

مشكلات الطفل المتمرّس المصاب بالصرع: الاجتماعية، المعرفية اللغوية، والنفس  
حركية من منظور بعض الدراسات الأجنبية الحديثة

**THE DIFFICULTIES OF SCHOOL-AGE EPILEPTIC CHILDREN:  
SOCIALES, LINGUISTICS AND COGNITIVES, PSYCHOMOTORS,  
FROM THE VIEW OF SOME RECENT FOREIGN STUDIES**

إبراهيم بن حمادي \*

جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان (الجزائر) i.benhammadi@univ-chlef.dz

أ. د. براحيل جويده

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان (الجزائر) djaouida.berrahil@univ-tlemcen.dz

مخبر الاضطرابات النمائية العصبية و التعلم

تاريخ النشر 2021/06/01

تاريخ القبول 2020/11/05

تاريخ الوصول 2020/04/18

**ملخص:**

الصرع هو أحد الاضطرابات العصبية المزمنة الأكثر انتشارا في مرحلة الطفولة، من المؤكد أن المشكلات التي يواجهها الطفل المصاب بالصرع تحول دون تكيفه الاجتماعي عموما والمدرسي على وجه الخصوص، حيث يتفاوت إسهامها في فشل الطفل في المدرسة، رغم ذلك تبقى المشكلات اللغوية والمعرفية إضافة إلى الاجتماعية هي الأكثر انتشارا وأثرا، تزيد حدتها تبعا لعمر ظهور المرض ومدى التحكم في النوبات الصرعية، كما أن لبعض الأدوية خصوصا التقليدية أثرا مضاعفا لهذه المشكلات، يتأكد من خلال هذا الإسهام ضرورة التكفل بهذه الشريحة والأخذ بعين الاعتبار خصوصيتها الوظيفية النفسية والاجتماعية. الكلمات المفتاحية: الصرع؛ الكفاءة الاجتماعية؛ المشكلات اللغوية والمعرفية؛ الاضطرابات النفس حركية؛ النوبة الصرعية.

**Abstract:**

The epilepsy, is one of the most common chronic neurological disorders in childhood, Epileptic children face several problems that hinder their social and educational integration. The contribution of these problems to the failure of the child in school varies, but language, cognitive and social problems remain the most widespread, the increase in their severity varies according to the age of onset of the disease and the control of crises, some traditional medicines, have a multiplier effect on these problems. This contribution underlines the need to ensure care and take into account its psychological functional specificity

**Keywords:** Social competence ; Linguistic And Cognitive Deficits ; Psychomotor Disabilities; Epileptic Seizure.

يعد الصرع أحد الاضطرابات العصبية المعقدة الأكثر انتشارا في مرحلة الطفولة عموما، حيث تقدر نسبة انتشاره 1 % عند الأطفال من الميلاد إلى 16 السنة (Blom & al, 1978 ; Camfield & Camfield, 2015)، أما عند الطفل المتمدرس فتقدر نسبة الانتشار من 7 إلى 10 % (Ali Hamdi, 2012 ; Huseyinoglu & al, 2012 ; Mahmoud, 2009)، غالبا ما يظهر الصرع في الطفولة ، ما يجعل تأثيره على الجهاز العصبي أكثر خطورة، وبالتالي يفسر جزئيا الصعوبات المتعددة التي يلقاها الطفل المصاب بالصرع على مختلف المستويات المعرفية اللغوية، والحركية، والنفس مرضية.

رغم تطور الرعاية الصحية للمصابين بهذا المرض، وتعدد طرق التكفل والعلاج الطبي والنفسي، إلا أن الفهم الاجتماعي والثقافي له بقي يشوبه الكثير من الغموض والتوتر، ولم تتغير نظرة العامة إلى أعراضه رغم ما توصلت إليه البشرية من تطور علمي، فالهالة التي ترافق النوبة الصرعية تعطي انطباعات خيالية للأشخاص الذين يخوضون تجربة حضور حدوثها، ولا يتمكن هؤلاء الشهود خصوصا من أفراد العائلة في أغلب الأحيان من تحصيل فهم كاف لمظاهرها رغم ما يقدمه الأطباء من تفسيرات منطقية، وبالتالي يكونون تصورات خاطئة عن حقيقة المرض وينقلونها بصفة لاشعورية إلى المصاب، ويصبح هذا الأخير خصوصا إذا تعلق الامر بالطفل كالوصمة السلبية داخل أسرته، مما يؤثر على التوظيف العام للطفل المصاب داخل الاسرة وفي المدرسة.

أشارت بعض الدراسات إلى العلاقة الإيجابية الموجودة بين تدهور جودة الحياة، وإمكانية تسجيل اضطرابات نفس مرضية ومعرفية، مع اختلال في التوافق الاجتماعي والمدرسي عند الطفل المصاب بالصرع (Turkey & al, 2007)، كما أوضحت دراسات أخرى أنه يمكن تسجيل الاضطرابات النفسية والحركية والمعرفية اللغوية بما يتراوح من 37% إلى 77% لدى الأطفال المصابين بالصرع، والعلاقات الأسرية الإيجابية تعتبر كعوامل محسنة ومخففة من هذه الأعراض، حيث تسهم العوامل الأسرية في تحسين ظروف الطفل وتقديم الرعاية الطبية المناسبة (Plioplys & al, 2007)، إضافة إلى المعطيات الحياتية و الاسرية ، يسهم الطابع المزمن لمرض الصرع في زيادة حدة المشكلات المرافقة له، ومن الملاحظ أن هذه المشكلات تسجل بكثرة لدى الأطفال المصابين بالصرع مقارنة بالمصابين باضطرابات مزمنة أخرى كالسكري أو بعض الأمراض المزمنة، في هذا السياق أشارت Rodenburg (2007) إلى اختلال العلاقات الاجتماعية والتوافق الأسري في وسط العائلات التي تحتضن الأطفال المصابين بالصرع، وذلك مقارنة بالعائلات التي يوجد بها أطفال مصابون بأمراض مزمنة أخرى، إضافة إلى اضطراب الجانب العلائقي داخل هذه الأوساط، كما أوضحت ذات الباحثة أن أمهات الأطفال المصابين بالصرع يسجلن نسبا عالية من المشكلات النفسية وعلى رأسها الاكتئاب (Rodenberg & al, 2007, p 489)، في دراسة مشابهة أشار Kerley و Hoare (1991) إلى أن إخوة الطفل المصاب

بالصرع هم أكثر عرضة للإصابة باضطرابات نفسية وذلك بما يقارب نسبة 25 % (Hoare,1991,p213 & Kerley).

يتضح من خلال ما ذكر أن للصرع أثرا مزدوجا إن على الطفل المصاب به أو العائلة التي تعايش أحداثه، فالصرع يجعل الوسط العائلي مرضيا، وبالمقابل يؤثر هذا النسق المرضي على التوازن الانفعالي والعلائقي للطفل، مما يبرز أهمية التكفل الشامل للأسرة والطفل على حد سواء، كما أن هذا المرض يشكل أحد أهم مشكلات الصحة العمومية في وطننا، مما يجعل تناوله بالدراسة والبحث أولوية قصوى، ولعل هذه الورقة البحثية قد تسهم رغم طابعها النظري بمعالجة جزء من التحديات التي تعيشها هذه الفئة، ولبلوغ هذا الغرض، تم الانطلاق من بعض التساؤلات الرئيسية، التي حاولنا الإجابة عنها في سياق و متن المقال وهي كالتالي:

1. ماهي أهم الصعوبات التي يواجهها الطفل المتمدرس المصاب بالصرع؟

2. كيف تسهم هذه الصعوبات إحداث الفشل المدرسي لدى هذه الفئة؟

كل هذه التساؤلات وغيرها سوف نحاول الإجابة عليها في ورقتنا البحثية هذه.

## 2.الصرع في مرحلة الطفولة:

### 1.2 تعريفه:

يظهر الصرع بطريقة شبه حصرية في مرحلة الطفولة، فأكثر من 50 % من الإصابات تظهر قبل سن 10 سنوات، وما يقارب 70 % من الإصابات تظهر قبل سن العشرين، وقد سجلت بعض الإحصائيات ما يقارب ثلثي حالات الإصابة بالصرع تظهر في مرحلة الطفولة (Appelton & Gibbs,2003,p3)، أما في بلدنا الجزائر فتقدر نسبة الإصابة بما يزيد عن 350 ألف حالة من مجموع السكان أي ما يقارب 1 %، علما أن هذه النسب ترتفع في الجنوب مقارنة بالشمال(حدي،2018، ص119).

