

« وحشت درد آوری بسود ، وحشت از بعضی چیزهای مبهم
هیولائی که بصورت يك واقعیت زشت و ترسناك هر لحظه
بزرگتر می‌شد و علی‌رغم آنچه عقل و دل حکم میکرد در برابرم
می‌ایستاد »
«داستان یوفسکی»

شخصیت و اختلالات رفتاری در کودکان مصروع

دکتر محمد گیلانی* دکتر جواد نوربخش** دکتر سیروس ایزدی***

بیماری صرع شاید تنها مرضی باشد که سالیان دراز پیشوایان دینی، نویسندگان، فلاسفه و پزشکان را بخود مشغول داشته است. تا قرن نوزدهم آنرا نتیجه حلول ارواح خبیثه در بدن «افراد ناپاک» میدانستند و بمنظور معالجه بانواع سحر و جادو متوسل میشدند.

با پیشرفت دانش پزشکی بتدریج از نکات ابهام این بیماری اسرار آمیز کاسته شد و بتدریج بسیاری از تاریکی‌های آن روشن گردید. امروز کلیه تظاهرات این بیماری را ناشی از آشفتگی فعالیت «الکترو شیمیائی مغز» که خود معلول علت دیگری میباشد تصور میکنند. بنابر این تعریف، صرع يك واحد مرضی نمیباشد بلکه علامتی از يك عارضه دیگر است که ممکن است در مغز یا خارج آن باشد. با این طرز تفکر صرع اصلی مفهوم تشخیصی ندارد و در حقیقت نوعی اعتراف بنادانی و نارسائی وسائل تشخیصی است. هرچه وسائل تکمیل تر گردد از تعداد صرع‌های اصلی کاسته شده و بر اشکال بالینی صرع‌های علامتی افزوده میگردد. ذکر این مطلب لازم است که حتی در مواردی که «الکتروانسفالوگرافی»، «پنومو آنسفالوگرافی» و «آنژیوگرافی» به تشخیص کانون و علت اصلی این اختلال «الکترو شیمیائی» کمکی ننموده است، با وارد کردن الکترودهائی بداخل جمجمه و رسم فعالیت الکتریکی سطح و داخل مغز موفق بکشف علت کانونی ۱۵٪ از بیماران مبتلا به صرع‌های

اصلی گردیده‌اند. این کیفیت میرساند که کانونهای عمیق ممکن است در آزمایشهای متداول «الکتروآنسفالوگرافی» هیچگونه تظاهراتی نداشته باشد.

بموازات تحقیقاتی که در زمینه سبب شناسی بیماری صرع انجام شده است پژوهش‌هایی درباره «شخصیت» و علت پیدایش اختلالات رفتاری در مصروعین صورت گرفته و بسیاری از نکات این مسأله، جنبه ابهام خود را از دست داده است. متقدمین برای مصروعین خصوصیات مشترکی مانند حساسیت، خودپرستی، لجاجت، کینه‌توزی، اصرار و سماجت، بیرحمی و قساوت، حملات خشم و غضب، انجام کارهای ناگهانی و بی‌مقدمه و بالاخره کندی در بیان و سنگینی در حرکات قائل بودند.

گرچه در بعضی موارد این خصوصیات صادق است و برخی از مصروعین دارای طرح شخصیتی مشخص و روش رفتاری قابل پیش‌بینی میباشند. اما در اکثر موارد خلاف این کیفیت مشاهده میشود و بسیاری از مبتلایان بسا سازش اجتماعی مناسب و رفتاری کاملاً عادی زندگی میکنند. بررسی که توسط لنوکس (Lenox) انجام شده مؤید این مطلب است زیرا از ۱۶۴۰ نفر مصروع ۶۷٪ از لحاظ روانی طبیعی ۲۳٪ دچار عوارض خفیف روانی ۹٪ دارای عوارض آشکار ۱٪ مبتلا به اختلال روانی پیشرفته بوده‌اند.

