



جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الاضطرابات النفسية والعمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي (الشقيقة)

- دراسة ميدانية بولاية المسيلة-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

إعداد الطالبة:

علي تودرت نسيمة

دمدوم ريمة

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله	أ.د.: شويعل سامية
مشرفا ومقررا	جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله	د.: علي تودرت نسيمة
عضوا	جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله	أ.د.: بن خليفة محمود
عضوا	جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله	د.: طاجين سليمة
عضوا	جامعة المسيلة - محمد بوضياف	د.: بن زطة بلدية
عضوا	جامعة المسيلة - محمد بوضياف	د.: بوعلاقة فاطمة الزهراء

السنة الجامعية: 2021-2022

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
-	إهداء
-	شكر وتقدير
-	ملخص الدراسة
أ	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
4	1- الإشكالية
8	2- الفرضيات
9	3- الأهداف
10	4- الأهمية
11	5- تحديد مصطلحات الدراسة
13	6- الدراسات السابقة
الجانب النظري	
الفصل الثاني: الصداع النصفي	
19	تمهيد
19	1- تعريف الألم المزمن
20	2- أنواع الألم
21	3- مكونات الألم
23	4- تعريف الصداع النصفي
24	5- أنواع الصداع النصفي
27	6- الأطر النظرية المفسرة للصداع النصفي
40	7- مراحل الصداع النصفي
42	8- أسباب ومحفزات الصداع النصفي
45	9- انتشار الصداع النصفي
47	10- علاج الصداع النصفي

49	 خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الاضطرابات النفسية

50	 تمهيد
50	1- تعريف الاضطرابات النفسية
51	2- معايير الاضطرابات النفسية
53	3- تصنيف الاضطرابات النفسية
54	3-1- تطور نظام تصنيف الاضطرابات النفسية
54	3-2- تصنيف الاضطرابات النفسية حسب DSM V
56	4- أسباب الاضطرابات النفسية
59	5- انتشار الاضطرابات النفسية
60	6- الاضطرابات النفسية والصداع النصفي
66	6-1- الصداع النصفي والذهان
67	6-2- الصداع النصفي واضطراب ثنائي القطب
67	6-3- الصداع النصفي والاضطرابات الاكتئابية
68	6-4- الصداع النصفي واضطراب القلق
69	6-5- الصداع النصفي والوسواس القهري
69	6-6- الصداع النصفي واضطرابات الصدمة
70	6-7- الصداع النصفي والعرض الجسمي
71	6-8- الاضطرابات المرتبطة بسوء استخدام المواد والإدمان
71	6-9- سمات الشخصية لمرضى الصداع النصفي
73	 خلاصة الفصل

الفصل الرابع: العمليات المعرفية

75	 تمهيد
75	1- مفهوم العمليات المعرفية
75	2- الانتباه
75	2-1- تعريف
76	2-2- محددات الإنتباه
77	2-3- أنواع الإنتباه

78	 4-2 آليات الإنتباه
78	 5-2 مراحل الإنتباه
79	 6-2 نظريات الإنتباه
81	 7-2 العوامل المشتتة للإنتباه
82	 3- الذاكرة
82	 1-3 تعريف الذاكرة
83	 2-3 أنواع الذاكرة
83	 1-2-3 ذاكرة الحسية
84	 2-2-3 ذاكرة قصيرة المدى
84	 3-2-3 ذاكرة طويلة المدى
86	 3-3 نظريات الذاكرة
90	 4-3 العمليات الأساسية في الذاكرة
92	 5-3 استراتيجيات التذكر
92	 6-3 العوامل المؤثرة في الذاكرة
93	 4- اللغة
93	 1-4 تعريف اللغة
93	 2-4 مظاهر اللغة
94	 3-4 خصائص اللغة
94	 4-4 وظائف اللغة
95	 5-4 بناء اللغة
96	 5- الوظائف التنفيذية
96	 1-5 تعريف
97	 2-5 مكونات الوظائف التنفيذية
98	 3-5 التفسيرات النظرية للوظائف التنفيذية
102	 6- العمليات المعرفية والصداع النصفي
105	 خلاصة الفصل

الجانب الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

106	تمهيد
106	1- الدراسة الاستطلاعية
108	2- الدراسة الأساسية
109	2-2- المنهج
109	2-3- العينة
113	2-4- حدود الدراسة
114	2-5- أدوات الدراسة
153	2-6- الأساليب الإحصائية

الفصل السادس: نتائج الدراسة

154	1- عرض نتائج الدراسة الكمية
154	1-1- عرض النتائج حسب الفرضية الأولى
165	1-2- عرض النتائج حسب الفرضية الثانية
166	1-3- عرض النتائج حسب الفرضية الثالثة
167	1-4- عرض النتائج حسب الفرضية الرابعة
178	1-5- عرض النتائج حسب الفرضية الخامسة
187	1-6- عرض النتائج حسب الفرضية السادسة
192	1-7- عرض النتائج حسب الفرضية السابعة
195	1-8- عرض النتائج حسب الفرضية الثامنة
197	2- عرض نتائج الدراسة الكيفية
197	2-1- عرض النتائج حسب الفرضية التاسعة

الفصل السابع: تفسير النتائج

265	تفسير النتائج حسب الفرضية الأولى
275	تفسير النتائج حسب الفرضية الثانية
278	تفسير النتائج حسب الفرضية الثالثة
280	تفسير النتائج حسب الفرضية الرابعة

287	 تفسير النتائج حسب الفرضية الخامسة
290	 تفسير النتائج حسب الفرضية السادسة
293	 تفسير النتائج حسب الفرضية السابعة
295	 تفسير النتائج حسب الفرضية الثامنة
297	 تفسير النتائج حسب الفرضية التاسعة
300	 الاستنتاج
305	 خاتمة
306	 المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	نسب الإحتمالات للإضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى الصداع النصفي	61
2	الإعتلال المصاحب لمرض الصداع النصفي في الدراسات المسحية	66
3	خصائص أنواع الذاكرة	85
4	خصائص العينة الإستطلاعية	108
5	خصائص العينة حسب الجنس	111
6	خصائص العينة حسب السن	111
7	خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية	112
8	خصائص العينة حسب الإصابة العائلية	112
9	خصائص العينة حسب المستوى التعليمي	112
10	خصائص مجموعة البحث حسب المتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، الإصابة العائلية، المستوى التعليمي)	113
11	متوسطات العاملان لمقاييس المحتوى	131
12	نتائج اختبارات Mann-Whitney	140
13	نتائج اختبارات Mann-Whitney	141
14	نتائج اختبارات ويلكوكسون (Wilcoxon tests) على النماذج المتوازنة للأبعاد والدرجة الكلية للنسخة العربية لاختبار ACE-R	142
15	نتائج الشكل الموازي للإرتباط للأبعاد والدرجة الكلية للنسخة العربية لاختبار ACE-R	143
16	قيمة معامل الإرتباط كل محور مع الدرجة الكلية	144
17	قيمة معامل الإرتباط كل جزء مع الجزء الآخر	148
18	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة(ت) لعينتين مستقلتين لحساب الصدق التمييزي للجزء الأول من الإختبار (TMT A)	148
19	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة(ت) لعينتين مستقلتين لحساب الصدق التمييزي للجزء الثاني من الإختبار (TMT B)	149
20	متوسطات المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 لعينة الدراسة حسب الجنس(ذكور/إناث)	155
21	التكرارات والنسب المئوية لعينة الدراسة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2	158

22	المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارنوبا	159
23	نتائج مقاييس المحتوى لاختبار MMPI- 2 لعينة الدراسة حسب الجنس (ذكور/إناث)	160
24	نتائج المقاييس الإضافية لاختبار MMPI- 2 لدى عينة الدراسة حسب الجنس (ذكور/إناث)	162
25	نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R)	165
26	نتائج اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B)	166
27	دلالة الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وفقا لمتغير السن (أقل أو يساوي من 40 سنة، أكبر من 40 سنة) باستخدام الإختبار التائي T.test	167
28	دلالة الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج) باستخدام الإختبار التائي T.test	169
29	دلالة الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وفقا لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية) باستخدام الإختبار التائي T.test	171
30	تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 تبعا لمتغير المستوى التعليمي	173
31	نتائج اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة لتحديد إتجاه الفروق بين المتوسطات على المقاييس الإكلينيكية لكل من مقياس عدم التواتر أو الندرة (F)، مقياس التصحيح (K)، مقياس الفصام (Sc) ومقياس الإنطواء الإجتماعي (Si) تبعا لمتغير المستوى التعليمي	176
32	دلالة الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (الذكور، الإناث) باستخدام الإختبار التائي T.test	178
33	دلالة الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير السن (أقل أو يساوي 40 سنة، أكبر من 40 سنة) باستخدام الإختبار التائي T.Test	180
34	دلالة الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج) باستخدام الإختبار التائي T.Test	181

182	35	دلالة الفروق في درجات بعض أداء العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية) باستخدام الإختبار التائي T.Test.....
183	36	تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) تبعا لمتغير المستوى التعليمي
185	37	نتائج اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة لتحديد إتجاه الفروق بين المتوسطات على اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) تبعا لمتغير المستوى التعليمي.....
187	38	دلالة الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (الذكور، الإناث) باستخدام الإختبار التائي T.test.....
188	39	دلالة الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير السن (أقل أو يساوي 40، أكبر من 40) باستخدام الإختبار التائي T.test.....
189	40	دلالة الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (متزوج، غير متزوج) باستخدام الإختبار التائي T.test.....
189	41	دلالة الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية) باستخدام الإختبار التائي T.test.....
190	42	تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في الوظائف التنفيذية على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) تبعا لمتغير المستوى التعليمي
191	43	نتائج اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة لتحديد إتجاه الفروق بين المتوسطات على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) تبعا لمتغير المستوى التعليمي
193	44	معامل ارتباط بيرسون بين المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 والدرجة الكلية والأبعاد لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) لدى مرضى الصداع النصفي.....
196	45	معامل ارتباط بيرسون بين المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 وجزئي اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي
201	46	نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الأولى
212	47	نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الثانية

48	نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الثالثة	224
49	نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الرابعة	239
50	نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الخامسة	249
51	نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة السادسة	257

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	مخطط نظرية بوابة التحكم بالألم	30
2	النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم	38
3	نموذج اتكنسون وشيفرن للذاكرة	88
4	كيفية إدراج بيانات المبحوث	134
5	كيفية الإجابة على الإختبار	135
6	النتائج النهائية للاختبار	136
7	الملح النفسي لاختبار MMPI-2 حسب الجنس (ذكور/إناث) وإجمالي العينة	157
8	نتائج مقاييس المحتوى لاختبار MMPI-2 حسب الجنس (ذكور/إناث) وإجمالي العينة..	161
9	نتائج المقاييس الإضافية لاختبار MMPI-2 حسب الجنس (ذكور/إناث) وإجمالي العينة	163
10	نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الأولى	202
11	نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الثانية	213
12	نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الثالثة	225
13	نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الرابعة	240
14	نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الخامسة	250
15	نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة السادسة	258



الإهداء

أهدي هذا البحث

إلى روح أمي الطاهرة التي طالما شجعتني ووقفت بجانبني طيلة مساري الدراسي

إلى روح أبي الطاهرة إلى سندي والرجل الأبرز في حياتي

لى ابن أختي قيس الذي كان لي نعم الرفيق في مشواري البحثي

إلى أساتذتي الأكارم الذين لم ييخلوا يوما في إعطاء معلومة وأي فكرة قيمة

إلى أصدقائي وزملائي ورفاق الدرب والذين لم ييخلوا يوما علي بالمساعدة

إلى كل من ساهم و ساعدني في حياتي الدراسية

إلى كتاكيت العائلة أسيل وغفران.

شكر وتقدير

أحمد الله حمدا كثيرا مباركا ملئ السموات والأرض على ما أكرمني به لإنجاز هذه الأطروحة.

أتوجه بجزيل الشكر إلى أستاذتي الفاضلة علي تودرت نسيمة التي تحملت معي مشقة البحث ولم تبخل علي بنصائحها فأجزاك الله عني كل خير.

وأتوجه بالشكر لأساتذتي الأفاضل من جامعة المسيلة الذين لم ييخلوا علي بتقديم النصائح والمعلومات وأخص بالذكر: الأستاذة بوعلاقة فاطمة الزهراء، بن زطة بلدية، مام عواطف، بوقرة عواطف، أسماء خرخاش، عزوق جميلة، بوجلال سهيلة وشريفي حليلة. أتقدم أيضا بوافر الشكر إلى زملائي بديار سعود وحيمر أحمد اللذان ساعداني في إنجاز الجانب التقني من الأطروحة.

كما يسرني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى أطباء العيادات الذين فتحوا لي عياداتهم ومكاتبهم لإنجاز الجانب الميداني من دراستي وأخص بالذكر: الطبيب عمرون عباس والطبيبة عباوي أمال والطبيبة شلالى سمية ونوال زاوي.

ولا يفوتني أن أشكر عينة البحث من مرضى الصداع النصفي وصبرهم وتعاونهم معي خلال إنجاز الجانب الميداني للدراسة.

كما أشكر كل من ساعدني من قريب أو بعيد وفاتني أن أذكر اسمه.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية وأداء العمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي، من خلال دراسة كمية وأخرى كيفية، تم تطبيق في الدراسة الكمية إستمارة من إعداد الباحثة وإختبار الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا النسخة الثانية (MMPI- 2) وإختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) وإختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) على عينة قوامها (82) مريض ومريضة بالصداع النصفي، وفي الدراسة الكيفية تم تطبيق المقابلة نصف موجهة، وإختبار الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا النسخة الثانية (MMPI- 2) وإختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) على مجموعة الدراسة قوامها (6) حالات فأظهرت نتائج الدراسة الكمية:

- وجود أعراض البارانويا لدى مرضى الصداع النصفي، بالإضافة إلى ذلك ارتفاع في درجات الإناث على مقياس الاهتمامات بالصحة، أفكار غريبة والخوف بينما لدى الذكور ارتفاع في مقياس أفكار غريبة ومؤشر العلاج السلبي حسب مقاييس المحتوى وارتفاع في درجات الإناث على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب المقاييس الإضافية.
 - وجود انخفاض في أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي ابصاري) والأداء المعرفي والوظائف التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعض الاضطرابات النفسية تعزى للمتغيرات (السن، الحالة الإجتماعية، الإصابة العائلية، المستوى التعليمي)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في أداء بعض العمليات المعرفية تعزى للمتغيرات (الحالة الإجتماعية، الإصابة العائلية، المستوى التعليمي)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية تعزى للمتغيرات (الجنس، السن، المستوى التعليمي)
 - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعض الاضطرابات النفسية وأداء بعض العمليات المعرفية ووجود علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية والوظائف التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي.
- بينما أظهرت نتائج الدراسة الكيفية توزع مجموعة البحث من مرضى الصداع النصفي على توظيفات نفسية متنوعة: عصابية، ذهانية وحدية، بالإضافة إلى ذلك بينت نتائج الحالات المعروضة وجود أعراض الاكتئاب والقلق قبل نوبة الصداع ويستمران أثناءها ووجود كل من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، الإدمان على المخدرات والمحاولات الإنتحارية لدى مرضى الصداع النصفي.
- الكلمات المفتاحية:** الصداع النصفي، الاضطرابات النفسية، العمليات المعرفية، الوظائف التنفيذية، الألم المزمن.

Abstract :

The study aimed to reveal psychological disorders and cognitive operations in patients with migraine, through two criteria which are: quantitative and qualitative study. In the first, a questionnaire prepared by the researcher, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI- 2), Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE- R) and the Trail Making Test (TMT A/B) were applied to a sample of (82) patients with migraine. In the second, a semi-directed interview was applied and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI- 2), Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE- R) on the study group consisting of (6) cases. The results of the quantitative study showed:

- The presence of paranoia in patients with migraine, and an increase in female scores on the health concerns, strange thoughts and fear, while males have an increase concerning strange thoughts and negative treatment according to content measures, in addition to an increase in female scores on the post-traumatic stress disorder according to additional standards.
- There is a decrease in the performance of cognitive operations (attention, memory, verbal fluency, language, and visuospatial), cognitive performance and executive functions in patients with migraine.
- The the absence of statistically significant differences in some psychological disorders and (age, social status, family history, educational level), and the presence of statistically significant differences in the performance of some cognitive operations and (social status, family history, educational level), and the presence of statistically significant differences in executive functions and (gender, age, educational level)
- There is a statistically significant relationship between psychological disorders and the performance of cognitive operations, and there is a relationship between psychological disorders and executive functions in patients with migraine.

While the results of the qualitative study showed the distribution of the study group of migraine patients into various Functional mental disorders : neurosis, psychosis and borderline. In addition, the results of the clinical cases showed the presence of symptoms of depression and anxiety before and continuing during the headache, and the presence of both post-traumatic stress disorder, drug addiction and suicide attempts in patients with migraine.

Keys Words : Migraine, Psychological disorders, Congnitive operations, Executive functions, Chronic pain.

مقدمة:

يُعتبر الألم من أولى الخبرات التي يمر بها الإنسان وتستمر إلى آخر مراحل حياته، فلا يوجد أحد لم يتعرض إلى مظهر من مظاهر الألم كالخدش أو الجرح أو الحرق أو الصداع...، فالألم تجربة حسية أو عاطفية غير سارة، تتطوي على مكونات جسدية، انفعالية عاطفية، معرفية وسلوكية، ويتدرج الألم من الحاد إلى المزمن حسب مدة الإصابة، فكلما زادت مدة الألم عن ستة أشهر اعتبر ألماً مزمنًا.

تشمل الآلام المزمنة: الألم العضلي الليفي، والتهاب المفاصل، وآلام أسفل الظهر المزمنة والاعتلال العصبي، واضطرابات المناعة الذاتية، والصداع، وأمراض أخرى (Hulla et al., 2019, p. 1)، ويشكل الصداع النصفي أحد الآلام التي ترهق كاهل المصابين به من حيث شدة الإعاقة النفسية والاجتماعية والجسدية التي يحدثها، فهو ظاهرة معقدة تتطوي على العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (Annequin et al., 2014, p. 51).

إضافة إلى ذلك تقدر إحصائيات العبء العالمي للأمراض لعام (2016) (GBD 2016 Headache Collaborators, 2018) أن عدد المصابين بالصداع النصفي يقدر بحوالي (1.04 مليار) شخص، بمعدل انتشار يقدر (14.4%)، وبلغ عدد المصابين بالصداع النصفي في الجزائر أكثر من ستة ملايين ونصف (6 651 343)، ويمر الصداع النصفي بفترات عمرية فيظهر لدى الأطفال بنسبة قليلة، وينتشر أكثر في الفئة العمرية ما بين 20 إلى 30 عاما (Aguila, 2017, p. 11)، حيث يعاني ما يقرب من (18%) من الإناث و(6%) من الذكور من نوبة صداع نصفي واحدة على الأقل كل عام (Winter et al., 2011, p. 159)، ويبدأ الصداع النصفي في التناقص بعد سن الأربعين (Aguila, 2017, p. 11).

كما صنفت منظمة الصحة العالمية الصداع النصفي على أنه ثالث أكبر حالة طبية منتشرة وثاني أكثر الاضطرابات العصبية تعطيلا في عالم (Dodick, 2018, p. 1316)، ويمثل الصداع النصفي عبء شخصي، ومجتمعي له عواقب اقتصادية وخيمة من خلال تغيب المصابين به عن العمل وانخفاض الإنتاجية، ففي الولايات المتحدة تقدر التكلفة الاقتصادية للصداع النصفي بأكثر من 23 مليار دولارا أمريكيا سنويا وفي أوروبا (27) مليار يورو سنويا (Hougaard, 2015, p. 1).

بالإضافة إلى التكاليف العلاجية التي ترهق المصابين به، له آثار وخيمة على الرفاهية النفسية للمصابين به، حيث تشير العديد من الدراسات إلى ارتباط الصداع النصفي بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب واضطراب ثنائي القطب، والرهاب ونوبات الهلع حيث تبلغ معدلات انتشار الاضطرابات النفسية المختلفة بين مرضى الصداع النصفي مدى الحياة كما يلي: الاكتئاب الشديد (34%)، ديسثيميا (9%)، الاضطراب ثنائي القطب II (4%)، اضطراب الهلع (11%)، اضطراب القلق العام (10%)، الوسواس القهري (9%)، الرهاب (40%) (Maizels et al., 2006, p. 99)، كما وصفت سمات الشخصية لدى مرضى الصداع النصفي بالعصابية، وأكدت بعض الأبحاث وجود سمات ذهانية كالبارانويا والفصام لديهم.

يرتبط وجود الصداع النصفي والاضطرابات النفسية بزيادة خطر الإصابة بالعجز المرتبط بالصداع النصفي، وانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وزيادة استخدام الرعاية الصحية (Mcdermott, 2015, p. 2)، حيث بينت نتائج دراسة للوهيبي وآخرين (Iwhaibi et al., 2021) ارتباط الصداع النصفي بالقلق المرضي والاكتئاب بتكاليف إضافية تقدر بـ (1.027) دولارا في العيادات الخارجية و (662) دولارا في نفقات الرعاية الصحية لغرفة الطوارئ والأدوية الموصوفة مقارنة بمجموعة الصداع النصفي وحدها. كما أن المعاناة المستمرة من القلق والاكتئاب وقلة النوم يمكن أن تؤثر على الجانب المعرفي، وفي الوقت نفسه يمكن أيضا أن تحفز الصداع النصفي المزمن (Cai et al., 2019, p. 5).

وبالرغم من أن الأعراض المعرفية لا تعتبر من بين الأعراض الأساسية للصداع النصفي، فإن العديد من المصابين بالصداع النصفي يشكون غالبا من الخلل المعرفي (Lee et al., 2021, p. 1) حيث تحتل الأعراض المعرفية المرتبة الثانية بعد الألم من حيث الشدة والإعاقة المرتبطة بنوبات الصداع (Vuralli et al., 2018, p. 1).

هذا وتعد العمليات المعرفية مهمة في حياة الفرد حيث تساعده في نشاطاته الأدائية والتفكيرية فالإنتباه عملية معرفية تعمل على ترشيح المعلومات، وتقديمها للذاكرة لتخزن ويعاد استعمالها عند الحاجة لتظهر في شكل لغة أو تفكير، بينما تعد الوظائف التنفيذية كنشاط معرفي يقوم به الفرد أثناء حل المشكلة من خلال قيامه بمجموعة من العمليات المعرفية، يشير هوانغ وآخرون (Huang et al.) أنه: "ينخفض الأداء المعرفي أثناء الصداع النصفي، خاصة في اللغة والذاكرة والوظائف التنفيذية

والحساب والاتجاه " (Huang et al., 2017, p. 6) بالإضافة إلى عجز الانتباه (Lo Buono et al., 2019, p. 588).

