي للصرع- تكرار النوبات أربع نوبات صرع شهريا على الأقل- نسبة الذكاء 80%- لا يوجد تاريخ لأي إجراء جراحي بالمخ لمعالجة الصرع) .

تم إجراء مقابلة نصف منظمة ، وجهاً لوجه، حيث تضمنت الأسئلة: طبيعة المرضى وإرادتهم لتقادي النوبات المتهورة والقدرة لإجهاض وتجنب النوبات، والأجوبة التي تم الحصول عليها كانت تستعمل لتصنيف المرضى الى مجموعتين ،مجموعة لديها قدرة عالية على الضبط الذاتي و مجموعة لديها قدرة منخفضة على الضبط الذاتي وقد أوضحت نتائج الدراسة أن عدداً من المشاركين الذين لديهم ضبط ذاتي منخفض للنوبات عادة ما يرتبط بالتعب والتوتر والاكتئاب و الغضب والضجر.

أظهرت النتائج أيضا أن ارتفاع نسبة الأشخاص المستخدمة للضبط الذاتي المرتفع مقارنة بمن يستخدمون الضبط الذاتي المنخفض يرجع إلى تاريخ الصرع وتكرار النوبات الكلى في الشهر، كما تعاني الإناث من تكرار النوبات مقارنة بالذكور ، ويلاحظ أن الضبط الذاتي للنوبات يرتبط بانخفاض حدة الاكتئاب والقلق وارتفاع تقدير الذات والضبط الداخلي والخارجي.

كما قام أبو وآخرون (Au et al., 2003) بدراسة مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي جماعي لدى عينة من البالغين من مرضى الصرع في هونج كونج ،من خلال التحكم في الذات وتحسين جودة الحياة وإدارة الضغوط ، وقد تكونت عينة الدراسة من 17 مريضاً تم تشخيص حالتهم بالصرع من داخل الأقسام العصبية بالمستشفيات في الصين، وهم يعانون من عدم القدرة على التحكم في النوبات ، وكان متوسط الإصابة نوبتين شهرياً، وقد تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ، وقد تم ضبط المتغيرات الديموجرافية الخاصة بالمرضى (كالسن و سنوات التعليم وسنوات الإصابة بالمرض والسن عند بداية الإصابة بالمرض) ، كما تم التأكد من عدم إصابة المرضى بأى أمراض عقلية أو ذهانية ، كذلك تم التحقق من أنه لا يوجد تاريخ لإجراء جراحة في السنة السابقة.

الاختبارات المستخدمة لمتابعة البرنامج: اختبار لقياس جودة الحياة لدى مرضى الصرع و اختبار فعالية الذات ومفكرة لتدوين تكرار النوبات يوميا لمدة ثلاث شهور.

تكون البرنامج من 8 جلسات بواقع جلسة أسبوعياً ، وقد استغرق تطبيق الجلسة ساعتين ، وقد احتوت جلسات البرنامج على الفنيات الآتية: إستراتيجية ضبط الذات-التدريب على الاسترخاء -إعادة البنية المعرفية - التحصين التدريجي- مطابقة النوبات مع المواقف الحادثة - التدريب على إدارة الضغوط - تحديد الحالات المثيرة للنوبات والتقليل من القابلية للاستثارة ، وقد اشتملت الواجبات المنزلية على الاسترخاء وتسجيل المريض الأفكار السلبية وأساليب مواجهتها حيث يقوم المريض بتسجيل تكرار النوبات قبل وبعد تطبيق البرنامج ، والمجموعة الضابطة⁹⁵ تبقى في قائمة الانتظار من دون تلق لأي علاج.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أنه في مرحلة المتابعة التي استمرت ثلاثة شهور حدث تحسن في الأداء

لصالح المجموعة التجريبية على اختبار جودة الحياة وفعالية الذات والوجود الأفضل. كذلك أوضحت النتائج تحسنا طفيفا بعد استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي في إدارة النوبات وخفض تكرار النوبات، لكن لا توجد فروق مهمة بين المجموعتين ، وتعد هذه الدراسة هي المحاولة الأولى المنظمة لتوثيق فعالية العلاج النفسي لدى مرض الصرع في هونج كونج.

كما قام جولدستين وآخرون (Goldstien et al ; 2003) بدراسة لتقييم مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الحالات المستعصية للعلاج بالعقاقير لدى عينة من البالغين من مرضى الصرع وكذلك علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة⁹⁶.

تكونت عينة الدراسة من 6 إناث بالغات ، يعانين من نوبات الصرع الحادة ويجدين صعوبة في ضبط النوبات ومشكلات نفسية واجتماعية ، وقد تراوح عمرهن بين (19-66 سنة) ، ويحدث لديهن تكرار في النوبات بمعدل 8 نوبات شهريا على الأقل ، وقد اشتمل البرنامج 12 جلسة بواقع جلسة كل أسبوع، وكانت مدة كل جلسة ساعة ،

وقد تم تطبيق الاختبارات الآتية:- اختبار القلق والاكتئاب و اختبار تقدير الذات و اختبار فعالية الذات و اختبار الضغوط والنشاط الاجتماعي و اختبار أساليب المواجهة و اختبار وجهة الضبط و اختبار العمل والتوافق الاجتماعي)

تضمنت الجلسات من 1-3 إجراء مراقبة ذاتية لتكرار النوبات والأفكار السلبية والنشاط المرتبط بحدوث النوبة ، وتم إعطاء نصائح بشأن الأكل بانتظام، وأخذ الدواء بانتظام والنوم الكافي والبعد عن تناول الكحول، كما تم التدريب على إدارة القلق باستخدام تمرينات الاسترخاء التدريجي للعضلات لمدة خمسة أسابيع.

أما الجلسات من 4-6 فكانت تهدف إلى تمكين المرضى من إجهاض ووضع حد للنوبة في بداية حدوثها ، و استخدام إجراء مضاد⁹⁷ لإجهاض النوبة وذلك من خلال الإجراءات السلوكية مثل: تمارين التنفس العميق والاسترخاء العضلي وتغيرات سريعة في النشاط أثناء حدوث الهالة وتدريب الطرف المتأثر واستعمال رباط مرن على ذلك الطرف واستعمال ملح للشم ، أما بالنسبة للإجراءات المعرفية فكانت باستخدام نشاط عقلي مثل سرد أغنية أو صرف الانتباه لبعض الأشياء في الحجرة ووصفها بالتفصيل، كذلك تدريب المرضى على استخدام المواجهة الذاتية.

أما الجلسات الأخيرة من 7-12 فكان يتم فيها التدريب على ممارسة الإستراتيجيات السابقة، بالإضافة إلى استخدام مهارات المواجهة مع التركيز على الأفكار الآلية السلبية وتقليل التشنجات المعرفية لخفض تكرار النوبات المرتبط بسوء الحالة المزاجية، كما تم استخدام فنية التعرض للمواقف المثيرة للخوف واستخدام فنية التعرض الميداني ومراجعة الواجب المنزلي وسجل الأفكار البديلة، وفي الجلسة الختامية تم تطبيق الاختبارات مرة أخرى وإجراء متابعة بعد شهر. وقد أشارت

نتائج الدراسة إلى فروق قبل وبعد استخدام البرنامج في الأداء على اختبار العمل والتوافق الاجتماعي لصالح القياس البعدي ،حيث استمر التحسن في النتائج بعد تطبيق البرنامج وحتى مرحلة المتابعة وظهر انخفاض معدلات الاكتئاب عبر الجلسات الاثنى عشر فى حين لم تظهر أي فروق دالة على تقدير الذات والنشاط الاجتماعي والضغط في القياس القبلي والبعدي.

كما أوضحت النتائج بعد شهر من مرحلة المتابعة عدم فاعلية البرنامج في خفض تكرار النوبات على مدار 12 جلسة. لكن استطاعت الدراسة تغيير فهم المرضى للصرع، كما استطاعت خفض الاكتئاب وليس القلق في نهاية الجلسات مقارنة ببداية الجلسات لكنه لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

ويشير كل من لى وجو (Lee & Joe, 2005) إلى فعالية الضبط الذاتي للنوبات الجزئية لدى عينة تعاني من عدم السيطرة على النوبات الصرعية".

تكونت عينة الدراسة من 174 مريضاً (89 ذكراً و 85 أنثى) ،تراوح أعمارهم بين(16-61 سنة) بمتوسط 34.3 سنة، وقد تم تشخيصهم بواسطة رسم المخ الكهربائي وأشعة الرنين المغناطيسي، تم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (فترة المرض سنتان على الأقل- تكرار النوبات أكثر من ثلاث نوبات في السنة السابقة) ،ويتم استبعاد الحالات التي ينتشر فيها صعوبات التعلم (الخلل الوظيفي- التخلف العقلي ، لا يوجد أي إجراء جراحي للصرع).

تم إجراء مقابلة نصف منظمة تضمنت الجلسة أسئلة غير محددة بخصوص الوعي الأولى(مدى إحساس الشخص بقدوم النوبة والقدرة على إجهاضها ومنعها) ، وتم استجواب المرضى هل تحدث لهم أعراض تحذيرية في ساعة على الأقل قبل حدوث النوبة الأصلية(الهالة) كما تم الحصول على المعلومات من السجلات الطبية بشأن المتغيرات التالية:السن عند بداية الإصابة بالمرض19.5سنة- طول فترة المرض 14.8سنة تكرار النوبات 4-11 مرة بالسنة / مرة بالشهر على الأقل وقد تبين أن 40 من 174 مريض أبلغوا عن قدرتهم في توقع نوباتهم قبل البداية الفعلية حيث تضمنت أعراض الهالة التحذيرية⁹⁸ المزاج الكئيب وسرعة الغضب ومشاكل نوم والغثيان وصداع ، كما أن خمسة وعشرين مريضاً عرّفوا الأعراض التحذيرية قبل النوبة بيوم،و35 مريضاً حاولوا منع نوباتهم ببعض المناورات المعينة باستخدام النوم والراحة ، أو أخذ علاج إضافي⁹⁹ أوغيروا مزاجهم¹⁰⁰ . وتشير نتائج الدراسة إلى إن الطرق المتطورة لمساعدة المرضى في السيطرة على نوباتهم باستخدام فنيات الضبط الذاتي وصرف الانتباه كانت على مستوى عال من النجاح ، ووصلت نسبة النجاح إلى 80%

دراسة كيرت لفرنس وآخرين (Curet Lafrance et al,2009) حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لمرضى مصابين بالصرع نفسي المنشأ ، وقد هدفت الدراسة إلى علاج القلق والاكتئاب والنوبات.

(98) Prodromal

(99) Taking additional medicine

(100) Changing their mood

تكونت عينة الدراسة من 3 مرضى ، تم تشخيص حالتهم بواسطة رسام المخ الكهربائي، وقد احتوت جلسات البرنامج على 12 جلسة علاجية ، مدة كل جلسة ساعة ، وتم التطبيق بصورة فردية، وتضمنت جلسات البرنامج فنية الاسترخاء و تحديد الإشارات التحذيرية التي تسبق النوبة و تحويل العواطف السلبية إلى إيجابية و التعامل مع ضغوط الحياة و حل الصراعات والنزعات الداخلية و تعلم كيفية خفض التوترات ، مع وجود واجبات منزلية في كل جلسة.

أوضحت نتائج الدراسة نجاح البرنامج في خفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة والعوامل النفس-اجتماعية وخفض أعراض القلق والكآبة وتحسين التفاعل مع البيئة وانخفاض تكرار النوبات بشكل ملحوظ.

- دراسات استخدمت أساليب علاجية أخرى لعلاج مرضى الصرع.

دراسة (هيلجسون وسيانج (Helgeson & Siang, 1990) عن أثر برنامج نفسي تعليمي¹⁰¹ علي علاج مرضى الصرع ، وهو برنامج مكثف من العلاج الطبي والنفسي ، وقد تكونت عينة الدراسة من ثمانية وثلاثين مريضاً تم اختيارهم عشوائياً للعلاج، وقُسمَ المرضى إلي مجموعة علاجية (ن=2) ومجموعة ضابطة (ن=18) ، وكل المشاركين كانوا يتعاطون مضادات التشنج. وهدفت الدراسة لعلاج بعض المتغيرات النفسية مثل : القلق والاكتئاب والمخاوف وزيادة قابلية المرضى للإعاقاة ورؤية تأثير ذلك علي النوبات .

أما عن الأدوات المستخدمة في الدراسة فكانت مقاييس : القلق (حالة- سمة) ومقياس (بيك) للاكتئاب ، وقائمة واشنطن النفسية للصرع ومقياس التعايش مع الصرع ومقياس الكفاءة الذاتية، واختبار المعرفة الصرعية والإدارة الطبية الذي احتوي في جزء منه علي قياس الخوف من النوبات الصرعية .

وقد أظهرت النتائج أن مجموعة العلاج حققت زيادة واضحة في الفهم الشامل للصرع وانخفاض درجة الخوف من النوبة ، ونقص مخاطر ممارسة الإدارة الذاتية للجوانب الطبية . بالإضافة إلي ما سبق فإن القياس الموضوعي لمستوي مضادات التشنج في الدم ، أوضح أن مجموعة العلاج لديها تزايد واضح في الالتزام بالعلاج الطبي . أما عن الاكتئاب فمع الانخفاض الملحوظ في درجته إلا إن هذا الانخفاض لم يصل إلي مستوي الدلالة الإحصائية . وفسر الباحثون هذه الجزئية بأن كل مجموعة (علاجية وضابطة) تتكون من مرضي لم يكونوا مصابين بالاكتئاب إكلينيكياً، وعلي ذلك فمن غير المنطقي أن نتوقع لمرضي غير مصابين بالاكتئاب أن تقل نسبة إصابتهم نتيجة لحضورهم ، الأمر الذي دفع الباحثين إلي التحفظ علي استخدام هذا النوع من البرامج في علاج هذه المتغيرات مستقبلاً .

دراسة (بيسي وآخرين 1993 Becu et al) عن مجموعة مساعدة الذات¹⁰² ودورها في علاج الصرع. اهتمت الدراسة بعلاج أعراض اكتئابية وفصامية لدى مرضي الصرع ، حيث تكونت عينة الدراسة من سبعة وستين مريضاً بالصرع ، وطبق مقياس (بيك) للاكتئاب ، واختبار الشخصية متعدد الأوجه للفصام ، وتم تقديم برنامج مساعدة الذات ، حيث أوضح الباحثون أن مجموعة مساعدة الذات هي مجموعات مفتوحة يمكن أن ينضم إليها أي أعضاء جدد ، والشرط الوحيد للعضوية الإصابة بالصرع والإخفاق ، فلا علاج له طبيياً ، ويتم وضع جداول للاجتماعات تتضمن أياماً ثابتة وساعات ثابتة للقاء الذي كان يعقد مرة واحدة أسبوعياً لمدة ساعة ونصف علي الأقل ، حيث يتقابل قادة المجموعات الفرعية مع الأطباء مرة أسبوعياً من أجل تحديد أهداف هذه الاجتماعات ، أما العناصر التي كانت تناقش داخل الجلسة فهي:

- مناقشة عامة عن المرض وعلاجه الطبي وعواقبه النفسية .
- توضيح مضاعفات المرض و أوقات شدتها.
- مراجعة عمليات النكوص لمراحل طفلية وتوضيحه من خلال(هنا والآن).
- تحديد إستراتيجيات المواجهة ، ومتي يحتاجها المريض وتحديد البدائل الخاصة قبل نهاية كل اجتماع.
- تدعيم المرضى عندما يستطيعوا تحقيق الأهداف ، ويكون التدعيم مادياً أو معنوياً.
- التركيز الرئيس في الجلسات لابد أن يكون علي مبدأ التعاون والاعتماد علي الذات .
- للتحقق مما سبق ؛لابد من توافر بعض الشروط الخاصة لإتمام مهمة الجماعة ، ومنها (الدعاية وتوفير التمويل اللازم من صناديق العلاج) .

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن التدخل من خلال مجموعات مساعدة الذات فعال في خفض درجة الاكتئاب ، لكن لم توجد فروق علي درجات مقياس الشخصية المتعدد الأوجه قبل وبعد الاشتراك في مجموعات مساعدة الذات ، أما بخصوص النوبات فقد زادت فاعلية المرضي في فهم كيفية التعامل معها.

دراسة(فوتس وجولدستين 1995 Fouts & Goldstein) عن استخدام العلاج الجماعي¹⁰³ في خفض تكرار النوبات الصرعية حيث أوضح الباحثون الدور المهم للخبرات الانفعالية والبيئية , كعوامل مرسبة لحدوث النوبات .

تكونت عينة الدراسة من أربعة عشر مريضاً ، تم توزيعهم على مجموعتين ,مجموعة ضابطة (ن = 7) , ومجموعة تجريبية(ن=7) ، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير التدخل الجماعي في خفض تكرار النوبات , وخصوصاً المرضي الذين لا يمكن التحكم في نوباتهم طبيياً . تكون البرنامج العلاجي من 8 جلسات أجريت في أسبوعين ، وكانت مدة الجلسة ساعتين , واحتوت الجلسات على معلومات عن الصرع , والمساندة تجاهه ، واقترن ذلك ببعض الفنيات المعرفية والسلوكية , واستخدم الباحثون مقياس تقرير ذاتي للنوبات لرؤية تأثير العلاج علي الجانب الطبي.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة تكرار النوبات في المجموعة العلاجية قد انخفضت بعد التدخل الجماعي , الأمر الذي لم يحدث مع المجموعة الضابطة , واستمر التحسن خلال فترة المتابعة التي استمرت شهراً .

دراسة روسي (Rossi, 1997) عن استخدام أسلوب المساندة النفسية¹⁰⁴ مع المراهقين مرضي الصرع , وهي دراسة استمرت عامين . تكونت العينة من سبعة مراهقين (5 من الإناث و2 من الذكور) وكلهم مصابون بالنوبات العامة. وقد بدأت الإصابة لديهم بعد وصولهم لمرحلة المراهقة , وهدفت الدراسة إلي تحسين فهم هؤلاء المراهقين لحالتهم ووضع هؤلاء المراهقين تحت إشراف متخصصين في التحليل النفسي , لكي يقدموا لهم برنامجاً احتوي علي مقارنة أفكار المرضى بالأفكار التقليدية, واحتوت الجلسات علي قراءات خاصة عن الصرع مثل: دلالات النوبات الصرعية وإمكانية تأثيرها علي الجوانب الجنسية والعقلية وعلي إزعان المريض للعلاج العقاقيري والحديث بحرية عن المرض والمشكلات الاجتماعية والوظيفية الناتجة عنه , واحتوي العلاج علي محاولة لتحسين تفاعل المرضى مع هويتهم الذاتية , وقد أثبت نمط التدخل المستخدم تحسن فهم المرضى للجوانب الخاصة بالصرع مع عدم تأثر الهوية الذاتية بهذا البرنامج .

وقد قام كراكو وآخرون (Krakow et al, 1999) بدراسة أساليب المواجهة لنوبات الصرع المستعصية. تكونت عينة الدراسة من 40 مريضاً يعانون من نوبات الصرع العامة (21 من الذكور- 19 من الإناث) , وقد تراوح أعمارهم ما بين 20-45 سنة, ومتوسطه 36.6 سنة. تم تطبيق 3 مقاييس (اختبار للاكتئاب و اختبار أساليب المواجهة واختبار وجهة الضبط وقائمة المقابلة لقياس التكيف النفسي والاجتماعي) وكان متوسط سنوات التعليم 8-19 سنة. تم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرض (طول فترة المرض 3 سنوات على الأقل, و تكرار النوبات تم تقسيمها إلى أربع مجموعات 1- نوبة واحدة بالشهر - 2-4 نوبات بالشهر - 5-20 نوبة بالشهر – أكثر من 20 نوبة في الشهر) , وقد طلب من المرضى أن يكملوا استبيان لتقدير الذات من خلال مقابلة نصف مقننة.

أوضحت نتائج الدراسة وجود ارتباط دال بين تكرار النوبات والمستويات المرتفعة من الاكتئاب وسوء التكيف النفسي والاجتماعي. كذلك أشارت النتائج إلى أن استخدام أساليب المواجهة المختلفة ترتبط بمستويات التعديل العاطفي ; لذلك تعد التدخلات النفسية لها أهميتها في جعل أساليب المواجهة فعالة في علاج المرض .

دراسة سبكتور وآخرون (Spector et al 1999) عن اختبار كفاءة التدخل الجماعي قصير المدى المعتمد على أساليب نفسية في إدارة النوبات الصرعية لدى عينة من الراشدين ذوي التحكم الضعيف في الصرع.

تكونت عينة الدراسة من سبعة راشدين , يعانون من نوبات الصرع المستعصية للعلاج بالعقاقير, شاركوا في 8 جلسات علاجية بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً. وقد احتوت الجلسات على تزويد

المرضى بمعلومات خاصة بالصرع، واستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي لمواجهة الصعوبات الانفعالية التي تواجه المرضى وخصوصا فنيات إعادة البناء المعرفي.

كان يتم أثناء الجلسات تسجيل تكرار النوبات أسبوعيا ، وقدمت خمسة مقاييس للسواء النفسي الاجتماعي، قبل البرنامج وبعده ، وفي خلال فترة المتابعة التي استمرت شهرين بعد نهاية البرنامج.