همین بررسی نشان میدهد که اکثریت مصروعین در هنگام تولد کاملاً عادی میباشند، چه از میان بررسی شدگان فوق تعداد ۱۶۰۰ نفر بهنگام تولد طبیعی بوده و از این عده ۷۵٪ در موقع آزمایش و بررسی شخصیت سالمی داشتند. گرچه بعضی از مولفین بهره‌هوشی مصروعین را در مقایسه با افراد عادی کمتر از طبیعی گزارش داده‌اند، ولی معمولاً عقب افتادگی روانی در کار نیست و در مواردی که هوش بیمار از حد طبیعی کمتر باشد عواملی مانند ضربات مغزی ابتدائی، ضایعات ثانوی ناشی از حملات شدید و فراوان، رخوت دارویی و محرومیت از موقعیت‌های لازم برای رشد اجتماعی و هیجانی مسئول شناخته شده است.

در یک بررسی تحقیقاتی که توسط «لنوکس» و «کولینز» (Collins) انجام شده و در طی آن زندگی روانی ۳۰۰ نفر مصروع مطالعه گردیده است، ۸۰٪ افراد قادر به فراهم ساختن وسائل زندگی طبیعی و دارای ضریب هوشی متوسطی (در حدود ۱۰۴) بوده‌اند.

چنانکه ملاحظه میشود بهیچوجه الزامی در کار نیست که بیماری صرع با اختلالات رفتاری همراه باشد. بلکه برعکس ممکن است تسوأم با استعداد روانی فوق العاده‌ای بوده و بیمار زندگی کاملاً ثمربخشی داشته باشد. تصاویر برجسته‌ای چون ژولیوس سزار (Julius Caesar)، لرد بسایرون (Lord Byron)، پتر (Peter) و داستایوفسکی که ضمن ابتلای به صرع، شخصیتی سرشار از استعداد و خلاقیت داشته و در زمره نوابغ بحساب آمده‌اند مؤید این مطلب است.

نتیجه آنکه رابطه میان صرع و اختلالات رفتاری را نمیتوان یک ارتباط سببی تلقی نمود. بلکه این تغییرات و اختلالات کیفیتی است که بتدریج و بطور ایام در نیروهای شخصیتی و خلقی بعضی از بیماران پیدا میشود و علت زمان تشکیل و موقع بروز آنها، موضوعی قابل تعمق است.

در سال ۱۹۵۷ «گرونبرگ» (Grunberg) بمنظور مقایسه عواملی که هم در اختلالات رفتاری کودکان مصروع و هم در آشفتگی‌های رفتاری کودکان غیر مصروع وجود دارد، سه گروه نمونه را بشرح زیر انتخاب کرد:

الف - ۵۳ مورد کودک مصروع با اختلالات رفتاری.

ب - ۵۳ مورد کودک مصروع بدون اختلالات رفتاری:

ج - ۳۵ مورد کودک غیر مصروع که فقط اختلال رفتاری داشتند.

نامبرده این گروه‌ها را از لحاظ روانپزشکی، بدنی، اجتماعی و هوشی مورد مطالعه قرار داد. در این بررسی رفتارهایی مانند تظاهرات تهاجمی، فرار از مدرسه، ولگردی، دروغگوئی، و دزدی را که جنبه ضد اجتماعی دارد بعنوان ملاک عمل در نظر گرفت. هیچیک از کودکان انتخابی عیب بدنی مهمی نداشتند و تمام آنها لاقلاً با یکی از بستگان خود در منزل زندگی میکردند. در هیچکدام نقیصه عقلی واضحی در کار نبود.

گروههای سه‌گانه فوق از جهات ذیل باهم مقایسه شدند:

۱- سابقه ضایعات عضوی، ضربه مغزی، مننژیت و غیره.

۲- عوامل ارثی، وجود مشکلات روانی، الکلیسم یا صرع در خانواده.

۳- محیط اجتماعی - رفتار والدین نسبت به کودک، رقابت‌های خواهر و

برادری، محدودیت طفل از موقعیت‌های طبیعی و بالاخره شکست‌هایی مانند از -

هم پاشیدگی یا ناهماهنگی‌های خانواده .

نتایج :

میان گروه «الف» و «ب» یعنی کودکان مصروع اعم از آنهاییکه به اختلال رفتاری مبتلا بودند یا نبودند از لحاظ عضوی و عوامل ارثی اختلاف واضحی مشاهده نشد . اما محیط اجتماعی آنها بطور آشکاری باهم فرق داشت .