يتسبب كل هذا في عجز وإعاقة لمرضى الصداع النصفي فينسحبون من المجتمع نتيجة لآلامهم أو لاعتقادهم بأن النشاطات الاجتماعية تثير وتحفز نوبات الصداع لديهم، فينغلقون على أنفسهم في ظل مرض مجهول المعالم ذي نوبات مفاجئة لا يعرفون أسبابه ولا يجدون طرقا لعلاج.

لذلك جاءت هذه الدراسة لتعالج مشكلة الاضطرابات النفسية والعمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي في بيئة جزائرية، ولتحقيق أهداف البحث تم تقسيم الدراسة إلى جزئين: الجانب النظري والجانب الميداني.

تطرقنا في البداية إلى إشكالية البحث، الفرضيات، الأهمية وتحديد مصطلحات الدراسة، كما تطرقنا إلى الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة.

أما الفصل الثاني فقد تناولنا موضوع الصداع النصفي حيث بينا تعريفه، أنواع الصداع النصفي وشرح لوجهات النظر المختلفة للنظريات التي قامت بتفسيره، مراحل الصداع النصفي، أسباب ومحفزات الصداع النصفي وانتشاره في دول العالم وفي الأخير طرق علاجه النفسية.

وضم الفصل الثالث الاضطرابات النفسية حيث تم التطرق إلى تعريف الاضطرابات النفسية ومعايير تحديدها، تصنيفها ثم أسبابها وعوامل حدوثها ونسب انتشارها في العالم، كذلك العلاقة بين هذه الاضطرابات النفسية ومرض الصداع النصفي وسمات الشخصية المميزة للمصابين بهذا المرض.

أما الفصل الرابع فقد ضم العمليات المعرفية إذ شمل عرض مفصل لبعض العمليات المعرفية من الإنتباه، الذاكرة، اللغة، والوظائف التنفيذية كما شمل أهم التعريفات والأنواع والتوجهات النظرية المفسرة، كذلك العلاقة بين هذه العمليات المعرفية والصداع النصفي.

أما الجانب الميداني فاحتوى على ثلاث فصول:

تناول الفصل الخامس الإجراءات المنهجية والذي شمل المنهجين المتبعين، وعينة ومجموعة الدراسة وخصائصهما، أدوات الدراسة وخصائصها السيكو مترية والأساليب الإحصائية.

أما الفصل السادس فخصص لعرض نتائج الدراسة الكمية والكيفية في ضوء فرضيات الدراسة وأخيرا الفصل السابع لمناقشة النتائج.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية

2. الفرضيات

3. الأهداف

4. الأهمية

5. تحديد مصطلحات الدراسة

6. الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

يعد الصداع النصفي اضطراب بيو نفسي اجتماعي يؤرق المصابين، ويسبب لهم إعاقة نفسية واجتماعية في ظل تفاعل بيولوجي عصبي تصل بالأفراد المصابين به إلى درجة التغيب عن الدراسة أو العمل والمكوث في الفراش لعدة أيام، مما ينجم عنه تكاليف باهظة على المستوى الفردي والمجتمعي، ويرتبط أيضا بتكلفة اجتماعية عالية بما في ذلك وصمة العار والانسحاب الاجتماعي تأسيسا على ذلك تم تصنيفه ثالث أكبر سبب للإعاقة في جميع أنحاء العالم لدى كل من الذكور والإناث تحت سن (50) سنة في عام (2015) (Arumugam, 2019, p. 20)، ويتمثل الصداع النصفي في ألم في أحد جانبي الرأس على شكل نبض يستمر من أربع إلى اثنتين وسبعين ساعة، يأتي على شكل نوبات قد ترافقه حساسية من الضوء والأصوات والروائح بالإضافة إلى الإحساس بالغثيان والقيء والتي قد تسبقه في بعض الأحيان وتعرف بأعراض النسمة أو الهالة، أين تترافق هذه الأعراض بعوامل نفسية ومعرفية وسلوكية واجتماعية تؤثر على الرفاهية النفسية للأفراد.

تلعب العوامل النفسية دورا أساسيا في ظهور نوبات الصداع النصفي أو تفاقمه وتطوره، حيث يشير العلماء حديثا إلى وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية فكلاهما قد يكون سببا أو نتيجة للآخر أي يؤدي وجود أي من الاضطرابين إلى زيادة خطر تطوير الآخر.

ويظهر من خلال نتائج الدراسات الوبائية الحديثة ونتائج الدراسات المستندة إلى العيادة التي تؤكد وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين الصداع النصفي والاكتئاب الجسيم، حيث يؤدي الصداع النصفي إلى الاكتئاب الجسيم ويؤدي الاكتئاب الجسيم إلى حدوث نوبة الصداع (Silberstein et al., 1995, p. 10)، كما أظهرت الدراسات المسحية وجود ارتباطات ثنائية الاتجاه بين الصداع النصفي والاكتئاب والصداع النصفي مع اضطراب الهلع (Taziki et al., 2014, p. 3). بالإضافة إلى ذلك تشير نتائج دراسة ماريكانقاس وآخرون (Merikangas et al., 1990) إلى أن الصداع النصفي المصحوب بالقلق والاكتئاب قد يشكل متلازمة مميزة تشتمل على القلق، وغالبا ما يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، يليه حدوث الصداع النصفي، ثم نوبات منفصلة من اضطراب الاكتئاب في مرحلة البلوغ، كما أشارت نتائج دراسة أخرى لماريكانقاس وآخرون (Merikangas et al., 1993 a) إلى أن سن ظهور اضطرابات

القلق يسبق عموماً سن الصداع النصفي، وأن ظهور الاضطرابات العاطفية في غالبية الحالات المرضية المصاحبة تتبع ظهور الصداع النصفي.

ووفقاً لدراسة دريسلر وآخرين (Dresler et al., 2019) التي تم فيها استعراض 178 دراسة لفحص العلاقة بين الاضطرابات النفسية والصداع النصفي، أظهرت النتائج وجود ارتباط بين الاضطرابات النفسية والصداع النصفي، مع ارتباط ثنائي الاتجاه للاكتئاب الشديد واضطراب الهلع بالصداع النصفي.

وتتنوع الاضطرابات النفسية وسمات الشخصية التي وجدت لدى مرضى الصداع النصفي حسب الدراسات التي بحثت في هذا الموضوع، ففي دراسة لبريسلاو وديفيز (Breslau & Davis, 1993) كان لدى مرضى الصداع النصفي معدل انتشار أعلى بشكل ملحوظ مدى الحياة لاضطرابات المزاج واضطراب القلق، واضطراب تعاطي المخدرات والإعتماد على النيكوتين، وفي دراسة لبريسلاو (Breslau, 1992) وجد أن الصداع النصفي المصحوب بالأورة يرتبط بزيادة انتشار الأفكار والمحاولات الانتحارية، بالإضافة إلى ذلك تشير الدراسات الوبائية إلى أن الأشخاص المصابين بالصداع النصفي يعانون من ارتفاع انتشار الاضطراب الثنائي القطب، واضطراب الهلع، وواحد أو أكثر من اضطرابات القلق (Silberstein et al., 1995, p. 10)، أما نتائج دراسة كيهان وإليك (Kayhan & Ilik, 2016) أظهرت انتشار كل من الوسواس القهري، الاعتمادية، التجنب، السلبية العدوانية، لدى مرضى الصداع النصفي المزمن، كما أن اضطراب ما بعد الصدمة مع الاكتئاب كانا مرتبطين بزيادة مخاطر الإصابة بأعراض الصداع النصفي مقارنة بالاكتئاب وحده (Dresler et al., 2019, p. 8).

لتقييم الاضطرابات النفسية لدى مرضى الصداع النصفي استخدم الباحثون عدة اختبارات ومقاييس نفسية، وبعد اختبار الشخصية متعدد الأوجه لمينيسوتا النسخة الثانية أكثر الأدوات النفسية استخداماً لدراسة الألم المزمن، حيث تم تطوير MMPI من طرف هاثاواي وماكينلي (Hathaway and J. C. McKinley) في عام 1943 للمساعدة في تشخيص الاضطرابات النفسية؛ تم تنقيحه إلى MMPI-2 في عام 1989 (Gatchel, 2006, p. 1).

وقد تباينت نتائج الدراسات التي استخدمت اختبار MMPI-2 على مرضى الصداع النصفي ففي دراسة تان وآخرين (Tan et al., 2007) كانت سمات الشخصية الاكتئابية والقلق أعلى بشكل ملحوظ لدى مرضى الصداع النصفي، أما دراسة لوكوني وآخرون (Luconi et al., 2007) وجدت درجات

مرتفعة في توهم المرض، الاكتئاب، لهستيريا، والفصام، وفي دراسة بيغال وآخرين (Bigal et al., 2003) أظهرت النتائج أن مرضى الصداع النصفي المزمن مع إفراط في استخدام المسكنات والصداع النصفي المزمن دون استخدام المسكنات حصلوا على درجات أعلى بشكل ملحوظ في المقاييس الفرعية للعصاب (توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا والسيكاثينيا)، بينت نتائج دراسة مونجيني وآخرون (Mongini et al., 2000 a) ارتفاع على مقياس توهم المرض والاكتئاب والهستيريا لدى مرضى الصداع اليومي المزمن، وأكدت دراسة لمونيوز وآخرون (Muñoz et al., 2015) النتائج نفسها على مرضى الصداع النصفي المزمن، من خلال تواجد توهم المرض لدى 16 مريضا بنسبة (53.3%)؛ وتواجد الاكتئاب لدى 7 مرضى بنسبة (23.3%)؛ والهستيريا لدى 10 مرضى بنسبة (33.3%)، بينما في دراسة تازيكي وآخرون (Taziki et al., 2014) باستخدام Mini-Mult MMPI-71 كانت الشخصية المكتئبة بنسبة (48.9%) والشخصية المصابة بجنون العظمة بنسبة (20%) لدى مرضى الصداع النصفي.

بالإضافة إلى علاقة الصداع النصفي بالاضطرابات النفسية، هناك جدل كبير قائم حول ما إذا كان الصداع النصفي يؤثر على الوظيفة المعرفية أو لا، ففي بعض الدراسات وجد أن المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي لديهم أداء أقل في المهام المعرفية مقارنة مع الأفراد غير المصابين به على العكس من ذلك لم تتوصل دراسات أخرى في العثور على أي ارتباط بين الصداع النصفي والأداء المعرفي (Jelicic et al., 2000, p. 715).

وتدعم الدراسات الفيزيولوجية العصبية والتصويرية والدوائية الأعراض السريرية للضعف المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي، بينما لا تشير الدراسات الطولية إلى التدهور المعرفي التدريجي بمرور الوقت لديهم (Vuralli et al., 2018, p. 1).

كما أثبتت العديد من الدراسات عدم وجود إنخفاض معرفي لدى مرضى الصداع النصفي مثل دراسة زيتلين وأودي وآخرين (Zeitlin & Oddy, 1984)، كورت وآخرين (Kurth et al., 2011)، كما أكدت الأبحاث الطولية أن الصداع النصفي لا يصاحبه تدهور معرفي بمرور سنوات من الإصابة بالصداع النصفي، ففي دراسة لجيليسيتش وآخرين (Jelicic et al., 2000) تشير نتائجها إلى أن الصداع النصفي لا يؤثر بشكل خطير على الأداء المعرفي لدى الشباب، الأفراد في منتصف العمر أو الأفراد الأكبر سنا، وفي دراسة طولية لبارس وآخرين (Baars et al., 2009) لم يتم العثور على أي

دليل على أن الصداع النصفي أو استخدام الأدوية المرتبطة بالصداع النصفي هي عوامل خطر للضعف المعرفي أو التدهور المعرفي بمرور الوقت.

على الرغم أن معظم الدراسات الطولية فندت وجود تدهور معرفي لدى مرضى الصداع النصفي إلا أنه وجدت دراسات أظهرت العكس، ففي دراسة طولية على مرور 12 سنة لكاليديجيان وآخرين (Kalaydjian et al., 2007) أظهر مرضى الصداع النصفي وخاصة أولئك الذين يعانون من الهالة انخفاضاً أقل في الاختبارات المعرفية بمرور الوقت مقارنة بغير مرضى الصداع النصفي. وأظهرت نتائج دراسة تشانغ وآخرون (Zhang et al., 2020)، ودراسة كاي وآخرون (Cai et al., 2019) باستخدام اختبار أدنبروكس (ACE- R) الذي يقيم الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري أنه لدى مرضى الصداع النصفي انخفاض معرفي، كما بينت دراسة جيل جوفيا وآخرون (Gil-Gouveia et al., 2014) أن الأداء المعرفي ينخفض أثناء نوبات الصداع النصفي، خاصة في القراءة وسرعة المعالجة، الذاكرة اللفظية والتعلم، وفي دراسة لبيليجرينو وآخرين (Pellegrino et al., 2017) كانت جميع حالات الصداع النصفي مرتبطة بشكل كبير ومستقل بأداء معرفي ضعيف، كما بينت نتائج دراسة لمارتينز وآخرين (Martins et al., 2012) أنه لدى مرضى الصداع النصفي ضعف في الانتباه أثناء النوبات.

اهتم الباحثون أيضاً حول إمكانية تواجد ارتباط بين التدهور المعرفي والاضطرابات النفسية لدى مرضى الصداع النصفي، بل وأرجع البعض أن سبب هذا التدهور المعرفي يرجع إلى الاضطرابات النفسية ففي دراسة لنتشو وآخرين (Chu et al., 2020) تميل الشكاوى المعرفية الذاتية (شكاوى الذاكرة الذاتية) إلى زيادة تكرار نوبات الصداع النصفي المصحوبة بالهالة، ويتأثر هذا الترابط بشكل كبير بحدة الاكتئاب واضطرابات النوم، كما يرى فورالي وآخرون (Vuralli et al., 2018) أنه يمكن للأدوية الوقائية والاضطرابات المرضية المصاحبة مثل الاكتئاب والقلق أن تؤثر على الوظيفة المعرفية (Vuralli et al., 2018, p. 1).

بناء على ما تم طرحه من نتائج الدراسات السابقة يظهر جلياً ذلك التباين والتضارب في النتائج سواء التي تمس الاضطرابات النفسية أو العمليات المعرفية، حيث جزمت الدراسات على إصابة مرضى الصداع النصفي بالاضطرابات النفسية لكن اختلفت النتائج من حيث نوع الاضطرابات التي يعاني منها مرضى الصداع النصفي، أما بالنسبة للعمليات المعرفية فاختلقت نتائج الدراسات السابقة

حول وجود أو عدم وجود خلل في الأداء المعرفي، وفي أداء العمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي، لذلك جاءت هذه الدراسة للكشف عن الاضطرابات النفسية والعمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي، من خلال التساؤلات التالية:

- هل يعاني مرضى الصداع النصفي من ارتفاع في الاضطرابات النفسية؟
- هل يعاني مرضى الصداع النصفي من انخفاض في أداء العمليات المعرفية؟
- هل يعاني مرضى الصداع النصفي من انخفاض في أداء الوظيفة التنفيذية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 لدى المصابين بالصداع النصفي تعزى إلى المتغيرات التالية (السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي)؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) لدى المصابين بالصداع النصفي تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي)؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالصداع النصفي تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي)؟
- هل توجد علاقة بين الاضطرابات النفسية والعمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي؟
- هل توجد علاقة بين الاضطرابات النفسية والوظائف التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي؟
- هل لمرضى الصداع النصفي توظيفات نفسية متنوعة؟

2- فرضيات الدراسة:

- يوجد ارتفاع في درجات أفراد العينة على الثالوث العصبي: توهم المرض، اكتئاب، هستيريا حسب المقاييس الإكلينيكية وارتفاع في الغضب، الاهتمامات بالصحة، الخوف وأفكار غريبة على مقاييس المحتوى وارتفاع في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في المقاييس الإضافية لاختبار MMPI-2 .
- يوجد انخفاض في درجات أداء بعض العمليات المعرفية: الانتباه، الذاكرة، اللغة حسب اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).

- يوجد انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية لأفراد العينة حسب اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية لدى المصابين بالصداع النصفي حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 تعزى إلى المتغيرات التالية (السن، الحالة الاجتماعية وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي حسب اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى المصابين بالصداع النصفي تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي).
- توجد علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وأداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى مرضى الصداع النصفي
- توجد علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 والوظائف التنفيذية حسب اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي.
- لمرضى الصداع النصفي توظيفات نفسية متنوعة: ذهان، عصاب، حالات حدية.

3- أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة في:

- الكشف عن إذا ما كان مرضى الصداع النصفي يعانون من ارتفاع في الاضطرابات النفسية.
- الكشف عن نوعية أداء بعض العمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي.
- الكشف عن نوعية أداء الوظائف التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي.

- الكشف عن الفروق في الاضطرابات النفسية حسب المتغيرات (السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي) لدى مرضى الصداع النصفي.
- الكشف عن الفروق في أداء بعض العمليات المعرفية حسب المتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي) لدى مرضى الصداع النصفي.
- الكشف عن الفروق في أداء الوظائف التنفيذية حسب المتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي) لدى مرضى الصداع النصفي.
- الكشف عن العلاقة بين الاضطرابات النفسية وأداء بعض العمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي.
- الكشف عن العلاقة بين الاضطرابات النفسية والوظائف التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي.
- الكشف عن التوظيفات النفسية التي تميز مرضى الصداع النصفي.

4- أهمية الدراسة:

- بلغت نسبة انتشار الصداع النصفي حوالي 14% من إجمالي السكان ونتيجة لهذا الانتشار ظهرت العديد من المنظمات والجمعيات التي تهتم وتبحث في المرض، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على حيثيات هذا المرض.
- الصداع ليس مجرد تجربة جسدية بل له مجموعة من العواقب على مجالات مختلفة اجتماعية، نفسية، اقتصادية. من هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة للبحث في الآثار الناجمة عن مرض الصداع.
- يعتبر الصداع من أكثر الأمراض إعاقة للأفراد، حيث صنف كثالث مرض يسبب إعاقة لدى الأفراد من بين الأمراض الأخرى، انطلاقاً من ذلك تكمن أهمية الدراسة في تناولها فئة مرضى الصداع النصفي ومحاولة إبراز معاناتهم ومدى الإعاقة التي يسببها لهم المرض.
- كما تبرز أهمية هذه الدراسة من خلال تناولها الاختلال الذي يصيب الجانب النفسي والجانب المعرفي وذلك بتطرقها إلى الاضطرابات النفسية والعمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي بغية الوصول إلى تشخيص وتصنيف يساعد المختصين في بناء برامج علاجية

ومساعدة مرضى الصداع النصفي للتغلب على صعوبات المرض النفسية والمعرفية وإدارة الألم.

5- تحديد مصطلحات الدراسة:

الصداع النصفي:

اصطلاحاً:

أشار أنياك فاف (Annaïk Fève, 2008) أن الصداع النصفي يعرف: "بالصداع المتكرر (على الأقل خمس مرات) في شكل نوبات من أربع إلى اثنتين وسبعين ساعة، مع وجود أعراض في جانب واحد على الأقل من الرأس، كالنبض، تتراوح بين متوسطة وشديدة، تزداد سوء من خلال النشاط البدني، الغثيان والقيء، حساسية للضوء أو الصوت، لا يمكن أن يعزى سببها إلى مرض آخر" (Fève, 2008. p. 8).

إجرائياً: هو الصداع الذي يستمر أكثر من ستة أشهر والذي شخص من طرف أخصائي أعصاب أو طبيب عام على أنه صداع نصفي.

الاضطرابات النفسية:

اصطلاحاً:

حسب الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM V, 2013) الإضطراب النفسي هو متلازمة تتميز ب: "اضطراب ذو معنى إكلينيكي، اضطراب في معارف الفرد أو تنظيم المشاعر أو السلوك، الذي يعكس وجود خلل في العمليات النفسية أو البيولوجية أو النمائية الكامنة في الأداء العقلي "

إجرائياً: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس من المقاييس التي يقيسها اختبار MMPI-2 الممثلة لعدة اضطرابات منها: الذهانية والعصابية والحدية والتي تفوق 65 درجة.

العمليات المعرفية:

العمليات المعرفية المعتمدة في هذه الدراسة:

الانتباه:

اصطلاحا:

يرى تيتشنر (Titchner) أن الإنتباه عبارة عن: " عملية اختيارية تعتمد على تركيز الوعي أو الشعور بمثير أو حدث معين دون غيره من المثيرات الأخرى" (الزغول، والزغول، 2011، ص. 95)

إجرائيا: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على بعد الإنتباه من خلال اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).

الذاكرة:

اصطلاحا:

يشير طه وآخرون (2005) إلى أن الذاكرة هي: " إحدى الوظائف العقلية المختصة بالإحتفاظ بذكرات الفرد وما مر به من تجارب وما تعلمه من معلومات، وباستدعاء ما يحتاجه الفرد من كل ذلك عندما يكون في موقف يتطلب منه ذكر ذلك " (طه وآخرون، 2005، ص. 204)

إجرائيا: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على بعد الذاكرة من خلال اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).

اللغة:

اصطلاحا:

يشير لوير (Lieury, 2008) أن: " اللغة عبارة عن نظام معقد من النوع الهرمي الذي يظهر في تكوين الكلمات من الأصوات والحروف، ولكن أيضا مع الهياكل الداخلية، النحوية أو الدلالية" (Lieury, 2008, p. 238)

إجرائيا: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على بعد اللغة من خلال اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).

الوظائف التنفيذية:

اصطلاحا:

يرى مارس وآخرون (Mares et al., 2002) أن الوظائف التنفيذية هي: " سلسلة من العمليات العقلية المرتبطة ببعضها البعض والتي تتحكم في الوظائف المعرفية والانفعالية والسلوكية" (مخلوفي، 2021، ص. 268).

إجرائيا: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B)

6- الدراسات السابقة:

نظرا لعدم وجود دراسات عربية (في حدود علم الباحثة) التي تناولت متغيرات الدراسة، لذلك تم الاعتماد فقط على الدراسات الأجنبية والتي تم تصنيفها حسب متغيرات الدراسة وترتيبها من الأحدث إلى الأقدم

دراسات تناولت الإضطرابات النفسية:

- دراسة مونيوز وآخرون (Muñoz et al., 2015) هدفت إلى الكشف عن سمات الشخصية لدى مرضى الصداع النصفي المزمن باستخدام اختبار (MMPI- 2) على عينة قوامها (30) أظهرت النتائج أن لدى مرضى الصداع النصفي المزمن ارتفاع في مقاييس الثلاث العصابي، حيث استوفى (16) مريضا بنسبة (53.3%) من أفراد العينة معايير توهم المرض؛ (7) مرضى (23.3%) من أفراد العينة معايير الاكتئاب؛ و(10) مرضى (33.3%) من أفراد العينة معايير للهستيريا. وهي السمات المدرجة في الثلاث العصابي، وأن أفراد العينة من النمط "التحويل V".