ولم توجد فروق في الأداء على المقاييس الخاصة بالسواء النفسي الاجتماعي ، ويقترح الباحثون أن التدخل الجماعي القائم على أساليب نفسية، مثل العلاج المعرفي السلوكي، ممكن أن يكون فعالا في تحسين التحكم في النوبات.

كما أشار ولف واكيوجفا (Wolf & Okujava, 1999) إلى فعالية برنامج لتقييم تأثير التدخل غير الطبي كبديل لعلاج مرضي الصرع ، وأوضح إمكانية العلاج من دون عقاقير من خلال دراسة مقارنة بين مجموعتين ،مجموعة تعالج من دون عقاقير طبية، ومجموعة أخرى تعالج بواسطة عقاقير. هدفت الدراسة إلى وقف النوبات البورية والسيطرة على العوامل الاستفزازية للنوبات. وتكونت العينة من 25 مريضا { 9 من الذكور- 16 من الإناث } ، وقد تراوح أعمارهم ما بين 16-45 سنة، وتشتمل الحالات علي (12 مريضا يعانون من نوبات الصرع العامة مجهولة السبب و 11 مريضا يعانون من نوبات الصرع المتمركز في بؤرة محددة – 2 يعانون من نوبات الصرع البورية)، وتضمن العلاج من دون عقاقير تعديل المثيرات مثل مشاهدة التلفزيون من مسافة بعيدة وأن تكون إضاءة الغرفة مناسبة واستخدام شاشات ملونة صغيرة وليس عدسات تخفض من تأثير المثيرات المحفزة للنوبة؛ ليحموا أنفسهم من المثيرات البيئية المحيطة بهم من خلال تصميم برنامج يجعل الفرد أقل حساسية وأقل إثارة ، وتحاول الدراسة التحكم في بعض المحفزات البيئية التي تؤدي لحدوث النوبات (ساعات النوم- عد تناول الكحول- النظافة- نظام التغذية- تقليل الإجهاد العاطفي- مشاهدة TV) وقد أشارت نتائج الدراسة إلي فعالية تطبيق البرنامج في خفض تكرار النوبات بعض الشيء.

وقد قام بيربك وآخرون (Birbeck et al, 2002) بخفض تكرار النوبات عن طريق تحسين جودة الحياة لدى مرضى نوبات الصرع الجزئية المركبة المقاومة للعلاج الطبي.

تكونت عينة الدراسة من 134 مريضا راشدين متوسط أعمارهم 38.2 سنة ، ويحدث لهم تكرار في النوبات شهريا من 3-6 نوبات، وقد تم الحصول على العينة من العيادات الخارجية بمراكز معالجة الصرع مشخصة بواسطة رسم المخ الكهربائي والتأكد من أنها لا تعاني من أي أمراض أخرى بالدماغ .

تم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (طول فترة المرض- تكرار النوبات – تذكر بداية النوبات عند حدوثها) وتم تطبيق اختبار جودة الحياة لدى مرضي الصرع 31 بندا واختبار جودة الحياة لدى مرضي الصرع 89 بندا ، كما قام المرضى باستخدام مفكرة لتسجيل تكرار النوبات خلال الأسابيع الأخيرة وفي مرحلة المتابعة لمدة 28 أسبوع.

أوضحت النتائج أن تحسين جودة الحياة أدى إلى خفض تكرار النوبات لدى 22 مريضا، ف

(16%) أصبحوا خاليين من النوبات بنسبة 100% و 18 مريضاً (13%) انخفض تكرار النوبات بنسبة تصل إلى 75-94% ، و 33 مريض (25%) انخفض تكرار النوبات بنسبة تصل إلى 50-74% ، 61 مريضاً (46%) انخفض تكرار النوبات بنسبة تصل إلى 50% .

وقد أجرى ناجيا وآخرون (Nagia et al, 2004) دراسة للتحكم في تكرار النوبات لدى البالغين من مرضى الصرع باستخدام التغذية الرجعية البيولوجية لاستجابة الجلد الكهربائي، وتشير الدراسة بالإضافة إلى العلاج بالعقاقير أو الجراحة بضرورة التدخلات السلوكية التي يمكن أن تعدل من الحالة الانفعالية والإثارة اللاإرادية الخارجية التي لها دور في تكرار النوبات.

تكونت عينة الدراسة من 18 مريضاً مشخصين بواسطة رسام المخ الكهربائي تراوح العمر ما بين 16-60 سنة وكانت طول فترة المرض أكثر من سنتين، ومعدل تكرار النوبات من 2-3 نوبات بالشهر على مدى 3 شهور متتالية. وكان جميع المرضى يعالجون باستخدام عقار كاربازمبين، ويستثنى من الدراسة المرضى الذين يعانون من صعوبات في التعلم أو ألم حاد بالرأس أو تاريخ للمرض النفسي أو من يواجه صعوبة في أخذ الدواء المضاد للصرع.

تم تقسيم العينة إلى مجموعتين : الأولى تجريبية والأخرى ضابطة ، وقد تكونت جلسات البرنامج من 12 جلسة بواقع 3 جلسات أسبوعياً حيث استغرقت كل جلسة 30 دقيقة ، وقد تم استخدام تغذية رجعية دقيقة للمجموعة التجريبية ، أما بالنسبة للضابطة فقد استخدمت تغذية رجعية زائفة حيث يتم عرض مجموعة من الصور المتحركة على شاشة الكمبيوتر لزيادة مستوى اليقظة، وتم إجراء متابعة لمدة 3 شهور وطلب من المرضى عمل مذكرات لتسجيل النوبات لمدة 3 شهور، أوضحت نتائج الدراسة وجود تحسن في خفض تكرار النوبات بعد شهر من المعالجة بالتغذية الرجعية. حيث انخفض تكرار النوبات أثناء فترة العلاج ، وبعد فترة المتابعة لدى أكثر من 50% مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وقد قام جولد ستين وآخرون (Goldstein et al, 2005) بدراسة تهدف إلى فحص أساليب المواجهة والحالة النفسية والوجود الأفضل لدى مرضى نوبات الصرع.

تكونت عينة الدراسة من 43 بالغاً (25 من الإناث- 15 من الذكور) يعانون من نوبات الصرع المزمنة. ومتوسط أعمارهم 17.73 سنة، ومتوسط طول فترة المرض 18.34 سنة. تم تطبيق مقياس أساليب المواجهة واختبار إدراك المرضى لمرضهم وتم استبعاد الحالات التي ينتشر فيها الخلل العقلي والحالات التي أجرى لها جراحة لعلاج الصرع، كما تم استبعاد من تراوحت نسب ذكائهم إلى أقل من 70%. وتم تحديد تكرار النوبات في الأربعة أسابيع الأخيرة (11 نوبة) ، كما تم تقسيم أساليب المواجهة إلى 8 أبعاد ، أربعة منها وصفت بأنها أساليب مواجهة إيجابية (الدعم الاجتماعي- حل المشكلات- تحمل المسؤولية – إعادة البناء المعرفي). وأربعة منها وصفت على أنها أساليب مواجهة سلبية (التجنب- لوم الذات- الاستبعاد -تحدى الضبط الذاتي).

وقد أوضحت نتائج تحليل الانحدار المتعدد استخدام المرضى لإستراتيجية التجنب والهروب ولوم الذات وانخفاض نسبي في استخدام أساليب المواجهة الايجابية ؛ مما أدى لزيادة القلق والاكتئاب

بشكل مثير للانتباه ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن استخدام فنية إعادة البنية المعرفية وحل المشكلات تعان من أساليب مواجهة الصرع وترتبطان بتدني مستوى القلق والاكتئاب. قد قام ليفن وآخرون (Livneh et al, 2001) بدراسة تهدف إلى تقصى دور أساليب المواجهة في التكيف النفسي والاجتماعي وخفض الضغوط التي تنشأ بعد الإصابة بالصرع. وقد أوضحت الدراسة أهمية استخدام أساليب المواجهة الإيجابية التي تقلل من الضيق النفسي وخفض أعراض القلق و الاكتئاب مثل (إعادة البناء المعرفي- التركيز على حل المشكلة بدلاً من الهروب- تعلم الحيلة- فعالية الذات) والبعد عن استخدام أساليب المواجهة السلبية مثل (لوم الذات – الإنكار والتجنب) لأنها تؤدي إلى زيادة الإحساس بوصمة العار ، والقلق، والاكتئاب ، و ضعف الوظائف النفسية والاجتماعية وانخفاض تقدير الذات.

كما قام بيازيني (piazzini, 2007) بدراسة أساليب المواجهة وارتباطها بالوظائف النفسية والاجتماعية لدى مجموعتين من المرضى. المجموعة الأولى: مكونة من 50 مريضاً يعانون من نوبات الصرع التي لا تستجيب للعلاج بالأدوية. المجموعة الثانية: مكونة من 50 مريضاً بالصرع المسيطر عليه بشكل جيد.

وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق دالة بين مجموعات المرضى حيث أظهرت المجموعة الأولى أن إستراتيجية الإنكار والاستبعاد كانت أكثر استخداماً عند مستوى دلالة 0.05 بينما استخدمت المجموعة الثانية إستراتيجية الضبط، ويوجد ارتباط دال بين أنماط التحرر على وفق النواتج الاجتماعية بينما ارتبط الضبط بالتكيف الاجتماعي الأفضل.

دراسة سكينين (Schonbein, 1998) هدفت هذه الدراسة تقييم فعالية برنامج للضبط الذاتي لتحسين السيطرة على نوبات الصرع المستعصية (العنيدة) باستخدام طرق نفسية. وتكونت العينة من 16 مريضاً (9 من الذكور -7 من الإناث) قسمت 9مراهقين يتراوح أعمارهم بين (12-17 سنة) و7 بالغين يتراوح أعمارهم بين (21-43 سنة).

تم تدريبهم على الضبط الذاتي لتحسين جودة الحياة، وتم متابعة المرضى قبل البرنامج بشهر ؛ لتسجيل تكرار النوبات والإشارات التحذيرية التي تسبق النوبة في مرحلة الهالة كالإحساس بدغدغة في الذراع الأيسر، وتم الحصول على العينة مشخصة بواسطة رسم المخ الكهربائي والتأكد من أنها لا تعاني من أى أمراض أخرى بالدماغ ، وتم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (طول فترة المرض 5 سنوات على الأقل – يعانون من 4 نوبات شهرياً بحد أدنى – تذكر بداية النوبات عند حدوثها)

اشتمل تدريب الضبط الذاتي علي ملاحظة الذات التي استهدفت تمييز الإشارة التحذيرية¹⁰⁵ في بداية حدوث النوبة (الهالة) والإحساس المنذر بقدوم النوبة¹⁰⁶ والعوامل المثيرة

¹⁰⁵Warning signal)

¹⁰⁶The ‘aura’ or other feelings or warning)

لتطوير النوبات، وإيجاد إجراءات مضادة (إجراءات سلوكية مباشرة لقطع¹⁰⁷ النوبة في بداية حدوثها باستخدام إستراتيجية التجنب واشتمل برنامج الضبط الذاتي على 20 جلسة ، تم تعليم المريض كيف يصبح أكثر حساسية للإشارات التحذيرية التي تؤدي إلى إثارة النوبات. بعد ذلك تم إجراء متابعة دامت 12 شهرا بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ؛ للتحقق من تكرار النوبات على المدى البعيد واستخدام المريض للضبط الذاتي واستخدام تمرينات التنفس وغلق العينين بإحكام وحديث الذات : أنا لا أريد أن يكون عندي نوبة الآن- أنا لست بحاجة إلى نوبة.

وقد أشارت النتائج إلى أن (8 مرضى حصلوا على 80-100% تخفيض في تكرار النوبات - 3 مرضى خاليين من النوبات حتى 5 سنوات -3 مرضى تحسن السيطرة على نوباتهم من 50-60% -مريض واحد خال من النوبات لمدة 30 شهر) كما أوضحت النتائج أنه يمكن التحكم في النوبات عن طريق التحكم في الضغوط ، كذلك استطاع المرضى تخفيض جرعة العلاج بعد استخدام أساليب الضبط الذاتي.

كما أوضحت النتائج أن تأثير العلاج بالضبط الذاتي ظهر بعد 6 شهور من المتابعة الأولى في أكثر الحالات ، كما أوضحت أنه بعد 12 شهرا 70% تقريبا من المرضى قادرين على تحسين السيطرة على النوبات إلى درجة كبيرة وبعيدة المدى بعد أن عاشوا سنوات من العلاج الفاشل بالعقاقير تمكنوا من السيطرة باستخدام الإجراءات السلوكية.

دراسة اندروس وريتر (Andrews & Reiter, 2000) عن استخدام نموذج التحكم الذاتي مع مرضى نوبات الصرع الجزئية وتلقى المرضى في هذه الدراسة برنامج علاجي على امتداد نموذج التحكم الذي تم تطويره بواسطة برنامج (ريتر واندروز لأبحاث الصرع Reiter and Andrews) research program وقد تم اختبار أفراد العينة طبقا لعدة معايير، منها عدم الإصابة بأى إعاقات عقلية، وتعاطي مضادات الصرع، وقد تم تحديد 44 مريضا، انطبقت عليهم هذه المعايير، وقد تم تقسيمهم مجموعات حيث المجموعة الأولى من 21 مريضا يعانون من خلل في الفص الأيمن، والمجموعة الثانية 23 مريضا يعانون من خلل في الفص الأيسر، واستمر العلاج لمدة خمسة أيام، مع وجود اتصال هاتفي بعد نهاية الدراسة استمر طوال ستة أشهر كفترة متابعة، وقد قام المرضى أثناء الدراسة الأساسية بتسجيل النوبات أول بأول.

وقد أظهرت النتائج أن البرنامج له فوائد متعددة في الإدارة الذاتية لنوبات الصرع حيث استطاع 79% من أفراد العينة خفض النوبات وإدراك 64% منهم كيفية الربط بين الحالة الانفعالية والنوبات.

كما قام ريتر واندروز (Reiter & Andrews, 2000) بدراسة تهدف إلى التحقق من فعالية برنامج سلوكي لخفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة لدى مرضى نوبات الصرع الجزئية المركبة.

تكونت عينة الدراسة من 11 مريضا بالغاً، لا يستطيعون السيطرة على نوباتهم ، وقد تراوح العمر

ما بين 19-58 سنة، يعانون من تكرار في النوبات من قبل بدء العلاج السلوكي بمقدار 1-15 نوبة بالشهر.

تضمنت التدخلات السلوكية لمنع تعاقب النوبة المبكرة (التنفس العميق- إعادة البناء المعرفي) لزيادة الوعي الذاتي والسيطرة على النوبة وتحسين العلاقات مع الأفراد في العائلة والزملاء في العمل، و المنافع الإضافية للبرنامج تخفيض جرعات الدواء.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن تكرار النوبات بعد العلاج السلوكي كان بمقدار صفر لدى تسعة من المرضى ، حيث مر كل مريض بتحسين مهم في جودة الحياة أثناء فترة العلاج وفي مرحلة المتابعة لأن تحسين جودة الحياة مكمل ضروري للسيطرة الجيدة على النوبات.

كما أجرى مكيلي وآخرون (Mcauley, Long, Heise, Kirby & Buckworth, 2001) دراسة

لبحث مدى فعالية برنامج تمريني للعلاج السلوكي والإكلينيكي لدي مرضي الصرع وقد أشار البرنامج التمريني إلي أهمية التحسن في النتائج السلوكية للعناية بالمرضي وكيف أن الإصابة بمرض الصرع تثبط من عزيمة المرضي من ناحية المشاركة في الألعاب الرياضية والتمرين ، إضافة إلي شكوى مرضي الصرع في أغلب الأحيان من الإعياء- الاستعمال المزمن للعقاقير المضادة للصرع- الضغوط والعزلة الاجتماعية ، وهذه الشكاوي تكون عاملاً أساسياً في تكرار النوبات.

تكونت عينة الدراسة من 28 مريضاً بالصرع ، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة تراوح العمر بين 16- 60 سنة ، تم اختيارهم بشكل عشوائي، وتم إجراء قياس لمعدل تكرار النوبات لمد 4 أسابيع قبل بدء البرنامج العلاجي، وقد استغرقت الدراسة 12 أسبوعاً أوضحت نتائج الدراسة تحسناً هائلاً في جودة الحياة والحالة المزاجية مع نهاية تطبيق البرنامج ، كما أوضحت النتائج أن تقدير الذات المنخفض يرتبط بالقلق والاكتئاب والخوف عند المرضي ، وتقدير الذات يعد أحد المؤشرات الرئيسة المرتبطة بجودة الحياة .

كما أجرى نوكر و هافكمب (Noeker & Haverkamp, 2001) دراسة بعنوان: أثر التدريب

على العلاج السلوكي المعرفي لتقليل الخوف من المثيرات المرعبة¹⁰⁸ التي تتسبب في حدوث النوبة لدى طفل يعاني من النوبات الجزئية المركبة ، وقد بلغ عمره 12 سنة .

تم تدريبه على أسلوب التعرض المباشر من خلال استخدام فنية التحصين التدريجي¹⁰⁹ وكان يتم بزيادة التعرض لشاشة الكمبيوتر والتلفزيون من دون خوف عن طريق التحكم في زر غلق الشاشة والتحكم في المشاهدة باستخدام الريموت كنترول مع الالتزام بتناول العلاج الطبي .

تكونت جلسات البرنامج من 16 جلسة ، تم استخدام إجراء مضاد في بداية النوبة المندفعة أدت المعالجة إلى إزالة الخوف والردود الراهبية. حيث كان الطفل يعاني من سلوك التجنب ليس فقط أمام

شاشات الحاسوب و TV لكن في جميع الأماكن مثل : المكاتب و الأسواق و غرف الجلوس و مراكز التسوق التي قد تواجهه فجأة بمصدر غير متوقع للمثيرات الضوئية، تكونت خطوات البرنامج من مرحلتين: المرحلة الأولى: تعلم رد القلق أثناء حدوث المثير الضوئي الذي يسبب الهجوم الصرعى.

المرحلة الثانية: تعريض المريض نحو المحفزات المثيرة للقلق بدلا من تجنبها والهروب منها. تم استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة في فنية الاسترخاء التدريجي للعضلات وفنية التخيل¹¹⁰ وملاحظة الذات¹¹¹ والتنظيم الذاتي وإستراتيجيات المواجهة ، وقد أوضحت نتائج الدراسة قدرة المريض على فقدان الخوف المتعلق بالنوبة بالكامل باستخدام فنية التعرض والتحصين التدريجي. و هذه الاجراءات من الممكن أن تسهل التحكم في النوبة بعد تلقى العلاج الطبي المناسب.

كذلك قام سبكتور وآخرون (Specter et al, 2001) بملاحظة تقييم الضبط الذاتي المرتفع والمنخفض للنوبات الصرعية، وهدفت الدراسة إلى تمييز المتغيرات الديمجرافية والنفسية المرتبطة بالضبط الذاتي المرتفع والمنخفض للنوبات الصرعية.

تكونت عينة الدراسة من 100 مريض (41 من الذكور-59 من الإناث)، يعانون من نوبات الصرع المستعصية ، وقد تراوح أعمارهم بين 18-65 سنة ، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين من خلال مقابلة أجريت مع المرضى ، وتم المقارنة بينهم في المتغيرات الديموجرافية و الصرع والخصائص النفسية .

تم تشخيصهم بواسطة رسام المخ الكهربائي من داخل العيادات الخارجية للصرع طبقا للمعايير الآتية:- (تشخيص إيجابي للصرع-تكرار النوبات أربع نوبات صرع شهريا على الأقل- نسبة الذكاء 80%- لا يوجد تاريخ لأي إجراء جراحي بالمخ لمعالجة الصرع) .

تم إجراء مقابلة نصف منظمة ، وجهاً لوجه، حيث تضمنت الأسئلة: طبيعة المرضى وإرادتهم لتفادى النوبات المتهورة والقدرة لإجهاض وتجنب النوبات، والأجوبة التي تم الحصول عليها كانت تستعمل لتصنيف المرضى الى مجموعتين ،مجموعة لديها قدرة عالية على الضبط الذاتي و مجموعة لديها قدرة منخفضة على الضبط الذاتي وقد أوضحت نتائج الدراسة أن عدداً من المشاركين الذين لديهم ضبط ذاتي منخفض للنوبات عادة ما يرتبط بالتعب والتوتر والاكتئاب و الغضب والضجر.

أظهرت النتائج أيضا أن ارتفاع نسبة الأشخاص المستخدمة للضبط الذاتي المرتفع مقارنة بمن يستخدمون الضبط الذاتي المنخفض يرجع إلى تاريخ الصرع وتكرار النوبات الكلى **كما أجرى برامكا وآخرون (Pramuka et al,2007)** دراسة استطلاعية لمعرفة مدى فعالية برنامج نفسي اجتماعي لإدارة الذات وتحسين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى البالغين مرضى الصرع.

تكونت عينة الدراسة من 55 مريضاً بالصرع المشخص، وقد تراوح أعمارهم بين 21-79 سنة ، ومتوسطه 48.89 سنة، ومتوسط السن عند بداية الإصابة بالنوبة 22.5 سنة ، وقد تضمنت الإجراءات اختبار لقياس جودة الحياة لدى مرضى الصرع واختبار وجهة الضبط واختبار فعالية الذات.

صمم التدخل من أجل تحسين فعالية الذات من خلال عدد من الأهداف منها: العناية الطبية وتخفيض الضغوط و تحسين جودة الحياة.