کودکان مصروعی که اختلال رفتاری نیز داشتند بدون استثناء دارای سابقه خانوادگی آشفته‌ای بودند . در اینجا مهمترین عامل قابل تشخیص حالت هیجانی نامناسب و مختل مادر نسبت به کودک و تجارب ناشی از شکست‌ها و تغییرات محیط بود .

در کودکان مصروع و غیر مصروعی که اختلالات رفتاری داشتند عوامل اجتماعی زبان‌بخش مشابهی وجود داشت و تنها تفاوت آنها وجود عامل ژنتیک در مصروعین (صرع در خانواده) و عدم آن در غیر مصروعین بود . محیط اجتماعی هر دو گروه (الف و ج) سرشار از آشفتگی‌های رفتار والدین ، رقابتهای خواهر برادری ، ناهماهنگی از دواج پدر و مادر ، محدودیت فوق‌العاده و تغییرات بیماری زائی محیط بود .

نتیجه آنکه شیوع مشکلات هیجانی در کودکان مصروع بیش از کودکان غیر مصروع نیست و تقریباً در حدود ۱۲٪ است (هندرسن ۱۹۵۳) .

بنابراین چنین بنظر میرسد که مشکلات هیجانی باید محصول عوامل دیگری غیر از صرع باشد ولی با وجود آنکه در این بررسی اختلالات رفتاری کودکان مصروع در تمام موارد با آشفتگی‌های محیط اجتماعی و تربیتی همراه بوده است ، بین این دو کیفیت یعنی اختلالات رفتاری و آشفتگی‌های محیط اجتماعی رابطه سببی خاصی مسلم نشده است . در این بررسی سایر عوامل از جمله «پروسس صرع» و اثرات آن در محیط مورد توجه قرار نگرفته است .

در مطالعه دیگری که بتوسط «فرگوسن» (Ferguson) و همکارانش بعمل آمده «پروسس» و اثراتی که «وجود بیماری» در محیط و شخص بیمار دارد ارزیابی شده است .

این مؤلفین ۵ مورد بیمار مبتلا به صرع «تامپورال» را که به اختلالات رفتاری

نیز مبتلا بوده و با درمانهای پزشکی مداوا نشده بودند انتخاب کرده و حملات آنها را بوسیله عمل جراحی موضعی قشری (Focal Cortical Excision) بطور دائم یا موقت متوقف کردند . بعد از عمل این بیماران از لحاظ جراحی اعصاب ، الکتروانسفالوگرافی ، و روانپزشکی بمدت ۱۲ الی ۵۳ ماه تحت نظر بودند . نتایج حاصله که در واقع مبین اهمیت « بیماری » و نقش آن در سازش اجتماعی شخص مصروع است و بر روی هشت مورد بیمار دیگر نیز تأیید شده بقرار زیر است :

بهمان میزانیکه شخص مبتلا به صرع به پاسخ های اجتماعی منفی برخورد میکند از جنبه های دشوار و برخورد های سخت اجتماعی نیز محفوظ است زیرا ترجمه موجب میشود که توقعی که اجتماع از افراد عادی دارد از آنان نداشته باشد . بدین معنی که اغلب میزان توقعات و انتظارات کمتر است و مسئولیت در مورد اشتباهات نیز مانند اشخاص سالم سنجیده نمیشود . به بیانی دیگر میتوان گفت که «بیماری» برای شخص مصروع رفیق شفیقی است .

در این بررسی همچنین واکنش بیمار نسبت به درمان مطالعه و ارزیابی شده است . قطع ناگهانی «حمله» یا این منبع آسایش روحی اگرچه ابتدا ایجاد تسکین مینماید ولی بزودی به مشکل جدیدی منجر میشود . مثلا خانواده دیگر لازم نمیداند که ملاحظات خاصی را که قبلا روا میداشته ادامه دهد و رفتاری را که قبلا بعلت «بیماری» صرفنظر میکرد از این پس انتقاد و سرزنش مینماید .