من الواضح أن خطورة الصرع لا ترتبط فقط بمظاهره المرضية ، فهو يعد كذلك من الأسباب المباشرة للوفيات لدى الأطفال المصابين به، ومعدلها يرتفع لدى هذه الفئة إلى ثلاثة مرات مقارنة بأمراض الطفولة المزمنة الأخرى كالربو والإصابات القلبية، حيث أشارت الدراسات التي أقيمت في هذا المجال، إلى أن نسبة الوفيات تقدر ب 12 % مع متوسط عمر بين 6-7 سنوات، يرتبط هذا المعدل المرتفع من نسب الوفيات بتسجيل اضطرابات أو إصابات عصبية إضافة إلى الصرع، مما يصعب من مهمة التحكم في النوبات الصرعية ، وتكرارها بصفة مستمرة يؤثر على الأداء العام للوظائف الحيوية(Appelton & Gibbs,2003,p6).

### يعرف لغة:

الصرع في اللغة العربية بفتح الصاد هو الطرح على الأرض (الزبيدي، ج11، ص268)، كما يجد هذا المصطلح نظيره في اللغة اللاتينية تحت مسمى *épilepsie* وهي كلمة مشتقة من الاغريقية *epilambanein* وتعني المباغته أو الحدث المفاجئ.(Jallon,2002,p3)

أما اصطلاحاً:

يعرفه Jallon (2002): "هو مرض ترتبط وحدته المفاهيمية والمرضية بحدوث نوبات ذات طابع صرعي، والتي سوف تتكرر بصفة مستمرة في الزمن وطوال عمر الفرد." (Jallon, 2002, p3) كما يعرفه عبد اللطيف موسى عثمان (1998): "هو عبارة عن نوبات متكررة ناتجة عن اضطراب بعض وظائف المخ النفسية والحركية أو الحسية أو الحشوية، تبدأ فجأة، وتتوقف فجأة، وقد يصاحبها اضطراب في الوعي إلى حد الغيبوبة أحياناً." (عبد اللطيف، 1998، ص 9)

أما الرابطة العالمية لمرض الصرع فتعرفه: "الصرع هو إصابة مستقرة في الدماغ، والتي تزيد من احتمال تعرض المصاب لنوبات." (Beaussart-Defay & Beaussart, 2009, p38)، يركز أخصائيو الرابطة على استحالة الربط بين مرض الصرع وتعدد النوبات كمؤشر رئيسي لإقامة التشخيص النهائي، ولكن تحديد الإصابة الدماغية هو المؤشر الرئيسي وهم يرون في هذا السياق أن: "تشخيص الصرع لا يتطلب تسجيل العديد من النوبات كمحدد، ولكن تسجيل نوبة واحدة مع تحديد إصابة دماغية مستقرة بإمكانها إحداث نوبات أخرى يعد كفيلاً لتحديد الإصابة بالصرع (Beaussart-Defay & Beaussart, 2009, p38)، من هذا المنطلق أصبح مفهوم الصرع منفصلاً عن تكرار النوبة كعرض أساسي لتشخيص المرض، كما أشار عبد اللطيف موسى عثمان في التعريف السابق، ولكن الفصل في التشخيص يقتضي وجود شرط آخر، وهو تحديد مكان البؤرة الصرعية أو الإصابة الدماغية المسببة أو المحتملة في إحداثه .

أما النوبة الصرعية فيعرفها Jallon (2002): "هو التعبير الاكلينيكي عن اختلال مجموعة من الخلايا الدماغية، والموجودة على شكل شبكات معقدة." (Jallon, 2002, p3)

كما يعرفها كل من Walker و Smithson (2012): "هي عبارة عن مجموعة من الأعراض الإكلينيكية الناجمة عن التفريغ الحاد والمتزامن لمجموعة من الخلايا على مستوى القشرة الدماغية، ترتبط مظاهرها بإمكان هذا التفريغ والمجال والسرعة التي ينتشر بها." (Smithson & walker, 2012, p1)، تشير التعريفين إلى أن النوبة الصرعية تشكل الجانب الظاهري من المرض أو كما سماه الباحثان بالمظاهر الإكلينيكية، غير أن هذه المظاهر لا يعتمد عليها من دون الرجوع إلى رسم التخطيط الدماغية، فالأشكال الحادة لحركة الكهرباء الدماغية المسجلة في هذا الكشف التصويري هي التي سوف تسمح بإجراء حكم نهائي حول المرض.

من خلال التعريف الأخير يمكننا الجزم أنه لا يوجد نمط واحد من الصرع، بل هناك العديد من الأنماط، وكل نمط يتميز بأعراضه حسب البؤرة التي يتم فيها التفريغ الحاد للطاقة الكهرومغناطية، حيث يؤثر التفريغ على وظائف المنطقة المعنية التي يحدث فيها، وبالتالي يؤدي إلى بروز خصائص معينة للنوبة ويصبح المحدد لأنواع الصرع.

## 2.2 أنماط الصرع في مرحلة الطفولة:

أسهم التطور الكبير لأدوات الكشف الطبي في تحقيق فهم أوسع لمرض الصرع، فاكشف الميكانيزمات الفسيولوجية من خلال تحديد النواقل العصبية التي تسهم في تفعيل النوبة، فتح المجال لإيجاد أدوية جديدة، كما أن استعمال وسائل التصوير الدماغية والتصوير المقطعي سمح بتحديد البؤر الصرعية، ومكان حدوث الخلل في تفرغ الطاقة الكهرودماعية، يتفق أخصائيو المنظمة العالمية للصحة والرابطة العالمية لمرض الصرع على وجود صنفين رئيسيين للصرع، يتجزأ هذين الصنفين بدورهما حسب سببية المرض وسن الظهور كالتالي:

### 1.2.2 - الصرع المعمم (Epilepsie généralisées):

يعبر الصرع المعمم عن الصورة الحقيقية لهذا المرض، فأعراضه تشمل جميع الوظائف الحيوية للإنسان، حيث يفقد المصاب أثناء حدوثه الوعي بصفة كلية وذلك لعدة دقائق، إضافة إلى ترافق النوبة الصرعية بسلوكات حركية شاذة، كالشنجات والانقباضات العضلية، تتبع هذه الأخيرة بارتخاء عضلي عند انتهاء النوبة، أما الاختلال في النشاط الكهربائي للدماغ فهو يشمل مناطق دماغية متعددة (Marcelli & Cohen, 2016, 397)، وهذا ما يفسر تسميته بالصرع المعمم، ينقسم حسب الأسباب المولدة له إلى عدة أقسام، نذكر منها الأكثر حدوثاً في مرحلة الطفولة ابتداء من الطفولة المبكرة:

#### 1.1.2.2 المجهول السبب (Idiopathiques)

ينطوي هذا النمط على أهم أشكال الصرع في مرحلة الطفولة، بداية من النوبة الكبرى التي تعد الشكل النمطي للصرع، إضافة إلى النوبة الصغرى وشنجات الطفولة المبكرة، يعرف بهذا الاسم نظراً لغياب المعالم المسببة للمرض، حيث أن أحدث أنواع ووسائل الفحص لم تسمح إلى حد الساعة من الكشف عن أصوله ومسبباته.

#### 2.1.2.2 العرضي أو المشفر السبب: Symptomatique / Cryptogénique

يكون الصرع في مثل هذه الصنف، إما عرضاً لأحد الإصابات الدماغية، والأمر يتعلق بالصرع المعمم العرضي، أو راجعاً كذلك لإصابة دماغية لا يمكن رصدها إلا باستعمال رسم التخطيط الدماغية EEG. (Beaussart-Defay & Beaussart, 2009, p40)

#### 2.2.2 الصرع الجزئي أو البؤري: (Epilepsies partielles ou focales)

على النقيض من الصرع المعمم، لا يفقد المصاب بالصرع الجزئي وعيه أثناء النوبة في معظم الحالات، والشنجات تخص أعضاء معينة، ولا تعم جل الجسد، كما يسهل تحديد المنطقة الدماغية التي يحصل فيها التفرغ خصوصاً باستعمال رسم التخطيط الدماغية (Jallon, 2002, p41)، يرى كل من Marcelli وCohen (2016) أن هذا النمط لا ينتشر بكثرة مقارنة بحالات الصرع المعممة، ومن أكثر أشكالها انتشاراً الصرع الطفولي الحميد أو صرع دروة رولونودو. (Marcelli & Cohen, 2016, 402)

الجدول التالي يبين التقسيم الجزئي لأنماط الصرع في مرحلة الطفولة:

## الجدول (1): تقسيم أنماط الصرع في مرحلة الطفولة

النمط العام	تقسيم النمط حسب أصل الإصابة	أهم أنواع الصرع الطفولي	السن ونسبة الانتشار	أهم المظاهر العيادية
الصرع المعمم ( <i>Epilepsie : généralisées</i> )	المجهول السبب: ( <i>Idiopathiques</i> )	تشنجات مرحلة الرضاعة: ( <i>Convulsion néonatales</i> )	تنتشر بنسبة 1%، يظهر بعد الأسابيع الأولى بعد الولادة	تشنجات وانقباضات عضلية تتبع في أغلب الأحيان حالات الحمى.
		النوبة الصغيرة: ( <i>Petit mal</i> )	يظهر بين سن 3 و9 سنوات، وهو كثير الحدوث مقارنة بأنواع أخرى	أعراضه يصعب ملاحظتها، فالطفل يبدو شاردا الدهن لبضعة ثواني، تشكل عائقا في وجه التحصيل المدرسي.
		النوبة الكبرى: ( <i>Grand mal</i> )	يظهر في الطفولة المتأخرة بين 10 و11 السنة	يتميز بالسقوط المفاجئ، مع تقلص عضلي لبضع ثوان، تتبعها مرحلة تمدد للجسم ككل، تنتهي بغيوبة مؤقتة.
		متلازمة واست: ( <i>Syndrome de West</i> )	تظهر الاعراض بعد 4 أشهر من الولادة، يصاب به ما يقارب 4,3 من 10000 مولود جديد	تشنجات عضلية تمس عموم الجسم، يتميز رسم التخطيط الدماغي بموجات بطيئة وغير منتظمة.
		متلازمة لينوكس-جاستو: ( <i>Syndrome</i> )	يظهر بين 3 و7 سنوات، معدل انتشاره هو 5%	انقباضات أثناء النوم، نوبات غياب لا نمطية تتخللها فترات تشنج،

حالات ارتعاش عامة.		<i>de Lennox- (Gastaut</i>	
يغلب عليه الجدول العيادي المتعدد، من تشنجات ونوبات غياب، ونوبات ارتعاش، يؤثر سلبا على كفاءات التعلم.	يظهر في السنة الثانية	متلازمة درافيت : ( <i>Syndrome de Dravet</i> )	
تظهر أغلب أعراضه أثناء فترات النوم، يترافق مع اضطرابات في الإحساس باللمس خصوصا، ومع انقباضات تمس عضلات الوجه كعضلات الفم والوجنتين، تصاحبه صعوبات لغوية معقدة.	يظهر من سن 2 الى 12 السنة، يصل المرض الى دروته في حدود السنة السابعة، و تبلغ نسبة انتشاره 23%	صرع دروة رولونديو: ( <i>Epilepsie à Paroxysme rolandique</i> )	الصرع الجزئي أو البؤري: ( <i>Epilepsies partielles ou focales</i> )

(Defay & Beaussart, 2009, p40)

### 3 الصعوبات المصاحبة للصرع الطفولي:

تتوافق نسبة الانتشار الواسعة لمرض الصرع في مرحلة الطفولة مع ارتفاع نسب المشكلات المسجلة لدى هذه الشريحة، و يصعب في الكثير من الأحيان رصد التداخل والتفاعل المرضي بين الصرع والمشكلات المرافقة له، لتعدد العوامل التي قد تولد هذه المشكلات، كنمط الصرع وتاريخ حدوثه في حياة الطفل، ومدة الإصابة ومدى كذلك تأثير العلاج الدوائي ، ومن الملاحظ أن نسب هذه المشكلات تسجل على نطاق واسع عند المصابين بالصرع مقارنة بباقي الأطفال المصابين بأمراض مزمنة أخرى ، فقد أشار Austin و Caplan (2007) في دراسة مسحية للأبحاث التي أجريت في هذا السياق على امتداد 30 سنة، أن نسبة هذه المشكلات تتضاعف ب 4,8 مرات عند هذه الفئة مقارنة بأقرانهم من أطفال المجتمع العام، كما أن نسبة تسجيل هذه المشكلات يتضاعف ب 2,5 مرات عند الأطفال المصابين بالصرع مقارنة بأقرانهم من الأطفال المصابين بأمراض مزمنة أخرى (Austin & Caplan, 2007, p1639)،

من الواضح أن مشكلات أطفال الصرع ترتبط ارتباطا وطيدا بالوسط الذي يحتضنهم، والبيئة هي التي سوف تقدم الدلالة الحقيقية لهذه المشكلات، إذ يتضح من خلال الرجوع إلى الدراسات التي تناولت جودة الحياة



والتوافق الاجتماعي في علاقتها مع بعض المشكلات، أن العوامل الاجتماعية الهشة تقترن بطريقة عجيبة مع بروز صعوبات مختلفة، وهذا ما دفع بعض النماذج التفسيرية إلى اعتبار السياق الأسري والمدرسي الحاضنة الرئيسية والمفعل الأساسي لمختلف الصعوبات ( Rodenberg & Austin & Caplan,2007 ; Noeker & al,2005 ; al,2005 )،

### 1.3 – الصعوبات الاجتماعية والمدرسية:

يؤثر المرض عموماً على الاستقرار الاجتماعي والأسري للأفراد، حيث يسهم في اختلال الأدوار داخل الأسرة، ويصبح الاهتمام منصباً فقط على الفرد المريض، أما من الناحية الاجتماعية فمن الواضح أن نظرة الآخرين للشخص المصاب سوف تتغير بصفة شاملة، وقد تنوع انطباعاتهم بين المشاعر الإيجابية كالإحساس بالشفقة والرغبة في الدعم، أو السلبية كالإيماء بالتبعية أو إبداء مشاعر التذمر والنظر بالازدراء، وفي كل الأحوال يفقد الفرد المريض جزءاً من نرجسيته وتقديره لذاته، ويظهر أثر الوصمة على معاشه بصفة جلية.

تعد الصعوبات الاجتماعية أحد المؤشرات السلبية للجدول العيادي للطفل المصاب بالصرع، والتي تتفاعل وتنتج أثراً مزدوجاً خصوصاً إذا ارتبطت بصعوبات من نوع آخر كالأضطرابات النفسية على شاكلة القلق والاكتئاب، والصعوبات المعرفية واللغوية، فالمشكلات الاجتماعية تتضاعف إذا ما تراكمت مع أحد هذه الصعوبات، كما أنها تتسبب وبشكل واسع في ظهورها، يواجه الأطفال المصابون بالصرع الحياة الاجتماعية بشكل مختلف عن باقي الأطفال العاديين والمصابين باضطرابات مزمنة أخرى، فهم أكثر عرضة من غيرهم لسوء التوافق الاجتماعي، وضعف الكفاءة الاجتماعية، والسلوكيات الاجتماعية المتوترة والعدوانية، إضافة إلى الصعوبات و الفشل المدرسية (DREWEL & Caplan,2007,868)، وفي هذا المجال أبرز Nieminen و Rantanen (2008) في دراسة لهما، أن الأطفال المصابين بالصرع بين سن 3 و 6 سنوات يُبدون قصوراً واضحاً في الكفاءة الاجتماعية مقارنة بالأطفال العاديين، يضيف الباحثان أن اقتران ضعف الكفاءة الاجتماعية مع اضطراب ضعف الانتباه قد يكون مؤشراً مهماً لظهور اضطرابات سلوكية عند الأطفال المصابين الصنف المعقد من الصرع، لاشك في أن ضعف الكفاءة الاجتماعية لا يرتبط فقط بالأصناف المعقدة من الصرع، حيث تسهم بعض الأنواع الخاصة منه في التأثير على التفاعلات الاجتماعية كحالات الصرع البؤري خصوصاً إذا تراكمت مع حالات الغياب الجزئي للوعي (Caplan & al, 2005,p225)، أين يفقد الطفل جزءاً من وعيه بالعالم وبصفة مؤقتة جداً، كما أن النوبات في هذا الصنف تتكرر بشكل مستمر، مما يفقد الطفل شعوره بالاستمرارية ويصبح وجوده الواعي جزئياً أو مؤقتاً، فيعيش في وضعية يغيب فيها الأمن والاستقرار النفسي، كما يمكن كذلك ملاحظة انخفاض الكفاءة الاجتماعية في حالات النوبات الكبرى وخصوصاً عند فئة الإناث، وهو ما أشار إليه Jakovljevic و Martinovic (2006)، حيث يرتبط ضعف التوافق و التكيف الاجتماعي عند المصابات بالنوبة الكبرى بالتصور الذي تقيمه الفتيات حول ذواتهن، ففي أغلب الأحوال



تتلقى الفئات المصروعة تفاصيل معاناتها من الأشخاص الذين عايشوا أحداث النبوة، ويصبح هذا الوصف مصدرا للخجل ويؤثر على تصور المصابات لذواتهن، مما يزيد من عزلتهن وانخفاض تقديرهن لذواتهن (Martinovic & Jakovljevic, 2006, pp530-531).