تسلم كل مشارك استمارة مكتوبة لتسجيل ردود أفعالهم كل جلسة ، وبعد ذلك تم مناقشة كل موضوع، وقد استغرق تطبيق البرنامج 6 أسابيع.

أشارت نتائج الدراسة إلى فروق لصالح المجموعة التجريبية في جودة الحياة وفعالية الذات. كما أوضحت فعالية البرنامج في تحسين جودة الحياة وإدارة الذات

****دراسات تناولت بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى الصرع:***

أجرى لهرنر وآخرون (Lehrner, Kalchmayr, Serles, Olbrich & Pataraia, 1999) دراسة تهدف إلى تقييم جودة الحياة والاضطرابات المزاجية لدى مرضى صرع الفص الصدغي المقاوم طبياً.

تكونت عينة الدراسة من 56 مريضاً شخّصوا بواسطة رسم المخ وأشعة الرنين المغناطيسي ، وقد تم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (السن عند بداية النوبة و طول فترة المرض و الدواء المستخدم و نوع النوبة و تكرار النوبة) ، كما تم ضبط المتغيرات الديمغرافية وقياس معامل الذكاء وإحداث الحياة اليومية الكثيرة و اضطراب المزاج وجودة الحياة.

أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والاكتئاب. وبعد الاكتئاب عاملاً منبئاً لسوء جودة الحياة ، وهذا يؤكد أهمية الحالة المزاجية في خفض أو رفع جودة الحياة.

كما أشارت النتائج أيضاً إلى تأثير طول فترة المرض وتكرار النوبات والسن وتصلب منطقة قرن آمون على الاكتئاب وجودة الحياة عموماً، وتوصى الدراسة بعمل برامج تهدف إلى زيادة معرفة الأمراض النفسية والفوائد الاجتماعية الناتجة عن تحسين الحالة المزاجية وجودة الحياة.

وأشار بيازيني وآخرون (piazzini et al.. 2001) إلى أهمية دراسة العلاقة والتفاعل بين القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع .

تكونت عينة الدراسة من 320 مريضاً تتراوح أعمارهم بين 18-50 سنة ، وتم تقسيمهم إلى (150 مريضاً بالغ ، يعانون من نوبات الصرع الجزئية، و100 مريضاً يعانون من نوبات صرع مجهولة السبب، و70 مريضاً يعانون من نوبات صرع عامة) ، وكان متوسط التعليم فوق المدرسة الابتدائية ، وقد شخّصوا بواسطة رسم المخ وأشعة الرنين المغناطيسي، وتمت المجانسة بين العينات في (لا أحد يعاني من أمراض نفسية أو عقلية) ، وكانت الاختبارات المستخدمة: اختبار تقدير للحالة المزاجية واختبار زنج للتقدير الذاتي للاكتئاب واختبار التقدير الذاتي للقلق واختبار المصفوفات

المتابعة لرافن.

وأوضحت نتائج الدراسة ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى نوبات الصرع الجزئية مقارنة بباقي المجموعات، ولا توجد فروق بين الذكور والإناث في القلق والاكتئاب، كم أشارت إلى عدم وجود ارتباط دال بين تكرار النوبات وبداية الصرع واستبيان الحالة المزاجية. كما ذكرت الدراسة أن اضطرابات المزاج قد تكون توضيح للتغيرات في وظيفة الدماغ.

كذلك اهتم جونسون وآخرون (Johnson et al, 2004) بدراسة التأثير النسبي للقلق والاكتئاب

على جودة الحياة لدى مرضى الصرع.

تكونت عينة الدراسة من 87 مريضاً يعانون من نوبات صرع الفص الصدغي، تراوح العمر من 18 سنة فيما فوق، وتكمن الاختبارات المستخدمة في القياس في: اختبار هاملتون للقلق والاكتئاب واختبار جودة الحياة، وقد تم الحصول على المعلومات الخاصة بالمرضى مثل: (السن عند بداية النوبة و طول فترة المرض و الدواء المستخدم و نوع النوبة و تكرار النوبة و شدة النوبة) من السجلات الخاصة بالمرضى، وقد تراوحت معاملات الذكاء فوق 69%، وجميع المرضى حاصلون على الشهادة الابتدائية في التعليم المدرسي.

وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود ارتباط دال بين القلق والاكتئاب وانخفاض جودة الحياة وبشكل مستقل هناك عدة عوامل تعلقة بانخفاض جودة الحياة مثل: تكرار النوبة و طول فترة المرض وشدة النوبة.

كذلك أظهرت النتائج أن النسب المتزايدة للاضطرابات النفسية والمزاجية لها تأثيرات مضادة على جودة الحياة. كما تشير النتائج إلى أن المزاج والقلق عوامل قوية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في دراسة جودة الحياة لدى مرضى الصرع، وهناك ضرورة لوجود تدخلات لخفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض وتتضمن العلاج بالعقاقير أو العلاج بالتحليل النفسي.

وقد قام سترين وآخرون (Strine, Kobau, Chapman, Thurman, Price, & Balluz, 2005)

بدراسة الضيق النفسي¹¹² والاضطرابات النفسية المصاحبة وجودة الحياة لدى مرضى الصرع في الولايات المتحدة الأمريكية، وتم تحليل بيانات مجموعة من البالغين من مرضى الصرع، يتراوح أعمارهم بين 18 سنة فيما فوق. وتشير نتائج الدراسة إلى وجود احتمالات كبيرة جداً للبطالة لدى الأشخاص مرضى النوبات الصرعية مقارنة بالأسوياء وقد تم فحص العلاقة بين جودة الحياة والاضطرابات النفسية المصاحبة، وأوضحت النتائج أن حوالي 1.4% من البالغين من مرضى الصرع يعانون من مستويات عالية من الألم والأرق والضيق النفسي واليأس ومشاعر الحزن والعصبية وانعدام القيمة.

وتكشفت النتائج أيضاً عن وجود احتمالات عدة لحدوث التهاب بالمفاصل وصداع حاد وآلام بالظهر وربو وجلطة وسرطان ومستوى عال من الخمول الطبيعي لدى حوالي 37%.

كما أجرى كل من ثابر وروند وهارولد (Thapar, Roland & Harold, 2005) دراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب وتكرار النوبات ، والعكس وأيهما السبب في حدوث الآخر. تكونت عينة الدراسة من 1255 مريضاً بالصرع النشط (580 من الذكور-629 من الإناث) ومتوسط أعمارهم 49.6 سنوات، وقد تم الحصول على معدل تكرار النوبات في آخر سنتين من السجلات الطبية ، و تم تطبيق اختبار هاملتون لقياس القلق والاكتئاب واختبار جودة الحياة واختبار تقدير الذات.

أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة موجبة بين تكرار النوبات وأعراض الاكتئاب ، وهذه الأعراض لها تأثيرات مهمة في المستقبل. والتركيز على معالجة الاكتئاب سوف يؤدي إلى تحسين التحكم في النوبات

وقد قام جرنيب وآخرون (Grzyb, drzejczak, ska , & Fiszer 2006) بدراسة تهدف إلى فحص خطورة أعراض الاكتئاب على مرضى الصرع. أجريت الدراسة على عينة مكونة من 203 مريضاً بالصرع (117 إنثى- 86 ذكور) تراوح عمر العينة بين 18-50 سنة ، وقد تم تجنيدهم من العيادات الخارجية ومراكز معالجة الصرع، و تم فحص المخ بالرنين المغناطيسي ورسم المخ الكهربائي، وكانت أعراض الاكتئاب شكاوى جسدية مثل (الأرق أو فقدان الشهية) واضطرابات عاطفية (مزاج ناقص و أفكار انتحارية وقلق) ، وقد أوضحت نتائج الدراسة أنه يوجد 100 مريضاً بنسبة 49.2% يعانون من الاكتئاب المتداخل. و 76 منهم بنسبة 37.4% كان لديهم اكتئاب حاد. و 24 منهم بنسبة 11.8% كان لديهم اكتئاب معتدل. وتشير الدراسة إلى أن مرضى الصرع المكتئبين لديهم ارتفاع في تكرار النوبات مقارنة بالمرضى غير المكتئبين.

كذلك أشارت النتائج إلى مساهمة العقاقير المضادة للصرع والعوامل النفسية الاجتماعية في حدوث الاكتئاب، كما وضحت أن أغلب مرضى الصرع كثيراً ما ينغزلون اجتماعياً عن الآخرين بسبب سوء الحالة المزاجية المتسبب فيها المرض.

كما قام كل من سوندا وسلجادو (Sauza & Salgado, 2006) بدراسة القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع وعلاقة الصرع بالمتغيرات النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى فهم كيفية ضبط النوبات.

تكونت عينة الدراسة من 60 مريضاً تم تقسيمهم إلى (28 ذكراً -32 إنثى) ، يعانون من مرض الصرع، ومجموعة ضابطة من أقارب المرضى المرافقين لهم لا يعانون من أى مرض عقلي أو نفسي، وقد تكونت هذه المجموعة الضابطة من 60 من الأصحاء (20 ذكراً -40 إنثى)، وقد تراوح عمر العينة بين 20-40 سنة. تم ضبط المتغيرات الخاصة بالمرضى (السن عند بداية النوبة - طول فترة المرض - الدواء المستخدم - نوع النوبة - تكرار النوبة) ، كما تم ضبط المتغيرات الديمجرافية (السن - المستوى التعليمي - المستوى الاقتصادي والاجتماعي - المستوى المهني) وتم

الحصول على المعلومات من التقارير الطبية ، كما تم تقسيم المرضى إلى 51 مريضاً يعانون من النوبات الجزئية، و34 مريضاً يعانون من النوبات العامة، و9 مريضاً يعانون من النوبات الثانوية. وقد تم إجراء مقابلة نصف مقننة تحتوي على 10 أسئلة عن السمات الشخصية (مفهوم الذات – القدرة على امتلاك النوبات – فهم الدعم الاجتماعي – مشاكل أخرى) ، كما تم تطبيق اختبار (بيك) لقياس الاكتئاب والاختبار القلق كحالة وسمّة.

أوضحت نتائج الدراسة شيوع القلق والاكتئاب لدى مرضى الصرع، كما أوضحت النتائج أن مرضى الصرع كانوا يعانون من صعوبات في العمل والدراسة والراحة والعلاقات الشخصية ، وذلك بسبب ضعف القدرة على التحكم في النوبات الصرعية.

ولقد أجرى سبرلينج وآخرون (Sperling, Schilling, Tracy & Asadi-Pooya 2008)

دراسة تهدف إلى فهم النوبات المتهورة وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب ووجهة الضبط لدى عينة من مرضى الصرع. وكان الهدف الأساس للدراسة تقرير اعتقاد المريض بأن نوبته حدثت بسبب العوامل الخارجية أو الداخلية المتعلقة بالقلق والاكتئاب ووجهة الضبط.

تكونت عينة الدراسة من 200 مريضاً بالغ ، وقد تراوح عمر العينة بين 18 سنة فيما فوق. وكان هؤلاء المرضى يعانون من نوبات الصرع منذ سنة من المترددين على العيادات الخارجية لعلاج الصرع، كما تم ضبط المتغيرات الديمجرافية (السن و الجنس و المستوى التعليمي و سيطرة النوبة). أشارت نتائج الدراسة إلى وجود 131 مريضاً لديه نوبات متهورة ، حيث وجدت علاقة بين الإجهاد 49.5% وقلة النوم 35.5% والإعياء بالآثار النفسية 32.5%. كذلك أشارت الدراسة إلى أهمية البرامج والتدريب حيث يشجع المرضى على الإحساس بالسيطرة على ذاتهم وتخفيف القلق والاكتئاب لديهم.

التعليق على الدراسات السابقة

يتضح من عرض الدراسات السابقة ومراجعة الأدب النظري الآتي:

- 1- وجود اتفاق بين نتائج الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة في شيوع اضطراب القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات وانخفاض جودة الحياة لدى مرضى نوبات الصرع المقاومة للعلاج الطبي (المستعصية) بصفة خاصة ولمرضى الصرع بصفة عامة.
- 2- لا توجد دراسات عربية في حدود علم الباحثة تناولت فعالية العلاج السلوكي المعرفي لخفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة لدى مرضى نوبات الصرع المستعصية.
- 3- اتفقت الدراسات السابقة التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لأهميته في خفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة لدى مرضى نوبات الصرع المستعصية، كما في دراسة كيل وآخرون (Cull et al, 1996) دراسة سكينين (Schonbein, 1998) ريتير واندروس (Reiter & Andrews, 2000)

- 4- هناك دراسات تناولت تأثير متغيرات نفسية كالقلق والاكتئاب ذات علاقة بالنوبات، مثل : تان وبيرنى (Tan & Bruni, 1986) و جيلهام (Gillham, 1990) و دراسة (بيسى وآخرون Becu et al, 1993) ودراسة(فوتس وآخرون Fouts et al, 1995) ، دراسة سبكتور وآخرون Spector et al 1999) وقد أجمعت هذه الدراسات على أن علاج الجوانب النفسية ينتج عنه انخفاض في معدل تكرار النوبات.
- 5- نسبة كبيرة من المصابين بالصرع يحدث لديها استجابات تحذيرية قبل النوبة و أوضح التحليل النفسي أن بعض أنواع النوبات تحدث كرد فعل للعوامل النفسية، وفي مثل هذه الحالات يمكن استخدام إجراءات نفسية مثل التدريب على الاسترخاء وإستراتيجيات التعديل المعرفي للسلوك.
- 6- تعد الدراسة الحالية من الدراسات التي اهتمت بتطوير برنامج علاجي لخفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة وخفض الإحساس بوصمة العار والاضطرابات النفسية المصاحبة ورفع تقدير الذات للتحكم في النوبات لدى البالغين مرضى نوبات الصرع المستعصية.
- 7- اتفقت الدراسات السابقة على أن برامج العلاج النفسي لا يوجد لها تأثيرات جانبية مثل: العلاجات الكيميائية.
- 8- اتفقت الدراسات السابقة على أن المهارات المكتسبة من خلال الجلسات العلاجية تضيف أبعادا جديدة للشخصية لم تكن موجودة

فروض الدراسة

- 1- توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء على الاختبارات الآتية : (القلق و الاكتئاب و جودة الحياة و تقدير الذات والضبط الذاتي و أساليب المواجهة) في القياس البعدي للبرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية.
- 2- توجد فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في خفض معدل تكرار النوبات ، وذلك في القياس البعدي للبرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية .
- 3- لا توجد فروق جوهرية بين أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج وذلك على الاختبارات الآتية : (القلق و الاكتئاب و جودة الحياة و تقدير الذات والضبط الذاتي و أساليب المواجهة) ومعدل تكرار النوبات.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- 1-التصميم المنهجي للدراسة
- 2-عينة الدراسة
- 3-أدوات الدراسة
- 4-الإجراءات التطبيقية للدراسة
- 5 - الأساليب الإحصائية المستخدمة

يتناول هذا الفصل الخطوات التي قامت بها الباحثة في الدراسة الحالية حيث يوضح الاختبارات المستخدمة والبرنامج العلاجي المستخدم على مرضى الصرع.

1. التصميم المنهجي للدراسة

تصنف الدراسة الحالية ضمن الدراسات التجريبية التي تعتمد على المنهج التجريبي ، ويقوم التصميم التجريبي في الدراسة الحالية على ما يلي:
المتغير المستقل وهو البرنامج المعرفي السلوكي ، والمتغير التابع وهو الاضطرابات النفسية المصاحبة ، وكذلك معدل تكرار النوبات.

عينة الدراسة:

تكونت عينة¹¹³ الدراسة من 12 مريضاً ، تراوحت أعمارهم بين (20-50) سنة ، وتم تقسيمهم مجموعتين:

- أ- مجموعة تجريبية (ن=6) مريضاً (4 من الذكور - 2 من الإناث)، ومتوسط أعمارهم 29.16 ، ومتوسط السن عند بداية الإصابة بالصرع 11.33 سنة ، ومتوسط طول فترة المرض 17.83 سنة.
- ب- مجموعة ضابطة (ن=6) مريضاً (5 من الذكور - 1 من الإناث)، وهذه المجموعة لم تتلق أي علاج، ومتوسط أعمارهم 28.33 سنة، ومتوسط السن عند بداية الإصابة بالنوبة 11.83 سنة ومتوسط طول فترة المرض 16.5 سنة .

خطوات سحب عينة الدراسة

أ- المرضى المشاركون في هذه الدراسة من المترددين على العيادة الخارجية بقسم الأمراض النفسية والعصبية- بكلية الطب جامعة المنوفية، وقد روعي في اختيارهم المحركات التالية:

- 1-الحصول على موافقة شفوية من مريض الصرع للاشتراك في العلاج.
- 2-يتم تشخيص المريض بواسطة رسم المخ الكهربائي.
- 3-قادر على تذكر الأعراض التحذيرية التي تسبق النوبة (الهالة).
- 4-معدل تكرار النوبات 4 نوبات فأكثر.
- 5-فترة المرض سنتان فأكثر.
- 6-المستوى التعليمي دبلوم ، أو أعلى من ذلك.
- 7-تم مراعاة عدم تغير نوع الدواء المستخدم في العلاج منذ بدء المشاركة في البرنامج.
- 8-لا يعاني من صعوبات تعلم أو جرح بالرأس أو تخلف عقلي أو أي إجراء جراحي بالمخ لعلاج النوبات الصرعية.
- 9-إجراء فحص نفسي وعصبي من قبل أخصائي النفسية والعصبية بالمستشفى¹¹⁴

ب- لاختيار عينة البحث على وفق المحركات سابقة الذكر قامت الباحثة بتطبيق الاختبارات المستخدمة في الدراسة على عينة من مرضى الصرع ، قوامها (30) مريضاً .
- استبعدت الباحثة (10) من المرضى لم يستكملوا تطبيق الاختبارات.

¹¹³ عينة الدراسة منتقاه بطريقة قصدية

¹¹⁴ تتقدم الباحثة بالشكر والتقدير إلى نواب العيادة الخارجية في كلية الطب جامعة المنوفية لما قدموه من مساعدات في الحصول على العينة.

كما تتقدم الباحثة بالشكر والتقدير للأستاذة الدكتورة لمياء الحمراوى لما قدمته من مساعدات في الفحص النفسي والعصبي لعينة الدراسة

- كما استبعدت الباحثة (5) من المرضى امتنعوا عن الاشتراك في البرنامج
 - كذلك تم استبعاد (3) من المرضى انقطعوا ولم يستكملوا باقي الجلسات العلاجية.
 - تم المضاهاة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الديموجرافية.
- وقد قامت الباحثة باستخدام الاحصاء الوصفى للمجموعتين التجريبية و الضابطة في المتغيرات الديموجرافية .

جدول (2)

يوضح متوسطات والانحرافات المعيارية للخصائص الديموجرافية للمجموعتين التجريبية والضابطة

المتغيرات الديموجرافية	المجموعة	عدد المشاركين	المتوسط	الانحراف المعياري
السن	المجموعة التجريبية	6	29.16	4.48
	المجموعة الضابطة	6	28.33	4.53
طول فترة المرض	المجموعة التجريبية	6	11.33	3.9
	المجموعة الضابطة	6	11.83	3.46
السن عند بداية الإصابة	المجموعة التجريبية	6	17.83	4.7
	المجموعة الضابطة	6	16.5	2.22

أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية

1- استمارة السجل اليومي للنوبات :- إعداد الباحثة (ملحق 1)
أداة للتقرير الذاتي تعطي للمريض لتحديد عدد النوبات التي أصيب بها في فترة زمنية معينة ،
ويجيب عنها المريض بصورة مستمرة، وقد استخدمت الباحثة هذه الطريقة لما لها من أصول منهجية
، ولأن معظم الدراسات السابقة مثل (Goldstien,2003) سواء أكانت علاجية أم ارتباطية اتبعت
هذه الطريقة في تسجيل تكرار النوبات.

2- مقياس هاملتون للاكتئاب (ترجمة وإعادة تقنين جبر محمد جبر، 2000) (ملحق 2)
الذي قام بإعداده ماكس هاملتون Hamilton وأعادته إصداره شركة إيجون في يونيو 1990؛ خدمة
للمجتمع الطبي، وأعدده هاملتون؛ ليطبق على المرضى الذين يعانون من الاكتئاب عام 1960،
1967

وصف المقياس.

يتكون المقياس في صورته الأصلية من 17 بنداً ما بين عرض وزملة أعراض ، تقيس
18 مظهراً، وهي المزاج الاكتئابي والشعور بالذنب والانتحار والأرق في أول الليل والأرق في
وسط الليل والأرق في آخر الليل والعمل والنشاط وبطء الحركة والتفكير والإثارة والقلق النفسي
والأعراض العضوية للاكتئاب والأعراض الجسمية المعوية والأعراض الجسمية بصفة عامة
وتوهم المرض والاستبصار وفقدان الوزن .
وقد قام معد المقياس في صورته العربية بدمج بنود إضافية للمقياس الأصلي مع الاحتفاظ بأسلوب
هاملتون في عرض المقياس، وبما لا يخل بالمضمون، وقد بلغ عدد بنود المقياس في صورته العربية
33 بنداً ، وأمام كل بند من بنود المقياس خمسة احتمالات للإجابة، ابدأ – قليلاً- متوسطا- كثيراً-
كثيراً جداً.