مشکل اساسی که اکثر بیماران بعد از عمل جراحی با آن مواجه میباشند فقدان تصویری است از خود که بصورت شخص بیمار داشته اند، بعبارت دیگر «سلامتی چون بارگرانی بردوش بیمار سنگینی میکند» .

رابطه آشفتهگیهای هیجانی و حملات صرعی :

باکوین (Bakwin) رابطه آشفتهگیهای هیجانی و حملات صرعی را يك ارتباط سببی نمیشناسد بلکه معتقد است که آشفتهگی هیجانی را میتوان واکنشی نسبت به «بیمار بودن» دانست .

البته تشدید حالات هیجانی ناشی از « وجود بیماری » ممکن است تواتر و شدت حملات را افزایش دهد . ولی باید توجه داشت که این امر بعلت اثر مستقیم حالت هیجانی نیست بلکه واکنش بدن درقبال هرگونه ناملایماتی موجب تغییرات

عروقی، خستگی و غیره شده می‌تواند يك حالت قبلی را فعال سازد. بریج (E. M. Bridge) در کتاب خود بنام صرع و اختلالات تشنجی در کودکان به «دایره معیوب» حمله - آشفنگی هیجانی - تشدید صرع اشاره کرده است.

بعقیده برادلی (Bradley) مشکلات رفتاری توأم با صرع را میتوان به دو دسته تقسیم کرد:

۱- مشکلاتی که مستقیماً و بطور اولیه ناشی از اختلال دماغی است.
 ۲- مشکلاتی که در واقع تجلی و اکنش بیمار نسبت به «بیماری» است. در اینجا باید توجه داشت که اثر تشدید کننده حالات هیجانی بر بیماری صرع بطور کلی ناچیز است و تنها «صرع کوچک» است که ظاهراً تحت تأثیر عوامل هیجانی قرار میگیرد.

گفته میشود که روشن‌ترین تابلو بالینی و واضح‌ترین طرح الکترو آنسفالو-گرافی مربوط به «صرع کوچک» است. از مشخصات رفتاری این مبتلایان منفی‌گری (پاسیویته) و وجود نشانه‌های «نوروتیک» است. حملات نیز ممکن است تحت تأثیر عوامل هیجانی تشدید شده و حتی آشکار گردد. در مقابل حملات صرع تامپورال شدت بیشتری دارد و از حملات صرع کوچک نامطبوع‌تر است. اما توسط هیجان ایجاد نمیشود. مبتلایان به صرع تامپورال مشکلات اجتماعی جدی‌تری را بوجود می‌آورند. هوش آنها معمولاً کم و تهاجم مشخص آنها بصورت انفجارات شدید خشم و غضب است.

کتینگ، در تحقیقی که سال ۱۹۶۱ بمنظور مطالعه «صرع و اختلالات رفتاری کودکان دبستانی» بعمل آورده دلیلی برای وجود «شخصیت صرعی شکل» نیافته است. گرچه شواهد موجود نشان داد که برخی از گروه‌های مصروعین مانند بیماران بستری، مبتلایان به «صرع تامپورال» و آنهاستیکه بطور پیشرونده‌ای بطرف زوال عقل می‌روند، از لحاظ شخصیتی آشفنگی‌هایی دارند و بسیاری نیز در فاصله بین حملات دارای خصوصیات ضد اجتماعی و اضحی مانند تهاجم، لجاجت، و غیره میباشند. اما دلیلی که مبین وجود ارتباطی بین این اختلالات رفتاری و دوره‌های صرعی باشد در کار نبوده، بلکه بنظر میرسد بعوامل دیگری مانند معالجات دارویی، ضایعات مغزی یا به محیط نامناسب مربوط باشد.

معالجات داروئی هیچوقت بطور ابتدائی در رفتار و شخصیت بیمار تأثیری نمیگذارد ولی ممکن است کشش های «پسیکوپاتیک» نهفته بیمار را آشکار سازد. ضایعات مغزی نیز ممکن است در پیدایش اختلالات رفتاری مؤثر باشد ولی محل دقیق ضایعه ای که بتواند نشانه های «پسیکوپاتیک» را توجیه نماید شناخته نشده است.