- دراسة شيفاني وآخرون (Shivani et al., 2014) هدفت إلى التعرف على الملمح النفسي لمرضى الصداع النصفي مقارنة بالأصحاء باستخدام اختبار (MMPI- 2) على عينة قوامها (27) من مرضى الصداع النصفي وعينة قوامها (29) من الأصحاء، أين تم فيها العثور على فروق ذات دلالة إحصائية في مقاييس توهم المرض، الاكتئاب والهستيريا، السيكاثينيا والفصام، والانحراف السيكوباتي والبارانويا لدى مرضى الصداع النصفي مقارنة بالأصحاء.

- دراسة لوكوني وآخرون (Luconi et al., 2007) هدفت إلى التعرف على الملمح النفسي لمرضى الصداع النصفي باستخدام (MMPI-2) على عينة قوامها (53) مريض بالصداع النصفي أظهرت النتائج أن درجات (MMPI- 2) توهم المرض مرتفعة خاصة الاكتئاب، الهستيريا والفصام.

- دراسة بيجال وآخرون (Bigal et al., 2003) هدفت إلى التعرف على الملمح النفسي لمرضى الصداع النصفي باستخدام (MMPI- 2) على عينة من مرضى الصداع النصفي المزمن مع الإفراط في استخدام المسكنات قوامها (399)، عينة من مرضى الصداع النصفي المزمن دون الإفراط في استخدام المسكن قوامها (158)، وعينة من مرضى الصداع اليومي مستمر قوامها (69)، تمت مقارنة هذه المجموعات بمجموعتي تحكم: المجموعة الأولى من مرضى الصداع النصفي قوامها (100)؛ المجموعة الثانية مرضى الصداع ما بعد الصدمة المزمن قوامها (65). أظهرت النتائج أن مرضى الصداع النصفي المزمن مع إفراط في استخدام المسكنات ومرضى صداع النصفي المزمن دون استخدام المسكنات حصلوا على درجات أعلى بشكل ملحوظ في المقاييس الفرعية للعصاب (توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا والسيكاثينيا)، الفصام والإنطواء الاجتماعي مقارنة بعينة مرضى الصداع النصفي.

- دراسة مونجيني وآخرون (Mongini et al., 2000 b) هدفت إلى الكشف عن الإضطرابات النفسية لدى مريضات الصداع النصفي باستخدام اختبار (MMPI- 2) على عينة قوامها (21) من مريضات الصداع النصفي. أظهرت النتائج وجود ارتفاع على مقياس توهم المرض في المقاييس الإكلينيكية وارتفاع على مقياس الأفكار الغريبة لمقاييس المحتوى.

دراسات تناولت العمليات المعرفية:

- دراسة لي وآخرون (Lee et al., 2021) هدفت إلى تقييم الوظائف التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي المزمن، تم استخدام اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) على عينة قوامها (30) من مرضى الصداع النصفي المزمن و(30) من مرضى الصداع العرضي (30) من الأصحاء. بينت نتائج الدراسة أن مستوى الوظائف التنفيذية منخفض لدى عينة الصداع النصفي مقارنة مع مرضى الصداع العرضي والأصحاء.

- دراسة مارتينز وآخرون (Martins et al., 2020) هدفت إلى التحقيق في ما إذا كان الصداع النصفي وغيره من أنواع الصداع يقوم بإحداث انخفاض معرفي لدى كبار السن مع مرور الوقت من

خلال دراسة طولية لمدة خمس سنوات، تم استخدام مجموعة من المقاييس المعرفية المتعلقة بالذاكرة واللغة والوظائف التنفيذية بالنسبة لتقييم الذاكرة تم استخدام مجموعة من اختبارات الذاكرة العرضية، اختبار الإنتباه (WAIS-III)، والوظيفة التنفيذية اختبار توصيل الدوائر (TMT A / B) واختبار (Stroop Test and Digit Span Backwards) لتقييم اللغة، بالإضافة إلى استبيان شكاوى الذاكرة الذاتية (SMCQ) لتقييم الذاكرة على عينة قوامها (275) يتوزعون كالتالي (216 فرد بدون صداع، 35 صداع نصفي، 24 صداع غير نصفي)، خلال فترة 5 سنوات. توصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد ارتباط بين الصداع النصفي والإنخفاض المعرفي لدى عينة الدراسة.

- دراسة تشانغ وآخرون (Zhang et al., 2020) هدفت إلى تقييم العمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي باستخدام اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) على عينة قوامها (74) من مرضى الصداع النصفي و(74) من الأصحاء كعينة ضابطة؛ بينت النتائج أن أداء مجموعة الصداع النصفي أقل من المجموعة الضابطة في الدرجة الكلية وبعد إبصاري فراغي لاختبار (ACE-R).

- دراسة كاي وآخرون (Cai et al., 2019) التي هدفت إلى الكشف عن الأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي المزمن المصحوب بإفراط في استخدام الأدوية، تم استخدام اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) واختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) على عينة قوامها (116) مشارك: (21) مريض صداع نصفي مزمن مصحوب بإفراط في استخدام الأدوية، (20) مريض صداع نصفي مزمن غير مصحوب بإفراط في استخدام الأدوية، (35) مريض صداع نصفي بدون حالة، (40) شخص غير مريض. توصلت الدراسة إلى أن مستوى التدهور المعرفي على اختبار (ACE-R) لدى مرضى الصداع النصفي المزمن مرتفع مقارنة بالأصحاء، وأن مرضى الصداع النصفي المزمن المصحوب بإفراط في استخدام الأدوية أكثر عرضة للإصابة بتدهور الذاكرة والخلل الوظيفي التنفيذي.

- دراسة باشي وآخرون (Baschi et al., 2019) هدفت إلى تقييم الأداء المعرفي والوظائف التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي، تم استخدام اختبار الذاكرة البصرية المكانية (Corsi test) واختبار الذاكرة اللفظية (Buschke Selective Reminding Test) واختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لتقييم الإنتباه والوظائف التنفيذية على عينة قوامها (21) من مرضى الصداع النصفي دون حالة وخلال مرحلة نوبة الصداع و(21) من الأصحاء، بينت النتائج أنه لا توجد فروق في الأداء المعرفي (الذاكرة اللفظية

والإنتباه) والوظائف التنفيذية بين عينة مرضى الصداع النصفي وعينة الأصحاء، وكان أداء أفضل لمرضى الصداع النصفي في الذاكرة البصرية المكانية من مجموعة الأصحاء.

- دراسة هوانغ وآخرون (Huang et al., 2017) هدفت إلى تقييم الجانب المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي باستخدام اختبار مونتريال المعرفي (MoCA)، واختبار صورة راي المعقد (ROCF) على عينة قوامها (34) مرضى الصداع النصفي يتوزعون حسب الجنس (6) ذكور و(28) إناث. وقد بينت النتائج انخفاض الأداء المعرفي الذي يشمل اللغة، الذاكرة، الوظائف التنفيذية، الحساب والإتجاه أثناء الصداع النصفي.

- دراسة ون وآخرون (Wen et al., 2016) هدفت إلى تقييم الوظيفة المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي، استخدم اختبار (MMSE) على عينة قوامها (1021) من مرضى الصداع النصفي، (288) من مرضى الصداع النصفي المحتمل و(5399) غير مصابين بالصداع النصفي، كان أداء مرضى الصداع النصفي أفضل في الدرجة الكلية للأداء المعرفي وفي اختبارات الوظيفة التنفيذية، ولا توجد فروق بين الجنسين في الأداء المعرفي.

- دراسة بيتروسك وآخرون (Petrusic et al., 2016) هدف الدراسة هو تقييم دور اختبار الفحص المعرفي لأدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) في تقييم الحالة المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي المتداخل. تم تطبيق اختبار (ACE- R) على عينة قوامها (44) مريضا مراهقا و(44) من الأصحاء. كانت درجات (ACE- R) لمرضى الصداع النصفي أقل بكثير مما كانت عليه لدى الأصحاء. أظهرت النتائج أن مرضى الصداع النصفي يحصلون على درجات منخفضة في اختبار (ACE-R) وتنخفض هذه الدرجات أكثر لدى مرضى الصداع النصفي بهالة.

دراسات تناولت الإضطرابات النفسية والعمليات المعرفية:

- دراسة لو بونو وآخرون (Lo Buono et al., 2019) هدفت إلى تقييم الوظائف المعرفية والأعراض النفسية في الصداع النصفي: بهالة وبدونها، تم استخدام اختبار توصيل الدوائر الجزء (A) لتقييم الإنتباه واختبار راي للتعلم السمعي واللفظي لتقييم (RAVLT) الذاكرة واختبار توصيل الدوائر الجزء (B) لتقييم الوظائف التنفيذية. كما تم استخدام اختبار بيك للإكتئاب ومقياس هاملتون للقلق لتقييم القلق وأعراض الاكتئاب على عينة قوامها 100 مصاب بالصداع النصفي (50 يعانون من هالة بصرية و50 بدون هالة) في مرحلة النوبات، مقارنة بـ 50 من الأصحاء. أظهرت النتائج أن لدى مرضى

الصداع النصفي بدون حالة انخفاض كبيراً مقارنة بالأصحاء في الطلاقة اللفظية الدلالية، وبطء في الذاكرة والوظائف التنفيذية، وأظهر مرضى الصداع النصفي المصحوب بالأورة انخفاضاً كبيراً في بطء الذاكرة والوظائف التنفيذية إذا ما قورنت بالأصحاء. لم يتم العثور على ارتباط بين الوظائف المعرفية والمزاج والقلق والاكتئاب.

- دراسة تشو وآخرون (Chu et al., 2019) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الشكاوى المعرفية الذاتية وخصائص الصداع النصفي، تم تطبيق استبيان شكاوى الذاكرة الذاتية والخرف المؤكد (AD8) واختبار بيك للاكتئاب على (128) مصاباً بالصداع النصفي المزمن، تميل النتائج الإجمالية لشكاوى الذاكرة الذاتية إلى الزيادة مع تكرار نوبة الصداع النصفي لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي المصحوب بأورة؛ كما تميل درجات الخرف المؤكد (AD8) إلى الزيادة مع تكرار نوبة الصداع لدى النساء المصابات بالصداع النصفي المصحوب بأورة. كذلك وجود ارتباط دال إحصائياً بين نوعية النوم الرديئة والدرجة الكلية لشكاوى ذاكرة ذاتية مرتفعة والخرف المؤكد (AD8)، بالإضافة إلى وجود ارتباط دال إحصائياً بين الاكتئاب الأكثر شدة وارتفاع الدرجة الكلية لشكاوى الذاكرة الذاتية ودرجات الخرف المؤكد (AD8).

- دراسة سانتانجيلو وآخرون (Santangelo et al., 2016) هدفت إلى توصيف المظهر المعرفي والأعراض النفسية (مثل الاكتئاب والقلق واللامبالاة) في مرضى الصداع النصفي بدون حالة، تم استخدام ومنتريل المعرفي (MoCA) اختبار بيك للاكتئاب، النسخة الذاتية من مقياس تقييم اللامبالاة (AES-S) ومقياس قلق الحالة والسمة على عينة قوامها (72) من مرضى الصداع النصفي و(72) من الأصحاء، بينت النتائج وجود انخفاض معرفي في الإنتباه والذاكرة وفراغي إبصاري والوظائف التنفيذية، ووجود أعراض الاكتئاب والقلق واللامبالاة، وعدم وجود علاقة بين الأعراض النفسية والأداء المعرفي.

تعقيب على الدراسات السابقة:

أوجه التشابه والاختلاف:

من حيث الهدف تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في هدفها، ومن حيث اتباع المنهج الوصفي، لكن تميزت الدراسة الحالية في تقييمها المزيد من الأهداف خاصة المتعلقة بالكشف عن الفروق في متغيرات الدراسة (الاضطرابات النفسية، العمليات المعرفية، الوظائف التنفيذية) حسب

عدة متغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، الإصابة العائلية، المستوى التعليمي)، بالإضافة إلى اتباعها المنهج العيادي ومحاولة الكشف عن التوظيف النفسي لمرضى الصداع النصفي، بينما من حيث الأدوات اتفقت مع دراسة كل من مونيوز وآخرون (Muñoz et al., 2015)، لشفاني وآخرون (Shivani et al., 2014)، لوكوني وآخرون (Luconi et al., 2007)، بيغال وآخرون (Bigal et al., 2003) ودراسة مونجيني وآخرون (Mongini et al., 2000 b) من حيث استخدامها لاختبار MMPI- 2 اتفقت مع دراسة كل من تشانغ وآخرون (Zhang et al., 2020)، كاي وآخرون (Cai et al., 2019) وبيتروسك وآخرون (Petrusic et al., 2016) من حيث استخدام اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) واتفقت مع دراسة كل من لي وآخرون (Lee et al., 2021)، مارتينز وآخرون (Martins et al., 2020)، كاي وآخرون (Cai et al., 2019) والباسكي وآخرون (Baschi et al., 2019) في استخدام اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) واختلفت من حيث الأدوات مع دراسة كل من الباسكي وآخرون (Baschi et al., 2019)، تشو وآخرون (Chu et al., 2019)، هوانغ وآخرون (Huang et al., 2017) وسانتانجيلو وآخرون (Santangelo et al., 2016). واتفقت الدراسة الحالية مع جميع الدراسات المستعرضة من حيث تناولها مرضى الصداع النصفي.

من حيث حجم العينة تميزت الدراسة بتناولها عينة كبيرة مقارنة بمعظم عينات الدراسات السابقة المستعرضة ماعدا دراسة بيغال وآخرون (Bigal et al., 2003)، ون وآخرون (Wen et al., 2016)، لو بونو وآخرون (Lo Buono et al., 2019) وتشو وآخرون (Chu et al., 2019)

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

تمت الاستفادة من الدراسات السابقة بشكل عملي من خلال:

- بناء الإطار النظري للدراسة الحالية.
- تحديد المنهج والأساليب الإحصائية المناسبة.
- اختيار الأدوات المناسبة لقياس الاضطرابات النفسية والعمليات المعرفية
- الإطلاع على كيفية التعقيب على الدراسات السابقة.
- مناقشة وتفسير النتائج.

الجانب النظري

الفصل الثاني

الصداع النصفي

تمهيد

- تعريف الألم المزمن
- أنواع الألم
- مكونات الألم
- تعريف الصداع النصفي
- أنواع الصداع النصفي
- الأطر النظرية المفسرة للصداع النصفي
- مراحل الصداع النصفي
- أسباب ومحفزات الصداع النصفي
- انتشار الصداع النصفي
- علاج الصداع النصفي

خلاصة الفصل

تمهيد:

الألم المزمن هو تجربة حسية وعاطفية غير سارة، لديه عدة أنواع ومكونات والتي سوف نتطرق إليها بالتفصيل في هذا الفصل، إضافة إلى ذلك أن هذه الدراسة تعنى بمرض الصداع النصفي باعتباره من الآلام المزمنة، وهذا ما سوف يتم تناوله في هذا الفصل من خلال التطرق إلى تعريف الصداع النصفي، انتشار الصداع النصفي في دول العالم، وشرح لوجهات النظر المختلفة للنظريات التي قامت بتفسيره، أنواع الصداع النصفي، مراحل الصداع النصفي، أسباب ومحفزات الصداع النصفي وفي الأخير نعرض على طرق علاجه النفسية.

1- تعريف الألم المزمن:

عرفت الرابطة الدولية لدراسة الألم (International Association for the Study of Pain) [IASP], 1976) الألم بأنه "تجربة حسية وعاطفية غير سارة مرتبطة بتلف النسيج الحي أو المحتمل أو الموصوف من حيث هذا الضرر" (Delorme, 2000, p. 19).

أشار ماهر فوزي (2006) أن الألم بأنه: "ذلك الشعور الحسي والنفسي غير المستحب، الذي يصاحب إصابة أنسجة الجسم، أو التعبير عن الإصابة التي تؤثر على المريض" (البكوش، 2014، ص. 136).

اقتрحت كذلك منظمة الصحة العالمية (Haute Autorité de Santé [HAS], 2008) من جانبها هذا التعريف: "هناك ألم مزمن، بغض النظر عن موقعه وكثافته، الألم لديه العديد من الخصائص التالية:

- الاستمرار أو التكرار والذي يستمر إلى ما هو أبعد من المعتاد للسبب الأولي المفترض، خاصة إذا كان الألم منذ أكثر من 3 أشهر.

- استجابة غير كافية للعلاج.

- تدهور معتبر وتدرجي لتأثير الألم على القدرات الوظيفية والعلائقية للمريض في نشاطاته الحياتية اليومية في المنزل وفي المدرسة أو في العمل " (Nusbaum et al., 2010, p. 191).

اقتрحت الرابطة الدولية لدراسة الألم (IASP)، ومنظمة الصحة العالمية (World Health Organization [Who])، والجمعية الأمريكية لأطباء التخدير (American Society of

Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en) نقلا عن (Anesthesiologists [ASA] 1999 [ANAES], santé) تعريف يربط بين مفهوم التطور الزمني والتأثير السلبي على الفرد: "الألم المزمن هو تجربة حسية وعاطفية غير سارة، تتعلق بإصابة النسيج الحي أو المحتمل، أو موصوف بعبارات توحي بمثل هذه الإصابة، تتطور لأكثر من 3 إلى 6 أشهر و / أو من المحتمل أن تؤثر بطريقة سلبية على سلوك أو راحة المريض، والتي تعزى إلى أي سبب غير خبيث".

2- أنواع الألم:

تتمثل أنواع الألم في:

1- الألم الحاد مقابل الألم المزمن:

الألم الحاد: هو الألم الذي ينشأ عن طريق إصابة معينة (كدمة، جرح، مرض) وعادة ما يستمر لفترة قصيرة، ويزول عندما يلتئم النسيج، ويستجيب للعلاجات الطبية وفي معظم الحالات يحدث الشفاء التام (أحمد، 2011، ص. 23).

الألم المزمن: ألم منذ ثلاثة أشهر على الأقل متعدد العوامل السببية (تداخل بين العوامل البيئية والنفسية والمهنية والأسرية، وما إلى ذلك...)، إنها آلام تتشابك فيها بدرجات متفاوتة عدة المكونات: مسببات الألم، العصبية والنفسية بدرجات متفاوتة، غالبا ما يرتبط بحالة الاكتئاب (سبب أو نتيجة؟) (Champagne-Ardenne, 2012, p. 7).

للألم المزمن أنواع منها:

1- الألم المزمن/ والمتكرر: وهو الألم الذي تكون أسبابه سليمة وليس له أساس عضوي خبيث أو خطير، والذي يحدث على شكل نوبات من الألم يتخللها فترات من الراحة، ومن أمثلتها: الصداع النصفي، الصداع التوترى الانقباضي، والنوع الثاني هو الألم الناتج عن طلق ناري أو إشعاع، وكذلك الألم الخفيف الذي يحدث في العضلات، وفي الأنسجة المرافقة في الرأس والرقبة، وأحيانا ألم الظهر فألم الشقيقة والصداع التوترى من أنواع الألم المزمن، أما ألم العضلات أو الناتج عن طلق ناري أو حادثة، فهو الألم المتكرر.

2- الألم المزمن غير الخبيث أو غير الخطير: الذي يحدث طوال الوقت، أي متواصل ولكن بدرجات مختلفة من حيث الشدة، وليس له أساس عضوي، كما هو الحال في النوع السابق، ويعتبر ألم أسفل الظهر من أبرز هذه الأنواع.

3- الألم المزمن المتصاعد: ويتصف بأنه ألم مستمر ومتواصل يرافقه حالة من الإزعاج والضيق المستمر ويصبح مع مرور الزمن شديداً، حيث يتطور كما هو الحال في الألم الناتج عن السرطان وألم المفاصل (حمود وعبد الله، 2014، ص. 330).

4- الألم النفسي مقابل الألم العضوي: يطلق على الألم الذي لا يمكن تحديد سبب عضوي واضح له اسم الألم نفسي المنشأ، حيث يفترض أن المرضى لديهم بعض المشكلات الانفعالية أو الدافعية أو الشخصية التي تكون بمثابة الأسباب الأولى لسلوك الألم لديهم مثال ذلك أن أنجل (Engel, 1959) حدد مجموعة فرعية من المرضى لا تكشف عن أية آفة وتتسم بمشاعر ذنب متزايدة وعدم تحمل النجاح الشخصي وتاريخ عائلي يبرز الألم والعدوان، وعلى الرغم من ذلك، فإن هذا لا يعد دليلاً على أن هذه العوامل تلعب دوراً سببياً وهناك بالتأكيد دليل جيد يوحي أن الاضطراب النفسي يمكن أن يكون نتيجة الألم المزمن وليس سببه، مثال ذلك أنه على الرغم من حصول مرضى الألم المزمن على درجات مرتفعة على مقاييس الهستيريا والاكتئاب وتوهم المرض في اختبار مينسوتا متعددة الأوجه، إلا أن هذه الدرجات تتناقص بقدر جوهري بعد العلاج الناجح للألم، وبالتالي يصبح التمييز بين الألم العضوي والنفسي المنشأ ضئيل القيمة، مادامت كل العوامل النفسية تلعب دوراً جوهرياً في كل حالات الألم المزمن (لنيدساي وبول، 2000/1994، ص ص. 721-722).

3- مكونات الألم:

يتكون الألم من أربع مكونات: المكون الجسدي، المكون الانفعالي العاطفي، المكون المعرفي والمكون السلوكي وتتمثل في:

- **المكون الجسدي:** يتعلق الأمر بوصف الألم وخاصة موقعه، إشعاعه، ظروف ظهوره أو تفاقمه (ليلاً أو نهاراً)، الوضع التطوري سواء كان ألماً دائماً، أزمات مؤلمة مع أو بدون خلفية مؤلمة دائمة نوع الألم (حرق، خفقان، صدمات كهربائية، إلخ). تسمح لنا الفسيولوجيا العصبية بفهم الموقع التقريبي للألم في كثير من الأحيان، يتطلب هذا البعد استماعاً يقظاً للمريض وتوجيه الأسئلة (Gil, 2018, p. 397).

وفقاً ل(ANAES, 1999) فإنه بالنسبة إلى العيادي، فإن الاستماع اليقظ لوصف الإحساس بالألم (النوعية، التوقع، التباين في مستويات الألم وفقاً لعوامل معينة، التطور بمرور الوقت، البحث عن الألم المستحث، فحص الحساسية) هو خطوة أساسية في تقييم أي مريض. عندما تكون هذه العناصر الأساسية غير موجودة، قد يكون من المستحيل اتخاذ قرار بشأن استراتيجية مناسبة للمريض حتى إذا كان التشخيص الجسدي معروفاً.