طريقة التصحيح:

الدرجة على كل بند تتراوح من صفر إلى 4 درجات تتراوح الدرجة من صفر إلى 132 ،
وتشير الدرجة المرتفعة إلى شدة الاكتئاب.

الشروط السيكمترية للمقياس في البيئة العربية:

-الثبات:

استخدم معد ومقنن المقياس عدة طرق لحساب ثبات المقياس وهي:
الاتساق الداخلي:- مستخدماً معامل الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت العبارات
دالة عند مستوى 0.001

التجزئة النصفية:- واستخدم فيها طريقة سبيرمان براون وجوتمان ومعامل ألفا ، إذ تتراوح معاملات
سبيرمان براون = 0.9297 ومعاملات جوتمان تتراوح بين 0.664 و 0.885 ، وبلغ متوسط
معاملات الارتباط ألفا 0.7291 – أما بالنسبة للصدق استخدم معد المقياس عدة أساليب لحساب
الصدق وهي: صدق المحكمين والصدق التلازمي والصدق العاملي. وتوصل إلى تقديرات صدق
مقبولة. (جبر محمد جبر، 2000)

وقد قامت الباحثة الحالية بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ Alpha coefficient cronbach التي توضح ارتفاع معاملات ثبات المقياس ، والتي تتراوح 0.8576 ؛ مما يشير الى تمتع الاختبار بمؤشرات ثبات جيدة.

3- مقياس هاملتون للقلق (ترجمة وإعادة تقنين جبر محمد جبر، 2000) (ملحق 3)
واختصاره (H.A.R.S) الذي قام بإعداده ماكس هاملتون عام 1959، وأعدت إصداره شركة إيجون في يونيو 1990 ؛خدمة للمجتمع الطبي، ومعه مقياسان آخران هما: مقياس الاكتئاب والهلع الحاد، وأدهما هاملتون ؛ ليطبق على المرضى الذين يعانون من القلق. كما يمدنا بقيم ودلالات موثوق بها ، توضح مدى تحسن المريض عند إعادة التطبيق.
وصف المقياس.

يتكون المقياس في صورته الأصلية من 14 بندا تقيس 14 عرضا، تضمنها دليل القلق (المزاج القلق و التوتر و المخاوف و اضطرابات النوم و اضطرابات الذاكرة و المزاج الاكتئابي وسلوك المقابلة و الإحساسات العضوية و أعراض الجهاز الهضمي و أعراض الجهاز التنفسي وأعراض الجهاز الدوري والأعراض الجنسية والبولية و اضطرابات الجهاز العصبي اللاارادى واضطرابات العضلات) ، وقد قام مترجم المقياس بإعداد ثلاث صور للمقياس:
الأولى: تتضمن أربعة عشر بندا كما في الأصل.
الثانية: تتضمن ثمانية وعشرين بندا، يمثل كل عرض بندين ، يتضمنان نفس معنى البند الأصلي.
الثالثة: تتضمن أربعين بندا، بحيث لا يحمل أى بند أكثر من معنى واحد.

وعرض المترجم الصور الثلاث على محكمين ، وقام بتطبيقها على عينة تقنين؛ فأثبتت الصورة الثالثة كفاءتها في التطبيق، إلا إنه بعد إجراء التحليل العاملي تم استبعاد العبارة رقم (35)، وبذلك يكون المقياس في صورته النهائية مكون من 39 عبارة، أمام كل منها خمسة احتمالات للإجابة ، وقد تضمن المقياس عبارات متماثلة؛ للكشف عن الكذب، وهى (1-4-10-24-30-37) ، كما تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين صفر، 56.
طريقة التصحيح:

الدرجة على كل بند تتراوح من صفر إلى 4 درجات على النحو التالي طبقا لمفتاح التصحيح
وقد وضع هاملتون طريقتين للتفسير:
التفسير من خلال الدرجة الخام لكل عبارة.
التفسير من خلال الدرجة الخام الكلية للمقياس.

الشروط السيكومترية للمقياس في البيئة العربية:

الثبات:

استخدم معد ومقنن المقياس عدة طرق لحساب ثبات المقياس وهى.
الاتساق الداخلي:- مستخدما معامل الارتباط بين كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت العبارات مرتبطة بالدرجة الكلية عدا العبارة رقم (35).
التجزئة النصفية:- واستخدم فيها طريقة سبيرمان براون وجوتمان ومعامل ألفا. إذ تتراوح معاملات سبيرمان براون بين 0.9051 و0.9757 ومعاملات جوتمان تتراوح بين 0.994 و0.9801 ، وبلغ متوسط معاملات الارتباط ألفا 0.735 أما بالنسبة للصدق استخدم معد المقياس عدة أساليب لحساب الصدق وهى: صدق المحكمين والصدق التلازمي والصدق العاملي ، وتوصل إلى تقديرات صدق مقبولة . (جبر محمد جبر، 2000)

وقد قامت الباحثة الحالية بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والتي توضح ارتفاع معاملات ثبات المقياس والتي تتراوح 0.7089؛ مما يشير إلى تمتع الاختبار بمؤشرات ثبات جيدة.

4- اختبار الضبط الذاتي: (ترجمة وإعادة تقنين : الباحثة)
(ملحق 4)
أعد هذا المقياس في الأصل جاك ماك ميلين Jack Mcmulien من جامعة فيرجينيا بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1999 ؛ للتعرف على ضبط الذات لدى المراهقين والراشدين. ويتكون المقياس من 24 عبارة ، وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليه ، وذلك على مقياس متدرج من 1-4 تمثل الفئات التالية على الترتيب: غير موافق بشدة- غير موافق- موافق - موافق بشدة ، ويتم حساب الدرجة الكلية للمفحوص بجمع درجاته بين 24-96 حيث تمثل 24 الدرجة المنخفضة من الضبط الذاتي وتمثل الدرجة 96 الدرجة المرتفعة من الضبط الذاتي. وقد استخدم هذا المقياس في دراسات عديدة ، وبلغ معامل ثباته بطريقة إعادة الاختبار (0.702) وبمعدل الثبات باستخدام معامل ألفا (0.743) ، وقام معد الاختبار باستخدام صدق الاتساق الداخلي عن طريق حساب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للاختبار ، وجاءت معاملات الارتباط للدرجة الكلية 0.59.

التحقق من الخصائص السيكومترية للاختبار:

بالإضافة لما سبق قامت الباحثة بالإجراءات الآتية ؛ للتأكد من صدق وثبات الاختبار:
1-مدى صلاحية بنود الاختبار ، حيث تم عرضة على خمسة محكمين ينتمون إلى كلية الآداب وكلية الطب (قسم الأمراض النفسية والعصبية) ، ثم قامت الباحثة بعمل التعديلات الملائمة، بالاتفاق مع المشرفين حتى وصل إلى صورته النهائية لما يقيسه من أبعاد.
2- استخدمت الباحثة صدق الاتساق مع التوقعات في ضوء نتائج الدراسات السابقة وفي ضوء توقعات الدراسة الراهنة ، حيث أوضحت العديد من الدراسات مثل: دراسة أندروز وسكونفيلد (1992)، Andrews And Schonfeld، وكيل وآخرين (1996)، Cull et al ، وسكنبين (1998)، Schonbein، وسبكتور وآخرون (2000)، Spector et al، واو وآخرين (2003) et al.، فاعلية الضبط الذاتي كأحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض تكرار النوبات وتقليل حدة الاضطرابات النفسية عن طريق المراقبة الذاتية للإشارات التحذيرية التي تسبق حدوث النوبة. وقد استخدمت هذه الدراسات اختباراً لتقييم التحسن في الضبط الذاتي كمؤشر لانخفاض القلق والاكتئاب وانخفاض تكرار النوبات الصرعية ، وسوف يتضح في عرض النتائج إلى أي مدى تحققت هذه التوقعات ؛ مما يعد مؤشراً للصدق.

ثبات الاختبار: قامت الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ التي توضح ارتفاع معاملات ثبات المقياس، والتي تتراوح 0.8720 ، مما يشير إلى تمتع الاختبار بمؤشرات ثبات جيدة.

5- مقياس جامعة تكساس لتقدير الذات للمراهقين والراشدين : (ترجمة وتعريب عادل عبد الله، 2000)
(ملحق 5)

أعد هذا المقياس في الأصل هيلمريتش وستاب وإيرفن Helmerich, stapp&Ervin من جامعة تكساس بالولايات المتحدة الأمريكية ؛ للتعرف على تقدير الذات لدى المراهقين والراشدين. وصف المقياس.

يتكون هذا المقياس من 32 عبارة. وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليه وذلك على مقياس متدرج من صفر - 4 تمثل الفئات التالية على الترتيب: لا تنطبق إطلاقاً، ولا تنطبق كثيراً، وتنطبق إلى حد ما، وتنطبق إلى درجة كبيرة، وتنطبق تماماً. أما العبارات العشرة التي تحمل الأرقام 1،2،3،12،13،21،23،28،29،31 فتمثل عكس ذلك التدرج. طريقة التصحيح:

يتم حساب الدرجة الكلية للمفحوص بجمع درجاته في الفئات الخمس للمقياس الذي تتراوح درجاته بين صفر- 128 درجة ، وتدل الدرجة المرتفعة على تقدير ذات مرتفع والعكس صحيح.

الشروط السيكومترية للمقياس في البيئة العربية:

تم استخدام هذا المقياس في دراسات عديدة ، وبلغ معامل ثباته عن طريق إعادة الاختبار (0.94) للبنين، (0.93) للبنات. كما قام بعض الباحثين بحساب معامل ارتباط الدرجة لكل بند بالدرجة الكلية ، وتراوح بين 0.32-0.76 وبحساب معامل الارتباط بين هذا المقياس وبين قائمة كاليفورنيا للشخصية California personality inventory لتقدير الذات بلغ 0.51 ، وكذلك بلغ معامل الارتباط بينه وبين استبيان خصائص الشخصية Personal attributes questionnaire لتقدير الذات 0.057

وعند إجراء التطبيق المبدئي للمقياس وجد مترجم ومقنن المقياس أن معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار بلغ معامل الثبات (0.91) وبحساب معامل الارتباط بين درجة كل بند بالدرجة الكلية وجد تراوحيته بين 0.39-0.81.

كما استخدم معد المقياس صدق المحكمين عن طريق عرض الاختبار على مجموعة من المتخصصين ، وقد حازت بنود المقياس اتفاقاً يتراوح بين 71-100% من أراء المتخصصين ، وبذلك يتضح أن هذا المقياس يتمتع بمعدلات صدق وثبات مناسبة.

وقد قامت الباحثة الحالية بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ التي توضح ارتفاع معاملات ثبات المقياس والتي تتراوح 0.8122؛ مما يشير إلى تمتع الاختبار بمؤشرات ثبات جيدة. 6- اختبار المواجهة لسكاير وكارفر Scheier&Carver, 1986 (ترجمة د/ عادل هريدي، 1996 (ملحق 6)

مقتبسة ومعدلة عن قائمة فولكمان ولازاروس (1980) وتتضمن القائمة 73 طريقة لمواجهة الضغوط والمشكلات ، مشبعة بسبعة عوامل أساسية (الإنكار والاستبعاد ولوم الذات والتمركز على المشكلة والتقبل والاستسلام وإعادة التفسير الإيجابي والهروب عن طريق التخيل وطلب الدعم الاجتماعي). يتكون الاختبار من 25 بنداً وعلى المفحوص أن يحدد إلى أي مدى يستخدم كل سلوك من سلوكيات المواجهة للمشكلة. وذلك على مقياس متدرج من 1-3 يمثل الفئات التالية (دائماً- أحياناً- نادراً)

الشروط السيكومترية للمقياس في البيئة العربية:

استخدم هذا المقياس في دراسات عديدة ، وبلغ معامل ثباته عن طريق إعادة الاختبار بفاصل زمني أسبوعين (0.84) استخدم معد المقياس حساب الصدق بثلاث طرق هي : صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي والصدق العاملي ، وجميعها توحى بتمتع الاختبار بمعاملات صدق مرتفعة. وقد قامت الباحثة الحالية بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ حيث يوضح جدول رقم (3) معاملات الثبات بطريقة ألفا التي تشير إلى تمتع الاختبار بمؤشرات ثبات جيدة

جدول (3)
معاملات الثبات بطريقة ألفا لاختبار المواجهة (ن=30)

م	الأبعاد الفرعية لاختبار المواجهة	معامل ألفا
1	إنكار	0.6424
2	مواجهة	0.6530
3	لوم الذات	0.8009
4	التقبل	0.6898
5	إعادة التفسير الايجابي	0.6286
6	التخيل	0.5073
7	الدعم الاجتماعي	0.8699

7- اختبار جودة الحياة لدى مرضى الصرع (ترجمة وإعادة تقنين الباحثة) (ملحق 7)
وقد قام بإعداده كرمز وآخرون (Cramer, Perrine, Devinsky, Bryant-Comstock, Meador & Hermann 2003). يتكون المقياس في صورته الأصلية من 31 بنداً تقيس سبعة أعراض (قلق النوبة و الحالة المزاجية و الوظائف المعرفية والوظائف الاجتماعية و تأثير الأدوية والطاقة/التعب وجودة الحياة عموماً).
ويعد هذا الاختبار أكثر استخداماً عالمياً لمرضى الصرع ؛ بسبب إيجازه وبساطة بنوده وكذلك يشكل عبء بسيط على المريض في الرد على 31 سؤالاً فقط مقارنة باختبار جودة الحياة لمرضى الصرع 89 بنداً.

تم اختيار الاختبار الحالي لعدة أسباب:

- 1- قلة عدد البنود ؛ كي لا تشكل ثقلًا على المرضى في التطبيق.
 - 2- معاملات صدقه وثباته مرتفعة .
- استخدم معد المقياس عدة طرق؛ لحساب ثبات المقياس هي:
- معامل ألفا، ويصل إلى 0.70
 - استخدم لحساب الصدق : صدق الاتساق الداخلي والصدق التلازمي وجميعها تشير الى تمتع الاختبار بمعاملات صدق مرتفعة

التحقق من الخصائص السيكومترية للاختبار:

- بالإضافة لما سبق قامت الباحثة بالإجراءات الآتية ؛ للتأكد من صدق وثبات الاختبار:
- 1-مدى صلاحية بنود الاختبار ؛ حيث تم عرضه على خمسة محكمين ينتمون إلى كلية الآداب وكلية الطب (قسم الأمراض النفسية والعصبية) ، ثم قامت الباحثة بعمل التعديلات الملائمة، بالاتفاق مع المشرفين حتى وصل الى صورته النهائية لما يقيسه من أبعاد.
 - 2- استخدمت الباحثة صدق الاتساق مع التوقعات في ضوء نتائج الدراسات السابقة وفي ضوء توقعات الدراسة الراهنة حيث تتوقع الباحثة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة مثل: القلق والاكتئاب ، ومن ثم التحسن في جودة الحياة حيث تشير العديد من الدراسات مثل : دراسة ريتز واندروز (Reiter and Andrews, 2000) وبيربك وآخرين (Birbeck et al, 2002)، واو وآخرين (Au et al., 2003)، وريشردسون

وآخرين (Richardson et al (2004 وبرامكا وآخرين (Pramuka et al, (2007) إلى وجود علاقة بين تحسن جودة الحياة وانخفاض أعراض القلق والاكتئاب ، ومعظم هذه الدراسات قامت بتقييم التحسن في جودة الحياة كمؤشر لانخفاض القلق والاكتئاب وانخفاض تكرار النوبات الصرعية. ، وسوف يتضح في عرض النتائج إلى أي مدى تحققت هذه التوقعات ؛ مما يعد مؤشرا للصدق.

ثبات الاختبار: قامت الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وفيما يأتي يوضح جدول رقم (4) معاملات الثبات بطريقة ألفا والتي تشير إلى تمتع الاختبار بمؤشرات ثبات جيدة

جدول (4) معاملات الثبات بطريقة ألفا لاختبار جودة الحياة(ن=30)

م	الأبعاد الفرعية لاختبار جودة الحياة	معامل ألفا
1	قلق النوبة	0.6312
2	جودة الحياة عموماً	0.5693
3	الحالة المزاجية	0.8007
4	الطاقة/التعب	0.6607
5	الوظائف المعرفية	0.7374
6	الأدوية	0.6091
7	الوظائف الاجتماعية	0.6219

8- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح لخفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى نوبات الصرع (المستعصية) التي لا تستجيب للعلاج الطبي بمفرده (ملحق 8)

من المسلمات الأساسية في نظريات العلاج السلوكي المعرفي أن جزءاً كبيراً من اضطرابات السلوك تتم بفعل التفكير الخاطئ، وذلك لأن الفرد لا يجيد الطريقة الصحيحة في التفكير. إعداد البرنامج:

مر البرنامج بعدد من الخطوات التي سبقت ظهوره بالصورة النهائية:

1) مراجعة الأطر النظرية للبرنامج العلاجي ومادته العلمية والفنيات العلاجية من أساليب وفنيات العلاج السلوكي المعرفي لكل من ميكنبوم (1977-1988) وبيك (1967-1976) وأليس (1977-1993) بالإضافة إلى الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال العلاج السلوكي المعرفي: ومنها دراسات صلاح عراقي (1991) ووفاء عبد الجواد (1994) وعبد الرحمن مهدى (1995) و رتيبة رجب عوض (2001) وحامد بن أحمد الغامدى (2005) وطاهر سعد حسن عمار (2006) وتان وبيروني (tan and bruni, 1986) وجولدستين وآخرين (Goldstien et al ; 2003) وبيسكريك وآخرين (Puskarick et al ; 1992) وسكنين (Schonbein, 1998 أبو وآخرين Au et al., 2003) وريترو واندروس (Reiter and Andrews, 2000)

2) قامت الباحثة بالحصول على دورة في العلاج المعرفي السلوكي للقلق للاستاذ الدكتور/صفوت فرج ودورة في العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب للاستاذ الدكتور /عبد الستار ابراهيم 2008 ودورة في مهارات العلاج المعرفي السلوكي للدكتور/علاء فرغلي 2009 التي انعقدت في رابطة الأخصائيين النفسيين بهدف إتقان التطبيق على المرضى وتعلم كيفية تصميم البرنامج.

(3) قامت الباحثة بمراسلة الباحثين الأجانب لمساعدتها في الحصول على برامج تخص العلاج المعرفي السلوكي لدى مرضى الصرع ❖

(4) قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية للبرنامج وعرضه على 15 من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات المصرية المختلفة، (ملحق: 9)؛ لإبداء الرأي وتعديل ما يرويه مناسباً. وعلى وفق تعليمات المحكمين أجريت التعديلات المطلوبة، ومن ثم إعداد الصورة النهائية للبرنامج العلاجي والذي تم تطبيقه على المرضى.

(5) هدف البرنامج:

تهدف الدراسة الراهنة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لخفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة (القلق-الاكتئاب) للبالغين من مرضى نوبات الصرع المستعصية التي لا تستجيب للعلاج بالأدوية.

ومن ثم يتضمن البرنامج تحقيق الأهداف التالية:

- *تبصير مريض الصرع بحقيقة مرضه وأسباب حدوث النوبات وكيفية مواجهة التغيرات الانفعالية والسلوكية المصاحبة له.
- *التعرف على الأفكار السلبية والهادمة للذات.
- *تنمية قدرة المريض على تحدي الأفكار السلبية والاعتقادات والأحاديث الذاتية السلبية.
- *تعديل أنماط التشويه المعرفي لدى المريض.
- *خفض تكرار النوبات لدى مرضى نوبات الصرع المقاومة للعلاج الطبي.
- *خفض أعراض القلق والاكتئاب.
- *تحسين جودة الحياة ورفع تقدير الذات.
- *تنمية قدرة المريض على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة ، وكذلك تنمية مهارات التواصل الاجتماعي .
- * إكساب المريض فنيات الضبط الذاتي كعلاج ذاتي يمكن أن يمارسها في فترة المتابعة وإكسابه القدرة على مواجهة المشكلات .

أهمية البرنامج:

أثبتت الدراسات والبحوث السابقة أهمية التدخل السلوكي لخفض تكرار النوبات الصرعية وتقليل الآثار السلبية للمرض سواء على الناحية الجسمية أو النفسية ، وكذلك خفض أثرها السيئ على العلاقات الأسرية والعلاقات الاجتماعية.

والبرنامج العلاجي قام على مجموعة من الفنيات والأساليب مقسمة إلى إجراءات مضادة سلوكية ومعرفية ، وذلك من خلال الآراء النظرية والبحوث السابقة في هذا المجال ومن تلك الفنيات:

* تتقدم الباحثة بجزيل الشكر وجل الاحترام والتقدير إلى الأستاذ الدكتور جولدستين Goldstein, L.H لاهتمامه وإمداد الباحثة ببرامج تخص العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الصرع حيث استفادت الباحثة من الفنيات المستخدمة في دراستها الحالية.

الإجراءات المضادة السلوكية¹¹⁵ مثل : (فنية الاسترخاء وتمارين التنفس و فنية المراقبة الذاتية وفنية الحديث الذاتي والواجب المنزلي والتخطيط لأنشطة سارة) .
الإجراءات المضادة المعرفية 116 مثل : (إعادة البناء المعرفي و فنية تحديد الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها و فنية صرف الانتباه وفنية التعرض و لعب الدور و التدريب على خطوات مواجهة المشكلة).