بعضی از مولفین با ارائه دلائل و شواهد آماری دقیقی بوجود نوعی سندرم «بی نظمی های ریتم مغزی بدون تشنج (Syndrome of a sub Corvulsive Cerebral Dysrhythmia) که نوعی اختلال خفیف عضوی بوده و قادر به ایجاد علائم عصبی یا حملات صرعی نمیشود اشاره نموده، عقیده دارند که این کیفیت تنها ممکن است بصورت پریشانی روانی و ناهنجاری امواج مغزی ظاهر شود.

در ارتباط علائم نوروتیک یا تهاجم با الکتروانسفالوگرام و نوع صرع بیمار چنین معلوم شده است که کودکان مبتلا به صرع کوچک بیشتر «نوروتیک» و مبتلایان به صرع تسمپورال بیشتر «تهاجمی» هستند و برای سایر انواع صرع حد مشخصی وجود ندارد. در حقیقت منفی گری یا تهاجم بیمار با نوع حملات ارتباط مستقیمی ندارد بلکه ارتباط بین آنها غیر مستقیم است. تنها توجیه ممکن که برای تغییرات شخصیتی (بر مبنای فعالیت الکتریکی مغز) وجود دارد عبارتند از:

۱- درباره ای موارد «دشارژ» های غیر عادی و فراوان در مغز دیده میشود که باتکنیک های معمولی قابل ثبت نبوده و قادر بایجاد حمله نیز نمیشود.

۲- تأثیرات عاطفی بدون حمله يك ضایعه مغزی.

از آنجا که اجتماع برای مصروعین محدودیت هائی قائل شده آنها را از بسیاری موقعیت های زندگی محروم ساخته است اکثراً دارای تمایلات خصمانه و خصومت- آمیزی نسبت به محیط میباشد. اغلب مصروعین این امیال خصمانه خود را مهار میکنند. مطالعات بالینی مبین آنست که کشمکش های شدید خصومت آمیز مصروعین از يك طرف و استفاده ای که آنها از روش «واپس زدن» درجا بجا کردن این کشمکشها میکنند حالت هیجانی فشرده ای را بوجود میآورد که موجب وقفه یادگیری موضوعاتی که با آن کشمکش ارتباط دارد میگردد.

خلاصه آن که با توجه به بررسی هائیکه تاکنون در این زمینه بعمل آمده است

در حال حاضر نمیتوان بوجود شخصیتی بنام «شخصیت صرعی شکل» (که بطور سرشتی تعیین شده و قابل پیش بینی باشد) معتقد بود و بنا بگفته «سوتر» تغییرات شخصیت مصروعین را باید ناشی از محیط تغییر یافته فرد یا معالجه و یا آنکه در اثر ضایعات مغزی دانست. بعلاوه «پروسس صرع» ازدیدگاه روانشناسی «دینامیک» کیفیتی است که با شخصیت مصروع درهم آمیخته و با آن تلفیق میشود. این «پروسس» هرچه در سنین پائین تر یعنی زمانیکه شخصیت قوام کمتری داشته باشد ظاهر شود بیشتر شخصیت را تحت تأثیر قرار میدهد. زیرا وجود صرع ممکن است روابط «والد و فرزند» را بنحو عمیقی تحت تأثیر قرار داده آن را مختل نماید. معمولاً کودک مصروع آشکارا یا بنحو نامحسوسی از طرف والدین طرد میشود و یا برعکس مورد محافظت افراطی قرار میگیرد. در هر دو صورت رشد طبیعی وی بمخاطره میافتد و طرحهای رفتاری ناجور تشکیل میگردد. در مراحل بعدی زندگی یعنی زمانیکه شخصیت از مراحل اولیه رشد گذشته باشد، ظهور این بیماری را باید بعنوان «استرس» شدید تلقی نمود که بسته بدرجه قوام شخصیت قبلی ممکن است فرد را بطرف «علائم نوروتیک» و اختلالات رفتاری و یا بالعکس بسوی نوعی مکانیسم جبرانی سوق داده بیمار را به سرحد نبوغ برساند.