- **المكون الانفعالي العاطفي:** تمكن الفسيولوجيا العصبية من فهم الروابط الوثيقة التي تتسببها الهياكل العصبية التي تدخل في معالجة المعلومات المؤلمة والهياكل المشتركة في إدارة الضغط والمشاعر، يمكن أن يضاف للمعاش العاطفي المؤلم تأثير الأعراض غير المؤلمة التي تصاحب المرض المسبب والتي تفاقم الانزعاج كما تفاقم الألم؛ وتشمل هذه الأعراض على سبيل المثال: الإسهال والغثيان والقيء والحازوقة والحكة وضيق التنفس وجفاف الفم، في معظم الأحيان يكون الألم هو المسؤول المباشر عن الضيق العاطفي بمشاعر مختلطة من عدم الراحة والألم والخوف وعدم اليقين التي تعبر عن "الموقف المؤلم" بما يعرف بالمعاناة، يمكن أن يؤدي عدم الاستقرار العاطفي أيضاً إلى الاكتئاب والقلق، وأيضاً اضطرابات الشخصية مع العدوان والتهييج وحدوث هذه الاضطرابات أكثر أهمية إذا استمر الألم لفترة أطول، يعتمد التشخيص على الاستماع واستجواب كل من المريض وفريق الرعاية الصحية والأسرة؛ يمكن تسهيله إما من خلال المقابلات نصف موجهة التي تتناول المظاهر العيادية للاكتئاب، أو عن طريق المقاييس الكمية (Gil, 2018, pp. 397-398).

- **المكون المعرفي:** يشير المصطلح المعرفي إلى مجموعة من العمليات المعرفية التي من المحتمل أن تؤثر على الإدراك (هنا الألم) وردود الفعل السلوكية التي تحددها: عملية الإنتباه وتحويل الإنتباه والتفسيرات والقيم المنسوبة إلى الألم وتوقعات بمرجعية الآلام الشخصية السابقة، أو الملاحظة، وقرارات حول السلوك الذي يتخذ للتكيف، هذا المكون مرتبط بالعوامل الاجتماعية والثقافية وكذا التاريخ الشخصي والعائلي للمريض، تعتمد العلاقة التي تربط أي مريض بالألم بشكل كبير بتربيته أي المحيط العائلي والاجتماعي الذي نشأ فيه، والاهتمام الذي يوليه هذا المحيط للحوادث المؤلمة التي تعرض لها في طفولته، من ناحية أخرى طبيعة العاطفة المرتبطة بالألم تتحكم أيضاً في العمليات المعرفية لأنه من الواضح المعنى ليس نفسه إذا ما تعلق الأمر بحالة المرض حسب مستويات الشفاء في مرحلة حادة أو خطيرة، في النهاية فإن الظروف التي يحدث فيها الألم بالإضافة إلى المكاسب الأولية

المحتملة (الاهتمام الممنوح للمريض، الإعفاء من العمل الشاق) أو المكاسب الثانوية (التعويض المالي في سياق حادث عمل) تساهم أيضا في معنى التجربة المؤلمة، يلعب المكون المعرفي إذن دورا وسيطا هاما بين إدراك الألم وبناء الاستجابات (Grisart, 2008, p. 350).

- **المكون السلوكي:** حسب (ANAES, 1999) يشمل المكون السلوكي جميع المظاهر اللفظية وغير اللفظية، يمكن ملاحظته في الشخص الذي يعاني (شكاوى، تعابير وجه، وضعيات مسكنة، عدم القدرة على الحفاظ على السلوك الطبيعي، وما إلى ذلك)، يمكن أن تظهر هذه المظاهر كاستجابة للألم المدرك، إنها تشكل مؤشرات تعكس أهمية مشكلة الألم، كما أنها تتضمن اتصال الأفراد مع من حولهم، يمكن أن يغير كلا من التعلم السابق، وظيفة الأسرة والبيئة العرقية والثقافية، والمعايير الاجتماعية المرتبطة بالعمر وحتى بالجنس استجابة الفرد، كما يمكن أن تتداخل ردود فعل البيئة (الأسرية، المهنية، مقدم الرعاية) مع سلوك المريض المؤلم وتساهم في الحفاظ عليه.

4- تعريف الصداع النصفي:

لغة: كلمة مايغرين Migraine مشتقة من "هيميكرايا" Hemicrania، أي نصف الرأس، وقد أدخلت أحوال الطب من قبل جالينوس (بيدس، 1993، ص. 11).

إصطلاحا:

عرف فرويد في عام 1895 الصداع النصفي بأنه "استجابة سامة بسبب المواد الجنسية المثيرة" (Pirlot & Cupa, 2019, p. 15)

أشار عبد الرحمن محمد العيسوي (1999) أن الصداع النصفي هو: "اضطراب سيكوسوماتي يمتاز بمعاناة المريض من نوبات متكررة من الصداع، وغالبا ما يصاحب هذا الصداع بعض الإضطرابات في قدرة المريض البصرية وكذلك الشعور بالدوخة" (العيسوي، 1999، ص. 427)

عرف الصداع النصفي في أعمال كل من (Hirondel J., 1971; Guitard J., 1973; Nick J. et al., 1976) على أنه: "مرض وراثي تقريبا، وسببه غير معروف على الرغم من أن آلياته الفيزيولوجية المرضية محددة جيدا" (Sirol, 2004, p. 1786)

أشار أنياك فاف (Annaïk Fève, 2008) أن الصداع النصفي يعرف: "بالصداع المتكرر (على الأقل خمس مرات) في شكل نوبات من أربع إلى اثنتين وسبعين ساعة، مع وجود أعراض في جانب

واحد على الأقل من الرأس، كالنبض، تتراوح بين متوسطة وشديدة، تزداد سوءا من خلال النشاط البدني، الغثيان والقيء، حساسية للضوء أو الصوت، لا يمكن أن يعزى سببها إلى مرض آخر" (Fève, 2008, p. 8).

ذكر اليعقوبي (2008) الصداع النصفي على أنه: "متلازمة أعراض تسبب عادة ألما في أحد شقي الرأس يدوم ما بين الساعة والثلاثة أيام ويصاحب هذا الألم عدة أعراض أخرى تشتمل على اضطرابات بصرية وسمعية وعصبية كالتحسس الزائد من الضوء والصوت، اضطرابات المعدة والأمعاء كالغثيان والقيء، أو الاثنين معا" (اليعقوبي، 2008، ص. 17).

تم الاتفاق على التعريف التالي من قبل الإتحاد العالمي لعلم الأعصاب: "الصداع النصفي هو اضطراب وراثي يتسم بنوبات متكررة من الصداع يتغير على نطاق واسع في الشدة والتردد والمدة. الهجمات شائعة من جانب واحد وعادة ما ترتبط بفقدان الشهية والغثيان والقيء، في بعض الحالات يسبقه أو يرتبط بالاضطرابات العصبية والمزاجية (Stephen & Silberstein, 1984, p. 68).

5- أنواع الصداع النصفي:

يصنف الصداع النصفي للراشد حسب جمعية الصداع الدولية

(International Headache Society [IHS], 2018) إلى نوعين أساسيين:

أ- الصداع النصفي بدون هالة: **Migraine without aura** (المعروف سابقا بالصداع النصفي الشائع)

صداع متكرر يتجلى في نوبات تدوم من 4 إلى 72 ساعة، الأعراض الأساسية للصداع هي أحادية الجانب من الرأس، من نوع نابض، الشدة المتوسطة أو الشديدة، ويزداد سوءا بسبب النشاط البدني الروتيني، ويرافقه أعراض مثل الغثيان و / أو الحساسية للضوء وللصوت.

ومن معايير تشخيص الصداع النصفي بدون هالة:

أ- خمس نوبات على الأقل تفي بالمعايير ب - د.

ب- نوبات الصداع لمدة 4 إلى 72 ساعة (بدون علاج أو مع علاج غير فعال).

ج- صداع يتميز على الأقل بخاصيتين من الخصائص الأربع التالية:

1. يتمركز في جانب واحد من الرأس.
2. من نوع نابض.
3. شدة الألم من متوسطة حتى حادة.
4. يتفاقم الألم بسبب النشاط البدني أو يؤدي إلى تجنب النشاط البدني الاعتيادي (على سبيل المثال ، المشي أو تسلق السلالم).

د- أثناء الصداع، أحد الأعراض التالية على الأقل:

1. الغثيان و / أو القيء.
 2. الحساسية للضوء وللصوت.
- ب- الصداع النصفي بهالة (نسمة): **Migraine with aura** (المعروف سابقا بالصداع النصفي الكلاسيكي)

حسب جمعية الصداع الدولية (IHS, 2018) هو عبارة عن نوبات متكررة لعدة دقائق، من جانب واحد من الجسم انعكاسية تماما تتمثل في أعراض بصرية أو حسية أو غيرها من أعراض الجهاز العصبي المركزي والتي تتطور تدريجيا ويتبعها عادة الصداع وأعراض الصداع النصفي.

وقد تشتمل أعراض النسمة على واحد أو أكثر من الأعراض التالية:

- اضطرابات الرؤية: تتضمن رؤية الأضواء براقة أو بقع أو خطوط متعرجة أو نجوم ملونة وما إلى ذلك، وقد تشتمل أيضا هذه الاضطرابات في بعض الأحيان على تعميم الرؤية أو ما يطلق عليه "البقع العمياء"، وقد تشتمل أيضا على العمى المؤقت أو الرؤية المزدوجة.
- الشعور بالوخز أو الضعف أو التتميل في الذراعين أو الساقين (يحدث ذلك بصفة خاصة في اليدين والقدمين، وعادة ما يكون في جانب واحد من الجسم)، وهناك حالات نادرة قد يحدث فيها للمريض شلل مؤقت.

هناك أعراض أخرى يمكن ملاحظتها مثل:

- عدم وضوح الرؤية (من الممكن حدوث هذا العرض أيضا في أثناء النوبة).

- تغييرات في مدى الإدراك الحسي للأشياء والبيئة المحيطة والآخرين وتعتمد هذه التغييرات على مدى إدراك المريض لذاته (من الممكن أن تكون هذه الأعراض بوادر للإصابة بالنوبة).
- التحدث بغير وضوح أو صعوبة في التعبير عن الأفكار (عادة ما يستمر هذا العرض في أثناء النوبة).
- قدرة عالية على تمييز الروائح (عادة ما يكون هذا العرض جزءا من النوبة).
- مذاق غير طيب في الفم لكل ما يتم تناوله (عادة ما يكون هذا العرض جزءا من النوبة) (ديسون، 2006/1998، ص ص. 28-29).

تتمثل معايير التشخيص للصداع النصفي بهالة حسب جمعية الصداع الدولية (IHS, 2018) في:

أ. على الأقل نوبتين تفيان بالمعيار ب وج.

ب. واحد على الأقل من أعراض الهالة العكسية:

1. بصرية.

2. حسية.

3. الكلام و/ أو اللغة.

4. الحركة (Motor).

5. فص الدماغ (Brainstem).

6. شبكية العين (Retinal).

ج. على الأقل ثلاث من الخصائص الستة التالية:

1. واحد على الأقل من أعراض الهالة يتطور تدريجيا في ≤ 5 دقائق.

2. اثنان أو أكثر من أعراض الهالة تحدث على التوالي.

3. كل أعراض الهالة تستمر من 5 إلى 60 دقيقة.

4. واحد على الأقل من أعراض الهالة هو في جانب واحد من الجسم.

5. واحد على الأقل من أعراض الهالة هو إيجابي .

6. الهالة مصحوبة أو متبوعة خلال 60 دقيقة بصداع.

6- الأطر النظرية المفسرة للصداع النصفي:

عمدت عدة نماذج نظرية إلى تفسير الصداع النصفي وتتمثل في:

- النموذج البيولوجي العصبي:

هناك أدلة سريرية وتصويرية كبيرة تدل على حدوث تغيرات في النشاط القشري المرتبط بالصداع النصفي. يرتبط الصداع النصفي بمجموعة متنوعة من الأعراض التي يمكن أن تعزى إلى التغيرات في الوظيفة القشرية، وأبرز هذه التغيرات هي التغيرات البصرية المصاحبة لهالة الصداع النصفي التي تنشأ من تغير الوظيفة في الفص الخلفي الأقصى، تؤكد دراسات التصوير الوظيفي أن الصداع النصفي مرتبط بتغيرات جذرية في تدفق الدم والنشاط الأيضي في القشرة.

هناك أيضا دليل قوي على أن آليات جذع الدماغ تلعب دورا مهما في الفيزيولوجيا المرضية للصداع النصفي، يعد الغثيان والدوار والأعراض اللاإرادية من بين السمات السريرية للصداع النصفي التي قد تنشأ عن تغيير الإشارات في جذع الدماغ.

كما تم اقتراح أن ألم الصداع النصفي قد ينشأ في المقام الأول من جذع الدماغ، ودراسات التصوير الوظيفي لمرضى الصداع النصفي تظهر باستمرار تنشيط جذع الدماغ أثناء نوبات الصداع النصفي، وخاصة منطقة الجسر الظهري (Charles et al, 2011, pp. 99-100).

كما أن هناك من يعتقد أن الصداع النصفي ينجم عن انتفاخ الأوعية الدموية على السطح الخارجي من المخ، والتي تسمى الشرايين السحائية، حيث تطلق الأوعية الدموية المنتفخة بعض المواد المسببة للالتهابات والمعروفة باسم نيوروببتيدات، والتي تعمل على تهيج الأعصاب المحيطة بها يؤدي ذلك إلى تنشيط الأعصاب التي ترسل بدورها إشارات الألم إلى عقدة العصب ثلاثي التوائم. ينقل العصب ثلاثي التوائم نبضات الألم إلى النواة الذنبية العقدية في جذع الدماغ، والتي تنقل نبضات الألم على مراحل إلى المهاد، وتمر المعلومات من المهاد حتى تصل إلى قشرة الدماغ التي تحول الرسائل إلى الإحساس بالألم (ماكغريغور، 2013/2010، ص. 25).

هناك من الباحثين من يرجح بأن الألم ينتج عن خلل في توازن الكيمياء في الدماغ، فخلال الصداع تنخفض مستويات الصداع ونتيجة لذلك تتحرك نبضة على طول العصب الثلاثي التوائم إلى الأوعية الدموية في غلاف الدماغ (السحايا)، فتتخى الأوعية الدموية وتصاب بالالتهاب والتورم، عند ذلك يتلقى الدماغ إشارة بالألم وتكون النتيجة الصداع (اليقوبي، 2008، ص ص. 26-27).

- التحليل النفسي:

وفقا لوجهة نظر التحليل النفسي يعتبر الألم المستمر الذي يصعب تحديد تفسيرات عضوية له بمثابة وسيلة وقائية ضد الصراعات النفسية اللاشعورية فالألم الإنفعالي يكون بمثابة إزاحة اتجاه الجسم حيث يبدو أكثر قبولا، واحتمالا، ولقد حاولت الدراسات التي أجريت في هذا المجال إثبات أن المرضى الذين يعانون من الألم المزمن يعانون من صراعات لم يتم حسمها، ولا يكون الأفراد على وعي بها ويظهر الألم كوسيلة تعبير عن هذه الصراعات اللاشعورية، كما يظهر أيضا من النزعات العدوانية والعدائية المكبوتة، والأنا الأعلى المتصلب، والشعور بالذنب، وعدم الرضا كحيلة دفاعية ضد الحرمان أو التهديد بالحرمان، وخبرات الطفولة الكئيبة واضطرابات الشخصية المتنوعة (أحمد، 2011، ص ص. 46-47).

ندين ل فرويد بأولى النظريات النفسية المفسرة للصداع النصفي، من خلال تطويره لمفهوم التحول الهستيرى الذي يعني التعبير الجسدي عن المشاكل النفسية اللاشعورية (Annequin, 2014, p.50)، اهتم فرويد الذي كان يعاني من الصداع النصفي، بالصداع النصفي في وقت مبكر جدا. كتب في عام 1896 رسالة إلى ويلهايم فليس (Wilhelm Fliess): "وفقا لهذا، قد يميل المرء إلى الاعتقاد بأن الصداع النصفي هو رد فعل سام تثيره مواد جنسية مثيرة، عندما لا تجد مخرجا مرضيا. يضاف إليها ربما أيضا وجود مسارات التوصيل، والتي لا تزال معالمها غير محددة. البحث عن هذه المسارات يرجع إلى البحث عن مكان الصداع النصفي ... " (Annequin et al., 1998, p. 85).

بعد فرويد فسر الكثير من السيكوسوماتين الصداع النصفي حيث يرى المحلل النفسي ألكسندر (Alexander) أن الصداع النصفي نتيجة جسدية لشخصية متسلطة تواجه صعوبة في التعبير عن عدوانيتها. أما حسب وجهة نظر قارما (Garma) فإن الصداع النصفي هو تعبير عن الماسوشية المكبوتة، الذين يعانون من الصداع النصفي يعاقبون أنفسهم دون وعي أثناء النوبات، كما طور مارتي (Marty) فكرة "الدفاع الرأسي" لوصف المواقف التي يكون فيها الصداع مقاوما لتطور الفكر العقلاني

(Annequin, 2014, p. 51). يعتبر بيار مارتي الصداق النصفي "تثبيط مؤلم للفكر" في فترة الكمون يتبع الصحة الفكرية إنشاء الأنا العليا، بينما تستمر النظريات الجنسية الطفولية في إثراء وتأكيدها، إذ يعد ظهور نويات الصداق النصفي علامة على صعوبة دمج الصراع الأوديبي، وتأسيس الأنا العليا لما بعد أوديب وحركة نحو النزاع الجنسي (Blayau, 2008, p. 13).

يؤكد بوردير (Bourdier) أن الصداق وسيلة للدلالة على فشل التسامي ويعمل كآلية لتحل محل آلية الكبت، بينما يرى سيرول (Sirol) الصداق النصفي على أنه علامة على "الفوضى السيكوسوماتية" (Annequin, 2014, p. 51).

عندما لا يكون القمع كافياً، فإن حدوث نويات الصداق النصفي يحدث تعطيلاً للأداء النفسي المواجه لصراع مؤلم، يتم الحفاظ على التناقضات بين البحث عن الموضوع والخوف من التقارب الاقتحامي في توازن غير مستقر، ويتدخل الصداق النصفي كحل للرد على العنف الوهمي الذي يوشك أن ينفجر، بحثاً عن الهدوء، إنه يظهر على أنه مأزق ولكن أيضاً كحل للحفاظ على التوازن، بالتأكيد غير مستقر وساحق للتطور النفسي، بين حركتين متناقضتين تم رفضهما على عدة مستويات: الاستغناء عن الآخر مع الرغبة في ضمان السيطرة عليه، بين الإثارة والبحث عن الهدوء، بين النشاط والسلبية، بين أن لا تكون حالة وأن تصدق وبين النضج وتحمل السلبية. يمتص الصداق النصفي الإرهاق للحفاظ على الحركة التدريجية، ثم يتحول الصداق النصفي إلى جسدنة كخلل في الوظيفة النفسية كحل للتغيرات في العلاقة مع الموضوع الأول والذي من خلال تأثيره المؤلم لا يسمح بالصراع. إن الشعور بالإرهاق من الألم والإجبار على الراحة يحدث عقبة لا يمكن التغلب عليها، يؤدي إلى التوقف عن التفكير نتيجة الإفراط في التفكير، ثم يحدث استثمار الألم بطريقة ماسوشية (Blayau, 2008, pp. 134-135).

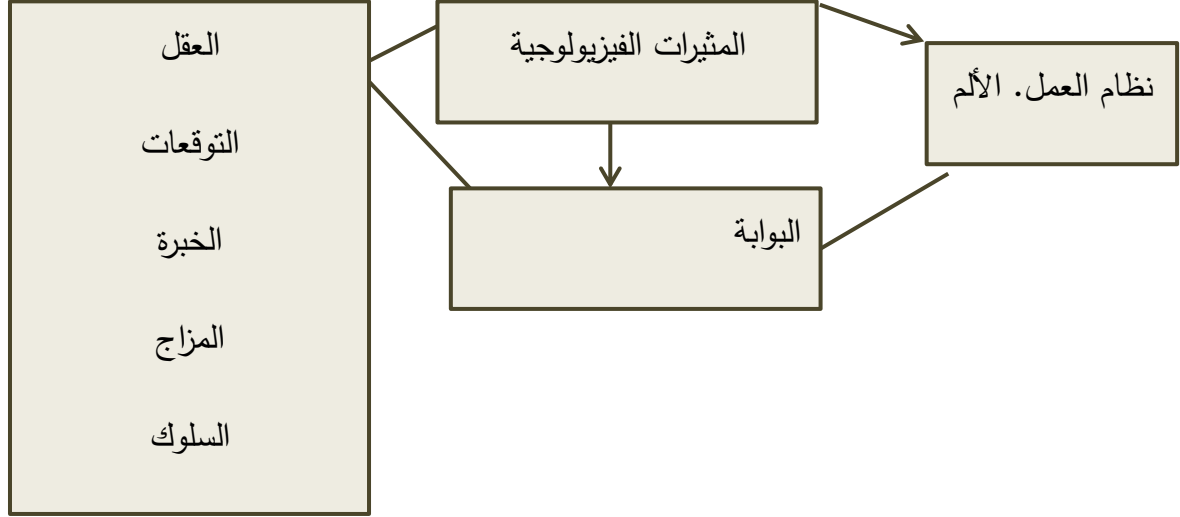
- نظرية بوابة التحكم في الألم:

تعتبر هذه النظرية أول محاولة منظمة لوضع نموذج تكاملي يعتمد على تفاعل العوامل البيولوجية، والنفسية لتفسير الألم، وقد اقترح هذه النظرية رونالد ميلزك وباتريك وال (Melzack and Wall, 1965) ووفقاً لهذه النظرية لا ينظر للألم باعتباره خبرة حسية تعتمد فقط على درجة التضرر الحادث في النسيج الحي، ولكن ينظر إليه باعتباره خبرة حسية، انفعالية وتقديرية (أحمد، 2007، ص. 45).

ويتضح ذلك من خلال الشكل التالي:

شكل 1

مخطط نظرية بوابة التحكم بالألم



ملاحظة. المصدر (العاسمي، 2016، ص. 10)

يرى ميلزاك وول أن البوابة موجودة على مستوى النخاع الشوكي، والتي تستقبل المدخلات من المصادر التالية:

- الألياف العصبية الطرفية، موقع الإصابة (مثل اليد) ترسل المعلومات حول الألم، الضغط أو الحرارة إلى البوابة.
 - التأثيرات المركزية النازلة من الدماغ: يرسل الدماغ المعلومات المتعلقة بالحالة النفسية للفرد إلى البوابة. قد يعكس هذا الفرد الحالة السلوكية كالانتباه، والتركيز على مصدر الألم، والحالة الانفعالية كالقلق، الخوف، الاكتئاب، والخبرات السابقة أو الكفاءة الذاتية، على سبيل المثال "لقد عرفت هذا الألم من قبل، وأعلم أنه سوف يزول من حيث التعامل معه".
 - الألياف الكبيرة والصغيرة: تشكل هذه الألياف جزء من المدخلات الفسيولوجية للألم.
- كلما فتحت بوابة التحكم بالألم كان هناك زيادة في الإحساس بالألم. ويقترح ميلزاك وول أن هناك عدة عوامل يمكن أن تفتح البوابة:
- العوامل المادية: مثل الإصابة أو تنشيط ألياف كبيرة.