أسلوب العلاج المستخدم في البرنامج الحالي:
استخدمت الباحثة في البرنامج العلاجي الحالي الأسلوب الفردي على وفق ما يناسب طبيعة العملية العلاجية وأهدافها ، والغرض منه إتاحة فرصة لكل فرد من أفراد المجموعة العلاجية مناقشة المشكلات الفردية من دون خجل أو خوف.
التعليمات العامة للبرنامج:

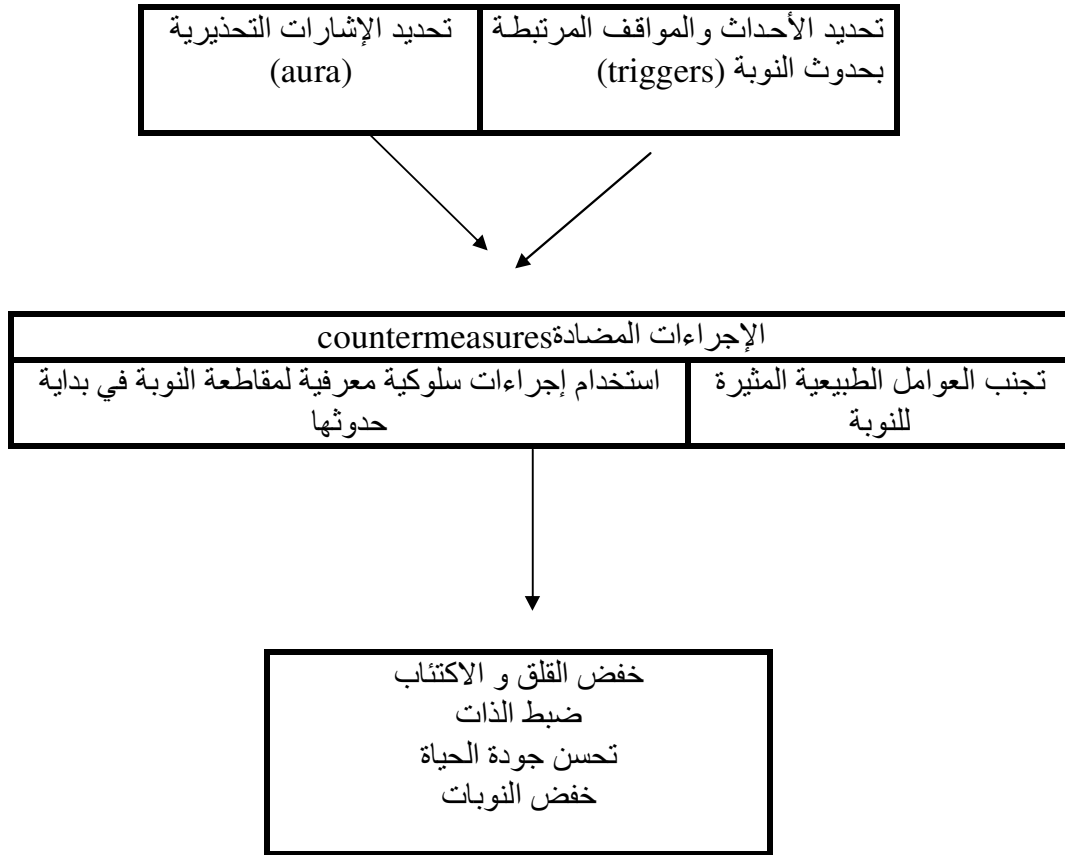
- *يطبق البرنامج في العيادة الخارجية بكلية الطب وكلية الآداب جامعة المنوفية.
 - *يسود الجلسات جو من الود والألفة والراحة.
 - *الالتزام قدر الإمكان بالزمن المخصص لكل جلسة.
 - *توضيح المهام لكل من المعالج وأفراد عينة الدراسة التجريبية.
 - *كتابة وقائع الجلسات بعد الانتهاء منها مباشرة.
 - *يتم عمل فحص نفسي وعصبي قبل بدء البرنامج وكل أربع جلسات وفي نهاية البرنامج لمرضى الصرع.
 - *يتم الحصول على تقييم من قبل المريض في نهاية الجلسات لمعرفة مدى تحقق الأهداف المرجوة.
- مدة البرنامج:

استغرق إنجاز البرنامج العلاجي الحالي شهرين ، حيث يتكون من 12 جلسة علاجية بواقع جلستين في الأسبوع بالإضافة إلى جلستين كتمهيد للتحالف العلاجي مع المريض ، ومدة الجلسة الواحدة ساعة تقريباً حسب مضمون كل جلسة ومراعاة ظروف أفراد العينة، وتم الاتفاق على العلاج وتطبيق الاختبارات في العيادة الخارجية بكلية الطب جامعة المنوفية على عينة من مرضى نوبات الصرع المقاومة للعلاج الطبي ، وتم التطبيق بصورة فردية ، أما عن فترة المتابعة للبرنامج فكانت شهرين.

(¹¹⁵) Behavior Countermeasures

(¹¹⁶) Cognitive Countermeasures

شكل (4) تصور مبدئي لأهداف البرنامج العلاجي



جمع البيانات

للقيام بالدراسة قامت الباحثة بعدد من الإجراءات كما يلي:

1. تطبيق اختبارات (القلق و الاكتئاب و جودة الحياة و تقدير الذات والضبط الذاتي وأساليب المواجهة)، ومعدل تكرار النوبات على المجموعة التجريبية والضابطة، وذلك في القياس القبلي .
2. تطبيق البرنامج العلاجي¹¹⁷ على أفراد المجموعة التجريبية في الدراسة.
3. تطبيق اختبارات (القلق و الاكتئاب و جودة الحياة و تقدير الذات والضبط الذاتي وأساليب المواجهة) ، ومعدل تكرار النوبات على المجموعة التجريبية والضابطة، وذلك في القياس البعدي.
4. إعادة تطبيق الاختبارات بعد شهرين من انتهاء البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية (قياس المتابعة) بغرض التأكد من فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة.

¹¹⁷ قامت الباحثة بتطبيق جلسات البرنامج العلاجي داخل معمل قسم علم النفس.

1. المتوسطات والانحرافات المعيارية
2. اختبار مان وتني يو Mann whitney U test
3. اختبار ويلكوكسون Wilcoxon- Mathched paird signed Rank test

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

- أولاً:- عرض نتائج الفرض الأول وتفسيرها .
- ثانياً:- عرض نتائج الفرض الثاني وتفسيرها.
- ثالثاً:- عرض نتائج الفرض الثالث وتفسيرها.

تهدف الدراسة الراهنة إلى بحث تأثير برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض تكرار النوبات وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى عينة من مرضى نوبات الصرع المستعصية التي لا تستجيب للعلاج بالعقاقير ، ولتحقيق ذلك قامت الباحثة بتطبيق البرنامج على عينة البحث طبقا للتصميم التجريبي المناسب.

أولاً: نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

- ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق جوهريّة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء على الاختبارات الآتية(القلق و الاكتئاب وجودة الحياة وتقدير الذات والضبط الذاتي وأساليب المواجهة) في القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية؟
- قامت الباحثة بعمل احصاء وصفى لعينة الدراسة على الاختبارات المستخدمة
 - و لاختبار صحة هذا الفرض، باستخدام اختبار مان وتنى يو 191 للإحصاء اللابارامترى ؛ للتعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد البرنامج.

جدول (5)

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي على الاختبارات المستخدمة.

الاختبارات		التطبيق		المجموعة التجريبية(ن=6)		المجموعة الضابطة (ن=6)	
				ع	م	ع	م
1- القلق		القياس القبلي القياس البعدي		11.75 6.9	84.2 34.5	11.27 10.4	83.5 88.7
2- الاكتئاب		القياس القبلي القياس البعدي		14.81 8.5	84 32.33	14.54 4.6	78.17 93.8
3- تقدير الذات		القياس القبلي القياس البعدي		10.9 5.12	35.33 73	6.4 8.74	30.50 31.83
4- الضبط الذاتي		القياس القبلي القياس البعدي		8.6 4.5	34.5 67.33	8.4 10.7	37.33 33.33
5-الاختبارات الفرعية للمواجهة • الإنكار		القياس القبلي القياس البعدي		1.34 1.16	4.8 6.2	1.34 0.94	4.8 5.33
• مواجهة المشكلات		القياس القبلي القياس البعدي		0.96 0.96	4.5 6.5	1.7 1.6	6.33 5.2
• لوم الذات		القياس القبلي القياس البعدي		1.59 0.96	11.33 8.5	1.63 1.6	11 11.2
• التقبل		القياس القبلي القياس البعدي		1.07 1.34	6.8 7.2	0.96 0.96	6.5 6.5
• إعادة التفسير الايجابي		القياس القبلي القياس البعدي		0.943 1.5	4.33 5.7	0.942 1.5	6.7 6.5
• الهروب عن طريق التخيل		القياس القبلي القياس البعدي		1.29 1.5	9 9.7	1.42 1.7	10 6.8
• الدعم الاجتماعي		القياس القبلي القياس البعدي		0.69 1.3	5.16 5	0.69 0.96	4.8 5.5
6-الاختبارات الفرعية لجودة الحياة • الأدوية		القياس القبلي القياس البعدي		1.34 1.6	12.17 11.8	1.29 1.5	12 12.8
• جودة الحياة عموما		القياس القبلي القياس البعدي		2.22 0.94	7.5 10.7	1.11 0.82	5.33 5
• الحالة المزاجية		القياس القبلي القياس البعدي		1.71 1.9	15.5 9.7	1.95 1.34	14.17 13.83
• الطاقة/التعب		القياس القبلي القياس البعدي		1.6 0.96	13.33 9.8	1.95 1.5	12.17 12.7
• قلق النوبة		القياس القبلي القياس البعدي		0.76 1.11	12.5 7.33	0.94 1.15	12.33 12
• الوظائف الاجتماعية		القياس القبلي القياس البعدي		2.58 0.94	16 9.7	2.43 3.5	16.33 15.33

2.49	14	2.5	12.7	القياس القبلي	• الوظائف المعرفية
1.95	13.83	2.6	12.7	القياس البعدي	

جدول (6)

يوضح متوسطات الرتب و قيمة ي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي على الاختبارات المستخدمة.

قيمة Z	المجموعة الضابطة (ن=6)		المجموعة التجريبية (ن=6)		التطبيق	الاختبارات
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
0.242 *2.887	40.50 57	6.75 9.5	37.50 21	6.25 3.5	القياس القبلي القياس البعدي	1. القلق
0.964 *2.887	33 57	5.50 9.5	45 21	7.50 3.5	القياس القبلي القياس البعدي	2. الاكتئاب
0.484 *2.761	36 56	6 9.33	42 22	7 3.67	القياس القبلي القياس البعدي	3. تقدير الذات
0.485 *2.209	42 52.5	7 8.75	36 25.5	6 4.25	القياس القبلي القياس البعدي	4. الضبط الذاتي
0.000 *1.257	39 46.5	6.5 7.75	39 31.5	6.5 5.25	القياس القبلي القياس البعدي	5. الاختبارات الفرعية للمواجهة • الإنكار
1.800 *1.316	50 47	8.33 7.73	28 31	4.67 5.17	القياس القبلي القياس البعدي	• مواجهة المشكلات
0.408 *2.513	36.5 54.5	6.08 9.08	41.5 23.5	6.92 3.92	القياس القبلي القياس البعدي	• لوم الذات
0.580 0.901	35.5 33.5	5.92 5.58	42.5 44.5	7.08 7.42	القياس القبلي القياس البعدي	• التقبل
2.608 *0.901	55 44.5	9.17 7.42	23 33.5	3.83 5.58	القياس القبلي القياس البعدي	• إعادة التفسير الايجابي
1.069 *2.209	45.5 25.5	7.58 4.25	32.5 52.5	5.42 8.75	القياس القبلي القياس البعدي	• الهروب عن طريق التخيل
0.782 0.659	34.5 43	5.25 7.17	43.5 35	7.25 5.83	القياس القبلي القياس البعدي	• الدعم الاجتماعي

تابع جدول (6)

قيمة Z	المجموعة الضابطة (ن=6)		المجموعة التجريبية (ن=6)		التطبيق	الاختبارات
	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
0.245 *1.152	37.5 46	6.25 7.67	40.5 32	6.75 5.33	القياس القبلي القياس البعدي	6-الاختبارات الفرعية لجودة الحياة • الأدوية
1.708 *2.918	28.50 21	4.75 3.5	49.5 57	8.25 9.5	القياس القبلي القياس البعدي	• جودة الحياة عموماً
1.131 *2.817	32 56.5	5.33 9.42	46 21.5	7.67 3.58	القياس القبلي القياس البعدي	• الحالة المزاجية
0.973 *2.766	33 56	5.5 9.33	45 22	7.5 3.67	القياس القبلي القياس البعدي	• الطاقة/التعب
0.192 *2.913	38 57	6.33 9.5	40 21	6.67 3.5	القياس القبلي القياس البعدي	• قلق النوبة
0.410 *2.761	41.5 44	6.92 7.33	36.5 44	6.08 3.67	القياس القبلي القياس البعدي	• الوظائف الاجتماعية
1.145 0.811	46 56.5	8.58 9.42	32 21.5	5.33 3.58	القياس القبلي القياس البعدي	• الوظائف المعرفية

*دالة عند مستوى 0.05

يتبين من نتائج الجدول (6) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجات القلق والاكتئاب وتقدير الذات والضبط الذاتي والمواجهة وجودة الحياة ، وذلك في القياس القبلي ، ووجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية مما يعنى أن البرنامج العلاج المعرفي السلوكي كان أكثر فعالية في خفض حدة الاضطرابات النفسية حيث انخفضت درجة الاكتئاب والقلق وحدث تحسن في مواجهة المشكلات وجودة الحياة ، وخصوصاً قلق النوبة والطاقة والتعب والقلق الخاص بتناول الأدوية والوظائف الاجتماعية ، وذلك في القياس البعدي مقارنة بالمجموعة الضابطة وبذلك يُتحقق هذا الفرض.

• ولمزيد من تأكيد تحقق الفرض تم حساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.¹²⁰

ولتحديد موضع هذه الفروق قامت الباحثة بإجراء اختبار ويلكوكسون Wilcoxon- 121
Mathched paired signed Rank test للفروق بين القياسيين القبلي والبعدي للمجموعة
التجريبية.

وقد كانت قيمة (z) للفروق بين درجات الاختبار القبلى والبعدى (2.201) لاختبار القلق، و(2.201) لاختبار الاكتئاب، و(2.207) لاختبار تقدير الذات، و(2.208) لاختبار الضبط الذاتى، أما اختبار المواجهة فجأت قيم Z للاختبارات الفرعية كالتالى: الانكار(1.3)، مواجهة المشكلات (2.23)، لوم الذات (2.21)، التقبل (0.458) اعادة التفسير الايجابى(1.22)، الهروب عن طريق التخيل (0.744) الدعم الاجتماعى (0.37) وهى قيم دالة عند مستوى 0.001 أما اختبار جودة الحياة فجأت قيم Z للاختبارات الفرعية كالتالى: الأدوية (0.531)، جودة الحياة عموما (2.1)، (2.21)، الحالة المزاجية الطاقة والتعب (2.21)، قلق النوبة (2.22)، الوظائف الاجتماعية (2.21)، فيما عدا الوظائف المعرفية (0.135) وهى قيم دالة عند مستوى 0.05 لصالح القياس البعدى مما يشير الى فعالية البرنامج.

مما سبق يتضح أن هناك تأثيراً دالاً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق والاكئاب مما يؤكد فعالية البرنامج وبذلك يتحقق الفرض.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بوجود ارتباط دال ومؤكد بين الصرع والاضطرابات النفسية كما يتضح من الدراسات السابقة ومن القياسات القبلية ، وقد ظهرت الأفكار الاكتئابية ذات علاقة بالإصابة بالمرض مثل: اهتزاز ثقة المريض بنفسه، وخوف المريض من المستقبل فيما يتعلق بالمهنة، وبالزواج بسبب المرض، والانسحاب الاجتماعي هرباً من نظرة الإشفاق من الآخرين ، كذلك للشعور بالوصم الاجتماعي، كذلك الخوف من حدوث النوبة أمام الآخرين وما تتسبب فيه من إخراج أمام الآخرين.

والعلاج المعرفي نمط علاجي يركز على كيفية إدراك الفرد المثيرات المختلفة وتفسيراته وإعطائه المعاني لخبراته المتعددة، وهو أسلوب مبنى على أن ما يفكر فيه الناس أو يقولونه عن أنفسهم، وعن اتجاهاتهم، وتصوراتهم مفيد ومهم ، فتغيير المعارف ينتج عنه تغيير في السلوك.

وقد احتوى برنامج العلاج المعرفي السلوكي على نوعين من الفنيات هما: الفنيات المعرفية والفنيات السلوكية التي تهدف إلى خفض الاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض وتحسين جودة الحياة ورفع تقدير الذات والضبط الذاتي، فالجزء الخاص بالفنيات المعرفية كان مهماً وفعالاً في مواجهة القلق والاكتئاب، حيث حاولت الباحثة في هذا الجزء السيطرة على الجانب الفكري للمريض مثل : الخوف

من حدوث النوبة ولوم الذات و اليأس والحزن واللامبالاة، وقد لعبت الفنيات المعرفية الدور الأكبر في تعديل هذه الأفكار ، حيث حاولت الباحثة بالتعاون مع المريض تحديد المعارف المشوهة لديه ثم إخضاعها للتحليل المنطقي باستخدام إعادة البناء المعرفي من خلال تسجيل هذه الأفكار وإيجاد حلول بديلة لها، فالقيام بالتسجيل في حد ذاته يساعد على كسر تأثير الأفكار السلبية. كما استخدمت الباحثة أيضاً بعض الفنيات المعرفية الأخرى مثل: لعب الدور والتعريض وحل المشكلات لمواجهة التشوهات المعرفية.

وتعد صحيفة المزاج أحد الأساليب المهمة في التغييرات العلاجية، فمن خلالها يتعلم المريض ويكتسب كيفية تحديد ومواجهة الأفكار السلبية التلقائية واستبدالها بأفكار إيجابية ؛ مما يساعد على تغيير الحالة المزاجية والدافعية للمريض ، وهذا يؤدي إلى حدوث تحسن علاجي، وتستخدم الباحثة لتحقيق ذلك عدداً من الفنيات مثل أسلوب وقف الأفكار والتدريب على الدحض والتفنيذ للأفكار اللاعقلانية في جلسة إعادة البناء المعرفي. (علاء فرغلي، 2003: 100)

أما بخصوص الفنيات السلوكية، فقد لعبت هي الأخرى دوراً في إحداث التغيير المعرفي ، لكن بأساليب سلوكية تستهدف المكونات السلوكية للأداء الوظيفي للقلق والاكتئاب ، وقد تلعب في بعض الأحيان دوراً لا يستهان به في هذا الصدد حيث يعمل التغيير السلوكي في حد ذاته على اعتراض وإعاقة تلك الحلقة المفرغة التي تتضمن المعرفة والانفعال والسلوك، ومن ثم يؤدي ذلك إلى حدوث تغيير متزامن في المعرفة والوجدان، كما أن زيادة النشاط قد تخفض تدفق الأفكار المشوهة ، وقد تعمل أيضاً على مواجهة الأفكار الهازمة للذات مثل: (لا أستطيع القيام بعمل شئ) فالتدخلات السلوكية تلعب دوراً مهماً في تحسين التوافق ككل وجودة الحياة المرتبطة بالصرع ، والتدريب علي إعادة البنية المعرفية يعمل علي مساعدة المرضى علي تحدي الإصابة بالصرع وعلاج الأفكار السلبية و وقف الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وزيادة تقدير الذات وتقوية شبكة الاتصالات الاجتماعية.

ومن أهم الفنيات السلوكية المستخدمة سجل مراقبة الذات ، الحديث الذاتي الإيجابي، وصرف الانتباه ، وجداول الأنشطة السارة ، التي شاركت في زيادة قدرة المريض على المشاركة في الأحداث المحيطة به، والاسترخاء الذي لعب دوراً مهماً في طرد أي توتر يعوق أداء الأنشطة اليومية، والواجبات المنزلية التي ساعدت المريض على ممارسة المهارات ووجهات النظر المنطقية الجديدة.