على صعيد آخر، يصعب على الأسرة تقبل مرض الصرع و مواجهته، ويصبح مولدا للقلق والتوتر الاجتماعي، وفي هذا الصدد أشار Austin (2011) إلى أن نسبة التوتر الاجتماعي ترتفع في العائلات التي سجل فيها الصرع بصفة حديثة، يرجع ذلك إلى التصور الخاطئ اتجاه المرض وخوف الوالدين الشديد من إمكانية تعرض الطفل للموت (Rodenburg & al, 2011, p48)، وقد اتضح من خلال بعض الأبحاث أن نسبة التوتر الأسري تنخفض بشكل واضح عند العائلات التي تكتسب وعيا وفهما كافيا بحقيقة المرض (Fernandes & Souza, 2001)، حيث يسمح الفهم الكافي للمرض بإحداث نوع من التوازن في دور كل فرد من أفراد الأسرة بداية من الوالدين، كما أن الطفل في مراحل مرضه الأولى يكون بحاجة إلى رعاية دائمة، شريطة عدم حنق المبادرة وروح المشاركة لديه، فاحتزال حرية الطفل خوفا عليه من المرض يضاعف في حد ذاته من المشكلات النفسية والانفعالية (Rodenburg & al, 2005, p497)، في هذا السياق لاحظت عرعار (2012) أن الوضعية المفحمة بالدعم و التبعية التي قد يعيشها الطفل المصاب بالصرع تفقده إلى حد كبير معنى المسؤولية وتبتعد به عن النضج الاجتماعي، وتجعل منه عرضة للتمييز و الصعوبات في المدرسة، مما سبق يمكننا استنتاج أن الرعاية الأسرية المعتدلة هي الحل لمعضلة التوافق و التكيف الاجتماعي بصفة عامة (عرعار، 2012، ص333)، من ناحية أخرى تطرق Austin وزملائه (2004) إلى نقطة مهمة، تتعلق بدور الدعم النفسي والانفعالي الوالدي في خفض السلوكيات المنحرفة لدى الأطفال المصابين بالصرع، حيث استنتج الباحثون أن التواجد المستمر للوالدين في الأيام الأولى من المرض يعتبر كسلوك تكيفي لهما مع وضعية طفلهما، وهذا ما يسمح للأسرة ككل من امتصاص الأثر السلبي للصدمة الناجمة عن حدوث المرض (Austin & al, 2004)، إذا فالتدخل والاشتراك المستمر للوالدين في حياة الطفل أثناء البدايات الأولى للمرض يعد ضروريا، ولكن يجب على الأسرة إيجاد الميكانزمات اللازمة، والتي من خلالها تفتح المجال تدريجيا أمام الطفل من أجل استغلال قدراته، وبالتالي تفادي صعوبات أخرى تزيد من عبء المرض، إن على الطفل أو العائلة على حد سواء. تشكل المدرسة بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع تحديا على العديد من الأصعدة، بداية من قدرات الاكتساب والتعلم والكفاءة المدرسية، فرغم مستوياتهم العادية من الذكاء يواجه 61٪ منهم انخفاضاً في المردود المدرسي، وما يناهز 41 إلى 62٪ لا يتعدون المستوى المتوسط في مختلف المواد المدرسية، كما أن 48٪ من هذه الفئة تعاني على الأقل من شكل من أشكال صعوبات التعلم (Fastenau & al 2008; Sturniolo & Galleti, 1993)، من المؤكد أن مشكلات الطفل المدرسية لا تتعلق بمستوى الكفاءة المعرفية فقط، بل على الأحرى بالسياق الذي يتفاعل معه كذلك، وفي هذا الصدد يرى Sturniolo و Galleti (1993) أن وتيرة ضعف المردود المدرسي تتزايد مع سوء التوافق الوجداني، وضعف الكفاءة الاجتماعية والدافعية، إضافة إلى

مستوى منخفض من تقدير الذات (Sturniolo & Galleti, 1993, pp 426-427)، كما أن سلوك الأيوين اتجاه المرض يسهم في التأثير على المسار الدراسي للطفل، كما لاحظ Wong & Kwong (2007) في دراسة لتصور العائلة لاضطراب الصرع أن 43٪ من العائلات تدرك أن الصرع هو مرض عصبي ينتج عن اختلال في الحركة الكهرودماعية، وهذا ما يسبب حالة قلق وتوتر عند الوالدين (Kwong & Wong, 2007, p 594)، تحرك هذه الحالة النفسية الحرجة سلوكيات الوالدين نحو المدرسة بصفة سلبية، ويصبحون السبب الرئيسي في الغياب المستمر للطفل عن المدرسة خوفا من تعرضه لنوبة أثناء الدراسة، حيث تشير بعض الأبحاث إلى أن 79,5٪ من آباء الأطفال المصابين منعوا أطفالهم من الذهاب إلى المدرسة على الأقل مرة في الشهر، وما يناهز 12,5٪ تسببوا في غياب أحد إخوة الطفل المصاب (Aguiar, 2007)، كما أكد Benson (2017) وزملاؤه من جهة أخرى الصعوبات التي يجدها الأيوين في إفشاء خبر إصابة أحد أبنائهم بالصرع، يوضح الباحثون أن جل الآباء يفضلون انتقاء الأشخاص الذين يتم إخبارهم، أو التكتّم عن الإفشاء بصفة كلية، وفي كلتا الحالتين تعيش الاسرة في توتر دائم وتخشى باستمرار اكتشاف هذا السر (Benson, 2017, pp15-16)، لاشك في أن مخاوف الوالدين من وصم طفلهم المصاب بالصرع مبررة إلى حد معين، فقد أبرزت بعض الدراسات أن تقييم المعلمين لمجهود الأطفال ومستواهم المدرسي يتأثر باطلاعهم على إصابة الأطفال بالصرع، وهذا ما أبرزه Katzenstein وزملاؤه (2007) من خلال محاولتهم مقارنة تقييم المعلمين لمجموعة من الأطفال المصابين بالصرع، علما أن جزءا من الأطفال الذين تم تقييمهم كانوا مصابين بالصرع دون علم المعلمين، جاء التقييم متفاوتا إلى حد كبير، حيث تحصلت مجموعة الأطفال المصابين بالصرع من دون علم المعلمين على تقييم جيد مقارنة بباقي الأطفال، استنتج الباحثون أن التصورات والمعتقدات وما ينتظره المعلمون، يؤثر وبشكل بارز في إدراكهم لقدرات وكفاءات هؤلاء الأطفال، إضافة إلى أنهم ينقلون بهذا الشكل صورة سلبية للأطفال عن ذواتهم وكفاءاتهم (Katzenstein, 2007, 429)، و في دراسة مشابهة حاول Bishop و Boag (2005) دراسة نزعة المعلمين تجاه الأطفال المصابين بالصرع، و قد توصلت هذه الدراسة إلى نتائج مفادها أن المعلمين يتميزون بنزعة إيجابية تجاه الأطفال المصابين بالصرع رغم بعض المعتقدات الخفية، مثل اعتقادهم بتميز الشخصية الصرعية وهشاشتها، أو أن المصابين بالصرع أكثر عرضة للحوادث أو السلوك الاجرامي (Bishop & Boag, 2006, p403)

تبقى بيئة الطفل المصاب بالصرع مليئة بالمعوقات، التي تزيد من عبء النوبات وأعراض المرض، وتفسر محدودية العلاقات ونسج أواصر الصداقة عند هذه الفئة، فالطفل المصاب بالصرع يتحرز من الاقربان ويجتنب كل قنوات التواصل خوفا من النظرة السلبية التي كونها المجتمع عن الصرع وأعراضه، تتفاقم آثار هذا العجز الاجتماعي بما تقدمه الأسرة من توجيهات أقل ما يقال عنها أنها محاولة لسد كل قنوات الاندماج الاجتماعي، وتشويه حقيقة صورة العالم الخارجي في ذهن الطفل، مما يجعله دائم التحرز وضحية للسلوك المتشنج النابع عن هذا التصور

الخاطيء، وعلى هذا النحو تبوء كل محاولات التواصل مع العالم بالفشل، وترجم على شكل مجموعة من الصعوبات والمشكلات.

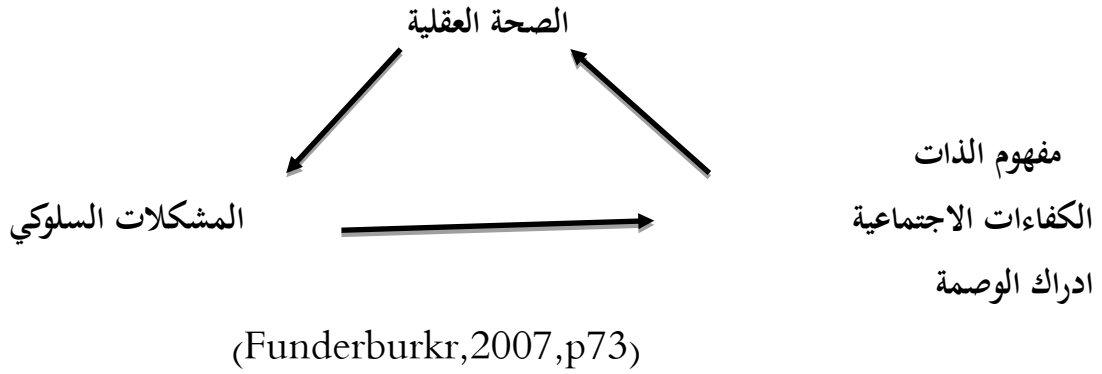
### 2.3 - المشكلات النفس مرضية:

تنتشر المشكلات النفس مرضية بشكل واسع لدى الأطفال المصابين بالصرع سواء السلوكية أو الانفعالية و ذلك مقارنة بباقي أفراد المجتمع أو الأفراد المصابين بأمراض مزمنة أخرى (Otero,2009,p13)، حتى أن بعض الباحثين من أمثال Plioplys وزملاؤه (2007) أكدوا على ضرورة تصنيف مرض الصرع ضمن الاضطرابات العصبية العقلية (Neuropsychiatrique)، نظرا لنسب المشكلات النفسية المرتفعة لدى هذه الفئة، حيث تتراوح نسبها بين 37 و 77٪، في مقدمتها اضطراب فرط النشاط الحركي الاكتئاب والقلق واضطرابات التفكير (Plioplys,2007,p1389)، أشار Noeker وزملاؤه (2005) في هذا السياق، و من خلال استقراءهم لمجموعة من الأبحاث، الى أن نسبة الاضطرابات النفسية والعقلية عند الأطفال المصابين بالصرع تصل إلى 37 ٪، بينما قد تقارب 11 ٪ عند الأطفال المصابين بالسكري و 9٪ عند بقية المجتمع (Noeker & AL,2007,P6).