- العوامل الإنفعالية: مثل القلق، التوتر والاكتئاب.
- العوامل السلوكية: مثل التركيز على الألم أو الملل.

إن إغلاق البوابة يقلل الإحساس بالألم، وتقترح نظرية بوابة التحكم أيضا أن بعض العوامل يمكن أن تساعد في إغلاق البوابة ومنها:

- العوامل المادية: مثل الدواء، وتحفيز ألياف صغيرة.
- العوامل العاطفية: مثل السعادة والتفاؤل أو الإسترخاء.
- العوامل السلوكية: مثل التركيز، والمشاركة في الأنشطة الأخرى (العاسمي، 2016، ص ص. 310، 313).

حديثا اقترح ميلزك (1999) نظرية جديدة مكمل لنظرية التحكم بالبوابة أسماها نظرية المصفوفة العصبية، ووفقا لهذه النظرية يوجد بالمخ شبكة عصبية تعمل على تكامل المعلومات من مصادر عديدة لكي يتم الإحساس بالألم، والمدخلات الأساسية لهذه المصفوفة لا تتضمن المدخلات الحسية فقط، ولكن تشمل أيضا مدخلات مرحلية أخرى من مناطق المخ المسؤولة عن المعرفة، والوجدان وكذلك أيضا أنظمة تعديل الضغوط الجسمية، وتؤكد هذه النظرية على دور العوامل النفسية في خبرة الألم، كما أنها أثارت عددا من الأبحاث المعملية، والاكليينكية (أحمد، 2013، ص. 92).

- النظرية السلوكية:

يفهم الألم المزمن - جزئيا على الأقل - على أنه سلوك "متعلم" و"شرطي"، إن الألم المزمن يشبه إلى حد ما سلوكا شرطيا يبدأ من الألم الحاد (ما بعد الصدمة على سبيل المثال) والذي قد يستمر بسبب عوامل أخرى، لا سيما السلوكية، في المرحلة الأولية، سلوكيات التجنب (الاستلقاء وما إلى ذلك) ينظر إليه على أنه مناسب وفعال لتقليل الألم، في مرحلة لاحقة من التطور، يمكن أن تستمر هذه السلوكيات، وتحافظ عليها عوامل أخرى على سبيل المثال المكون العاطفي المرتبط بالمواقف والأنشطة (الخوف من النشاط)، على المدى الطويل فإن استمرار التجنب، أي عدم استئناف النشاط الحركي، يمكن أن يكون له عواقب جسدية ضارة (إنخفاض القوة والحركة، متلازمة عدم التكيف) وعواقب نفسية (فقدان الثقة بالنفس، الاكتئاب، المخاوف الجسدية).

تم اقتراح النظرية السلوكية الأولى للألم المزمن من قبل ويلبرت فورديس (Wilbert Fordyce, 1976) باستخدام نموذج السلوك الفعال، المسمى أيضا سكينر (Skinner)، وفقا لهذا النموذج، يمكن

أن يتأثر السلوك الصريح جزئياً بعواقبه على الفرد أو بيئته، أي يؤدي إلى عواقب يمكن أن يؤدي تأثيرها في المقابل إلى إحداث آلية تعلم، تميل هذه النتيجة إلى تقوية (تعزيز) أو قمع السلوك (العقاب)، هذا قانون عام جداً وصفه سكينر في سياق العمل التجريبي على الحيوانات حيث لاحظ أنه عندما يتم إعطاء الاستجابات بشكل متقطع بعيداً (التعزيز المتقطع)، فإن اكتساب السلوك سيكون أطول ولكنه أيضاً أكثر مقاومة للإطفاء (Boureau, 1999, pp. 267-268)

في حالة الألم المزمن، يمكن أن تكون "سلوكيات الألم"، التي تفهم على أنها السلوكيات التي يصدرها المرء عندما يشعر بالألم، متنوعة جداً: مواقف معينة أو تعبيرات وجه معينة أو أحياناً الصمت، الجلوس أو الاستلقاء، فرك الطرف المؤلم، استخدام العصي، تناول المسكنات، عدم الذهاب إلى العمل، يمكن أن تتوافق أيضاً مع انخفاض أو اختفاء السلوكيات الأخرى: الإتصالات الإجتماعية المشي، ممارسة الجنس، الترفيه (Monestès & Serra, 2005, p. 123)، على سبيل المثال لدى مرضى الصداغ النصفي قد يلجأ المريض للتقليل من الألم إلى الاستلقاء وتجنب الأنشطة لأن الأنشطة تزيد من الألم.

يمكن أيضاً استخدام النموذج الإستجابي، الذي يشار إليه أيضاً باسم بافلوفيان (Pavlovian) لفهم الآلام المزمنة، والذي تتخلص مبادئه في الخطوات التالية:

- الخطوة 1: مثير مسبب للألم ينتج عنه رد فعل غير شرطية (سلوك مؤلم، منعكس الانسحاب...)
- الخطوة 2: يرتبط المثير المسبب للألم بانتظام بمثير محايد يمكن أن يكون مثير من البيئة: الضوء والضوء والذي يجذب الإنتباه ويسبب ردة فعل (الارتباط المتكرر سيحث على التعلم)؛
- الخطوة 3: كان هناك تعلم عندما حصل المثير المحايد الذي أعطى رد الفعل الأولية.

المثير المحايد يصبح مثير شرطي يؤدي إلى ردة فعل شرطية (Boureau, 1999, p. 269)، فعلى سبيل المثال المثيرات المرتبطة بالألم يمكن أن تكتسب مع مرور الوقت القدرة على إحداث سلوكيات ألم غير توافقية؛ فمرضى الحروق الذين يخضعون لعملية تنظيف الجروح على سبيل المثال ربما يظهرون زيادة في مستويات التوتر، الإثارة الفسيولوجية والألم بمجرد أن يدخلوا إلى الحجرة التي يتم فيها إجراء عملية التنظيف، وفي حالة الأعراض التي لها أساس عضوي واضح أو متعلقة بوجود تلف في النسيج يمكن أن تؤدي الأنشطة اليومية مثل نزول السلم أو التحرك من وضع إلى وضع آخر إلى تنشيط مستقبلات الألم والذي يؤدي تبعاً لظهور سلوكيات الألم، ومع تكرار المزوجة بين مثل هذه

الأنشطة، وزيادة الألم فإن هذه المثيرات الطبيعية (منظر السلم مثلا) يمكن أن يكتسب القدرة على إثارة سلوكيات الألم (أحمد، 2010، ص. 144).

- نظرية التعلم الاجتماعي:

تعتمد أصالة نموذج التعلم الاجتماعي على الفرضية القائلة بأن مراقبة السلوكيات والعواقب التي يعاني منها الآخرون ستؤدي بالفرد إلى تحديد "مستوى الفعالية الذاتية"، مما يؤدي به إلى الانخراط أو عدم الانخراط في سلوكيات مماثلة، إذا كان يعتقد أنها في حدود قدراته وأن ذلك سينتج عنه عواقب إيجابية (يحدث العكس غالبا في حالات الألم المزمن: يعتقد الفرد أنه غير قادر على أداء نشاط ما وأنه سيؤدي إلى عواقب غير سارة وبالتالي لا ينجز ذلك، على الرغم من أنه لم يختبر هذه العواقب في الماضي). ما يهم هنا لم يعد حقيقة عواقب السلوكيات أو الطريقة التي تحدث بها هذه العواقب، بل بالأحرى تفسيرات وتوقعات كل من هذه العواقب (Monestès & Serra, 2005, p. 127).

تشير الفعالية الذاتية الخاصة بالصداع إلى ثقة المرضى في قدرتهم على اتخاذ إجراءات تمنع نوبات الصداع أو إدارة الألم والعجز المرتبطين بالصداع. وفقا للنظرية المعرفية الاجتماعية، تؤثر تصورات الكفاءة الذاتية على تكيف الفرد مع الصداع المستمر من خلال التأثير على الاستجابات المعرفية والعاطفية والسيولوجية لنوبات الصداع بالإضافة إلى بدء واستمرار الجهود لمنع نوبات الصداع.

قد يختلف الأفراد الذين يعانون من الصداع اختلافا كبيرا في تكيفهم مع اضطراب الصداع تشير الأبحاث النفسية الاجتماعية إلى أن هذه الفروق الفردية في التكيف يتم تحديدها جزئيا من خلال نوعين من المعتقدات التي يحملها الأفراد حول مشاكل الصداع لديهم: المعتقدات حول العوامل التي تؤثر على بداية نوبات الصداع ومسارها (موضع التحكم المتصور) والمعتقدات حول قدرتهم على ذلك، إتخاذ إجراءات للتأثير على بداية أو مسار نوبات الصداع (الكفاءة الذاتية المتصورة)، يرتبط موضع التحكم بوضع خارجي مثل الاعتقاد بأن الصداع يتحدد بالصدفة أو القدر، بينما يرتبط موضع التحكم الداخلي بالتكيف الإيجابي، ليس فقط في الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الصداع المتكررة ولكن أيضا في الأفراد الذين يعانون من مشاكل الألم المزمنة الأخرى، على سبيل المثال استهلاك الدواء، العواقب النفسية لنوبات الصداع وتفضيلات العلاج الذاتي التنظيم أو العلاج الدوائي تتأثر بموضع التحكم المتصور.

الاختلافات الفردية في الكفاءة الذاتية المتصورة أو الثقة في أنه يمكن للمرء اتخاذ إجراءات تساعد في منع أو إدارة نوبات الصداع مرتبطة أيضا بتكيف الفرد مع مشاكل الصداع، حيث يعتقد أن الإحساس بالفعالية الشخصية يعزز التكيف مع مشاكل الألم، والشعور بعدم الكفاءة الشخصية تضعف التكيف مع مشاكل الألم، لأن تصورات الفعالية الشخصية مرتبطة بالجهود النشطة لمنع الألم وإدارته وزيادة تحمل الألم، وتحويل الانتباه من الألم بدلا من التركيز على كره أحاسيس الألم، والتفسيرات الحميدة للأحاسيس الجسدية الغامضة بدلا من القلق بشأن الأحاسيس الجسدية، وسلوكيات الألم القليلة، وزيادة مستويات النشاط البدني، والاستجابات الفسيولوجية للألم التي تكون أقل احتمالية وليس أكثر احتمالية للمساهمة في الألم المزمن بمرور الوقت (French et al., 2000, pp. 647-648).

- النظرية المعرفية:

المقاربة المعرفية التي أدت إلى فهم أفضل لآليات التفكير التي تتطوي عليها تجربة الألم وعواقبها السلوكية، هذه المقاربة على الرغم من أنها أقل إجرائية إلا أنها أدت إلى تعريف مفاهيم مثل المخطط، على أنه بنية معرفية عميقة تحتوي على المعرفة وتجربة الفرد، أي المواقف الأساسية والمعتقدات والافتراضات الأساسية وبالتالي القواعد العامة للسلوك، في مشاكل أزمنة الألم، يسلط الضوء على التفسيرات والقيمة المعطاة للألم، وغالبا ما تكون في شكل تشوهات معرفية، أي أخطاء في الفكر والتفسيرات التي تظهر تلقائيا (Monestès & Serra, 2005, p. 127). إن المعتقدات المتعلقة بالألم ترتبط بالوظائف الوجدانية والوظائف الطبيعية وجهود التغلب والاستجابات السلوكية للألم والاستجابة للعلاج، ولقد توصل وليامز وثورن (Williams & Thorn, 1989) إلى أن هذه المعتقدات يمكن تصنيفها وفق ثلاث أبعاد أساسية هي:

البعد الأول: الإعتقاد بأن الألم شيء مستمر، ولا يمكن تغييره.

البعد الثاني: الإعتقاد بأن الألم سر غامض، وغير مفهوم.

البعد الثالث: الإعتقاد بأن المريض هو سبب الألم، وسبب استمراره (أحمد، 2010، ص ص. 144-145).

ومن بين المعتقدات المعرفية المتواجدة لدى مرضى الألم المزمن ما يلي:

- المأساوية: حديث سلبي داخلي، معتقدات سلبية حول تطور المرض، عندما يواجه المريض ألما لا يجد علاجاً له، يتخيل أنه يعاني من مرض لم يتم تشخيصه أو أنه يحمل مرضاً يخفيه الأطباء والعائلة عنه، وبالتالي يتضمن الألم بالضرورة سبباً يجب اكتشافه، هذه المعتقدات غالباً ما تدفع المرضى إلى تخصيص اهتمام خاص للألم في محاولة لإدارته بأنفسهم، كإكتشاف السبب أو مراقبة احتمال حدوث تفاقم، "إذا كان الأطباء غير قادرين على تشخيص هذه الحالة التي أعاني منها، يجب أن أكون قادراً على ملاحظتها على أفضل وجه ممكن لمعرفة ما يجري". حياة متمحورة على الآلام غالباً هي مصدر للقلق أو الحزن أو الإحباط، مما يقلل من مستويات تحمل الألم وبالتالي يساهم في زيادة تواتره أو شدته، أو على الأقل في الحفاظ عليه (Monestès & Serra, 2005, p. 128).

يمكن للرعاية الطبية غير الكافية ونقص المعلومات عن الصداع النصفي أن يهيئ مرضى الصداع النصفي إلى تبني هذا النمط من التفكير حيث يقدر أن (25%) من المصابين بالصداع النصفي المزمن يعانون من المأساوية، عندما تخرج نوبات الصداع النصفي عن السيطرة، لذلك يمكن لهذا النمط من التفكير أن يسيطر على حياة مرضى الصداع النصفي (Rome, 2018, March 22).

في دراسة لنصيري وآخرين (Nasiri et al., 2017) كانت مأساوية الألم مرتبطة بالإعاقة الناجمة عن الصداع وشدة الألم كاستراتيجية تكيف مختلفة مستخدمة من قبل مرضى الصداع النصفي.

- التعميم المفرط: إعطاء قيمة عامة لحدث مرة واحدة "ما زلت أتألم".

- الفكر الثنائي: التفكير في الكل أو لا شيء "كل الأنشطة مستحيلة بالنسبة لي".

- الاستدلال التعسفي: الاستنتاج النهائي في حالة عدم وجود أدلة كافية أو إثبات "لقد كنت ضحية لأخطاء طبية".

- التفكير السلبي: يتم تفسير العناصر الإيجابية للموقف على أنها غير مهمة "هذه الأدوية تسبب لي آثاراً جانبية".

ستؤثر كل هذه التشوهات المعرفية على إدراك الألم، وتجنب الأنشطة التي يجب إنجازها، وتنفيذ استراتيجيات المواجهة، وبالطبع على الحالة المزاجية (Monestès & Serra, 2005, p. 128).

- النموذج السلوكي المعرفي:

لقد اقترح هذا النموذج تيرك وآخرون (Turk et al.) في منتصف الثمانينيات، وأشاروا إلى أن الإستجابات المعرفية مثل الأفكار، المعتقدات، التوقعات تلعب دوراً مهماً في إدراك الألم، والتوافق معه، وبدلاً من التركيز على إسهام العوامل المعرفية أو السلوكية في إدراك الأعراض يكون التركيز في هذا النموذج على العلاقة التبادلية بين العوامل الجسمية، المعرفية، الانفعالية، الاجتماعية والسلوكية، ووفقاً لذلك فإن منظور المريض لأعراضه يعتمد على اتجاهاته الفطرية، معتقداته ومخططاته الغريزية، والتي تتقي، وتتفاعل بشكل تبادلي مع العوامل الوجدانية، التأثيرات الاجتماعية، الإستجابات السلوكية والمظاهر الحسية علاوة على ذلك فإن سلوك المرضى يمكن أن يستدعي استجابات من الآخرين، وذلك من خلال ردود أفعال الأفراد المهمين في حياة المريض، وهذه الاستجابات يمكن أن تدعم أنماط التفكير والمشاعر التوافقية وغير التوافقية (أحمد، 2011، ص ص. 58-59).

في هذا النموذج يتم التركيز على الضغط واستراتيجيات المواجهة، لقد درس العديد من الباحثين الإجهاد اليومي كمحفز لنوبات الصداع النصفي (Annequin et al., 1998, p. 85).

يلعب الضغط دوراً ثلاثياً في الصداع النصفي: فهو في نفس الوقت عامل مهيج ومثير ومزمن: مهيج: الأحداث الضاغطة يمكن أن تلعب دوراً في ظهور الصداع النصفي، وجد أن مرضى الصداع النصفي لديهم استعداد وراثي للإصابة به، أثبتت العديد من الدراسات أن المصابين بالصداع النصفي يعانون من أحداث الحياة الضاغطة أكثر من غير المصابين به (Mikolajczak, 2013, p. 72).

مثير: الضغط محفز لنوبات الصداع النصفي موجود لدى حوالي (70%) من الأفراد. تم الإبلاغ عن مستويات مرتفعة من الضغط لدى مرضى الصداع النصفي، وخاصة عند أولئك الذين يعانون من الصداع النصفي اليومي المزمن، تتنوع الضغوط التي يعاني منها مرضى الصداع النصفي، قد تكون ذات منشأ داخلي (هرمون) أو خارجي (الضوء) أو الضغوط النفسية صدمة عاطفية أو جسدية (مثل سوء المعاملة، وخاصة في مرحلة الطفولة)، والضغوط الاجتماعية والاقتصادية أو الاجتماعية يمكن أن تكون الضغوطات من أصل فسيولوجي أيضاً كفترة الحيض عند النساء (Maleki et al., 2012, p. 102).

مزمن: الضغط يمكنه أن يجعل المرض مزمن، كلما زاد الضغط وأزمن كلما تكررت النوبات بالإضافة إلى دوره المسبب في الصداع النصفي، فإن القلق / الضغط هو أيضاً نتيجة للصداع

النصفي. بالإضافة إلى ذلك يمكن للقلق / الضغط أن يزيد من إدراك الألم وبالتالي يزيد من القلق / الضغط كمثير (Mikolajczak, 2013, p. 72)

ولمواجهة هذا الضغط ينتهج مرضى الآلام المزمنة بما فيهم مرضى الصداع النصفي استراتيجيات مواجهة التي تعرف وفقا لزاروس وفولكمان (Lazarus et Folkman) بأنها "مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى التحكم أو التقليل أو التسامح مع المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتجاوز موارد الفرد". هذه استراتيجيات معرفية وسلوكية للتعامل مع الضغوطات التي تهدد موارد الشخص أو تتجاوزها، في المرضى الألم هناك استراتيجيات مختلفة للتأقلم والتي كانت موضوع العديد من التصنيفات: عادة ما نحفظ بالاختلافات "المواجهة التي تتمحور حول المشكلة" مقابل "التركيز العاطفي" و "التأقلم المعرفي" مقابل "السلوكي". تثبت هذه الاستراتيجيات أنها وظيفية إلى حد ما.

عموما تستخدم طرائق مختلفة للتكيف من قبل الأفراد الذين يعانون من الألم المزمن: الهروب، التجنب، البحث عن المعلومات، طلب المشورة (طلب الدعم الاجتماعي) وضع خطة العمل، كلها طرق للتكيف (استراتيجيات المواجهة) التي يتم استخدامها للتعامل مع الوضعية الضاغطة للألم.

استراتيجيات مثل الإلهاء، والمبالغة في تقدير الجوانب الإيجابية للموقف، والتقليل من الجوانب السلبية، والفكاهة تقلل التوتر العاطفي، لكنها لا تغير المشكلة (التكيف المركز على المشاعر)، لكن السعي للحصول على معلومات حول الوضعية، طلب النصيحة ووضع خطط عمل ليغيروا الوضعية ويؤثروا بشكل غير مباشر على المشاعر (التكيف المركز على المشكلة).

من الناحية المعرفية يستخدم المرضى الذين يعانون من الألم المزمن استراتيجيات مثل الصلاة والترفيه وإعادة تفسير الإحساس والمأساوية أو تجاهل الألم والتشجيع الذاتي، من الناحية السلوكية، قد يلجأ الأفراد الذين يعانون من الألم المزمن إلى التجنب والراحة والإسترخاء وطلب المساعدة والتمارين الرياضية والبحث عن الدعم لمواجهة الألم، لكن هناك استراتيجيات المواجهة "المختلة" يستعملها الفرد، هي استراتيجيات سلبية تركز على المشاعر وعلى المرض، إنها تتوافق عموما مع تخلي المريض عن إدارة الألم أو إسناد هذه المسؤولية إلى مصدر خارجي، على سبيل المثال على المستوى المعرفي المأساوية، وعلى المستوى السلوكي التجنب (Radat & Koleck, 2011, pp. 175-176).

- نظرية البيو نفس اجتماعية:

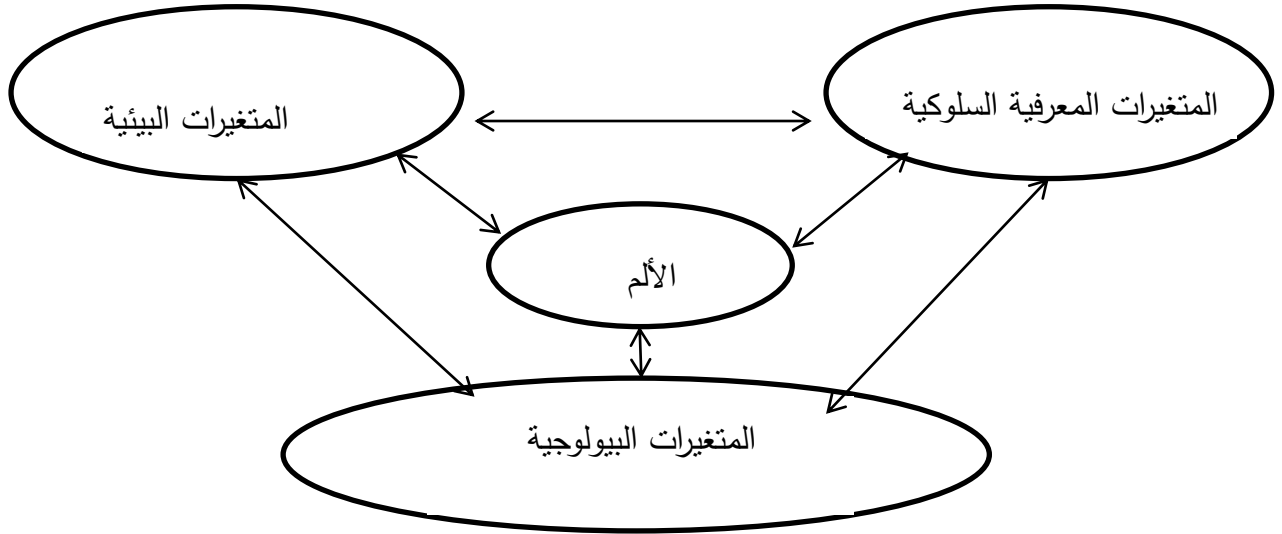
اقترح هذا النموذج من قبل جورج ليبمان إنجل (Georges Libman Engel, 1977) (Siksou, 2008, p.53)، يتعامل هذا النموذج مع الألم المزمن باعتباره ظاهرة معقدة، يمكن تفسيرها في ضوء ثلاث مجموعات من المتغيرات، وهي:

- المتغيرات البيولوجية.
- المتغيرات السلوكية المعرفية.
- المتغيرات البيئية (أحمد، 2013، ص. 104).