وإذا كان الاكتئاب يحتوى بدوره على تشوه إدراكي واضح، بجانب التشوه السلوكي فإن التدريب على التوكيد الذاتي نجح من خلال فنياته في إحداث التغيير المعرفي حيث شرحت الباحثة للمرضى عواقب السلوك غير التوكيدي، ومفهوم الفرد عن ذاته، وعلاقة ذلك بالنوبات، وقد ساهم ذلك كله في مساعدة المرضى على الاستبصار بما سيحدث كنتيجة مباشرة لأداء السلوكيات التوكيدية، حيث أصبحت الفرص أفضل أمام المرضى لاختيار السلوكيات ذات العواقب الأفضل قبل

أن يتصرف.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع دراسات كل من تان وبيروني (1980) Tan & Bruni, التي أوضحت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف كل من المشكلات النفس – اجتماعية الناتجة عن الإصابة بالصرع ، وأوضحت تحسن المرضى في المشكلات النفس – اجتماعية .، ودراسة جيلام (1990) Gillham, التي استخدمت فيها مهارات المواجهة لعلاج القلق والاكتئاب، والنوبات، وأظهرت نتائجها تحسنا واضحا في درجات القلق والاكتئاب لدى عينة المرضى، ودراسة مكيلي وآخرون (2001) Mcauley et al, التي أظهرت نتائجها أن البرنامج المعرفي السلوكي لا يغير المتغيرات الإكلينيكية (تكرار النوبات أو التأثير الجانبي للأدوية المضادة للصرع) لكن التحسن في النتائج السلوكية (جودة الحياة والحالة المزاجية و مفهوم الذات وتقدير الذات) ، وهذا ما أشارت إليه، ومن الجدير بالذكر أن تقدير الذات يعد أحد المؤشرات الرئيسة المرتبطة بجودة الحياة . وقد أوضح برامكا وآخرون (2007) Pramuka et al, فى دراسة استطلاعية لمعرفة مدى فعالية برنامج نفسي اجتماعي لإدارة الذات وتحسين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى البالغين مرضى الصرع. أوضحت الدراسة فعالية البرنامج في تحسين جودة الحياة وإدارة الذات. دراسة كيرت لفرنس وآخرين (2009) Curt Lafrance et al, حيث أوضحت نتائج الدراسة نجاح البرنامج في خفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة والعوامل النفس-اجتماعية وخفض أعراض القلق والكآبة وتحسين التفاعل مع البيئة ؛ مما يؤكد فعالية فنية الاسترخاء و تحديد الإشارات التحذيرية التي تسبق النوبة و تحويل العواطف السلبية إلى إيجابية والتعامل مع ضغوط الحياة.

وتختلف نتائج الدراسة مع دراسة هيلجسون وآخرين (1990) Helgeson et al التي استخدمت برنامج نفسي تعليمي لعلاج القلق والاكتئاب والمخاوف لدى مرضى الصرع، وأوضحت النتائج انخفاض درجة الاكتئاب ، لكنه لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية ، ودراسة جولدستين وآخرين (2003) Goldstien et al ; لتقييم مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الحالات المستعصية لدى عينة من البالغين مرضى الصرع وكذلك علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة ، أوضحت نتائج الدراسة خفض درجة الاكتئاب ، لكنه لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية في نهاية الجلسات مقارنة ببداية الجلسات.

وبصورة عامة أشارت غالبية الدراسات السابقة التي حصلت عليها الباحثة إلى تأييد نتيجة الفرض الأول حيث اتفقت هذه الدراسات على فعالية التدخل المعرفي السلوكي لخفض الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض الصرع وأكثر فعالية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وتحسين جودة الحياة وارتفاع مستوى الضبط الذاتي والتقدير الذاتي وتحسين الأداء السلوكي للمرضى وخفض مشاعر الإحساس بوصمة العار الاجتماعية.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على وجود فروق جوهريّة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في خفض معدل تكرار النوبات ، وذلك في القياس البعدى بعد التعرض للبرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية؟

ولاختبار صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان وتني يو للإحصاء اللابارامترى للتعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.

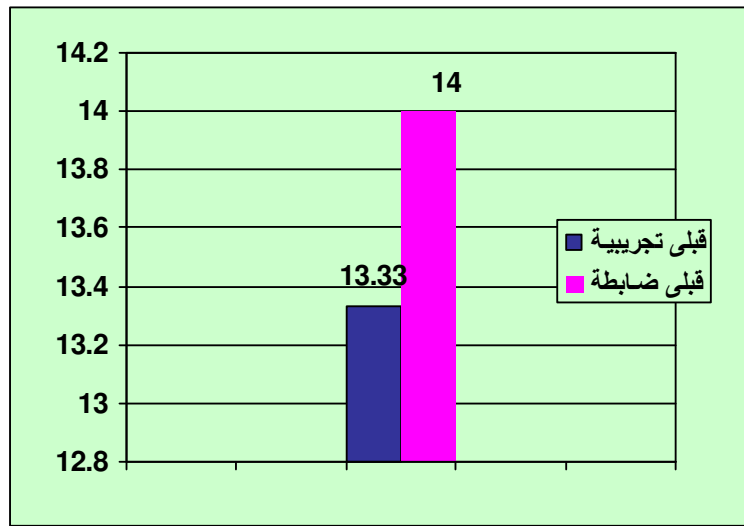
جدول (7)

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدى لمتغير النوبات

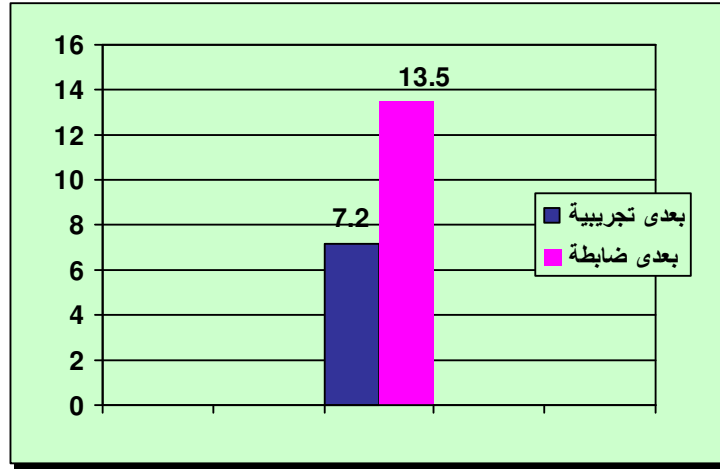
المتغير	التطبيق	المجموعة التجريبية (ن=6)	المجموعة الضابطة (ن=6)
تكرار النوبات	القياس القبلي	م	ع
		13.33	7.6
	القياس البعدى	7.2	6.6
		م	ع
		14	4.4
		13.5	5.06

الرسم البياني (1)

يوضح الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي وذلك في متغير تكرار النوبات.



يوضح الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدى وذلك في متغير تكرار النوبات.



يوضح متوسطات الرتب وقيمة t للمجموعة الضابطة والتجريبية في متغير النوبات للقياس القبلي والبعدي

*دالة عند مستوى 0.05

المتغير	التطبيق	المجموعة التجريبية (ن=6)		المجموعة الضابطة (ن=6)		قيمة z
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	
تكرار النوبات	القياس القبلي	7.5	45	7.1	43	12
	القياس البعدي	4.4	8.5	26.5	51.5	*5.5

يتبين من نتائج الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط تكرار النوبات وذلك في القياس القبلي، ووجود فروق جوهريّة دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في متوسط تكرار النوبات وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، مما يعنى أن للبرنامج فعالية في خفض تكرار النوبات ولو بنسبة ضئيلة.

● ولمزيد من تأكيد تحقق الفرض تم حساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ولتحديد موضع هذه الفروق قامت الباحثة بإجراء اختبار ويلكوكسون للفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

وقد كانت قيمة (z) تساوى (2.21) للفروق بين درجات الاختبار القبلي والبعدي ، وهى قيمة دالة عند مستوى 0.01 ولصالح القياس البعدي ؛ مما يشير إلى فعالية البرنامج.

مما سبق يتضح أن هناك تأثيراً دالاً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض معدل تكرار النوبات في التطبيق البعدي ، وهذا يؤكد فعالية البرنامج وبذلك يتحقق الفرض.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن النجاح في خفض النوبات يرجع إلى:

1. التأثير الإيجابي للتدريب على الوعي بالنوبات الصرعية وكيفية حدوث النوبة وكيفية تمييز الإشارات التحذيرية التي تسبق حدوث النوبة.
2. تنوع الإجراءات والفنيات العلاجية التي قدمت من خلال البرنامج .
3. استخدام فنيات سلوكية ومعرفية لم تستخدم في الدراسات السابقة متمثلة في التدريب على المهارات الاجتماعية النفسية مثل: تأكيد الذات ولعب الدور والواجبات المنزلية .

وتتفق نتائج هذا الفرض مع دراسة داهيل وآخرين (Dhal et al, 1987) ودراسة بيسكريك وآخرين (Puskarick et al ; 1992) حيث أثبتت الدراسة فعالية العلاج باستخدام فنية الاسترخاء في خفض تكرار النوبات الصرعية لدى عينة من الراشدين مرض الصرع حيث أظهرت النتائج أن المرضى الذين تلقوا العلاج بالاسترخاء فقط حدث لديهم انخفاض في تكرار النوبات مقارنة بالمجموعات الأخرى، وكذلك دراسة أندروز وسكونفيلد (Andrews And Schonfeld, 1992) التي أوضحت فعالية التحكم الذاتي في خفض تكرار النوبات الصرعية، ودراسة بيسكريك وآخرين (Puskarick et al ; 1992) حيث أثبتت الدراسة فعالية العلاج باستخدام فنية الاسترخاء في خفض تكرار النوبات الصرعية. و دراسة كيل وآخرين (Cull et al, 1996)، ودراسة سكينين (Schonbein, 1998) التي أوضحت فعالية برنامج للضبط الذاتي لتحسين السيطرة على نوبات الصرع المستعصية باستخدام طرق نفسية، ودراسة سبكتور وآخرين (Spector et al 1999) التي استخدمت العلاج الجماعي لإدارة النوبات الصرعية، وأوضحت النتائج تحسن قدرة المرضى على التحكم في النوبات. ودراسة أندروز وآخرين (Andrews and Reiter, 2000) عن استخدام نموذج التحكم الذاتي مع مرضى نوبات الصرع الجزئية، وأظهرت النتائج أن البرنامج له فوائد متعددة في الإدارة الذاتية لنوبات الصرع،

ودراسة ريتير وأندروز (Reiter and Andrews, 2000) للتحقق من فعالية برنامج سلوكي لخفض تكرار النوبات وتحسين جودة الحياة لدى مرضى نوبات الصرع الجزئية المركبة حيث أوضحت نتائج الدراسة انخفاض في معدل تكرار النوبات بعد العلاج السلوكي، ودراسة سبكتور وآخرين (Spector et al., 2001)، ودراسة بيربك وآخرين (Birbeck et al, 2002) حيث أوضحت النتائج أن تحسين جودة الحياة أدى إلى خفض تكرار النوبات ودراسة لي وجو (Lee & Joe, 2005) حيث أوضحت النتائج فعالية الضبط الذاتي في خفض تكرار النوبات الصرعية. ودراسة كيرت لفرنس وآخرين (Kiret Lafrance et al, 2009) حيث أوضحت نتائج الدراسة نجاح البرنامج في خفض تكرار النوبات بشكل ملحوظ في نهاية الجلسات العلاجية.

وتختلف نتائج الدراسة مع دراسة تان وبيروني (Tan & Bruni, 1986) حيث فشلت أساليب العلاج المعرفي السلوكي في خفض تكرار النوبات، ودراسة وجيلام (Gillham, 1990) التي أوضحت نتائجها عدم فعالية مهارات المواجهة في تحسين التحكم في النوبات.

ودراسة ايو وآخرين (Au et al., 2003) عن مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي جماعي لدى عينة من البالغين مرضى الصرع في هونج كونج ، وذلك من خلال التحكم في الذات وتحسين جودة الحياة وإدارة الضغوط وقد أظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن طفيف بعد استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي في إدارة النوبات وخفض تكرار النوبات. ودراسة جولدستين وآخرين (Goldstien et al, 2003) لتقييم مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الحالات المستعصية للعلاج بالعقاقير لدى عينة من البالغين مرضى الصرع ، وكذلك علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة، وقد أوضحت النتائج في مرحلة المتابعة عدم فاعلية البرنامج في خفض تكرار النوبات.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على عدم وجود فروق جوهرية بين أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج على الاختبارات الآتية: (القلق والاكتئاب وجودة الحياة وتقدير الذات والضبط الذاتي وأساليب المواجهة) ومعدل تكرار النوبات. لاختبار هذا الفرض، قامت الباحثة بإجراء اختبار ويلكوكسون Wilcoxon- Matched paired signed Rank test لايجاد الفروق بين القياسين البعدي والمتابعة.

جدول (9)

يوضح متوسطات الرتب وقيم Z للمجموعة التجريبية على الاختبارات المستخدمة للقياس البعدي والمتابعة

الاختبارات	التطبيق	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z
1- القلق	بعدي متابعة	2.75 4	11.00 4.00	0.948
2- الاكتئاب	بعدي متابعة	2.50 2.50	5.00 5.00	0.00
3- تقدير الذات	بعدي متابعة	3.50 2.17	3.50 6.50	0.813
4- الضبط الذاتي	بعدي متابعة	3.50 2.25	10.50 4.50	0.552
5. الاختبارات الفرعية للمواجهة • الإنكار	بعدي متابعة	2.00 3.00	4.00 6.00	0.378
• مواجهة المشكلات	بعدي متابعة	1.50 1.50	1.50 1.50	0.000
• لوم الذات	بعدي متابعة	0.00 1.00	0.00 1.00	1.000
• التقبل	بعدي متابعة	1.00 0.00	1.00 0.00	1.000
• إعادة التفسير الايجابي	بعدي متابعة	0.00 1.00	0.00 1.00	1.000
• التخيل	بعدي متابعة	0.00 1.00	0.00 1.00	1.000
• الدعم الاجتماعي	بعدي متابعة	1.00 0.00	1.00 0.00	1.000
6- الاختبارات الفرعية لجودة الحياة • الأدوية	بعدي متابعة	0.00 1.00	0.00 1.00	1.000
• جودة الحياة عموماً	بعدي متابعة	2.00 0.00	2.00 0.00	0.447

0.447	1.00 2.00	1.00 2.00	بعدي متابعة	• الحالة المزاجية
1.633	6.00 0.00	2.00 0.00	بعدي متابعة	• الطاقة/التعب
1.633	6.00 0.00	2.00 0.00	بعدي متابعة	• قلق النوبة
1.000	0.00 1.00	0.00 1.00	بعدي متابعة	• الوظائف الاجتماعية
0.447	1.00 2.00	1.00 2.00	بعدي متابعة	• الوظائف المعرفية

المتغير	التطبيق	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z
تكرار النوبات	القياس البعدي	4	16	1.190
	المتابعة	2.5	5	

غير دالة عند مستوى 0.01

يتبين من نتائج الجدول (9) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي والمتابعة في انخفاض متوسط درجات القلق والاكتئاب ، وارتفاع متوسط درجات تقدير الذات والضبط الذاتي.

جدول (10)

يوضح المتوسطات وقيم Z للمجموعة التجريبية في متغير النوبات للقياس البعدي والمتابعة غير دالة عند مستوى 0.05

يتبين من نتائج الجدول (10) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي والمتابعة في متغير النوبات.

مما سبق يتضح من جدول (9) و(10) أن الفروق بين القياسين البعدي والمتابعة لم تكن دالة ومن ثم يتضح أنه لا توجد فروق دالة بين التطبيق البعدي والمتابعة ، وبذلك يقبل الفرض ، وهذا يعنى فعالية العلاج السلوكي في خفض تكرار النوبات والاضطرابات النفسية المصاحبة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من دراسة سكينين (Schonbein, 1998) حيث أوضحت النتائج أن تأثير العلاج بالضبط الذاتي ظهر بعد 6 شهور من المتابعة الأولى في أكثر الحالات، وبعد 12 شهرا حوالى 70% تقريبا من المرضى أصبحوا قادرين على السيطرة على النوبات إلى درجة كبيرة وبعيدة المدى ، و بعد سنوات من العلاج الفاشل بالعقاقير تمكنوا من السيطرة باستخدام الإجراءات السلوكية. ودراسة ريتير واندروز (Reiter & Andrews, 2000) حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن تكرار النوبات بعد العلاج السلوكي كان صفرأ لدى تسعة من المرضى ، وكل مريض مر بتحسن مهم في جودة الحياة أثناء فترة العلاج وفي مرحلة المتابعة ؛ لأن تحسين جودة الحياة مكمل ضروري للسيطرة الجيدة على النوبات، ودراسة فوتس وآخرين Foots

(et al,1995) عن استخدام العلاج الجماعي في خفض تكرار النوبات الصرعية. حيث أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة تكرار النوبات في المجموعة العلاجية قد انخفضت بعد التدخل الجماعي ، الأمر الذي لم يحدث مع المجموعة الضابطة ، واستمر التحسن خلال فترة المتابعة التي استمرت شهراً. ودراسة ناجيا وآخرين (Nagia et al, 2004) حيث أوضحت نتائج الدراسة وجود تحسن في خفض تكرار النوبات بعد شهر من المعالجة بالتغذية الرجعية. فقد انخفض تكرار النوبات أثناء فترة العلاج ، وبعد فترة المتابعة لدى أكثر من 50% مقارنة بالمجموعة الضابطة. مما سبق يتضح أن معظم الدراسات السابقة أشارت إلى استمرار فعالية العلاج المعرفي السلوكي بعد فترة المتابعة، ولعل ذلك راجع إلى قدرة العلاج السلوكي على خفض أعراض القلق والاكتئاب ، كذلك يعمل على تقريغ الشحنة الانفعالية السالبة المرتبطة بالخبرات السابقة وتبديل الأفكار السلبية وإحلالها بأفكار إيجابية ؛ مما يؤدي إلى تحسن ملحوظ في تقدير الذات، وزيادة الثقة بالنفس، والقدرة على مواجهة الضغوط، وتحسين جودة الحياة.

و هذه النتائج تشير في مجملها إلى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض تكرار النوبات وأعراض القلق والاكتئاب لدى عينة البحث التجريبية وذلك لمرونة العلاج المعرفي ولأنه يستند إلى محاور نجحت في تغيير الاتجاهات السلوكية المعرفية والانفعالية المرتبطة بالاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض ، وكذلك التي تظهر كأعراض تحذيرية قبل حدوث النوبة الصرعية ومن خلال عدة فنيات وأساليب علاجية مكنت أفراد عينة البحث التجريبية من إعادة البنية المعرفية وإحلال الأفكار العقلانية محل الأفكار السلبية الخاطئة والتدريب على الاسترخاء والضبط الذاتي. كما يرجع الى وحدات المهارات التي كونت محتوى جلسات البرنامج العلاجي والتي كانت تعمل على التفاعل النشط من أجل زيادة الأنشطة السارة فضلاً عن الارتقاء بالمهارات النفسية والاجتماعية.

تعليق عام على النتائج

بعد عرض نتائج الدراسة الحالية ومناقشة فروضها يمكن إرجاع تحقق فروض الدراسة واتفاقها مع العديد من الدراسات السابقة إلى استخدام فنيات متعددة للعلاج السلوكي المعرفي لها دورها في إحداث تغيير في النشاط الدماغي عن طريق تدريب المريض على أخذ الاحتياطات اللازمة عند الشعور بالإحساس المنذر بقدوم النوبة ، وإذا استطاع الفرد خفض تكرار النوبات سوف يستطيع التقليل من الاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض، حيث يذكر كيل وآخرون (Cull et al., 1996) أن بعض الأفراد (مرضي الصرع) يحاولون تقادي حدوث النوبات المندفعة¹²² باستخدام التقنيات الذاتية المتطورة ؛ لكي يخفضوا من تكرار النوبات من خلال ضبط الأعراض التحذيرية التي تسبق حدوث النوبة (الهالة) .

والضبط الذاتي للنوبات الصرعية يكون مرتبطا بالأفراد الذين لديهم تحذير مسبق بحدوث النوبة (الهالة) وقادرون علي تمييز أعراض النوبات.

(Spector et al., 2001)

وبصورة عامة ترى الباحثة أن ما اتفقت وما اختلفت فيه الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا المجال يعكس أهمية تناول تأثير الصرع وتكرار النوبات على جودة الحياة وانخفاض تقدير الذات والضبط الذاتي وحدوث اضطرابات نفسية مصاحبة مثل: القلق والاكتئاب، حيث لم يلق هذا المجال القدر الكافي من البحوث والدراسات السابقة في البيئة العربية في مجال علم النفس، وذلك في حدود اطلاع الباحثة.

توصيات الدراسة

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج فإن الباحثة توصي بما يلي:

1. الاهتمام ببرامج التدخل النفسي العلاجي؛ لأنها يلعب دوراً مهماً في خفض الاضطرابات النفسية، ومن ثم تقليل حدة النوبات الصرعية ولو بقدر ضئيل.
2. نجاح استخدام العلاج النفسي لمرضى الصرع يلعب دوراً هاماً في الاستقرار النفسي للأسرة؛ لأن الصرع يعد مشكلة كبيرة بالغة التكاليف الاقتصادية، حيث يعطل إنتاجية الفرد كما يؤدي إلى اضطراب الحياة واقتتاد أعضاء الأسرة السعادة.
3. توصي الدراسة أيضاً بضرورة الاهتمام بالنواحي المعرفية لدى البالغين من مرضى الصرع، ولا يُقتصر على الجوانب السلوكية والانفعالية فقط.
4. الاعتراف والتشخيص المبكر للنوبة والالتزام بالعلاج الطبي مع العلاج النفسي يجعل الفرد يستطيع العيش برضا مع الصرع.
5. تحسين الجهود لمواجهة الوصم الاجتماعي من مرض الصرع.
6. التعامل مع مرضى الصرع على أنهم فئة تحتاج إلى رعاية خاصة.