من الصعب تحديد العلاقة بين الصرع وشكل معين من أشكال الاضطرابات النفسية، رغم ذلك يبقى الاكتئاب هو المهيمن من بين الاضطرابات بنسبة 26 ٪، أما القلق فترتفع نسبة انتشاره عند المصابين بالصرع إلى 16 ٪ (Ettinger, 1998,p597)، من جهة أخرى يسلم بعض الباحثين أن تعقيد نمط الصرع وسوء التحكم في النوبات وارتفاع وتيرتها، إضافة إلى الصرع الراجع إلى إصابات دماغية و الحديث المنشأ تعتبر جملها من العوامل المهمة في بروز الاكتئاب والقلق لدى هذه الفئة (TURKY & AL , 2008,p136 ; OOSTROM, 2003,P 106)، بالمقابل نوهت دراسات أخرى على أن الصرع حديث التشخيص يسهم في زيادة حدة التوتر العائلي وإبراز الخصوصيات النفس مرضية الأسرية، والتي سوف تؤثر حتما على التوازن النفسي للطفل، وبهذا الخصوص أشار Ferro وزملاؤه (2010) إلى أن الصرع وعلى عكس باقي الاضطرابات المزمنة يعد كعامل مفجر لبعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب عند أفراد العائلة، خصوصا لدى الأمهات، ما من شأنه أن يمس بدورها ويؤثر على جودة حياة الطفل المصاب بالصرع (Ferro,2010)، تنطبق نتائج الدراسة الأخيرة مع ما توصلت إليه الحسون (2007)، في دراسة للاكتئاب عند أولياء الأطفال المصابين بالصرع في الأردن، حيث خلصت هذه الدراسة إلى أن الأمهات هن أكثر عرضة للاكتئاب، وأن الاكتئاب لديهن يرتبط ارتباطا شديدا بنسبة وعيهن و مستواهن التعليمي وفهمهن لمرض الصرع (الحسون، 2007، ص 10)

تعتبر Rodenberg (2005) العوامل العائلية كمحددات لنمط المشكلات النفس مرضية، فالتعامل مع المرض من حيث الرفض أو القبول يحدد التوجه النفسي للطفل نحو المرض، وتقبل العائلة بدورها يساعد الطفل على تقبل ذاته وتقبل كذلك حالته الخاصة والمتمثلة في معايشة الصرع وأعراضه (Rodenberg, 2005)، كما أشارت Shore (2004) إلى بعض العوامل التي تؤرق قوانين التكيف داخل العائلة، وتمس بدور الأم خصوصا اتجاه طفلها، من بينها المشكلات السلوكية التي ترافق بشدة بداية الصرع، شعور الأم بالضعف وعدم الرضا إزاء وضعيتها العائلية، إضافة إلى حالات النوبة التي كلما زادت كلما أدخلت بالتكيف داخل الاسرة (Shore & al, 2004, p557)، لاشك في أن الصرع يغير كليا نظرة الوالدين إلى الطفل، وهذا التغير لا ينبع من نسج خيالهما، بل من ملاحظتهم للتغيرات العامة في الجوانب السلوكية والتكيفية لطفلهم ، وهذه التغيرات تشكل المصدر الأساسي للتوتر والقلق عند الوالدين، وقد أوضح كل من Hsieh و Chiou (2008) أن القلق والتوتر الوالدي يرتفع عند آباء الأطفال المصابين بالصرع مقارنة بآباء الأطفال المصابين بالربو، إضافة إلى أن نسبة التوتر تزيد حدة عند الآباء الذين تعرض أبنائهم للتمييز أو التعيب، أو الأطفال الذين يتميزون بسوء التكيف، بالمقابل يؤثر القلق والتوتر الذين يعيشه الوالدين على مفهوم الذات عند أبنائهم، فهم يكونون صورة مشوهة عن ذواتهم كردة فعل لما يقدمه الآباء من تعليقات سلبية على سلوك أبنائهم (Chiou & Hsieh, 2008, p70)، لا محالة أن الطفل أيا كان يكون تصوره عن ذاته من خلال الاعتماد على نماذج خارجية، تقدم هذه النماذج مجموعة من المعطيات مثل الانطباعات والسلوكات والإيماءات وكذلك العبارات، والتي تعتبر مدلولاً يمد الطفل بمجموعة من الصور، التي بدورها سوف تشكل مجموعة من الأفكار، تمثل هذه الأفكار ما سمي بمفهوم الذات، حاول بعض الباحثين تناول هذا الجانب من خلال دراسة كيفية إدراك الطفل المصاب بالصرع لانطباعات وأفكار ومشاعر الغير إتجاهه، فمن المعلوم أن الطفل المصاب بالصرع تحيط به هالة خاصة، تجعله مميزا بطريقة سلبية في أغلب الأحيان في أعين الغير، وهو يدرك ذلك بطريقة جيدة، والأهم من ذلك هو ما سوف يترتب عن إدراكه هذا، وفي هذا الصدد توصل Funderburkr وآخرون (2007) إلى أن إدراك الطفل للوصمة يرتبط ارتباطا وطيدا بتكوينه لمفهوم مشوه عن الذات، ويعتبر واسطة مهمة لظهور الاضطرابات السلوكية والنفسية لدى الأطفال المصابين بالصرع (Funderburkr, 2007, p74)،، في سياق آخر اشارت شلي (2017) إلى أن الأطفال المصابين بالصرع يتصورون ذواتهم تبعا لما يكتسبونه من صور ذهنية و نفسية عن الأبوين فصورة الأم الجيدة ، والتي تنكسر من خلال استجاباتها الإيجابية تكسب الطفل صورة وتقديرا جيدا للذات، أما الأم السلبية فسوف ينشأ الطفل صورة سيئة عنها و بالتالي يطور تصورا هشاً عن ذاته و جسده (شلي، 2017، ص267)

## الشكل رقم (1): فرضية العلاقة الوسيطة بين إدراك الوصمة والصحة النفسية



## 3.3 المشكلات المعرفية واللغوية:

غالبا ما تقترن المشكلات اللغوية والمعرفية لدى الأطفال المصابين بالصرع، يرجع ذلك إلى أن اللغة لا تستقيم إلا إذا وجدت مخططات معرفية وكفاءات نفس عصبية تفعل هذه الوظيفة الرمزية، وهذا ما يلزمنا الحديث بداية عن المشكلات المعرفية عند الطفل المصاب بالصرع، حيث يعاني هذا الأخير العديد من المشكلات في هذا الجانب، فقد سجلت بعض الدراسات ما يقارب 35 % من حالات التخلف العقلي عند الأطفال المصابين بالصرع، كما أن معدل الذكاء العام لديهم لا يتعدى 100 درجة عند 63 % منهم (Metz-Lutz,2008,p12)، إضافة إلى أن واحدا من بين أربعة أطفال مصابين بالصرع يسجلون مستويات منخفضة في الكفاءات المعرفية العامة، أي ما يعادل 26,4 % من مجموع المصابين (Berg & al,2008,612).