وقدم هذا النموذج نظام يمكن من خلاله فهم طبيعة التفاعل بين هذه المتغيرات، والشكل التالي يوضح هذه العلاقة:

الشكل 2

النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم



ملاحظة. المصدر (أحمد، 2007، ص. 47)

من خلال هذا النموذج يمكن القول أن التغيير في أحد هذه المتغيرات يمكن أن يؤثر، ويتأثر بالتغيير في المجموعات الأخرى من المتغيرات، ولكي نفهم الألم المستمر يجب أن نتعرف على طبيعة العوامل البيولوجية، والمعرفية السلوكية، والبيئية التي تؤثر في الألم:

المتغيرات البيولوجية: وتشتمل هذه المتغيرات البيولوجية على العوامل المرتبطة بوجود تضرر فعلي في النسيج الحي مثل حدوث إصابة أو وجود مرض معين يؤدي الى تلف في النسيج، وقد أشارت

الملاحظات الإكلينيكية، والأبحاث العلمية أنه لا يمكن الاعتماد على العوامل البيولوجية وحدها لتفسير خبرة الألم، والاستجابة للعلاج.

العوامل المعرفية والسلوكية: التي يمكن أن تؤثر على الألم فتشمل ثلاث مجموعات معرفية من المتغيرات المعرفية، وتتضمن إعادة التفكير، والتفكير، والتفكير، والمتغيرات الوجدانية (المزاج، القلق، الاكتئاب)، والمتغيرات السلوكية، والتي تشمل أنماط الأنشطة اليومية، والاستجابة السلوكية للألم.

المتغيرات البيئية: التي يمكن أن تؤثر على الألم، وتشمل على كل من البيئة الحالية للفرد، والبيئة الاجتماعية بمفهومها الواسع، فعندما يظهر المرضى سلوك ألم فإنهم سوف يحصلون على استجابات من الآخرين المهمين بالنسبة لهم، هذه الإستجابات يمكن أن تدعم سلوك الألم، وبالتالي يزيد احتمال تكرار هذا السلوك (أحمد، 2011، ص ص. 68-69).

يشير شيفانج جوشي (Shivang Joshi) إلى أن الصداع النصفي هو: "اضطراب بيولوجي نفسي اجتماعي، مما يعني أنه اضطراب دماغي له أيضا عوامل بيئية واجتماعية ونفسية تؤثر عليه" (Shivang, 2018, March 4)، في حالة الصداع النصفي، فإن الخصائص البيولوجية: تشمل العوامل الوراثية، والعوامل الهرمونية، حيث قام ستيفارت وآخرون (Stewart et al., 1996) بمقارنة انتشار الصداع النصفي عند الأميركيين من القوقاز، أمريكيين من أصل أفريقي أو آسيوي، فكان الانتشار لدى النساء أكثر عند الأمريكيات القوقازيات (20.4 %) من السود (16.2 %)، وأقل نسبة كانت عند النساء الأمريكيات من أصل آسيوي (9.2 %)، بينما عند الرجال كان الانتشار بالترتيب (8.6 %، 7.2 % و 4.2 %)، كما تبين إحصائيات (كليفلاند كلينيك) الأمريكية أن (90 %) من الصغار المصابين بالصداع النصفي يكون لديهم أعضاء آخرون في العائلة مصابون بالمرض أيضا (اليقوي، 2008، ص. 89).

إن هيمنة الصداع النصفي عند الإناث في دراسات كل من (Rasmussen et al. 1991; Henry 1992; Stewart et al. 1992; et al. 1992)، مع نسبة الإناث إلى الذكور تتراوح بين 2 إلى 4، هذه الهيمنة الأنثوية وحدثت نوبات الصداع النصفي في بداية فترة الحيض يتم تفسيرها عموما على أنها مرتبطة مباشرة بالعوامل الهرمونية، أما المتغيرات البيئية: هي عوامل مفجرة، تقريبا نصف الأفراد المصابين بالصداع النصفي (44 %) يتعرضون إلى حوادث ضاغطة في الحياة اليومية قبل ظهور الصداع، وتجدر الإشارة إلى أن الضغط هو أكثر عوامل تفاقم الصداع النصفي شيوعا بنسبة (52 %) (Fève, 1992).

147, p. 2008)، بينما العوامل السلوكية المعرفية تشمل المتغيرات المعرفية حيث يؤثر الصداع النصفي على الأداء المعرفي، فحسب دراسة هينغ وآخرون (Huang et al., 2017) أنه ينخفض الأداء المعرفي أثناء الصداع النصفي، خاصة في اللغة والذاكرة والوظائف التنفيذية والحساب والاتجاه، ويمكن أن تكون الاختلالات المعرفية مرتبطة بمدة وتكرار الصداع، ويظهر المزاج المكتئب لدى مرضى الصداع النصفي وهذا ما خلصت إليه نتائج دراسة أنتوناسي وآخرون (Antonaci et al., 2011) إن الاكتئاب يتضاعف مرتين تقريباً لدى الأفراد المصابين بالصداع النصفي مقارنة بالأفراد غير المصابين به، كما أظهرت العديد من الدراسات (Breslau et al. 1991; Tan et al. 2007 ; Seng et al. 2017) ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات النفسية لدى مرضى الصداع النصفي وهذه الاضطرابات تتمثل في القلق الاكتئاب، الرهاب، الوسواس القهري. إضافة إلى ذلك حاول العديد من المؤلفين تحديد نوع شخصية مرضى الصداع النصفي. حيث يرى بعض العلماء في علم النفس بأن الصداع يصيب مضطربي الشخصية، وخاصة المدعين الذكاء والكمال، الطامحين إلى الدرجات العليا، مما ينتج عنه توتر عصبي شديد ودائم يعمل على ظهور أعراض الصداع (محسن، 1988، ص. 32).

أما السلوكيات التي تظهر لدى مرضى الصداع النصفي خلال النوبة فهي عدم القدرة على أداء النشاطات اليومية، ووفقاً لدراسة ليبتون وآخرون (Lipton et al.) نقلاً عن (Mikolajczak, 2013, p. 75) أن (من 53 % إلى 62 %) يحتاج الأفراد الذين يعيشون نوبة صداع نصفي إلى البقاء في الفراش، ويتغيب (من 50 % إلى 65 %) منهم عن المدرسة أو العمل ولا يستطيع (85 %) منهم أداء المهام اليومية.

7- مراحل الصداع النصفي:

يمر الصداع النصفي بمراحل هي:

1- مرحلة التخدير أو مؤشرات الإصابة بالصداع: تحدث هذه المرحلة في نوعين من الصداع؛ التقليدي والشائع، على الرغم من أن جميع مرضى الصداع النصفي الشائع قد لا يمرون بتلك المرحلة. تستغرق هذه المرحلة ساعات قليلة أو عدة أيام قبل إصابة المريض بالصداع الفعلي، وتشتمل هذه المرحلة على عدة أعراض منها:

- تقلب الحالة المزاجية.
- الإصابة بحالة من التوتر.

- العصبية الشديدة.
- الارتباك.
- بلادة عقلية.
- الشعور بالدوار.
- الإغماء.
- الشعور بالتعب والإرهاق.
- زيادة الوزن.
- الغثيان.
- الإحساس بالجوع.
- انسداد الأنف.
- ارتفاع ضغط الدم.
- الشعور بحالة مفرطة من النشاط والطاقة.
- الشعور بالمرح والسعادة (تريكت، 2005/1999، ص ص. 70-71).

2- مرحلة النسمة: يشعر المريض في مرحلة النسمة وبشكل تدريجي أو بطيء باضطرابات بصرية سمعية أو عصبية تسبق مرحلة الصداع أو الألم بحوالي 20-30 دقيقة ويتبعها الصداع خلال ساعة أو ساعتين. الإضطرابات البصرية هي أكثر أعراض النسمة وقد تشمل مشاهدة أنوار ساطعة وخاطفة أو قوس من النور أو تعتيم وتشويش في مجال الرؤية، بالنسبة للإضطرابات السمعية فإن كثير من المصابين يشكون من سماع أصوات داخل رؤوسهم كالههمس أو الدمدمة، والبعض قد يشعر بدوامة أي الإحساس بأن كل شيء يدور به أو من حوله. أما أعراض النسمة العصبية قد تشتمل على الإحساس بالوخز أو الخدر أو البرودة في الذراع والوجه بما في ذلك الفم واللسان أو إصابة جانب واحد من الجسم بضعف أو حتى شلل وربما تشمل الأعراض صعوبة في النطق (اليقوبي، 2008، ص. 22).

3- الصداع: يمكن أن تستمر هذه المرحلة لفترة زمنية تصل إلى ثلاثة أيام، وغالبا ما يكون الصداع من جانب واحد، كما أنه يكون نابضا، ولكنه يمكن أيضا أن يصيب كلا الجانبين من الرأس، وفي حالة حدوث الهالة البصرية، يمكن أن يحدث الصداع في نفس جانب الهالة البصرية أو الجانب المعاكس لها، وتزيد الحركة من سوء حالة الصداع، فإذا كان الصداع شديدا، فقد يحتاج المصاب إلى

الاستلقاء أو الجلوس ومع ذلك فالصداع عرض واحد فقط من أعراض هذه المرحلة من الصداع النصفي، ومن الأعراض الأكثر شيوعاً في هذه المرحلة: الصداع والغثيان والتقيؤ، والحساسية تجاه الصوت والضوء والرائحة، وعلى الرغم من أن بعض المصابين يقولون أن مجرد التفكير في تناول أي طعام يجعلهم يشعرون بالغثيان بدرجة أكبر، إلا أنه توجد مجموعة أخرى من المصابين الذين يجدون أن تناول الطعام مفيد للغاية، خصوصاً النشويات مثل الخبز والمعكرونة (ماكغريغور، 2013/2010، ص ص. 14-15).

4- مرحلة انحسار أو انحلال الألم وما بعد النوبة: النوم لبعض الوقت يعتبر من أكثر الطرق فاعلية لإنهاء نوبات الشقيقة، أيضاً التقيؤ المصاحب لنوبة الصداع قد ينهي النوبة وبالذات عند الأطفال وكما يبدأ الألم ببطء فمعظم حالات الصداع النصفي تزول ببطء أيضاً، تختلف آثار ما بعد النوبة من شخص إلى شخص ولكن معظم المصابين يشعرون بالإعياء أو الإنهاك والبعض ينتابه شعور بالراحة (حجازي، 2006، ص. 49).

8- أسباب ومحفزات الصداع النصفي:

الصداع النصفي أسبابه غير معروفة، يعتقد أن سبب حدوث الصداع النصفي يعود إلى طريقة تفاعل الشرايين المؤدية إلى الدماغ مع العوامل المسببة للألم مهما كان نوعها. ولسبب ما تنقلص الشرايين ثم تتمدد، وهذا التغيير في القطر الداخلي للشرايين يولد الألم، كما يخفض تقلص الشرايين وصول كمية الدم إلى الدماغ، وهذا تفسير لتشوش الرؤية، ويقال أنه بسبب عدم التوازن بين عنصر الماغنيسيوم وهرمون السيروتونين بالمخ، مما يغير في الكهرباء وفي التفاعل بين أعصابه وشرايينه التي تتحكم في العينين والأنف والفم، مما يظهر الألم في مراكز المخ.

يركز الباحثون على ممر العصب الثلاثي التوائم وعلى السيروتونين الكيميائي الموجود في الدماغ باعتبارهما المسؤولين المحتملين عن أوجاع الصداع الحادة، وهم يرجحون بأن الألم ينتج عن خلل في توازن الكيمياء في الدماغ، فخلال الصداع تنخفض مستويات السيروتونين في الدماغ ونتيجة لذلك تتحرك نبضة على طول العصب الثلاثي التوائم إلى الأوعية الدموية في غلاف الدماغ (السحايا)، فترتخي الأوعية الدموية وتصاب بالالتهاب والتورم، عند ذلك يتلقى الدماغ إشارة الألم وتكون النتيجة الصداع (اليقوبي، 2008، ص. 26-27).

كما تلعب الوراثة دورا كبيرا في إصابة الصغار بالصداع النصفي، ففي دراسة لدحلوف وليند (Dahlöf & Linde, 2001) ذكر (64%) من مرضى الصداع النصفي أنه لدى أقاربهم من الدرجة الأولى (الآباء، الأشقاء، الأطفال) صداع نصفي.

تعتبر الأمينات (Amines) من المواد اللازمة لقيام المخ والأوعية الدموية بوظائفها على أكمل وجه، ومن المعروف أن بعضا من هذه المواد يوجد في الأطعمة، بينما يتم إنتاج البعض الآخر في الجسم. وتعمل هذه المواد في الجسم كنواقل عصبية وأي خلل في توازنها يسبب اضطرابات مثل: الاكتئاب وداء باركنسون المعروف بالشلل الرعاش، بالإضافة إلى الإصابة بالصداع النصفي (تريكت، 2005/1999، ص. 81).

وفقا لمراجعة تستند إلى 25 منشورا، فإن أهم عشرة أسباب محفزة للصداع النصفي هي الضغط، المثثيرات السمعية، التعب، الصوم، المحفزات الهرمونية، النوم، الطقس، المحفزات البصرية المحفزات الشمية والكحول (Nowaczewska et al., 2020, p. 5)

- عوامل نفسية: تلعب العواطف والصراعات، التوقعات، المخاوف، المضايقات والقلق دورا مهما في حدوث الصداع (Guevara, 1998, p. 62) من بينها:

الضغط: يعتبر الضغط محفز نوبة الصداع النصفي لدى حوالي من (50%) إلى (80%) من الأفراد ويمكن أن يكون للضغط دور محفز عند الأشخاص المهيئين "عندهم قابلية" للإصابة بالصداع النصفي (Radat, 2013, p. 406).

الغضب: تظهر الدراسات أن الذين يعانون من الصداع النصفي يشعرون بالغضب أكثر من الذين لا يعانون منه ومع ذلك فهم يعبرون شفويا على غضب وعدائية بدرجة قليلة، يظهر أنهم يقدمون خصوصيات في التحكم في هذه العاطفة: يبدو أن الغضب مدار بشكل جيد خارجيا، لكن هذا الميل إلى التحكم المفرط يخفي صعوبة في تنظيم مظاهره الداخلية، وتشير الدراسات إلى أن الغضب يزيد من احتمال الإصابة بنوبة الصداع النصفي في غضون الأسبوعين المواليين لمشاعر الغضب (Mikolajczak, 2013, p. 72).

الاكتئاب: يعتقد الباحثون أن الأشخاص المصابون بالاكتئاب هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، فقد خلصت دراسة أمريكية إلى أن من يعانون من الاكتئاب يكونون أكثر عرضة للإصابة بالصداع النصفي (اليقوبي، 2008، ص. 73).

- **العوامل البيئية:** تلعب المثبرات البيئية دورا مهما في إحداث نوبات الصداع، زيادة التحفيز الشمي (الروائح القوية والعطور) والبصري (الضوء الساطع، الوهج)، أو السمعي (الضجيج) يؤدي إلى إحداث نوبة لدى من (25 %) إلى (47%) ممن يعانون من الصداع النصفي (Mikolajczak, 2013, p. 71).

- **نمط الحياة :** هناك العديد من عوامل الحياة اليومية تعمل على تحفيز نوبات الصداع النصفي: النوم (كثيرا أو غير كاف)، الوجبات (عدم انتظام الوجبات، تخطي الوجبات، الصيام)، عطلات نهاية الأسبوع، السفر، بشكل عام يمكن أن يؤدي تراكم العديد من هذه العوامل إلى ظهور هجمات متكررة وشديدة من الصداع، أما بالنسبة للعطل فهي الفترة التي يتلاشى فيها الضغط حيث ينقص تردد النوبات، وهذا ليس دوما فقد تظهر العديد من المشاكل في هذه الفترة : إشكالات عائلية، أعمال إضافية، ضوضاء، حرارة، إرهاق رياضي، وما إلى ذلك لذا عرف بضغط العطلة، يؤدي بشكل عام التمرين البدني إذا كان معتدلا إلى تقليل الضغط واسترخاء العضلات، ولكن الأفراد غير المعتادين على مجهود بدني مكثف (كرة القدم ...) فقد يكون مسؤولا عن إحداث نوبة الصداع النصفي (Annequin, 1998, p. 63).

- **تغيرات المناخ:** تتمثل في تغيرات الطقس (تغيرات الطقس أو الطقس شديد الحرارة أو شديد البرودة) (Mikolajczak, 2013, p. 71).

- **الأطعمة:** تعتبر الأطعمة كمسبب للصداع النصفي من قبل ما يقرب من (20%) من الأفراد المصابين بالصداع النصفي (Nowaczewska et al., 2020 , p. 5)، في دراسة أجراها برادالييه وأولات (Pradalier et Ollat, 1991) نقلا عن (Guevara, 1998) أكد (51%) من الذين يعانون من الصداع النصفي أن الطعام أو الشراب يثير نوبة الصداع النصفي لديهم: المشروبات الكحولية (68%)؛ الشوكولاتة (63%) الدهون المطبوخة (50%)؛ البيض (36%)؛ المايونيز (27%)؛ الأطعمة الصينية (13%).

إن من خصائص الطعام الصيني إضافة كميات كبيرة للغاية من جلوتامات أحادي الصوديوم (Monosodium glutamate) إلى الوجبات، يؤثر تأثيرا قويا على الأوعية الدموية بالرأس، فيتسبب في الشعور بالصداع المؤلم، بالإضافة إلى ذلك يجد بعض المصابين بالصداع النصفي أن هذا النوع من الإضافات يعمل على بدء حدوث النوبات لديهم (ديسون، 2006/1998، ص. 154).

في 23 دراسة، تم العثور على الشوكولاتة كمسبب للصداع النصفي في نسبة صغيرة من المشاركين (تتراوح من 1.3% إلى 33%) (Nowaczewska et al., 2020, p. 1).

- **العوامل الهرمونية:** لدى النساء غالباً ما تتسبب نوبات الحياة الهرمونية (البلوغ، الحمل، الدورة الشهرية، منع الحمل، انقطاع الطمث) في حدوث الصداع النصفي، وبالتالي غالباً ما يظهر الصداع النصفي أثناء البلوغ، ويتحسن في ثلثي من الحالات خلال فترة الحمل، يزداد سوء أثناء الحيض، في بعض الأحيان قد تكون حبوب منع الحمل سبباً في حدوث الصداع النصفي، خاصة مع جرعة مرتفعة، ويتلاشى الصداع النصفي في حوالي ثلثي من الحالات بعد انقطاع الطمث (Guevara, 1998, p. 63).

- **وضع الجسم:** يرتبط كل من الرأس والرقبة والظهر معاً عن طريق العمود الفقري، لهذا تجد أنه ليس من المثير للدهشة أن تصاب بالصداع إذا كان هناك أي خلل في ظهرك أو اعتدت على اتخاذ وضع خاطئ قد يضر به.

الجدير بالذكر هنا أن هناك أنواعاً عديدة من العمل يمكن أن تكون سبباً في الإصابة بنوبات الصداع النصفي مثل الكتابة باستخدام الكمبيوتر (ديسون، 2006/1998، ص. 64).

عوامل أخرى:

الأدوية: تستحث بعض الأدوية نوبات وخاصة أدوية معالجة فرط ضغط الدم ومدرات البول وأدوية الربو وحبوب منع الحمل والعلاجات الهرمونية، وقد يؤدي الاستعمال المتكرر للمسكنات إلى حدوث الصداع النصفي وتسمى عندها النوبة بالصداع الارتدادي (سوانسون، 2000/1999، ص. 30).

9- انتشار الصداع النصفي:

صنفت منظمة الصحة العالمية الصداع النصفي على أنه ثالث أكبر حالة طبية منتشرة وثاني أكثر الإضطرابات العصبية تعطيلاً في العالم. كان انتشار الصداع النصفي لمدة عام واحد بشكل عام لدى عامة السكان بنسبة (12%)، ويؤثر الصداع النصفي على ما يقرب من (10%) من الأطفال والمراهقين في سن الدراسة (5-18 سنة)، ويكون الصداع النصفي أكثر انتشاراً بين سن (25) و(55) عاماً، كما أن انتشار الصداع النصفي المزمن يقدر بحوالي (2%)، في حين أن حوالي (8%) من مرضى الصداع النصفي لديهم صداع نصفي مزمن (Dodick, 2018, pp. 1316-1317).

من خلال إحصائيات دراسة العبء العالمي للأمراض (GBD) لعام (2010) احتل الصداع النصفي المرتبة الثالثة من بين الإضطرابات الأكثر انتشارا في العالم، وفي عام (2015) تم تصنيفه ثالث أكبر سبب للإعاقة في جميع أنحاء العالم لدى كل من الذكور والإناث تحت سن (50) سنة (Arumugam, 2019, p.20)، كما أن في دراسة العبء العالمي للأمراض لعام (2016) (GBD 2016 Headache Collaborators, 2018)، تم تقدير ما يقارب ثلاثة مليارات فرد يعاني من الصداع: (1.89) مليار صداع من نوع التوتر و(1.04) مليار من الصداع النصفي، بالنسبة للصداع النصفي، كان معدل الانتشار العالمي (14.4%) بشكل عام: (18.9%) للنساء، و(9.8%) للرجال. كانت ذروة معدل انتشار الصداع النصفي في نفس الدراسة للفئة العمرية بين 15-49 سنة والذي بلغ (8.2%) وكان مرتفعا أيضا لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5-14 عاما أين بلغ (4.5%)، وبلغ عند الفئة العمرية 50-69 سنة نسبة انتشار تقدر ب (4.2%)، بينما لدى فئة كبار السن أي (≤ 70 سنة) بلغ (1.3%).

أحصت نفس الدراسة انتشار الصداع النصفي في بلدان العالم، حيث بلغ في الجزائر

(6 651 343) شخصا مصاب بالصداع النصفي، في تونس (1 898 520)، في المغرب (5 883 012)، في ليبيا (1 054 747)، في مصر (14 623 084)، في العربية السعودية (5 797 325)، في الصين (132 930 661)، في اليابان (17 763 393)، في روسيا (24 812 212)، في فرنسا (11 892 970) وفي الولايات المتحدة الأمريكية (47 016 985).