البحوث المقترحة

من البحوث والدراسات في مجال الصحة النفسية لمرضى الصرع يمكن إلقاء الضوء على كثير من جوانبها النفسية والتربوية والاجتماعية بحيث تتضمن البحوث والدراسات المقترحة:

1. فاعلية الاسترخاء لخفض أعراض القلق من النوبة لدى مرضى الصرع.
2. فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى مرضى نوبات الصرع المزمنة.
3. فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف مستوى الغضب والضغط النفسية لدى مرضى نوبات الصرع.
4. فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين جودة الحياة ورفع التقدير الذاتي لمرضى الصرع.
5. دراسة مقارنة لتأثير العلاج الدوائي، والعلاج النفسي لدى عينة من مرضى الصرع.
6. دراسة علاقة الصرع بمتغيرات نفسية أخرى غير المتغيرات التي عُنيت بها الدراسة مثل الوسواس و الهستيريا
7. القيام بدراسات تهتم بتطوير برامج تدريبية بهدف تنمية المهارات الاجتماعية لدى مرضى نوبات الصرع المستعصية.

قائمة المراجع العربية

- (1) أرون بيك(2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية(ترجمة عادل مصطفى) دار الأفاق العربية. القاهرة.
- (2) السيد أبو شعيشع (2005): الأسس البيوكيميائية للأمراض النفسية والعصبية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية
- (3) أمثال هادى الحويله ، احمد محمد عبد الخالق (2002): مدى فعالية تمارينات الاسترخاء العضلي فى تخفيض القلق لدى طالبات الثانوي الكويتيات. مجلة دراسات نفسية.مج12، ع2. ص ص 273-294.
- (4) باترسون، س.ه (1981): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي(ترجمة حامد عبد العزيز الفقى)- الكويت، دار القلم.
- (5) بدر محمد الانصارى (2004): القلق لدى الشباب فى بعض الدول العربية دراسة ثقافية مقارنة. مجلة دراسات نفسية.مج14، ع3. ص ص 337-370
- (6) جبر الدكرورى (1985): الإرشاد والعلاج النفسي بين النظرية والتطبيق(ترجمة طالب الخفاجى) توزيع الفيصلية السعودية.
- (7) جبر محمد جبر (1999): الحنين للوطن ، مستويات الاكتئاب لدى عينات من العرب والأجانب المقيمين بالمملكة العربية السعودية. دراسة ميدانية ن مجلة بحوث كلية الآداب . جامعة المنوفية ع 39 : ص ص 159-220.
- (8) _____ (2000): مستويات القلق لدى عينات من طلاب الجامعة المصريين والسعوديين دراسة عبر حضارة مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية . ع 11 ، ط4 ص ص 149-210.
- (9) جمعة سيد يوسف (1997): الفروق بين الفصامين والأسوياء الذكور في نمط السلوك واستراتيجيات مواجهة الضغوط.مجلة الآداب والعلوم الإنسانية. كلية الآداب جامعة المنيا،مج27، ع2
- (10) حامد بن احمد ضيف الله الغامدى (2005): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق. رسالة دكتوراه غير منشورة-كلية التربية- جامعة عين شمس
- (11) حنفي محمود إمام ، نور أحمد الرمادي (2001): الصحة النفسية والاضطرابات النفسية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية
- (12) روبين داينز ، (2006): إدارة القلق.دار الفاروق للترجمة. القاهرة.
- (13) رثيفة رجب عوض (2001): ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة(التشخيص والعلاج)مكتبة النهضة المصرية. القاهرة.
- (14) زيزى السيد إبراهيم: (2006): العلاج المعرفي للاكتئاب. دار غريب للطباعة والنشر. القاهرة.
- (15) سامي عبد القوى(1993): مقياس الصرع النفسى الحركى-دراسة عاملية- مجلة علم النفس.ع25

- (16) طلعت منصور (1984): التعلم الذاتي وارتقاء الشخصية. مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة.
- (17) عادل عبد الله محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات . دار الرشاد ، القاهرة
- (18) _____ (2000) : دراسات في الصحة النفسية . دار الرشاد ، القاهرة .
- (19) عادل محمد هريدي (1996): علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات (دراسة ضوء في الفروق بين الجنسين) مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية ع26
- (20) عبد الستار إبراهيم (1980) : العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان. سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت. العدد 27
- (21) _____ (1998) :الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث : فهمه وأساليب علاجه سلسلة عالم المعرفة، نوفمبر، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
- (22) _____ (2002) :القلق قيود من الوهم مكتبة الانجلو المصرية: القاهرة
- (23) _____ (2008) : عين العقل، دار الكاتب. القاهرة
- (24) _____ (2008) : إنه من حقك يا أخي. دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيدية ومهارات الحياة الاجتماعية. دار الكاتب. القاهرة
- (25) عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل، و رضوى إبراهيم، (1993): العلاج السلوكي للطفل- أساليبه ونماذج من حالاته" سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
- (26) عبد السلام عبد الغفار (1990): مقدمة في الصحة النفسية. دار النهضة العربية. القاهرة.
- (27) عبد اللطيف موسى عثمان (1985): الصرع والتشنجات بين الحقيقة والخرافة، دار الكتب، القاهرة.
- (28) عبد المنعم الحفنى (1992): موسوعة الطب النفسي. مكتبة مدبولي، القاهرة.
- (29) عبد المنعم شحاتة (2004): الهوية الاجتماعية (339-367) في عبد الحليم محمود وطريف شوقي. علم النفس الاجتماعي المعاصر. القاهرة: إيتراك. ط2
- (30) علاء فرغلي (2003) : خطوات العلاج النفسي، مكتبة النهضة المصرية القاهرة.
- (31) علاء فرغلي (2008): مهارات العلاج المعرفي السلوكي. مكتبة النهضة المصرية القاهرة ط2
- (32) فاروق السيد عثمان (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية . دار الفكر العربي ، القاهرة
- (33) فرج عبد القادر طه وآخرون (1993): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي
- (34) فيونا مارشال؛ بامبلا كروفورد (2005): كيف تتغلب علي الصرع ؟ دار الفاروق للنشر ، القاهرة .
- (35) لويس مليكه (1990) : العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، القاهرة ، دار النهضة المصرية ط2
- (36) ماييسة شكري (1999): أنماط السلوك الصحي كأساليب لمواجهة مواقف المشقة. مجلة دراسات نفسية، مج9. ع4، ص ص559-584.
- (37) مجدي أحمد محمد عبد الله (2004) الاضطرابات النفسية للأطفال – الأعراض والأسباب والعلاج . دار المعرفة الجامعية ، القاهرة

- (38) محمد سعد حامد عثمان (2007): **الاكتئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعنى الحياة لدى الشباب**. رسالة ماجستير غير منشورة-كلية التربية جامعة عين شمس.
- (39) محمد محروس الشناوي (1994) : **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**, القاهرة, دار غريب للطباعة والنشر
- (40) محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن (1998): **العلاج السلوكي الحديث أسسه تطبيقاته**. دار قباء للنشر .
- (41) محمد محروس الشناوي (1998): **موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي (1) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**-دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة
- (42) محمد نجيب الصبوة، سهير فاهيم الغباشي وهناء احمد الشويخ (2004): **استراتيجيات المواجهة والتصدي التي يوظفها مرضي أورام المثانة السرطانية للتخفيف عن حجم المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض** . مجلة دراسات عربية في علم النفس ، مج 3 ، ع 1.
- (43) محمود عطا (1993): **تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة** ، مجلة دراسات نفسية . مج 3 ، ع 3 .
- (44) موجنس دام (1987): **الصرع تشخيصه وعلاجه** . ترجمة عبد الغفور عيد المغيث وبسيوني عبده ، الرياض : دار المريخ للنشر.
- (45) ناصر بن إبراهيم المحارب(2000): **المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي**. جامعة الملك سعود.
- (46) هارولد ريجنا لديبتش (ترجمة فيصل الزراد (1992): **تعديل السلوك البشري**. دار المريخ للنشر.السعودية.
- (47) هدى طاهر احمد (2002): **فاعلية برنامج ارشادى لتطوير القدرة على مواجهة الضغوط لدى المرأة اليمنية العاملة**.رسالة دكتوراه غير منشورة.كلية الآداب جامعة عين شمس.
- (48) هدى عاصم خليفة (2004) : **نوعية الحياة وعلاقتها بالضغوط لدى المرأة العاملة**. رسالة ماجستير غير منشورة- كلية الاداب جامعة عين شمس.
- (49) وفاء عبد الجواد (1994) : **فاعلية برنامج ارشادى في خفض الضغوط لدى عينة من المعلمين**. رسالة دكتوراه غير منشورة-كلية التربية- جامعة عين شمس
- (50) وليد ابن عبد العزيز التويجى، عبد الله بن محمد الصبي (2006) **الصرع (التشنج)**. مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض.ط 1

ثانياً: قائمة المراجع الأجنبية

- 51) Ablah, E., Haug, A., Konda, K. & Tinius, A.M. (2009). *Exercise and epilepsy: A survey of Midwest epilepsy patients. Epilepsy & Behavior*, 14,(1), 162-166.
- 52) Agency for Healthcare Research and Quality. *Management of Treatment-Resistant Epilepsy.* (2003). *Summary, Evidence Report/Technology Assessment*, 77
- 53) Aikia, M. (2002). *Verbal memory in newly diagnosed partial epilepsy: neuropsychological study. Series of reports*, (64).
- 54) Akanuma, N., Hara, E., Adachi, N., Hara, K. & Koutroumanidis, M. (2008). *Psychiatric comorbidity in adult patients with idiopathic generalized epilepsy. Epilepsy & Behavior*. (13), 248-251.
- 55) Amir, M., Roziner, I., Knoll, A. & Neufeld, M.Y. (1999). *Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. Epilepsia*, 40, 216-24.
- 56) Andrews, D. J. & Schonfeld, W. H. (1992). *Predictive factors for controlling seizures using a behavioural approach. Seizure*, 1, 111-116.
- 57) Andrews, D. J. & Reiter, J. (2000). *A neurobehavioral treatment for unilateral complex partial seizure disorder: A comparison of right and left hemisphere patients. Seizure*, 9, (3), 189-197.
- 58) Arida, R.M., Scorza, F.A. & de Albuquerque, M. (2003). *Evaluation of physical exercise habits in Brazilian patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior*, 4, 507-10.
- 59) Attarian, H., Vahle, V. & Carter, J. (2003). *Relationship between depression and intractability of seizures. Epilepsy & Behavior*, 4, 298-301.
- 60) Au, A., Li, P. & Chan, J. (2002). *Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. Epilepsy & Behavior*, 3, 350-357.
- 61) Au, A., Chan, F., Li, K., Leung, P., Li, P. & Chan, J. (2003). *cognitive-behavioral group treatment program for adults with epilepsy in Hong Kong. Epilepsy & Behavior*, 4, 441-446.
- 62) Baker, G.A., Nashef, L. & Van Hout, B. (1997a). *Current issues in the management of epilepsy: The impact of frequent seizures on cost of illness, quality of life and mortality. Epilepsia*, 38, (1), 1-8.
- 63) Baker, G.A., Jacoby, A., Buck, D., Stalgis, C. & Monnet, D. (1997b). *Quality of life of people with epilepsy: A European study. Epilepsia*, 38, 353-362.
- 64) Baker G.A. (2001): *assessment of Quality of life in people with epilepsy: some practical implication. Seizure*, 42, (3), 66-69.

65) Baker G.A., Jacoby, A., Buck, D., Brooks, J., Potts, P.& Chadwick, D.W.(2001).*The quality of life of older people with epilepsy: findings from a UK community study. Seizure*,10,92—9.

66) Baker G. A & Jacoby, A. (2002). *Health-related quality of life of adults with epilepsy .Epilepsy & Behavior*, 3, 560–561.

67) Baker, G.A., Jacoby, A., Jacoby, A., Gorry, J., Doughty, J. & SIGN Group. (2005). *Quality of life of people with epilepsy in Iran the Gulf, and Near East. Epilepsia*, 46, (1), 132.

68) Banerjee, P., Filippi, D.& Hauser, A. (2009). *The descriptive epidemiology of epilepsy-A review. Epilepsy Research*, (85), 31—45.

69) Barry, J (2003). *The recognition and management of mood disorders as comorbidity of epilepsy. Epilepsia*, 44, (4), 30-40.

70) Barry, J & Jones, J.E. (2005). *What is effective treatment of depression in people with epilepsy?. Epilepsy & Behavior*, (6), 520–528.

71) Becu, M., Becu, N., Manzur, G & Kochen, S. (1993). *self-help epilepsy groups: an evaluation of effects on depression and schizophrenia. Epilepsia*, 34, (5), 841-845.

72) Begley, C.E., Famulari, M.& Annegers, J.F. (2000). *The cost of epilepsy in the United States: an estimate from population-based clinical and survey data. Epilepsia*, 41, (3), 342-51.

73) Bernik, M.A., Corregiari, F.& Braun, I. (2002). *panic attacks the differential diagnosis and treatment of resistant epilepsy. Depression and Anxiety*, 15, 190–192.

74) Beyenburg, S., Mitchell A.J., Schmidt, D., Elger, C.E. & Reuber, M. (2005). *Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management . Epilepsy & Behavior*, (7), 161–71.

75) Birbeck, G.L., Hays, R.D.& Cui X. (2002). *Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy. Epilepsia*, 43, 535– 8.

76) Bishop, M., Berven, N. L., Hermann, B. P.& Chan, F (2002) .*Quality of life among adults with epilepsy: An exploratory model. Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45, 2, 87-95.

77) Bishop, M & Allen, C.A. (2003). *The impact of epilepsy on quality of life: a qualitative analysis. Epilepsy & Behavior*, (4), 226–233.

78) Browne, T. R & Holmes, G L. (2001) .*Epilepsy Primary Care. The new England journal of medicine*, 344, 15.

79) Chang, B.S & Lowenstein, D.M (2003). *Epilepsy. The new England journal of medicine*, (349), 13, 1257 – 1266 .

- 80) Chang,Y.C., Guo,N.W., Huang,C.C., Wang,S.T & Tsai,J.J.(2000) .*Neuro cognitive attention and Behavior outcome of school-Age children with a history of febrile convulsions. a Population study .Epilepsia, (41) ,4, 412-420*
- 81) Christensen J., Vestergaard, M., Pedersen, M., Pedersen, C., Olesen, J. & Sidenius P. (2007) *Incidence and prevalence of epilepsy in Denmark.Epilepsy Research, 76, 60—65.*
- 82) Collings, J. A . (1990).*psychological well being and epilepsy : an empirical study", Epilepsia, 31, (4),418-426.*
- 83) Collings, J. A. (1995). *The Impact of Epilepsy on Self-Perceptions. J Epilepsy, 8, 2 .*
- 84) Cramer, J.A., Perrine, K., Devinsky, O., Bryant-Comstock, L., Meador K, & Hermann B.P. (1998) .*Development and cross-cultural translation of a 31-item quality of life questionnaire (QOLIE-31). Epilepsia, 39, 81–8.*
- 85) Cramer J.A., Blum, D., Reed, M. & Fanning K, (2003). *for the Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. Epilepsy & Behavior, 4, 515–21.*
- 86) Cull, C., Fowler M. & Brown S. (1996). *Perceived self-control of seizures in young people with epilepsy. Seizure, 5, 131–8.*
- 87) Curt LaFrance W., Miller I.W., Ryan C., Blum A.S., Solomon D.A., Kelley J.E & Keitner G. (2009). *Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy & Behavior , 14, (4), 591-596.*
- 88) Dahl, J., Melin, L. & Lund L. (1987). *Effects of a Contingent Relaxation Treatment Program on Adults with Refractory Epileptic Seizures . Epilepsia, 28, (2), 125- 132*
- 89) Dahl, J., Melin, L. & Leissner, P. (1988) . *Effects of a behavioral intervention on epileptic seizure behavior and paroxysmal activity: a systematic replication of three cases of children with intractable epilepsy. Epilepsia, 29, 172-183.*
- 90) Dahl, J., Brorson, L-O., & Melin, L. (1992). *Effects of a Broad-spectrum Behavioral Medicine Treatment Program on Children with Refractory Epileptic Seizures: An 8-Year Follow-Up. Epilepsia, 33, (1), 98-102*
- 91) Devinsky O., Vickrey B.G., Cramer J.. (1995). *Development of the quality of life in epilepsy inventory. Epilepsia, 36, 1089–104.*
- 92) Devinsky O. (1999). *patients with Refractory seizure. The New England Journal of Medicine , 340, (20) , 1565-1570.*
- 93) Devinsky O. (2004). *therapy for neurobehavioral disorders in epilepsy. Epilepsia, 45, 2, 34-40.*

- 94) Dodrill C.B., Beier, R., Kasparick, M., Tacke, I., Tacke, U. & Tan S-Y. (1984). Psychosocial problems among adults with epilepsy: comparison of findings from four countries. *Epilepsia*, 25, (2), 123-135.
- 95) Dodrill, C.B., Breyer, D.N., Diamond, M.B., Dubinsky, B.L. & Geary, B.B.P. (1984). Psychosocial problems among adults with epilepsy. *Epilepsia*, 25, 176-83.
- 96) Dilorio, C., Shafer, P.O., & Letz, R. (2003). The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4, (3), 259-267.
- 97) Donaghy, M. (2001). *Brain's Diseases of the nervous system. United states*, (21ed)
- 98) Duncan, J.S., Shorvon, S.D. & Fish, D.R. (1995). *Clinical epilepsy. New York*
- 99) Duncan, J. S., Sander, J.W., Sisodiya, S.M. & Walker, M.C. (2006): Adult epilepsy. *The Lancet*, 367, (9516), 1087.
- 100) Elwes, R. D. C., Marshall, D., Beattie, A. & Newman, P. K. (1991). Epilepsy and unemployment: A community based survey in an area of high unemployment. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 54, 200-203.
- 101) Engel, J. Jr. (1996). Surgery for seizures. *N Engl J Med*, 334, 10, 647-52.
- 102) Ettinger, A., Weisbrot D.M. & Nolan E.E. (1998a) fatigue and depression in epilepsy. *J epilepsy*, (11), 2, 105-109
- 103) Ettinger, A., Weisbrot D.M., Nolan E.E. (1998b). Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia*, 39, 595-599.
- 104) Ettinger, A., Gibson P, Cramer J (2002). Prevalence of depression in persons with epilepsy, and associated findings from Epilepsy Impact Project. *Epilepsia*, 43, (7), 120.
- 105) Fisher, R.S., Vickrey, B.G., Gibson P. (2000). The impact of epilepsy from the patient's perspective I: descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res*, 41, (1), 39-51.
- 106) Fogel, B.S., Schiffer, R.B. & Rao, S.M. (1996). *Neuropsychiatry*, (6th ed) USA.
- 107) Foots, A. & Goldstein, L. (1995). "Reduction in seizure frequency as a result of group intervention for adult with epilepsy. *Epilepsia*, 36, (3), 130.
- 108) Frucht, M.M., Quigg, M., Schwaner, C. & Fountain, N.B. (2000). Distribution of seizure precipitants among epilepsy syndromes. *Epilepsia*, 41, 1534-9.
- 109) Fukuchi T. (2002). Death in epilepsy with special attention to suicide cases. *Epilepsy Res*, 51, 233-6

- 110) Gehlert S.(1994). *Perceptions of control in adults with epilepsy. Epilepsia*,35,8 1-88.
- 111) Gillham R.A. (1990). *Refractory epilepsy: an evaluation of psychological methods in outpatient management. Epilepsia*,31, 427—32.
- 112) Gilliam, F.,Kuzniecky, R .&,Faught E. (1997). *Patient-validated content of epilepsy-specific quality-of-life measurement. Epilepsia*, 38, 233– 6.
- 113) Gilliam, F.& Kanner,A.M.(2002) . *Treatment of depressive disorders in epilepsy patients. Epilepsy & Behavior* , 3,(5), 2-9
- 114) Gilliam,F., Hecimovic,H. & Sheline,Y . (2003) . *Psychiatric comorbidity, health, and function in epilepsy. Epilepsy & Behavior*, 4,26–30
- 115) Gilliam, F.G.,Santos, J., Vahle, V.(2004) . *Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction? Epilepsia*,45,(2),28–33.
- 116) Goldstein, L. H. (1997). *Effectiveness of psychological interventions for people with poorly controlled epilepsy. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*,63, 137–142.
- 117) Goldstein M.A& Harden CL. (2000) . *Epilepsy and anxiety. Epilepsy & Behavior*,1,228–34.
- 118) Goldstein, L.H., McAlpine, M., Deale, A., Toone, B.K., Mellers, J.D., (2003). *Cognitive behaviour therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency. Behav Res Ther*,41,447–460.
- 119) Goldstein, L.H., Holland, L., Soteriou ,H.& Mellers, J.D. (2005) . *Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. Epilepsy Research*, 67, 1–11.
- 120) Greenberger,D.& Padesky,C.A(1995). *Mind over mood,change how you feel by changing the way you think.the Guilford press New York.*
- 121) Grzyb , A.G., drzejczak , J., ska ,E.N & Fiszer, U. (2006). *Risk factors for depression in patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior*,8 , 411–417.
- 122) Haggerty ,M.(2001). *Seizure disorder. Gale encyclopedia of medicine*
- 123) Harden,C.L.Marooof,D.A.,Nikolov,B.,Fowler,K.,Sperling,M.,Liporace,J.,Pennell,P.,Labar,D.&Herzog,A. (2007) . *The effect of seizure severity on quality of life in epilepsy. Epilepsy & Behavior*, 11, 208–211.
- 124) Harrison,M.J.G.(1983). *Contemporary neurology. New York.*

- 125) Haut, S. R., Vouyiouklis, M & Shinnara, S. (2003). *Stress and epilepsy: a patient perception survey. Epilepsy & Behavior*, 4,511–514
- 126) Helgeson, D.M & Siang, T.Y (1990). *Sepulveda epilepsy education : the efficacy of a psychoeducational treatment program in treating medical and psychological aspect of epilepsy. Epilepsia*,31, (1),75-82
- 127) Hermann B.P. (1992). *Quality of life in epilepsy. J Epilepsy*,5,153–65.
- 128) Hermann B.P., Seidenberg M.& Bell B. (2000). *Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression.. Epilepsia*,41,S31–41.
- 129) Hermann, B. P., Seidenberg, M., Bell, B., Woodard, A., Rutecki, P., & Sheth, R. (2000). *Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: Association with chronicity and impact on quality of life. Epilepsy & Behavior*;1,184–190.
- 130) Hills, M.D & Baker, PG. (1992). *Relationships among epilepsy, social, stigma, self-esteem and social support.. J of epilepsy*,5, (4),231-238 (abstract)
- 131) ILEA Commission report: *the epidemiology of the epilepsies: future directions*(1997).*Epilepsia*, ,38,614-8.
- 132) Jacoby A. (1992). *epilepsy and quality of everyday life finding from a study of people with well – controlled epilepsy. Social science & Medicine* ,34,(6), 657-666(abstract)
- 133) Jacoby, A., Baker, G.A., Steen, N., Potts, P., Chadwick, D.W.,(1996) . *The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: Findings from a UK community study. Epilepsia* ,37, (2), 148–161.
- 134) Jacoby A. (2002) *Stigma, epilepsy, and quality of life. Epilepsy & Behavior*,3, 2, 10–20.
- 135) Jalava M.& Sillanpaa M. (1996) .*Concurrent illnesses in adults with childhood-onset epilepsy: a population-based 35-year follow-up study. Epilepsia*,37,1155–1163
- 136) Johnson E., Jones J.E., Seidenberg, M & Hermann B.P. (2004). *The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. Epilepsia*,45,544–550.
- 137) Jones J.E., Hermann B.P & Barry J.J..(2003). *Rates and risk factors for suicide: suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. Epilepsy & Behavior*,4,(3), 31–8.