ما يجب أن يلفت انتباه المختصين في هذا المجال ليست اختلالات على مستوى الكفاءات المعرفية العامة، لأنها غالبا ما تحدث إثر اقتران الصرع بإصابات دماغية أو اضطرابات مجتاحة للنمو كالنوح، بل يجب أن يركز اهتمامهم على اختلال الكفاءات المعرفية الخاصة، والتي يوظفها الطفل في جميع نشاطاته اليومية، واختلالها يحدث اضطرابات على مستويات متعددة، تشمل جودة حياة الطفل، في أبعادها السلوكية والاجتماعية والنفسية، ولعل من أهمها: اضطرابات الذاكرة، والتباطؤ الذهني، إضافة إلى اضطرابات الانتباه (Kim & Ko,2016,p155)، نشير بداية إلى الذاكرة، فهي ترتبط ارتباطا وطيدا بعملية التعلم، والمتعلم بحاجة دائمة إلى حفظ وتخزين المعلومات التي اكتسبها، وفي هذا الجانب يجد الطفل المصاب بالصرع العديد من الصعوبات، حيث يربط الأخصائيون بين صرع الفص الجبهي والقفوي ومشكلات الذاكرة بشكل استثنائي، خصوصا الذاكرة اللفظية والذاكرة البصرية، والخلل يرتبط في هذا الجانب بخاصية تشفير المعلومة أثناء عملية التعلم الأولية، فغياب أو تشوه التشفير يؤدي إلى الحيلولة دون استدعاء المعلومات واستحضارها إضافة إلى استحالة التعرف السريع عليها (Lopes & al,2014,p3)، في هذا الصدد سجل Verche وآخرون (2011) صعوبات التشفير ذاتها عند الأطفال المصابين بصرع الفص الجبهي، كما ركزوا على دور الوظائف التنفيذية في ظهور هذا المشكل، علما أن الوظائف التنفيذية تعد أحد المهام الأساسية التي يؤديها الفص الجبهي (Lopes & al,2014,p3).

كثيرا ما تقترن صعوبات الانتباه عند الطفل المصاب بالصرع بالمشكلات السلوكية، ما يفسر إلى حد ما النسب المرتفعة لاضطراب ضعف الانتباه مع فرط النشاط عند هذه الفئة، حيث تقدر نسبة انتشاره عند جل فئات الصرع ب 12% (Senchez-Carpentero & Neville,2003,p1341)، تشمل الصعوبات العديد من أنواع الانتباه، على حسب بؤر الإصابة الصرعية، فقد أشار Mizziara وآخرون(2012) إلى أن الصرع القفوي البؤري الحميد يؤدي إلى اختلال على مستوى كفاءة الانتباه الداعم، بينما تبقى وظيفة الانتباه الانتقائي والانتباه المقسم سليمة(Mizziara & al,2012,p87)، وفي دراسة مماثلة استخلص Cerminara وآخرون (2013) أن الأطفال المصابين بالنوبة الصرعية الغيائية تتمحور مشكلات الانتباه لديهم على مستوى اليقظة والانتباه المقسم، وكذلك الانتباه الانتقائي والاندفاعية(Cerminara,2013)، ما يعلل الوتيرة المتزايدة لصعوبات التعلم وال فشل المدرسي لدى الأطفال المصابين بهذا النمط من الصرع، كما تشير بعض الدراسات إلى أن طبيعة الانتباه عند الطفل المصاب بالصرع تتأثر بمدّة الإصابة، فكلما كانت المدّة أطول كلما زادت الصعوبات، نظرا للأثر السلبي للنوبات على الجهاز العصبي، إضافة إلى العلاج الدوائي، فقد أثبتت بعض الأبحاث أن العلاج باستعمال الفينوباربيتال (PHENOBARBITAL) في مراحل عمرية مبكرة له أثر بليغ على الجانب المعرفي والسلوكي للطفل، فهذا الدواء المضاد للصرع يعتبر من الادوية التقليدية التي لها آثار جانبية متعددة على الجهاز العصبي، و لكنها تعتبر ضرورية خصوصا لبعض الأصناف من الصرع المقاومة للعلاج. ( Senchez-Carpentero & Neville,2003,p1342)

يرتبط النجاح المدرسي إلى حد كبير بالمكتسبات اللغوية، فاللغة هي الأداة التي تمكن الطفل من التفتح على مختلف العلوم والمعارف، و اكتسابها، و الطفل المصاب بالصرع يسجل العديد من الاضطرابات اللغوية، وهي مؤشرات سلبية لمآله خصوصا المدرسي، إذ أن اقترانها مع اضطرابات التعلم يعد أحد أهم أسباب الفشل المدرسي ( Verrotti & al,2015,p60)، وقد أشار Caplan وآخرون (2006) إلى وجود ارتباط شديد بين اضطرابات التفكير واضطرابات اللغة مع الفشل المدرسي عند المصابين بالصرع (Caplan,2006,p726). إن الحديث عن الصرع و أبعاده اللغوية يلزمنا التطرق إلى أعمال Landau و Kleffner، حيث قام هذان الباحثان سنة 1957 بوصف 6 أطفال نمو نموا لغويا عاديا، وبعد بضع سنوات ظهرت لديهم أعراض الحبسة اللغوية توازيا مع نوبات بؤرية، لاحظ الباحثان أن شدة الاضطراب اللغوي تزيد بزيادة حدة النوبات، وأطلق على هذا الشكل من الصرع بمتلازمة Landau-Kleffner، حيث تعتبر الحبسة اللغوية جزءا لا يتجزأ من هذه المتلازمة، ومن بين أنواع الصرع التي تشكل الحبسة اللغوية أحد أهم أعراضها، الصرع الصدغي البؤري الحميد، يشكل هذان النمطان من الصرع ما يسمى بالطيف الصرعي - الحبسي، حيث يمتزج الصرع مع أحد أهم الاضطرابات اللغوية نعني الحبسة ليشكلا وحدة مرضية(Baumer,2018,pp1-2).



من الملاحظ أن الأطفال المصابين بالصرع يسجلون مستويات منخفضة سواء من جانب الكفاءات اللغوية المقروءة أو المكتوبة، حيث سجل *Strekas* وآخرون (2012) العديد من الصعوبات في اللغة التواصلية لدى الأطفال المصابين بالصرع مقارنة بالعاديين، شملت هذه الصعوبات المستوى البنائي للجمل واختيار المفردات وإدراجها في السياق، إضافة إلى الوحدات السردية (Strekas,2012,p207)، وفي دراسة مماثلة حاول *Caplan* وآخرون دراسة خصائص اللغة التواصلية الاجتماعية عند الطفل المصاب بالصرع من خلال إعادة سرد قصة، حيث سجلوا اختلالات مهمة في لغة التواصل الاجتماعي بالموازاة مع اضطرابات مهمة في التفكير المنطقي، أما مميزات هذه الاختلالات فتكمن في كون الأطفال لا يحسنون استعمال حروف الوصل للربط بين الأفكار وإنتاج جمل سليمة، و لا يستعملون الضمائر المناسبة وأسماء الإشارة إضافة إلى أدوات التعريف، كما أنهم يغيرون بسرعة سياق الحديث المستهدف من أجل تناول حدث آني خارج عن سياق القصة التي يجب سردها، استنتج *Caplan* وزملاؤه أن اختلال التفكير وتأثيره على التواصل عند أطفال الصرع يشبه إلى حد كبير اختلال التواصل الاجتماعي عند الأطفال المصابين بالذهان (Caplan,2002,251)، من الصعوبات التي يواجهها الأطفال نذكر الصعوبات الإملائية والكتابية وصعوبات في القراءة وهذا ما سجله *Papavasiliou* وآخرون (2004) ، حيث أشاروا على أنها لا تختلف عن الصعوبات التي يتم تسجيلها عند الأطفال المصابين باضطرابات نمائية أخرى، كما لاحظوا أن صعوبات الكتابة قد تكون أحد الأسباب المباشرة في فشل الطفل المصاب بالصرع في تحقيق التوافق والنجاح المدرسي (Papavasiliou,2004).

### 4.3 المشكلات النفس حركية:

كثيرا ما يهمل الاخصائيون الاضطرابات النفس حركية عند الطفل المصاب بالصرع، ولا يولونها الاهتمام الكافي، وذلك راجع للعديد من الاعتبارات منها، الدور الثانوي للوظائف الحركية في نظر البعض، إضافة إلى التجليات العرضية الخفية التي تميز هذا النمط من الاضطرابات، و لعل قلة الدراسات في هذا السياق تعد أكبر دليل على هذا التجاهل من طرف الباحثين، لاشك في أن الوظائف الحركية تحتل مكانة مهمة في عملية التحصيل سواء المعرفي أو الاجتماعي، فالحركة هي أول مظهر للقدرات المعرفية كما أشار إلى ذلك *PIAGET* في وصفه لمراحل الذكاء، كما أنها تؤسس لاكتساب السلوك الاجتماعي عند الطفل من خلال اللعب خصوصا.