الصداع النصفي يمثل عبء كبير على الأسرة بصفة خاصة وعلى المجتمع بصفة عامة، أفادت دراسة طولية أن أكثر من نصف المصابين بالصداع النصفي يعانون من انخفاض المشاركة في الأنشطة العائلية مقارنة مع غير المصابين بالصداع النصفي، وأفاد ثلث المصابين بالصداع بأنهم يعانون من قلق بشأن الأمن المالي على المدى الطويل بسبب الصداع النصفي، أيضا قلق المجتمع بشأن ارتفاع التكاليف السنوية لمرضى الصداع النصفي التي تقدر ب ما يزيد عن 20 مليار دولار أمريكي سنويا (Dodick, 2018, p. 1317)، كما ذكرت إدارة الصداع النصفي في أوروبا أن تكاليف الصداع النصفي تقدر ب 27000 مليون يورو سنويا، الصداع النصفي من بين الإضطرابات العصبية الأكثر تكلفة في أوروبا (Arumugam, 2019, p. 20).

10- علاج الصداع النصفي:

تتلخص العلاجات غير الدوائية الفعالة في الصداع النصفي في تقنيات الإسترخاء (إذا تم القيام بها بشكل صحيح) والتقنيات السلوكية المعرفية، التي تسمح للمريض بتعلم كيفية الإعتناء بنفسه بشكل صحيح، وإدارة أزمته وضغوطه، كما يمكن للتنويم تحقيق الشفاء التام في صداع التوتر من الجلسات القليلة الأولى بينما للصداع النصفي يحدث تباعد للنوبات وتسكين الآلام (Claude, 2015, p. 10).

الإسترخاء:

يتألف الإسترخاء من إجراء منهجي لتحقيق حالة جسدية من الإسترخاء والهدوء العقلي اللاحق يعود تاريخه إلى العمل المبكر لجاكوبسون (Jacobson)، مع اكتساب هذا الإجراء شعبية متزايدة مع الطريقة الأكثر انسيابية لبرنشتاين وبوركوفيتش (Bernstein and Borkovec). يكمن الأساس المنطقي لاستخدامه في ملاحظة أن الصداع يحدث جزئياً و / أو يتفاقم بسبب استجابة الجسم للضغط وبالتالي يعتقد أن تقنيات الإسترخاء لا تعمل فقط على استرخاء توتر العضلات بشكل عام ولكن أيضاً لتقليل استجابة الجهاز العصبي الودي للإجهاد (على سبيل المثال، معدل ضربات القلب البطيء، خفض ضغط الدم، تنظيم التنفس). تشير بعض الأدلة إلى أن الإسترخاء قد يقلل من تأثير الاستجابات القشرية للضغط، ومع ذلك يفترض باحثون آخرون أن الإسترخاء قد يكون له فائدة إضافية تتمثل في تعليم الأفراد الحفاظ على أو تنظيم السيطرة على الوظيفة الفسيولوجية وتعزيز الشعور بضبط النفس أو الكفاءة الذاتية، كما تشير الأدلة المتوفرة إلى أن استرخاء العضلات التدريجي يمكن أن يقلل بشكل كبير من تكرار الصداع النصفي في الشهر بحوالي (41%) و(43%) على التوالي؛ بالإضافة إلى ذلك يمكن أن تستمر هذه الآثار بعد العلاج بشرط أن يستمر الأفراد في الممارسة المستقلة لمدة 10 إلى 20 دقيقة / يوم على الأقل (Pérez-Muñoz et al., 2019, p. 793).

العلاج السلوكي المعرفي:

هو علاج من الدرجة الأولى للوقاية من الصداع، يستخدم استراتيجيات إدارة الصداع معرفياً وسلوكياً. تركز الاستراتيجيات المعرفية على تحديد وتحدي الأفكار غير متكيفة والمعتقدات والاستجابات للضغط.

تركز الاستراتيجيات المعرفية لإدارة الصداع على: تعزيز الفعالية الذاتية (أي إيمان المرضى بقدرتهم على النجاح أو إنجاز مهمة معينة)، تشجيع المرضى على تبني فكرة أن لديهم موضع داخلي للسيطرة (أي اعتقاد أن آلية التغيير تكمن في نفسه، وليست ذات مصدر خارجي أو الاعتقاد بأن مقدم الرعاية الصحية أو الأدوية أو الإجراءات الطبية لديهم القدرة على التغيير)، والقضاء على المساوية (طريقة تفكير يائسة)

تتضمن الاستراتيجيات السلوكية استبدال السلوكيات التي تحافظ على الصداع أو تعمل على تفاقمه باستراتيجيات العافية، ويشمل العلاج السلوكي تعليم أنشطة العافية كوسيلة لتعزيز إدارة ذاتية للصداع، على سبيل المثال يستطيع المرضى ذلك من خلال إجراء تغييرات في سلوك أسلوب الحياة بالحفاظ على وزن صحي وتحقيق الصحة البدنية (أي العادات الغذائية والأكل المناسب، والحد من استهلاك الكافيين، والنشاط البدني المنتظم) التدخلات التي تشجع المرضى على تحسين النوم النظافة، الإقلاع عن التدخين والكحول والحد من استخدام الأدوية المسكنة، كما قد يوفر العلاج السلوكي المعرفي للمريض استراتيجيات لتجنب إثارة الصداع، وتحسين التعامل الكلي مع الصداع، وإدارة الاكتئاب والقلق (Rathier & Roth, 2015, p. 27)

تظهر الدراسات السابقة أن العلاج المعرفي السلوكي والإسترخاء يمكن أن يحسنا من حال مرضى الصداع بنسبة (32%) و(49%) (Cousins, 2015, p. 2771).

الإرتجاع البيولوجي (Biofeedback training):

يستند الإرتجاع البيولوجي إلى مبدأ مراقبة العمليات الفسيولوجية التي لا تخضع عادة للتحكم الإرادي - مثل النبض وضغط الدم وتدفق الدم المحيطي وتوتر العضلات، ثم إعادة هذه المعلومات إلى المريض عبر إشارة بصرية أو سمعية، باستخدام هذه التقنية، يمكن للمرضى تعلم اكتساب وتعزيز السيطرة على العمليات الفسيولوجية.

يقسم أندراسي (Andrasik) تدريب الإرتجاع البيولوجي إلى قسمين عام أو محدد. الإرتجاع البيولوجي العام مشابه للاسترخاء، ولكن يمكن أن يؤدي إلى حالة استرخاء عامة أكثر كثافة. أنظمة الاستجابة الفسيولوجية مثل النشاط الكهربائي للعضلات (توتر عضلات الرأس والرقبة والكتفين) النشاط الكهربائي للجلد (استجابة الغدة العرقية)، ودرجة الحرارة المحيطية والتي هي استجابات لنشاط الجهاز الودي، يمكن مراقبتها بسهولة وتفصيلها وإعادتها إلى المريض.

الإرتجاع البيولوجي المحدد (نبض حجم الدم، تخطيط كهربائي الدماغ وردود فعل دوبلر (Doppler) لتدفق الدم يستهدف تنظيم الخلل في نظام الاستجابة الأساسي، حيث يمكن أن يكون ذلك آلية لتحريك أعراض الألم. يتطلب الإرتجاع البيولوجي المحدد أدوات تقنية عالية التخصص. يتكون بروتوكول تدريب الإرتجاع البيولوجي للصداع من 12 جلسة أو أكثر مع تمارين يومية (Symvoulakis et al., 2007, p. 233).

خلاصة الفصل:

الألم المزمن هو تجربة حسية وعاطفية غير سارة، تتعلق بإصابة النسيج الحي، تتطور لأكثر من 3 إلى 6 أشهر، يتكون من أربع مكونات تتمثل في: مكون جسدي، مكون انفعالي عاطفي، مكون معرفي ومكون سلوكي، يعتبر الصداع النصفي أحد أنواعه والذي يتمثل في ألم في أحد جانبي الرأس يدوم من أربع إلى اثنتين وسبعين ساعة من مظاهره القوي والغثيان وتغير في الاحساسات كالرؤية، الأصوات الروائح، تبلغ نسبة انتشاره في العالم حوالي (14%). وحسب التصنيفات العلمية ينقسم الصداع النصفي إلى نوعين رئيسيين: صداع نصفي بهالة أو بدون هالة.

كما قامت عدة نظريات بيولوجية ونفسية واجتماعية بتفسيره وشرح آلية حدوثه، كما تمر آلية حدوثه بأربعة مراحل تبدأ بمؤشرات دالة على الصداع ثم مرحلة النسمة تليها الصداع وتنتهي بانحلال الصداع، وتعد العوامل البيولوجية والوراثية من مسبباته كما تعمل العوامل النفسية، المناخ، الأطعمة، تغير في الأنشطة، العوامل الهرمونية على تحفيزه وإثارة نوبته، وللتخفيف من نوباته تعتبر العلاجات النفسية كالإسترخاء، العلاجات السلوكية المعرفية، الإرتجاع البيولوجي والتتويم فعالة لذلك.

وللصداع النصفي علاقة بالعوامل والخصائص النفسية التي سوف نتطرق إليها بالتفصيل في الفصل الموالي.

الفصل الثالث

الإضطرابات النفسية

تمهيد

- تعريف الإضطرابات النفسية
- معايير الإضطرابات النفسية
- تصنيف الإضطرابات النفسية
- أسباب الإضطرابات النفسية
- انتشار الإضطرابات النفسية
- الإضطرابات النفسية والصداع النصفي

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن انعكاس كل من الجانبين النفسي والعضوي كليهما على الآخر شغل تفكير العديد من الباحثين، وكان نصب اهتمامهم، فحاولوا الكشف عن طبيعة هذه العلاقة من خلال القيام بالعديد من الأبحاث، والصداع النصفي كأحد الأمراض العضوية لا يخلو من انعكاس الجانب النفسي عليه وتأثيره هو كذلك على الجانب النفسي والإنفعالي للفرد، وهذا ما سوف نتناوله بالتفصيل في هذا الفصل من خلال التطرق إلى تعريف الاضطرابات النفسية ومعايير تحديدها، تصنيفها ثم أسبابها وعوامل حدوثها ونسب انتشارها في العالم، كذلك العلاقة بين هذه الاضطرابات النفسية ومرض الصداع النصفي وسمات الشخصية المميزة للمصابين بهذا المرض.

1- تعريف الاضطرابات النفسية Mental Disorders:

يعني الإضطراب (Disorder) وفقاً لموسوعة علم النفس والتحليل النفسي (1993): "إن الإضطراب (بصفة عامة) يعنى لغويا الفساد أو الضعف أو الخلل، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة، وكذلك في علم الطب النفسي، وهو يطلق على الإضطرابات التي تصيب الجوانب المختلفة من الشخصية، أي أن هذا الإضطراب يعني مجموعة من الأمراض تعكس سوء توافق الفرد .. ولذا سوف نجد العديد من المفاهيم التي تعكس أنواعاً متعددة من الإضطرابات مثل: إضطراب الإدراك (Imperception)، وإضطراب الشخصية (Personality Disorder) وإضطرابات الجسم (Somatic Disorders) وغيرها من صور الإضطراب" (غانم، 2015، ص ص. 17-18).

عرف كريم (1995) الإضطراب النفسي بأنه: "سلوك غير مقبول يقوم به الفرد لكي يشبع حاجته للانتماء وإحساسه بقيمته" (أبو الديار، 2014، ص. 136).

كما عرف سري (2000) الإضطرابات النفسية على أنها: "إضطراب وظيفي في الشخصية، تنشأ عنه أعراض نفسية وجسمية واجتماعية، ويبدو في شكل سلوك مرضي يعوق التوافق النفسي" (صالح، 2014، ص. 55).

ووفقا للخاني الاضطرابات النفسية هي: " مجموعة معينة من الأعراض النفسانية العصابية أو الذهانية ذات صفات تدل على تشخيص معين له تصنيف في كل من التصنيفين الدولي العاشر، والأمريكي الرابع" (الوناس، 2016، ص. 197).

أشار مصطلح الاضطراب في التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية (CIM10) إلى: "وجود مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي تكون محددة عياديا، ويشمل في معظم الحالات على مشاعر الضيق واضطراب في الوظائف الشخصية" (أبو الديار، 2017، ص. 108).

ووفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) عام 1990 للاضطرابات العقلية هي: "مجموعة أعراض سلوكية أو نفسية، عياديا تكون ذات معنى، تطرأ على شخص ما، وبصاحبها عادة ضيق ملازم، ومهما يكون أصل هذه الاضطرابات، فإنها تعد كمظاهر لاختلال وظيفة سلوكية نفسية أو بيولوجية للشخص" (أبو الديار، 2017، ص. 108).

حسب الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM V, 2013) الاضطراب النفسي على أنه متلازمة تتميز ب: "اضطراب ذو معنى إكلينيكي، اضطراب في معارف الفرد أو تنظيم المشاعر أو السلوك، الذي يعكس وجود خلل في العمليات النفسية أو البيولوجية أو النمائية الكامنة في الأداء العقلي".

2- معايير الاضطرابات النفسية:

لتمييز السلوك السوي عن الشاذ الذي يميز الاضطراب النفسي يعتمد الباحثون على عدة معايير هي، كالآتي:

المعيار الاجتماعي الثقافي: يشير التوافق مع ما يتوفر في المجتمع للأسوياء، حيث يتخذ من القيم والنظم الاجتماعية والثقافية أساسا للحكم، وعلى هذا الأساس يعتبر كل ما لا يتفق مع ما يتوقعه المجتمع من أساليب سلوكية غير سوي. فما تعتبره بعض المجتمعات سوءا، ينظر إليه في مجتمع آخر على أنه نوع من الشذوذ، وما يعتبر عاديا في ثقافة قد لا يعتبر عاديا في ثقافة أخرى، وعليه ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار السلوك ذاته في إطاره الاجتماعي الثقافي (حافزي، 2016، ص. 13).

المعيار الذاتي: الذي يعتمد على الأطر المرجعية للفرد، بمعنى الحكم على أنفسنا اعتماداً على القناعات الشخصية، والسلوك السوي يكون ملائماً مع رغباتنا، وما نعتقد صحياً، بينما الشاذ يكون نقيض ذلك (فوزيل، 2018، ص. 7).

المعيار الطبي البيولوجي: يحدد هذا المعيار أن السلوك غير السوي ناجم عن خلل في الجهاز العصبي لجسم الإنسان، فإصابة جزء معين من الدماغ، أو ظهور نشاط غير طبيعي في تراكيبه قد يسبب السلوك غير السوي، وبذلك ترجع الاضطرابات السلوكية والإنفعالية إلى أسباب باثولوجية مرضية (صالح، 2014، ص. 54).

المعيار المثالي: وفق هذا المعيار فإننا نطلق على الشخص بأنه سوي كلما اتفق سلوكه مع المثل الأعلى، ونطلق على الشخص بأنه شاذ كلما كان سلوكه غير متفق وبعيداً عن المثل الأعلى، إلا أن أهم ما يؤخذ على هذا المعيار أن الشيء المثالي أمر لا وجود له في الثقافة التي يعيش فيها الإنسان، ويعتبر هذا المعيار تطرفاً في تحديد السواء وإن كان هناك اتفاق جماعي على أن ارتفاع مستوى الجمال وارتفاع مستوى الذكاء يعتبر مثالية، ومن الناحية العملية نجد أن الأخذ بهذا المعيار يحيل أفراد الثقافة - باستثناء قلة - إلى أفراد غير أسوياء (دايلي، 2018، ص. 180).

المعيار الإحصائي: يمثل هذا المعيار منهجاً رياضياً، والمعيار هنا يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع ممثلاً للصحة النفسية. في حين يمثل الانحراف عن هذا المتوسط اضطراب السلوك، وأقرب ما يرشدنا إلى ذلك منحى التوزيع الاعتدالي الذي يوضح لنا أن ما يقرب ثلثي الأشخاص يجتمعون في منتصف المنحى، ويمثلون من وجهة النظر الإحصائية الأسوياء، والحالات التي تقع على جانبي منتصف هذا المنحى، الشواذ أو المضطربون سلوكياً (صالح، 2014، ص. 55).

المعيار البيولوجي - النفسي - الاجتماعي (الشمولي):

يعد هذا المعيار شمولياً في تحديد الصحة النفسية والاضطراب النفسي، إذ يرى أن الصحة النفسية والسلوك غير السوي يتحددان من خلال:

- الاستعداد الجسدي للإصابة بالاضطراب السلوكي والإنفعالي، وخبرات المرض التي يعيشها الفرد في حياته.

- الاستعداد النفسي من خلال ما يحمله الفرد من إمكانيات وقدرات عقلية، نوع المزاج، فضلا عن أفكاره ومعتقداته التي يؤمن بها، وطريقته في حل المشكلات واجتياز العقبات.
 - العامل الاجتماعي، ويتحدد من خلال العلاقات الاجتماعية العائلية ونوعها، والصداقات التي يعقدها الفرد مع الآخرين.
- وبذلك يتحدد الإضطراب السلوكي بتفاعل العوامل السابقة (صالح، 2014، ص ص. 55-56).

3- تصنيف الإضطرابات النفسية:

تتجلى أهمية التصنيف في مجال علم النفس المرضي حسب قول كاتل (Catell): "إن علم الأمراض يسبق بالضرورة العلم بأسبابها، فقبل أن يطلب منا البحث عن سبب خلل أو إضطراب وظيفي، لا بد أن يكون قد سبق لنا عزل هذا الخلل أو الإضطراب والتعرف عليه وتمييزه عن غيره، مما يختلف معه في أعراضه" (موسوعة علم النفس للتربية والتعليم، 2001، ص. 66)

التصنيف في علم الصحة النفسية هو إدخال نوع من النظام والترتيب على مجموعة من الإضطرابات النفسية ووضعها في فئات، بحيث يتيسر التعامل معها والتقليل من تعقدها مما يسمح لنا بمزيد من الفهم، والتصنيف هو مجرد وضع كنية أو اسم للمرض الذي نشعر بوجوده سريريا رغم عدم معرفتنا بأسبابه. إنه خطوة أولى من أجل فهم الإضطرابات وبحث أسبابها ووضع خطة لعلاجها، لذلك فإن أهداف التصنيف، هي:

- اختزال الأوصاف السلوكية
- توحيد مصطلحات يفترض اتسامها بالثبات، وتيسير التواصل بين الإكلينيكين في البحوث والممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية
- إنه عمل أساسي للبحث في الوبائيات لتحديد الفروق في تواتر الإضطرابات العقلية عبر الثقافات والأعراق والطبقات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة
- وصف أوجه الشبه والاختلاف الهامة بين المرضى السيكاتريين، بحيث يؤدي معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يحتمل ظهورها لدى المريض (صالح، 2014، ص. 110).

3-1- تطور نظام تصنيف الاضطرابات النفسية:

تجدر الإشارة أن أول شخص طور نظام تصنيف شامل للاضطرابات النفسية هو الطبيب النفسي الألماني إميل كريبلين (Emil Kraepelin) (ديفي، 2016/2014، ص. 105)، حيث قام كريبلين بتسمية فئات معينة، مثل ذهان الهوس الإكتئابي (Manic-Depressive Psychosis) والخرف المبكر (Praecox Dementia)، والتي تتقارب مع الاضطراب ثنائي القطب والفصام على الترتيب (بومرانتز، 2017، ص. 208)، ثم ظهر أول نظام شامل لتصنيف الأمراض النفسية والعقلية طورته منظمة الصحة العالمية، والتي أضافت الاضطرابات النفسية للقائمة العالمية التي تؤدي إلى أسباب الموت (International Classification of Diseases (ICD) عام (1939)، إلا أن الجزء الخاص بالاضطرابات النفسية والعقلية لم يكن مقبولا بشكل كبير (ديفي، 2016/ 2014، ص. 104)، تم نشر أول دليل تشخيصي إحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-I) للجمعية الأمريكية للطب النفسي، عام (1952)، وتبعه (DSM-II) عام (1968) هذان الإصداران كانا متشابهان جدا في الواقع، واحتوى الإصداران على ثلاث فئات واسعة للاضطرابات: الذهان (Psychoses)، والعصاب (Neuroses)، واضطرابات الشخصية (Personality Disorder)، وتجدر الإشارة إلى أن تعريفات الاضطرابات في الإصدارين (I,II) لم تكن ذات أساس علمي أو تجريبي، وكانت لغة الإصدارين تحليلية، في عام (1980) تم إصدار الدليل التشخيصي الثالث (DSM III) والذي اعتمد على بيانات تجريبية لتعريف الاضطرابات وتحديدها، كما قام بإسقاط أي ولاء لنظرية معينة (بومرانتز، 2018/2017، ص ص. 209-210)، وأحدث نسخة للدليل التشخيصي والإحصائي الخامسة (DSM-V) التي صدرت عام (2013)، بينما توالى إصدارات التصنيف العالمي للأمراض إلى آخر نسخة (ICD-11)، وتم تأكيد وجود بعض الاتساق بين التشخيصات المختلفة للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM) مع التصنيف العالمي للأمراض (ICD) (ديفي، 2016/2014، ص. 106).

3-2- تصنيف الاضطرابات النفسية حسب DSM V:

صنفت الاضطرابات في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس على النحو التالي:

- اضطرابات النمو العصبي (Neurodevelopmental disorders)
- الطيف الفصامي واضطرابات ذهانية أخرى (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders)

- الإضطراب ثنائي القطب وإضطرابات ذات صلة (Bipolar and Related Disorders)
- الإضطرابات الاكتئابية (Depressive Disorders)
- إضطرابات القلق (Anxiety Disorders)
- الوسواس القهري والإضطرابات ذات الصلة (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)
- إضطرابات الصدمة، وما يرتبط بها من إضطرابات الضغوط (Trauma- and Stressor-Related Disorders)
- الإضطرابات الانشقاقية (Dissociative Disorders)
- العرض الجسدي والإضطرابات ذات الصلة (Somatic Symptom and Related Disorders)
- إضطرابات التغذية والاكل (Feeding and Eating Disorders)
- إضطرابات الإخراج (Elimination Disorders)
- إضطرابات النوم واليقظة (Sleep-Wake Disorders)
- اختلالات الوظيفة الجنسية (Sexual Dysfunctions)
- الانزعاج من النوع الاجتماعي (Gender Dysphoria)
- إضطرابات التدمير وضبط الاندفاعات وإضطرابات السلوك (Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders)
- الإضطرابات المرتبطة بسوء استخدام المواد والإدمان (Substance-Related and Addictive Disorders)
- الإضطرابات العصبية-المعرفية (Neurocognitive Disorders)
- إضطرابات الشخصية (Personality Disorders)
- إضطرابات الولع الجنسي (Paraphilic Disorders)
- إضطرابات أخرى (Other Mental Disorders)

- إضطرابات حركية ناتجة عن الأدوية، وآثار أخرى جانبية غير مرغوبة للأدوية (Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of Medication)

4- أسباب الإضطرابات النفسية:

تنقسم أسباب الإضطرابات النفسية إلى:

1- الأسباب الأصلية أو المهيئة: هي الأسباب غير المباشرة التي تمهد لحدوث الإضطرابات، وهي ترشح الفرد وتجعله عرضة لظهور الإضطراب النفسي، إذا ما طرأ سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور الإضطراب، ومن أمثلة الأسباب الأصلية أو المهيئة:

- العيوب الوراثية.
- الإضطرابات الجسمية.
- الخبرات الأليمة، خاصة في مرحلة الطفولة.
- إتهيار الوضع الاجتماعي (الزهران، 2005، ص. 108).