بهداشت روانی و تدابیر درمانی

نتیجه نهائی این مبحث آنکه درمان کودکان مصروع را نباید به دارو محدود نمود بلکه باید تمام شخص و کلیه جنبه های محیط را تحت درمان گذاشت. یک پزشک مورد اطمینان قادر است با دادن اطلاعات لازم و پشتیبانی، بسیاری از اضطرابات والدین و بیمار را از بین ببرد. کودک ناامید مصروع بمنظور حفظ فعالیت و علائق خود قبل از هر چیز به تجدید اطمینان و محبت والدین نیاز دارد. مهمترین هدف درمانی تربیت مردم بنحوی است که با شخص مصروع مانند اشخاص دیگر رفتار نمایند. چنانچه ملاحظه گردید اختلالات رفتاری مختص کودکان مصروع نیست و بررسی های اخیر نشان داده است که اینگونه آشفتگی هاتنها در ۱۲٪ کودکان مصروع وجود دارد. گرچه ترمیم و اصلاح رفتار کودکان مصروع ممکن است باموانع و اشکالاتی که در مورد کودکان غیر مصروع وجود ندارد مواجه شود ولی با رعایت اصول

ذیل موفقیت های درخشانی گزارش گردیده است :

- ۱- توسعه کمک های درمانی .
 - ۲- تغییر و تهذیب رفتار و حالات مردم .
 - ۳- از بین بردن آداب و مقرراتیکه این کودکان را از سایرین متمایز دانسته و آنها را از موقعیت های تربیتی و اجتماعی لازم برای رشد روانی محروم میسازد .
- در عمل اولین اقدام شامل اصلاح رفتار والدین است که با آگاه ساختن آنان به طبیعت بیماری صرع و خنثی نمودن شایعات مهبی و خلاف واقعی که در اطراف این بیماری وجود دارد تامین میشود . بعد از ترمیم روابط والد و فرزند حتی در مواردیکه حملات کاملاً کنترل نشده است کودک مصروع را باید به مدارس معمولی گذاشت . و از آنجا که همشاگردان بیمار استقامت مشاهده حملات را ندارند تا سرحد ممکن باید از بروز حملات در مدرسه جلوگیری کرد . ولی برخلاف متعارف که تربیت کودک مصروع را در منزل و مدارس معمولی توصیه میکنند در پاره ای موارد مشکلاتی پیش میآید که بناچار باید کودک را بمنظور دوری از محیط زیانبخش منزل و مدرسه در اماکن محدودی نگهداری نمود .

1- BAKWIN, R. M. & BAKWIN, HARRY Psychologic Aspects of Pediatrics : Epilepsy Journal of Pediatrics Dec. 1951, 39 : 776-784.

2- Bookspun, Arnold. Hostility en children with Idiopathic Epilepsy .Dissertation Abstracts. Vol. XXII No 4. 1961

3- Ferguson, S. M. Rayport. M. The Adjustment to living without Epilepsy Journal of Nervous and mental disease 1965 140 : 26-37.

4- Gross. Mortimer & Wilson, W. G «Behavior Disorders of children with cerebral Dysrhythmias» Archives of General. psychiatry Dec. 1964, 2 : 610-619.

5- Grunberg, F. & Pond, D. A. «Conduct disorders in Epileptic children» Journal. of Neurology, Neurosurgery and psychiatry Feb. 1957, 20, 1 : 65-68.

6- Keating, L. E. Epilepsy and Behavior disorders in school. children Journal of Mental science 1961, 107 : 161-180

7- Lenox, W. G. The social and Emotional problems of

the Epileptic child. Journal of pediatrics. 1954, 44 : 591-601.

8- Pond, D. A. Psychiatric Aspects Of Epileptic and Brain-damaged children British Medical Journal, Nov 1961, 2, 2 : 1377-1382.

9- Pond, D. A. And Bidwell, B. Management of Behavior Epileptic children British Medical Journal, Dec. 1964, 2 : 1520-1523.

10 - suter, C. Psychological factor in Epilepsy Neuro-psychiatry, 1953, 3 : 153-171.

11- Abnormal Psychology. By Walter J. Coville Timothy W. Costello Fabian L. Rouke sixth Printing 1964.