تعتبر الاضطرابات النفس حركية من الاختلالات الخفية التي تعترض حياة الطفل المصاب بالصرع خصوصا المدرسية، فهي تشكل عبئا إضافيا للمشكلات التي يعاني منها من خلال الصعوبات الوظيفية التي تحدثها ، كما أنها لا تقل انتشارا عن باقي المشكلات ،حيث يجد أكثر من 35% من الأطفال المصابين بالصرع صعوبات على مستوى الكفاءات الحركية (Reijs & al,2010,p467)، تتجلى هذه الصعوبات في شكل تراجع واضح في ردود الأفعال الحركية، ينجم عنه تباطؤ حركي يخل بالطابع العام للحركة (Boelen,2005,p546)، إن بطئ سرعة الاستجابة وزمن الرجوع يعد أحد مميزات التوظيف المعرفي و الحركي على حد سواء لهؤلاء الأطفال، فإضافة إلى البطء الحركي يؤدي هذا التوظيف إلى اختلال التناسق الحركي و الحركية الدقيقة ، وذلك على مستوى



الأطراف العليا بصفة خاصة (Braathen & al,1997,p372)، يسهم هذا الاختلال من جهة أخرى في ظهور صعوبات خاصة لدى الأطفال على مستوى الكتابة والتحكم في القلم أثناءها، إضافة إلى صعوبات في التحكم في الأغراض الدقيقة والحركات التي تتطلب نوعا من التركيز، يلتمس الملاحظ لهؤلاء الأطفال نشاطا عضليا إستثنائيا لديهم ، فهم يبذلون أثناء الإنجازات الحركية كالكثلة الصلبة التي تحاول التحرر، و بالتالي تؤثر هذه الحالة المميزة على تناسق الحركات ،ويوصفون بالرعونة والكسل، من جهة أخرى يعاني الأطفال من سوء التخطيط والتحكم الحركي، وفي الكثير من الأحيان يؤدي ضعف التركيز لديهم إلى الاندفاعية والتهور دون احتساب نتائج الحركة(Hernandez & al,2002,p484)، يوحي هذا الجدول العيادي على أن الأطفال المصابين بالصرع يجمعون بين أعراض اضطراب فرط النشاط الحركي واختلال التناسق الحركي في آن واحد، هذا ما يدفعنا إلى ضرورة التنويه على خطورة إهمال الجانب النفس حركي، فالتوظيف الحركي لدى هذه الشريحة يتميز من حيث قواعده، بمميزات مرضية صريحة، ومن المؤكد أن طابعها يختلف تبعا للطابع العصبي والعلاج الدوائي لهذا المرض .

#### 4. الخاتمة:

رغم الإنجازات العظيمة في ميدان التكفل الطبي بالطفل المصاب بالصرع، يبقى هذا المرض مجهولا من جانب المخلفات المترتبة عنه، ومما لا شك فيه أن المجال المدرسي يعتبر المكان المناسب لتحلي هذه المشكلات بتعابير مختلفة، إن المشتغل بهذا الميدان لا يكاد يجد مجالا غير قابل للتكفل والأخذ بعين الاعتبار، فمشكلات الطفل المصاب بالصرع تمس مختلف مقوماته النفسية والاجتماعية، و الأسباب المؤدية لها متعددة ومختلفة الأسس، فالطابع العصبي للمرض يعد حجة مناسبة لتفسير الاختلالات المعرفية واللغوية، رغم ذلك تثبت بعض الدراسات معاناة الأطفال بهذه المشكلات قبل ظهور الصرع لديهم، من جانب آخر قد يعد ضعف تقبل العائلة للمرض وعامل الوصمة الاجتماعية كمسيبات مباشرة للمشكلات الاجتماعية، ولكن ما صدر في بعض الأبحاث يخالف هذا الانطباع حيث ترتبط المشكلات الاجتماعية ارتباطا مباشرا بالصعوبات اللغوية (Caplan & Byars & al,2014; al,2002).

يبدو أن التوجه البحثي في السنوات الأخيرة قد أدرك إلى حد كبير أهمية مراعاة تعددية الأسباب في فهم مشكلات الطفل المصاب بالصرع، والنموذج الذي قدمه Rantanen وزملاؤه (2012) في فهم علاقة السلوكيات الاجتماعية بالأبعاد المعرفية يعد أحد المسالك الواعدة، حيث يقول في هذا الصدد: "هناك إجماع بين الفاعلين في هذا الميدان، أن مشكلات الكفاءة الاجتماعية والوظائف العصبية المعرفية هي وحدات أساسية من الصرع في حد ذاته، ولا يمكن اعتبارها مشكلات ثانوية تابعة لصعوبات التكيف التي ترافق الأمراض المزمنة." (Rantanen & al,2012,p301)، بالمقابل تبقى الخصائص الفسيولوجية للمرض أحد المحددات التي لا يمكن إنكارها، فالظهور المبكر للصرع يعد مؤشرا إيجابيا، حيث ينمو الدماغ مع المرض ويطور ميكانيزمات

تكيفية مناسبة تساعد على التقليل من مخلفات المرض، وعلى النقيض من ذلك فإنه بظهور المرض في مرحلة حرجة يكون فيها الدماغ قد تماثل إلى النضج سوف يؤدي حتما إلى إحداث أضرار أكبر، كما أن عامل تكرار النوبات يعد كذلك من المؤشرات السلبية، فالنوبات المقاومة للعلاج الدوائي تحدث أثرا وخيما على الجهاز العصبي وخصوصا بؤرة التفريغ الصرعية، إضافة إلى أن العلاج الدوائي في حد ذاته لا يخلو من آثار جانبية، خصوصا إذا تلقى الطفل العلاج لمدة طويلة، خصوصا مع التزام علاج قائم على تعدد الادوية.

يتضح من خلال ما تم ذكره أن مشكلات الطفل المصاب بالصرع تعد أولوية قصوى تحتاج إلى فهم متعدد النظر لإدراك التداخل الحاصل بينها، طبعا مع مراعات خصوصيات أطفالنا و السياق التربوي و الاجتماعي الذي يتعرعون فيه، و ما تسنى لنا ذكره من دراسات يجب أن ينظر إليه كأمثلة تتيح لنا خوض تجربة البحث في هذا المجال، وهي لا تتعدى ذلك، فمحاولة القياس عليها مع إهمال خصوصياتنا الثقافية و الدينية لا يستقيم من منظور علمي، ثم التكفل بهذه الفئة في خطوة موالية دون إهمال أي جانب، وقد أشرنا إلى الاضطرابات النفس حركية التي تعتبر كمشكلات ثانوية، ولكنها في الحقيقة تسهم في حدوث الفشل المدرسي وصعوبات التعلم بشكل مباشر، من المؤكد أن عملية التكفل النفسي لا تقل أهمية عن العلاج الدوائي الذي يجد من أعراض المرض، فقد أثبتت بعض الأبحاث أن العلاج النفسي المعرفي السلوكي الموجه للتكفل ببعض المشكلات يجد من وثيرة النوبات الصرعية، و له كذلك دور فعال في تحسين جودة الحياة عند هذه الفئة (Ouss,2013,p92).

## 5. قائمة المراجع :

1. الحسون سميرة جميل، مستوى الاكتئاب لدى أولياء أمور الأطفال المصابين بمرض الصرع في ضوء بعض المتغيرات، (رسالة دكتوراه جامعة اليرموك)، 2007.
2. المرتضى الزبيدي محمد بن محمد بن عبد الرزاق، تاج العروس من جواهر القاموس، بيروت، لبنان، دار صادر، ج 11.
3. حدبي مولود.. فاعلية برنامج معرفي من أجل تقويم وتحسين مهاراتي القراءة والكتابة لدى الطفل المصاب بالصرع. مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، ع 16، 2018، 115-132.
4. شلابي عائشة، الصورة الامومية و صورة الجسد لدى الأطفال المصابين بالصرع عبر الإنتاج الاسقاطي، (مذكرة ماستر جامعة المسيلة)، 2017.
5. عرعار، فاطمة، الصرع و اللاتسامح في الوسط المدرسي. مجلة عالم التربية، (480) 116، 2012، ص 1-11.
6. عبد اللطيف موسى عثمان، ما لا تعرفه عن الصرع والتشنجات. ط1. القاهرة: الزهراء للإعلام العربي، 1998.

7. Austin, J. K., Dunn, D. W., Johnson, C. S., & Perkins, S. M. (2004). Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and the impact of their families: recent research data. *Epilepsy & Behavior*, 5, 33-41.