- 138) Jones J.E., Bell B., Fine J., Rutecki P., Seidenberg M & Hermann BP (2007). *A controlled prospective investigation of psychiatric comorbidity in temporal lobe epilepsy. Epilepsia*, 48,(12),2357–2360.
- 139) Jong,R.N.,& Sugar,O. (1981) .*Neurology and neurosurgery. Year book medical publishers, USA.*
- 140) Kanner , A.M & Palac, S. (2000) .*Depression in epilepsy: a common but often unrecognized comorbid malady. Epilepsy & Behavior*,(1),37–51.
- 141) Kanner, A & Balabanov, A(2002).*Depression and epilepsy: how closely related are they?. Neurology*,58 ,5,27–39.
- 142) Kanner , A.M(2003).*Depression in epilepsy: a frequently neglected multifaceted disorder. Epilepsy & Behavior*,(4),11–19.
- 143) Kanner , A.M.(2009). *Psychiatric issues in epilepsy: The complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. Epilepsy & Behavior*, (15),1,83-87.
- 144) Khudair,A., *Autonomic psychiatric and psychometric manifestation in complex partial seizures An unpublished Doctoral thesis, Neuropsychiatry Dep., Banha faculty of medicine 1993.*
- 145) Kessing, L.V, Harhoff, M & Andersen, P.K.(2007) .*Increased rate of treatment with antidepressants in patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior*, (11) , 39–45
- 146) Kobau, R & DiIorio C. (2003) .*Epilepsy self-management: a comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. Epilepsy & Behavior*,4,217–25.
- 147) Kolb,B & Whishaw,L.(2003)*Human Neuropsychology New York. (5th ed)*
- 148) Krakow, K., Bühler, K.E & Haltenhof, H. (1999).*Coping with refractory epilepsy. Seizure*, 8, 111 –115.
- 149) Krishnamoorthy, E.S.(2003). *Treatment of depression in patients with epilepsy: problems, pitfalls, and some solutions Epilepsy & Behavior*,4, 46-54.
- 150) Kumari, P., Ram, D., Nizamie,H & Goyal,N. (2009).*Stigma and quality of life in individuals with epilepsy: A preliminary report. Epilepsy & Behavior*, (15) , 358–361.
- 151) Kwan, P & Brodie M.J, (2000a). *Early identification of refractory epilepsy. N. Engl. J. Med*, (342), 314–319.
- 152) Kwan, P. & Brodie M. (2000b).*Epilepsy after the first drug fails: substitution or add-on? Seizure*,9,464–8.
- 153) Kwan, P & Brodie, M.J. (2002).*Refractory epilepsy: a progressive, intractable but preventable condition? Seizure*, (11),77–84.

- 154) *Laccheo I., Ablah E., Heinrichs R., Sadle T., Baade L & Liow K. (2008).Assessment of quality of life among the elderly with epilepsy. Epilepsy & Behavior,(12),2, 257-261.*
- 155) *Lai C-W &Lai Y (1991). History of Epilepsy in Chinese Traditional Medicine. Epilepsia,32(3),291-302.*
- 156) *Lambert M.V, Robertson M.M. (1999).Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment. Epilepsia, 40,(10), S21-47.*
- 157) *Lau, V.W.,Lee, T.M., Ng P.K & Wong , V.C. (2001).Psychosocial adjustment of people with epilepsy in Hong Kong. Epilepsia, 42,1169–1175.*
- 158) *Lee, S.A & Joo, Y. (2005).Perceived self-control of seizures in patientswith uncontrolled partial epilepsy. Seizure,14, 100—105.*
- 159) *Lee, S A., Yoo H J., Lee B QoL in Epilepsy Study Group (2005).Factors contributing to the stigma of epilepsy. Seizure, (14),157—163.*
- 160) *Livneh, H., Wilson, L.M., Duchesneau, A., Antonak, R.F., (2001).Psychosocial adaptation to epilepsy: the role of coping strategies.Epilepsy& Behavior, 2, 533–544.*
- 161) *Lehrner,J.,Kalchmayr, R., Serles, W.,Olbrich,E., Patariaia,E. (1999).Health-related quality of life(HRQOL), Activity of daily living and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. Seizure, 8, 88-92.*
- 162) *Loring,D.W., Meador,K.J & Lee,G.P.(2004). Determinants of quality of life in epilepsy. Epilepsy & Behavior ,5,(6) , 976-980.*
- 163) *Lowe, A.J. David E.& Kilpatrick, C.J. (2004).Epilepsy surgery for pathologically proven hippocampal sclerosis provides long-term seizure control and improved quality of life. Epilepsia, 45, 237–242.*
- 164) *Lundgren, T .,Dahl., J Yardi., N & Melin,L (2008).Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. Epilepsy & Behavior, 13,(1), 102-108.*
- 165) *McLaughlin D P .,Pachana N A ., Mcfarland K. (2007).Stigma, seizure frequency and quality of life:The impact of epilepsy in late adulthood .Seizure*
- 166) *Manchanda R(2002) .Psychiatric Disorders in Epilepsy:Clinical Aspects. Epilepsy & Behavior, 3, 39–45.*
- 167) *Marks, W.J., & Garcia, P.A.(1998). Management of Seizures and Epilepsy. American of Family Physicians , 57,(7).*

- 168) McMullen, J.C. (1999). *A Test of Self-control Theory Using General Patterns of Deviance Doctor of Philosophy In Sociology. September 17, Blacksburg, Virginia*
- 169) McAuley, J.W., Long, L., Heise, J., Kirby, T., Buckworth, J. (2001). *A Prospective Evaluation of the Effects of a 12-Week Outpatient Exercise Program on Clinical and Behavioral Outcomes in Patients with Epilepsy. Epilepsy & Behavior, 2, 592–600.*
- 170) Mirnics Z., Bekes J., Rozsa S, (2001). *Adjustment and coping in epilepsy. Seizure, 10, 181–7.*
- 171) Mittan, R. J. (2005). *Seizures & Epilepsy Education (S.E.E.) How to Raise a Kid with Epilepsy Part 2: Coping with Stigma in Exceptional Parent magazine, 35, 11, 58-66 (reprinted with permission.) www.eparent.com*
- 172) Morrell, M. J. (2002) . *Stigma and epilepsy . Epilepsy & Behavior, 3, 21–25.*
- 173) Mula , M ., Cavanna , A . (2006). *the role of oura in psychopathology and dissociative experiences in epilepsy. The J of neuropsychiatry and clinical neurosciences, (18), 4, 536-543 .*
- 174) Nagai, y ., Goldstein, L.H., Fenwick, P.B.C., & Trimble, M.R . (2004). *Clinical efficacy of galvanic skin response biofeedback training in reducing seizures in adult epilepsy: a preliminary randomized controlled study . Epilepsy & Behavior ,5, 216–223.*
- 175) Nancy, R. T & Davis, R . G (1984) . *Stress as a Risk Factor for Seizures Among Adults with Epilepsy. Epilepsia; 25(4):450-456*
- 176) Neoker, M & Haver Kamp, F (2001). *Successful cognitive behavior-habituation training- toward photo phobia in partial seizure. Epilepsia, 42,(5), 689-691.*
- 177) Neugebauer, R., Paik, M., Hauser, W.A., Nadel, E., Leppik I., & Susser, M. (1994). *Stressful life events and seizure frequency in patients with epilepsy. Epilepsia, 35, 336–343.*
- 178) Nilsson, L., Farahmand, B. Y., Persson, P-G., Thiblin, I. & Tomson, T. (1999). *Risk factors for sudden unexpected death in epilepsy: a case-control study. Lancet, 353, 888–893.*
- 179) Ogata, A & Amano, K.A (2000) . *Psychosocial Approach to Epileptic Patients. Epilepsia, 41, 36-38.*
- 180) Ortinski, P & Meador, KJ. (2004). *Cognitive side effects of antiepileptic drugs Epilepsy & Behavior, 5 , 60–65.*
- 181) Pedley, T.A & Hirano, M (2003). *Is Refractory Epilepsy Due to Genetically Determined Resistance to Antiepileptic Drugs? new England journal medicine, 15, 348.*

- 182) .Perucca E., Gram L & Avanzini G. (1998).Antiepileptic drugs as a cause of worsening seizures. *Epilepsia*,39,5–17.
- 183) Persons, Davidson.& Tompkins.(2001). *Essential components of cognitive behavior therapy For depression*. Washington, DC. American psychological association.
- 184) Piazzini A.,Canevini M.P.& Maggiori G.(2001).Depression and anxiety in patients with epilepsy. *Epilepsy& Behav*,2,481–9.
- 185) Piazzini, A., Ramaglia , G., Turner, k., Chifari , R ., El Kiky, E., Canger , R & Canevini, M . (2007). Coping strategies in epilepsy: 50 drug-resistant and 50 seizure-free patients. *Seizure*, (16)3,211-217.
- 186) Pinel,J.P.(1990). *Biopsychology*. United states of America .
- 187) Pramuka M., Hendrickson R., Zinski A.,& Van Cott A. C.(2007). A psychosocial self-management program for epilepsy:A randomized pilot study in adults. *Epilepsy & Behavior*, 11 533–545.
- 188) Pugh, M. J. V.,Copeland, L. A.,Zeber, J.E &Cramer, J.A.(2005). *The Impact of Epilepsy on Health Status among Younger and Older Adults*. *Epilepsia*, 46,(11),1820–1827.
- 189) Puskarich,C.A., Whitman,S., Dell,J &Hughes,J.R., l(1992).controlled examination of effects of progressive relaxation training on seizure reduction. *Epilepsia*,33,(4),675-680.
- 190) Quiske, A., Helmstaedter, C., Lux S., & Elger, C.E. (2000) .*Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis*, *Epilepsy Res*,39,121–125.
- 191) Rajna, P . (1997).Hungarian multicentre epidemiologic study of the warning and initial symptoms (prodrome, aura) of epileptic seizures. *Seizure*, 6, 361-366.
- 192) Raty, L.K., Sc, MN., Larsson, B.M.W & Soderfeldt,B.A.(2003).*Health-related Quality of Life in Youth: AComparison Between Adolescents and Young Adults With Uncomplicated Epilepsy and Healthy Controls*. *Journal of adolescents health*, (33),4, p.252-258.
- 193) Reijs, R., Aldenkamp, A.P &De Krom M. (2004).Mood effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy & Behavior*,5,(1),S66–76.
- 194) Reiter, J. M., & Andrews, D. J. (2000). A neurobehavioral approach for treatment of complex partial epilepsy: Efficacy. *Seizure*, 9, 198–203.
- 195) Richardson, S. P., Farias S. T., Lima III, A. R & .Alsaadi T .M .(2004). *Improvement in seizure control and quality of life in medically refractory*

epilepsy patients converted from polypharmacy to monotherapy *Epilepsy & Behavior*,(5) , 343–347.

- 196) Rodriguez, F.L., Altshuler L., Kay J., Delarhim S., Mendez M & Engel, Jr(1999). *Personality Disorders Among Medically Refractory Epileptic Patients*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, (11),464-469.
- 197) Rossi, G.S (1997) , " *Epilepsy : a study of adolescent and groups*" *Seizure*,6,(4) , 289-295.
- 198) Roth, D., Goode K.T., Williams, V.L., Faught, E.(1994). *Physical exercise, stressful life experience and depression in adults with epilepsy*. *Epilepsia*,35,1248–55.
- 199) Rusch, M.D., Morris, G.L., Allen & Land Lathrop, L.(2001). *Psychological Treatment of Nonepileptic Events* .*Epilepsy & Behavior*,(2),277-283.
- 200) Sabaz, M., Cairns, D.R., Lawson, J.A., Bleasel, A.F & Bye, A.M. (2001). *The health related quality of life of children with refractory epilepsy: a comparison of those with and without intellectual disability*. *Epilepsia*,42,621–8.
- 201) Sackellares, J.C., Kwong, W.J., Vuong, A., Hammer A.E. and Barrett, P.S. (2002). *Lamotrigine monotherapy improves health-related quality of life in epilepsy: a double-blind comparison with valproate*. *Epilepsy & Behavior* ,(3),376–382.
- 202) Sachdeo, R.C., Gates, J.R., Bazil C.W. & Barkley G.L. (2006). *Improved quality of life in patients with partial seizures after conversion to oxcarbazepine monotherapy*. *Epilepsy & Behavior*,9 , 457–463.
- 203) Sander, J.W. A. S. (1993). *Some aspects of prognosis in the epilepsies: a review*. *Epilepsia*, 34, 1007–1116.
- 204) Schmid-Schonbein C. (1998). *Improvement of seizure control by psychological methods in patients with intractable epilepsies*. *Seizure*,7,(4),261—70.
- 205) Schmitz, B.(2005). *Depression and mania in patients with epilepsy*. *Epilepsia*,46,(4),45–9.
- 206) Shehata G.A & Bateh A.M. (2009). *Cognitive function, mood, behavioral aspects, and personality traits of adult males with idiopathic epilepsy*. *Epilepsy & Behavior*, (14), 1,121-124.
- 207) Scicutellaa, A & Ettinger, A.(2002). *Treatment of anxiety in epilepsy*. *Epilepsy & Behavior*, 3 ,10–12.
- 208) Szaflarski, J. P & Szaflarski, M(2004). *Seizure disorders, depression, and health-related quality of life*. *Epilepsy & Behavior*, 5,(1) ,50-57.

- 209) Smith, D.F., Baker, G.A., Dewey, M.(1991). *Seizure frequency, patient perceived seizure severity and the psychosocial consequences of intractable epilepsy. Epilepsy Res*,9, 231–241.(abstract).
- 210) Souza, EA, Salgado, PC. (2006). *A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. Epilepsy Behav*,8,(1),232–8.
- 211) Spector, S., Tranah A.,Cull,C & Goldstein , L.H(1999) .*Reduction in seizure frequency following a short- term group intervention for adults with epilepsy .Seizure*, (8),(5),297-303.
- 212) Spector, S., Cull, C &Goldstein LH. (2000).*Seizure precipitants and perceived self-control of seizures in adults with poorly-controlled epilepsy. Epilepsy Res*,38,207—16.
- 213) Spector, S., Cull, C., & Goldstein, L. H. (2001). *High and low perceived self-control of epileptic seizures. Epilepsia*,42, 556–564.
- 214) Spitz M .C (1991).*Panic Disorder in Seizure Patients: A Diagnostic Pitfall. Epilepsia*, 32,(1),33-38,
- 215) Sperling, M.R .,Schilling C.A., Tracy, D.G & Asadi-Pooya, A. (2008) .*Self-perception of seizure precipitants and their relation to anxiety level, depression, and health locus of control in epilepsy. Seizure*,17,(4), 302-307.
- 216) Stavem, K., Kloster, R.,, Rossberg, E., Larsson, P.G., Dahl, R., Kinge E. (2000a) .*Acupuncture in intractable epilepsy: lack of effect on health-related quality of life. Seizure*, 9, 422–426.
- 217) Stavem, T., Loge, J.H &Kaasa,I. (2000b).*Health Status of People with Epilepsy Compared with a General Reference Population Epilepsia*, 41,(1),85-90.
- 218) Strine, T.W., Kobau,R., Chapman, D.P., Thurman, D. J., Price,P & Balluz L. S. (2005) .*Psychological Distress, Comorbidities, and Health Behaviors among U.S. Adults with Seizures: Results from the 2002 National Health Interview Survey. Epilepsia*,46,(7),1133–1139.
- 219) Suurmeijer, T.P., Reuvekamp, M.F & Aldenkamp, B.P(2001). *Social functioning, psychological functioning and quality of life in epilepsy. Epilepsia*,42,1160–8.
- 220) Swinkels, W.A.M, Duijsens I.J. & Spinhoven. (2005). *Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsy & Behavior* ,7, 37–50.
- 221) Swarztrauber, K., Dewar, S & Engel, J.r .(2003).*Patient attitudes about treatments for intractable epilepsy. Epilepsy & Behavior*,4,(1),19-25.
- 222) Szaflarski, J.P & Szaflarski M.(2004). *Seizure disorders, depression, and health-related Quality of life. Epilepsy & Behavior*,5,50-57.

- 223) Szaflarski, M., Meckler J.M., Privitera, M.D & Szaflarski J.P.(2006). *Quality of life in medication-resistant epilepsy: the effects of patient's age, age at seizure onset, and disease duration. Epilepsy & Behavior*,8,547–51.
- 224) Tan, S. Y., & Bruni, J. (1986). *Cognitive-behaviour therapy with adult patients with epilepsy: A controlled study.Epilepsia*,27, 225–233
- 225) Thorpe,G.L & Olson,S.L. (1990). *Behavior therapy : concepts, procedures, and applications.united states.*
- 226) Thapar, A., Roland, M & Harold,G.(2005) .*Do depression symptoms predict seizure frequency—or vice versa? Journal of Psychosomatic Research*,59, 269–274.
- 227) Thapar, A.,Kerr, M & Harold, G.(2009).*Stress, anxiety, depression, and epilepsy: Investigating the relationship between psychological factors and seizures. Epilepsy & Behavior*,(14)1, 134-140.
- 228) Torta, R & Keller, R.(1999).*Behavioral, Psychotic, and Anxiety Disorders in Epilepsy: Etiology, Clinical Features, and Therapeutic Implications. Epilepsia*, 40,(1 O),2-20.
- 229) Upton, D. & Thompson, P. J. (1992).*Effectiveness of coping strategies employed by people with chronic epilepsy. Journal of Epilepsy*, 5, 119–127.
- 230) Vazquez, B.& Devinsky, O. (2003). *Epilepsy and anxiety. Epilepsy & Behavior*,4 (Suppl. 5).
- 231) Watten,V.P & Watten ,R..G.(1999). *Psychological profiles in patients with medically refractory epilepsy. Seizure*, 8,304–309.
- 232) Webster, A.& Mawer, G.E. (1989). *Seizure frequency and major life events in epilepsy. Epilepsia*, 30,162–167.
- 233) Wilde, M. & Haslam, C. (1996).*Living with epilepsy: a qualitative study investigating the experiences of young people attending outpatients clinic in Leicester. Seizure*, 5, 63–72.
- 234) Wilder, B.J (1981).*Seizure disorders. New York*
- 235) Wolf, P., & Okujava, N. (1999). *Possibilities of non-pharmacological conservative treatment of epilepsy. Seizure*,8, 45–52.
- 236) Yardi, N. (2001).*Yoga for control of epilepsy. Seizure*, 10, 7–12.
- 237) Zenteno,J .T., Patten, S.B., Jett N., Williams,J., & Wiebe, S (2007). *Psychiatric comorbidity in epilepsy: A population-based analysis . Epilepsia*,48,(12),2336–2344.

238) *Zhu,D.t., Jin,L.j., Xie,G.j & Xiao,B.(1998). Quality of Life and Personality in Adults with Epilepsy. Epilepsia,, 39,(11),1208-1212.*