8. Beaussart, M., & Beaussart-Defaye, J. (2012). *Soigner les épilepsies: Comprendre les maladies. Accompagner les malades. Elsevier Masson.*

9. Benson, A., Lambert, V., Gallagher, P., Shahwan, A., & Austin, J. K. (2017). Parent perspectives of the challenging aspects of disclosing a child's epilepsy diagnosis to others: Why don't they tell?. *Chronic illness, 13*(1), 28-48.
10. Berg, A. T., Langfitt, J. T., Testa, F. M., Levy, S. R., DiMario, F., Westerveld, M., & Kulas, J. (2008). Global cognitive function in children with epilepsy: a community-based study. *Epilepsia, 49*(4), 608-614.
11. Bishop, M., & Boag, E. M. (2006). Teachers' knowledge about epilepsy and attitudes toward students with epilepsy: results of a national survey. *Epilepsy & Behavior, 8*(2), 397-405.
12. Bishop, M., & Slevin, B. (2004). Teachers' attitudes toward students with epilepsy: results of a survey of elementary and middle school teachers. *Epilepsy & Behavior, 5*(3), 308-315.
13. Blom, S., Heijbel, J., & Bergfors, P. G. (1978). Incidence of epilepsy in children: a follow-up study three years after the first seizure. *Epilepsia, 19*(4), 343-350.
14. Boelen, S., Nieuwenhuis, S., Steenbeek, L., Veldwijk, H., Van De Ven-Verest, M., Tan, I. Y., & Aldenkamp, A. P. (2005). Effect of epilepsy on psychomotor function in children with uncomplicated epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 47*(8), 546-550.
15. Braathen, G., Von Bahr, L., & Theorell, K. (1997). Motor impairments in children with epilepsy treated with carbamazepine. *Acta Paediatrica, 86*(4), 372-376.
16. Byars, A. W., deGrauw, T. J., Johnson, C. S., Perkins, S. M., Fastenau, P. S., Dunn, D. W., & Austin, J. K. (2014). Language and social functioning in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 31*, 167-171.
17. Camfield, P., & Camfield, C. (2015). Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children. *Epileptic Disorders, 17*(2), 117-123.
18. Caplan, R., Guthrie, D., Komo, S., Siddarth, P., Chayasirisobhon, S., Kornblum, H., ... & Shields, W. D. (2002). Social communication in children with epilepsy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(2), 245-253.
19. Caplan, R., Sagun, J., Siddarth, P., Gurbani, S., Koh, S., Gowrinathan, R., & Sankar, R. (2005). Social competence in pediatric epilepsy: insights into underlying mechanisms. *Epilepsy & Behavior, 6*(2), 218-228.
20. Cerminara, C., D'Agati, E., Casarelli, L., Kaunzinger, I., Lange, K. W., Pitzianti, M., ... & Curatolo, P. (2013). Attention impairment in childhood absence epilepsy: an impulsivity problem?. *Epilepsy & Behavior, 27*(2), 337-341.
21. Chiou, H. H., & Hsieh, L. P. (2008). Comparative study of children's self-concepts and parenting stress between families of children with epilepsy and asthma. *Journal of Nursing Research, 16*(1), 65-74.
22. Drewel, E. H., & Caplan, R. (2007). Social difficulties in children with epilepsy: review and treatment recommendations. *Expert review of neurotherapeutics, 7*(7), 865-873.
23. Ettinger, A. B., Weisbrot, D. M., Nolan, E. E., Gadov, K. D., Vitale, S. A., Andriola, M. R., ... & Hermann, B. P. (1998). Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia, 39*(6), 595-599.
24. Fastenau, P. S., Shen, J., Dunn, D. W., & Austin, J. K. (2008). Academic underachievement among children with epilepsy: proportion exceeding psychometric criteria for learning disability and associated risk factors. *Journal of learning disabilities, 41*(3), 195-207.

25. Fernandes, P. T., & Souza, E. A. P. D. (2001). Identification of family variables in parents' groups of children with epilepsy. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 59(4), 854-858.
26. Funderburk, J. A., McCormick, B. P., & Austin, J. K. (2007). Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy?. *Epilepsy & Behavior*, 11(1), 71-76.
27. Hernandez, M. T., Sauerwein, H. C., Jambaqué, I., De Guise, E., Lussier, F., Lortie, A., ... & Lassonde, M. (2002). Deficits in executive functions and motor coordination in children with frontal lobe epilepsy. *Neuropsychologia*, 40(4), 384-400.
28. Huseyinoglu, N., Ozben, S., Arhan, E., Palanci, Y., & Gunes, N. (2012). Prevalence and risk factors of epilepsy among school children in eastern Turkey. *Pediatric neurology*, 47(1), 13-18.
29. Jallon, P. (2002). *Formes d'expression de la maladie: les crises. Que sais-je?*,
30. Katzenstein, J. M., Fastenau, P. S., Dunn, D. W., & Austin, J. K. (2007). Teachers' ratings of the academic performance of children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 10(3), 426-431.
31. Kim, E. H., & Ko, T. S. (2016). Cognitive impairment in childhood onset epilepsy: up-to-date information about its causes. *Korean journal of pediatrics*, 59(4), 155.
32. Kwong, K. L., Wong, S. N., & So, K. T. (2000). Parental perception, worries and needs in children with epilepsy. *Acta paediatrica*, 89(5), 593-596.
33. Lopes, A. F., Monteiro, J. P., Fonseca, M. J., Robalo, C., & Simões, M. R. (2014). Memory functioning in children with epilepsy: frontal lobe epilepsy, childhood absence epilepsy, and benign epilepsy with centrotemporal spikes. *Behavioural neurology*, 2014.
34. Metz-Lutz, M. N. (2008). *Épilepsie et développement cognitive. Épilepsies de l'enfant: troubles du développement cognitif et socio-émotionnel*. Marseille: Solal,
35. Mizziara, C. S. M. G., de Manreza, M. L. G., Mansur, L., Reed, U. C., Guilhoto, L. M. F. F., Serrano, V. A. G., ... & Group, C. (2012). Impact of benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS) on school performance. *Seizure*, 21(2), 87-91.
36. Noeker, M., Haverkamp-Krois, A., & Haverkamp, F. (2005). Development of mental health dysfunction in childhood epilepsy. *Brain and Development*, 27(1), 5-16.
37. Northcott, E., Connolly, A. M., Berroya, A., Sabaz, M., McIntyre, J., Christie, J., ... & Bye, A. M. (2005). The neuropsychological and language profile of children with benign rolandic epilepsy. *Epilepsia*, 46(6), 924-930.
38. Ostrom, K. J., Schouten, A., Kruitwagen, C. L., Peters, A. C. B., Jennekens-Schinkel, A., & Dutch Study Group of Epilepsy in Childhood (DuSECh). (2003). Behavioral problems in children with newly diagnosed idiopathic or cryptogenic epilepsy attending normal schools are in majority not persistent. *Epilepsia*, 44(1), 97-106.
39. Otero, S. (2009). Psychopathology and psychological adjustment in children and adolescents with epilepsy. *World Journal of Pediatrics*, 5(1), 12-17.
40. Ouss, L. (2013). Troubles psychopathologiques de l'enfant épileptique : vers un modèle épigénétique ? *Contraste*, (2), 73-101.
41. Papavasiliou, A., Mattheou, D., Bazigou, H., Kotsalis, C., & Paraskevoulakos, E. (2005). Written language skills in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *Epilepsy & behavior*, 6(1), 50-58.
42. Plioplys, S., Dunn, D. W., & Caplan, R. (2007). 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1389-1402.
43. Reijs, R. P., Nora, M., van Mil, S. G., van Hall, M. H., Arends, J. B., Weber, J. W., ... & Aldenkamp, A. P. (2010). Motor function in children with cryptogenic localization related epilepsy. *Seizure*, 19(8), 467-469.

44. Rodenburg, R., Meijer, A. M., Deković, M., & Aldenkamp, A. P. (2005). *Family factors and psychopathology in children with epilepsy: a literature review*. *Epilepsy & Behavior*, 6(4), 488-503.
45. Rodenburg, R., Wagner, J. L., Austin, J. K., Kerr, M., & Dunn, D. W. (2011). *Psychosocial issues for children with epilepsy*. *Epilepsy & Behavior*, 22(1), 47-54.
46. Salpekar, J. A., & Dunn, D. W. (2007, December). *Psychiatric and psychosocial consequences of pediatric epilepsy*. In *Seminars in pediatric neurology* (Vol. 14, No. 4, pp. 181-188). WB Saunders.
47. Sánchez-Carpintero, R., & Neville, B. G. (2003). *Attentional ability in children with epilepsy*. *Epilepsia*, 44(10), 1340-1349.
48. Shore, C. P., Austin, J. K., & Dunn, D. W. (2004). *Maternal adaptation to a child's epilepsy*. *Epilepsy & Behavior*, 5(4), 557-568.
49. Smithson, W. H., & Walker, M. C. (2012). *ABC of Epilepsy* (Vol. 201). John Wiley & Sons.
50. Streckas, A., Ratner, N. B., Berl, M., & Gaillard, W. D. (2013). *Narrative abilities of children with epilepsy*. *International journal of language & communication disorders*, 48(2), 207-219.
51. Tromp, S. C., Weber, J. W., Aldenkamp, A. P., Arends, J., vander Linden, I., & Diepman, L. (2003). *Relative influence of epileptic seizures and of epilepsy syndrome on cognitive function*. *Journal of child neurology*, 18(6), 407-412.
52. Turky, A., Beavis, J. M., Thapar, A. K., & Kerr, M. P. (2008). *Psychopathology in children and adolescents with epilepsy: an investigation of predictive variables*. *Epilepsy & behavior*, 12(1), 136-144.
53. Weglage, J., Demsky, A., Pietsch, M., & Kurlemann, G. (1997). *Neuropsychological, intellectual, and behavioral findings in patients with centrotemporal spikes with and without seizures*. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39(10), 646-651.
54. Wei, S. H., & Lee, W. T. (2015). *Comorbidity of childhood epilepsy*. *Journal of the Formosan Medical Association*, 114(11), 1031-1038.
55. Williams, J. (2003). *Learning and behavior in children with epilepsy*. *Epilepsy & Behavior*, 4(2), 107-111.