2- الأسباب المساعدة أو المرسبة: هي تلك الأسباب المباشرة والأحداث الأخيرة السابقة للإضطراب النفسي، أي أنها تفجر الإضطراب ولا تخلقه، ومن أمثلتها:

- الأزمات والصدمات، كالأزمات الاقتصادية، والصدمات الإنفعالية.
- المراحل الحرجة في حياة الفرد مثل: سن البلوغ، سن الشيخوخة، عند الزواج، الإنجاب، الانتقال من بيئة إلى أخرى، أو من نمط حياة إلى أخرى (سليمان، 2008، ص. 81).

3- الأسباب النفسية: هي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي، وتتعلق بالنمو النفسي المضطرب، خاصة في الطفولة وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد وإضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية، من أهم الأسباب:

- الصراع.
- الحرمان.
- العدوان.
- الحيل الدفاعية غير التوافقية.

- الخبرات البيئية الصادمة.
- عدم النضج الإنفعالي.
- العادات غير الصحية.
- الإصابة السابقة بالاضطراب النفسي (الزهران، 2005، ص. 108).
- 4- الأسباب البيئية الخارجية: وهي تلك التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي، ومن أمثلتها:
 - إضطراب العوامل الحضارية والثقافية.
 - إضطراب التنشئة الاجتماعية في الأسرة والمدرسة والمجتمع (علي، 2010، ص. 44).
- 5- الأسباب الحيوية: وهي في جملتها الأسباب الجسمية أو العضوية التي تطرأ في تاريخ نمو الفرد (سليمان، 2008، ص. 71)، ومن أمثلتها:
 - أ- الإضطرابات الوراثية: يعتقد علماء النفس أن شخصية كل فرد تتضمن تركيبه الجسدي، إذ يرون أن العديد من سمات الشخصية ولاسيما ذات التركيب البيولوجي قد ورثت من الجينات الأصلية والمنقولة إليهم من الآباء والأسلاف، ونتيجة لهذا النقل تظهر سمات الشخصية الكثيرة لدى العديد من الناس على الرغم من أننا نتشارك مع الأشخاص الآخرين في أنحاء العالم (صالح، 2014، ص. 85)، وهناك بعض الإضطرابات النفسية والعقلية يحتمل أن يكون للوراثة دور فيها، وهي: الفصام ذهان الهوس والإكتئاب، الضعف العقلي، الصرع (علي، 2010، ص. 49)، نصف الحالات التي تعاني من الهلع، نجد أن أحد أقاربه يعاني من الهلع (القرني وآخرون، 2016، ص. 103).
 - ب- الإضطرابات الفسيولوجية: قد تغلب الأسباب الفسيولوجية وتسود، ويكون تأثيرها مباشراً، وبذلك يسمى الإضطراب النفسي فسيولوجي المنشأ، ومن أهمها:
 - خلل أجهزة الجسم.
 - التغير الفسيولوجي في مراحل النمو المختلفة، وأهم مظاهره: البلوغ الجنسي، الزواج (الحالة الزوجية) (كالعنوسة، عدم الإشباع النفسي الجنسي، الانفصال، الطلاق)، الحمل والولادة، سن القعود الشيخوخة (الزهران، 2005، ص. 109-110).

ج- إضطرابات البنية والتكوين:

يقصد بها البناء الحيوي للفرد: وهي عبارة عن المعادلة النفسية الجسمية للتنظيم الفردي، وتشمل الخصائص الفطرية للفرد وخبراته البيئية المبكرة، وتتأثر البنية أو التكوين بالوراثة وتعديل عن طريق المؤثرات البيئية في مسار النمو، وبالتأكيد لا ينفرد التكوين في تسبب الإضطراب النفسي بل يشترك مع غيره من العوامل المسببة المهيئة والمرسبة، ومن الأسباب التكوينية: -إضطراب النمط الجسمي.

- إضطراب المزاج (علي، 2010، ص ص. 45-56).

- الغدد.

د- العوامل العضوية: يعتقد بعض الباحثين أن بعض الإضطرابات النفسية تحدث بسبب عوامل عضوية، مثل: التغيرات الفيزيائية أو الكيميائية التي تكفي لإحداث إضطراب عضوي، وبالتالي تفسح المجال لردود أفعال مرضية، وفيما يلي أهم العوامل العضوية المسببة لإضطرابات نفسية:

- الأمراض.

- التسمم.

- الإصابات.

- العاهات والعيوب والتشوهات الجسمية (الزهران، 2005، ص. 113).

هـ- أسباب حيوية أخرى:

- مراحل السن الحرجة.

- ظروف العمل القاسية (علي، 2010، ص. 103).

عوامل أخرى:

-العمر.

- الجنس: نجد أن مرضى الإكتئاب عادة ما يكون نسبة ثلاثة للإناث، إلى اثنين للذكور.

- السلالة.

- الطبقة الاجتماعية (عبد الله، 2000، ص ص. 133-134).

5- انتشار الاضطرابات النفسية:

تنتشر الإصابة بالاضطرابات النفسية في كل مكان على وجه الأرض، فعلى مستوى العالم يعاني أكثر من شخص من بين ثلاثة أشخاص في معظم الدول أحد أنواع الاضطرابات النفسية على الأقل في مرحلة من حياتهم (أبو الديار، 2017، ص ص. 113-114).

كما ذكرت منظمة الصحة العالمية (نوفمبر 2019) أن الإكتئاب يعتبر من الاضطرابات النفسية الشائعة، وأحد الأسباب الرئيسية للعجز في جميع أنحاء العالم. فعلى الصعيد العالمي يعاني ما يقدر بنحو (400) مليون شخص من جميع الأعمار من الإكتئاب. ويتأثر عدد أكبر من النساء بالإكتئاب مقارنة بالرجال. كما يؤثر إضطراب ثنائي القطب على حوالي (60) مليون شخص على مستوى العالم، و الفصام الذي يؤثر على نحو (21) مليون شخص على مستوى العالم.

أشار المعهد الأمريكي لمركز موارد معلومات الصحة العقلية (The National Institute of Mental Health Information Resource Center [NIH], 2021) أن واحدا من كل خمسة بالغين في الولايات المتحدة يعاني من مرض عقلي (51.5 مليون في عام 2019).

بينما على مستوى الوطن العربي نجد إحصائيات قليلة لانتشار الاضطرابات النفسية، في دراسة بلبنان، كرم وآخرون (Karam et al., 2006) أشارت نتائجها أن (17%) من أفراد العينة استوفوا معايير إضطراب نفسي واحد على الأقل لمدة 12 شهرا، حيث (27%) منهم صنفوا على أنه إضطراب خطير و(36%) إضطراب متوسط، كما كشف المسح السعودي للصحة النفسية، أن (34%) من السعوديين شخصوا بإضطراب في الصحة النفسية في أحد الأوقات، ومعدل انتشار إضطرابات الصحة النفسية بين الشباب السعودي للفئة العمرية (25-34) يمثل (40%)، وكان توزيع نسب الاضطرابات كالتالي: (11.9%) إضطرابات قلق الانفصال، (8%) إضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة، (6%) الإضطراب الإكتئابي الرئيسي، (5.6%) الرهاب الاجتماعي، (4.1%) إضطراب الوسواس القهري (3.4%) إضطراب الكرب ما بعد الصدمة، (3.3%) الإضطراب الانفجاري المتقطع، (3.3%) إضطراب نهم الطعام، (3.2%) إضطراب ثنائي القطب الأول والثاني، (2.9%) النهام العصبي، (2.7%) إساءة استخدام المخدرات، (2.3%) رهاب الخلاء غير مصحوب بذعر، (1.9%) إضطراب القلق المعمم

(1.7%) اضطراب السلوك، (1.6%) اضطرابات الهلع، (0.8%) إدمان المخدرات (التويزري وآخرون، 2019 ص ص. 18، 20، 21).

وفي دراسة لـ أحمد وآخرين (2018) بالسودان، أظهرت أن (73.9%) من المرضى بالاضطرابات النفسية في السودان هم من فصيلة اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهنية الأخرى بعدد (2568 مريضاً، وبنسبة 26.5%)، يأتي في المرتبة الثانية مرضى ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بعدد (2505 وبنسبة 25.8 %) وأخيراً مرضى الاضطرابات الاكتئابية بعدد (2093، ونسبة 21.6%).

6- الاضطرابات النفسية والصداع النصفي:

صنف الألم في الدليل التشخيصي الرابع (DSM IV) ضمن فئة اضطراب الألم (Pain Disorder)، فاحتوى هذا الأخير على المعايير التشخيصية التالية:

- يجسد بالألم في مكان واحد أو أكثر من الجسم المرض الإكلينيكي الرئيسي، على أن تستدعي شدته تدخل الطبيب.
- يؤدي الألم معاناة ملحوظة أو يعوق الوظائف الاجتماعية والمهنية، أو وظائف أخرى مهمة.
- تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره.
- يشترط ألا يكون العرض أو القصور متعمداً أو مصطنعاً، كما يحدث في الاضطرابات المصطنعة والتمازج.
- يشترط ألا يكون الألم نتيجة لمرض نفسي آخر، مثل اضطراب الوجدان أو القلق، وألا تنطبق عليه معايير تشخيص ألم الجماع (غانم، 2006، ص. 198).

في عام 2013 استبدل الدليل التشخيصي الخامس (DSM V) هذا التشخيص "باضطراب الأعراض الجسدية" (Barfety-Servignat, 2018, p.354).

الصداع النصفي كأحد أنواع الألم المزمن لا يخلو من العوامل النفسية المصاحبة أو المسببة له، هناك مؤلفات وفيرة وقديمة تتعلق بوجود القلق واضطرابات الاكتئاب لدى المصابين بالصداع النصفي حسب مورش (Moersch, 1924): "الشكوى الأكثر شيوعاً هي اكتئاب معتدل مع اللامبالاة والنعاس والتعب ونقص الطاقة والقلق" (Annequin et al., 1998, p. 77).

أظهرت نتائج دراسة ماريكانفاس وآخرين (Merikangas et al., 1990) أن القلق واضطرابات المزاج أكثر شيوعاً لدى الأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي (الإكتئاب، الإضطراب ثنائي القطب، القلق العام، اضطرابات الهلع، الرهاب البسيط، الرهاب الاجتماعي)، كما تواجدت علامات الإكتئاب الجسيم والقلق معظم الوقت في دراستهم، والجدول (1) يوضح نسب الإحتمالات للإضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى الصداع النصفي حسب بعض الدراسات.

جدول 1:

نسب الاحتمالات للإضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى الصداع النصفي:

نسبة الإحتمالات (حسب كل دراسة بالترتيب)	الإضطرابات النفسية
2.2; 3.14	الإكتئاب الجسيم (Merikangas et al.,1990 ; Breslau et al., 2003)
2.9 ; 7.3	طيف ثنائي القطب (Merikangas et al.,1990 ; Breslau et al., 1991)
2.7	القلق (Merikangas et al., 1990)
3.0; 5.09	إضطراب ثنائي القطب (Merikangas et al.,1990 ;Breslau et al., 2001)
3.9; 5.3	إضطراب القلق العام (Merikangas et al.,1990 ;McWilliams et al., 2004)
2.4	رهاب الخلاء (Merikangas et al., 1990)

3.4	رهاب اجتماعي (Merikangas et al., 1990)
4.3	محاولة انتحار* (Breslau, 1992)
1.79; 2.4	أفكار انتحارية* (Breslau, 1992; Wang et al., 2009)

ملاحظة. *صداع بهالة فقط

المصدر (Wang, 2010, p. 4)

لتحديد العلاقة بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية يشير كل من ليبتون وسيلبرشتاين (Lipton et Silberstein) إلى ثلاث فرضيات :

أولاً- الاضطرابات النفسية سبب تطور الصداع النصفي: تكون الاضطرابات النفسية مسؤولة عن مختلف أشكال التعبير عن الصداع النصفي وعن توقيته في بعض الظروف.

ثانياً - الصداع النصفي هو سبب تطور الاضطرابات النفسية: في هذه الحالة فإن شدة ومدة نوبات الألم من شأنها أن تسهل تطور القلق أو الاكتئاب.

ثالثاً - تفسر العوامل المسببة والمحددة المشتركة حدوث الصداع النصفي والاضطرابات النفسية (Mikolajczak, 2013, p. 74).

هناك العديد من الدراسات والأبحاث التي تبنت الفرضية الأولى، حيث أنه لتحديد طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب والصداع النصفي، سعى ماريكانقاس (Merikangas, 1994) نقلا عن (Annequin et al., 1998, p. 80) من خلال المراقبة على مدى (8) سنوات إلى التسلسل الزمني لحدوث اضطرابات القلق، الاكتئاب، الصداع النصفي، في معظم الحالات يسبق ظهور اضطرابات القلق ظهور الصداع النصفي، الذي يسبق ظهور مرض الاكتئاب.

اقترح الباحثون أن الصداع النصفي مع القلق والإكتئاب قد تشكل متلازمة متميزة تشمل القلق والذي يظهر في كثير من الأحيان في مرحلة الطفولة المبكرة، يليها حدوث الصداع النصفي، ومن ثم نوبات منفصلة من الإضطراب والإكتئاب في سن الرشد (Wang et al., 2010, p. 4).

ذكرت دراسات كل من: (Merikangas et al., 1988; Merikangas and Angst, 1990) نقلا عن (Breslau et al., 1991) وجود ارتباط بين الصداع النصفي والإكتئاب الجسيم، وكذلك ذكرت دراسة ستيوارت، وآخرون (Stewart et al., 1989) نقلا عن (Breslau et al., 1991) وجود ارتباط بين الصداع النصفي وإضطراب الهلع، ونوبات الهلع، ومع ذلك من غير الواضح ما إذا كان الصداع النصفي يزيد من خطر الإصابة بالإكتئاب بشكل مستقل عن تواجد إضطرابات القلق.

قام بريسلاو وآخرون (Breslau et al., 1991) بدراسة لتحديد مدى انتشار الصداع النصفي ومخاطر الإصابة بالإضطرابات النفسية ومحاولات الإنتحار المرتبطة بها، درسوا عينة عشوائية من (1007) كان معدل انتشار الصداع النصفي (7%) عند الذكور، و(16.3%) لدى الإناث، كان الأفراد المصابون بالصداع النصفي في خطر متزايد للإصابة بالإضطرابات العاطفية والقلق والاعتماد على النيكوتين والكحول أو المخدرات، القلق المتواجد الذي سبق الصداع النصفي ارتبط بزيادة خطر الإصابة بالإكتئاب الجسيم، والأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي لديهم معدلات أعلى لمحاولات الإنتحار من الأفراد الذين لا يعانون من الصداع النصفي.

أما دراسة دنيدن للصحة والتنمية متعددة التخصصات (the Dunedin Study Health and Development Multidisciplinary) نقلا عن (Radat & Swendsen, 2005) ذكرت أن الأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي في سن (26) كانت إحتتمالات أن يكون إضطراب القلق في سن (18) أو (21) سنة لديهم مرتفعة، إضافة إلى أن نتائج المتابعة المتوقعة لمدة (13) عاما لدراسة (Epidemiologic Catchment Area Study, [ECA]) نقلا عن (Radat & Swendsen, 2005) أكدت أن تاريخا من إضطراب الرهاب كان تنبئيا بظهور الصداع النصفي، إلا أنهم لم يجدوا أن ظهور إضطراب الهلع يسبق بشكل منهجي الصداع النصفي.

على العكس من ذلك أثبتت الدراسات والأبحاث التي تبنت الفرضية الثانية أن الصداع النصفي سبب حدوث الإضطرابات النفسية، حيث أظهرت دراسة طولية أن وجود الصداع النصفي منذ سن

(15) عاما لدى الفرد سيضاعف خطر الإصابة باضطراب الإكتئاب أربع مرات، أما خطر الإصابة باضطراب القلق بالنسبة له يتضاعف من اثنين إلى ستة.

يضاف إلى ذلك أكدت الدراسات المنجزة على الأفراد الذين يترددون على المراكز المتخصصة نتائج مماثلة، حيث أن أغلبية هذه الدراسات حددت أن الاضطرابات النفسية، وخاصة الإكتئاب الجسيم والقلق، تكون أكثر تكرارا لدى الأفراد الذين يعانون من الصداع مهما كان نوع الصداع، أين كان (50%) من بين مرضى الصداع النصفي لديهم أعراض قلق، و(20%) أعراض اكتئاب (Rousseau-Salvador, 2013, pp. 29-30).

كما تم إثبات أن اضطرابات القلق والمزاج هي أهم الاضطرابات المصاحبة والمرتبطة بالصداع النصفي، حيث ذكرت الدراسات أن اضطرابات المزاج والقلق هي من مرتين إلى عشر مرات أكثر انتشارا في الصداع النصفي منه في عموم السكان (Peres et al., 2017, p. 1).

قام مارتين وآخرون (Martin et al., 1988) بفحص العلاقة بين الصداع (الصداع النصفي وصداع التوتر، والصداع المختلط)، واضطرابات المزاج على (63) فردا، أشارت النتائج إلى أن الصداع كان مرتبطا بالتأثير السلبي بشكل متساو تقريبا بالقلق والإكتئاب.

رغم الدراسات والأبحاث التي حاولت إثبات الفرضية الأولى والثانية، فإن الفرضية الثالثة قوبلت بمزيد من الدعم، أين نظرت الدراسات والأبحاث حول هذه الفرضية في القواعد البيولوجية التي يمكن أن تكون أصل الصداع النصفي والاضطرابات النفسية، فحسب بيروتك (Peroutka) وبريس (Price) وفيهويت (Wilhoit) وجونز (Jones) أن هناك علاقة بين مستقبلات الدوبامين والصداع النصفي مع هالة، والإكتئاب الجسيم واضطراب القلق العام، بينما حسب مؤلفين آخرين كالديكوت-هازارد مورغان دو ليون-جونز، أوفير ستريت، وجانوسكي (caldecott-hazard, morgan, De leon-Jones, overstreet & Janowsky) أن المستقبلات ومرسلات السيروتونين والكاتيكولامينات (Catécholamines) يسببون الصداع النصفي والعديد من الاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى ذلك فإن بعض مضادات الإكتئاب فعالة في الوقاية من الصداع النصفي وعلاجه، كذلك عند النساء يظهر الصداع النصفي واضطرابات المزاج في فترات الحيض، وبالتالي تكون مدعومة بالاختلافات الهرمونية المشتركة.

جميع الآليات البيولوجية العصبية المفسرة للاعتلال المشترك الصداع النصفي/الاضطرابات النفسية بعيدة كل البعد عن توضيح هذا الاعتلال المشترك، لم تظهر الدراسات بعد أي محدد جيني شائع بين الاضطرابات النفسية والصداع النصفي (Mikolajczak, 2013, pp.74-75).

هناك رأي رابع يجمع بين الفرضيتين الأولى والثانية، حيث تشير الأبحاث التي أجريت فيما يتعلق بالفرضيتين الأوليتين إلى وجود علاقة ذات اتجاهين بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية فحسب بريسلاو وآخرين (Breslau et al., 1994) خطر الاعتلال المشترك ثنائي الاتجاه بين الصداع النصفي واضطرابات الاكتئاب، وبالتالي يبدو من الصعب التفكير في أن روابط سببية بسيطة توحد الاضطرابات العاطفية والصداع النصفي، فالإكتئاب ليس على الأرجح نتيجة بسيطة لإحساس الألم المزمن (الصداع النصفي)، والصداع النصفي ليس نتيجة لإضطراب القلق المزمن (Annequin et al., 1998, p. 80)، وهذا ما تم تأكيده في ثلاث دراسات طولية لبريسلاو وآخرين (Breslau et al., 1995, 2001, 2003) تم التوصل فيها إلى وجود ارتباط ثنائي الاتجاه بين الصداع النصفي والاكتئاب، كما يوجد تفاعل متبادل سلبي بين الصداع النصفي والاكتئاب الجسيم، بمعنى أن الاكتئاب الجسيم يزيد من خطر الإصابة بالصداع النصفي، الصداع النصفي يؤدي إلى زيادة خطر اكتئاب جسيم (Rousseau-Salvador, 2013, p. 28)، رغم ذلك فإن اضطرابات الرهاب هي الوحيدة التي تنتبأ ببدء نوبة الصداع النصفي بطريقة أحادية الاتجاه (Mikolajczak, 2013, p. 74).

من خلال ما تم عرضه يتضح أن العلاقة بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية هي علاقة ارتباط ثنائية الاتجاه، بمعنى أن الاضطرابات النفسية تزيد من خطر الإصابة بالصداع النصفي، الصداع النصفي يؤدي إلى زيادة خطر الاضطرابات النفسية.

وفيما يلي عرض لأهم الاضطرابات النفسية المسببة أو المصاحبة للصداع النصفي، الجدول (2) يلخص الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى الصداع النصفي حسب دراسات مسحية:

جدول 2:

الإعتلال المصاحب لمرض الصداع النصفي في الدراسات المسحية

نسبة الخطر					الإضطراب المصاحب
Saunders et al.. 2008	Jette et al.. 2008	Swartz et al.. 2000	Breslau et al.. 1991	Merikangas et al.. 1990	
3.5%	2.3%	3.2%	4.3%	2.2%	إضطراب الإكتئاب الجسيم
3.9%	3.7%	7.3%	غير دال	2.9%	ثنائي القطب و I
–	–	غير دال	5.1%	غير دال	إضطراب الوسواس القهري
2.5%	–	غير دال	5.7%	3.3%	إضطراب القلق المعمم
3.6%	2.8%	–	–	5.3%	إضطراب الهلع
2.4%	2.3%	1.6%	2.6%	3.4%	رهاب اجتماعي
4.6%			2.2%		إدمان النيكوتين
1.6%	غير دال	غير دال	2.2%		الإضطرابات المرتبطة بسوء استخدام المواد
3.7%	3.1%	5.1%	6.6%	3.3%	أي إضطراب عقلي

ملاحظة. المصدر (Radat et al., 2011, p. 5)

6-1- الصداع النصفي والذهان:

تتوافق الإضطرابات الذهانية مع متلازمات الصداع، حيث أظهرت نتائج أبحاث ارتبط فيها انفصام الشخصية بانخفاض معدل حدوث الصداع، فضلا عن إضطرابات الألم الأخرى، وغالبا ما يعاني هؤلاء الأفراد من ضعف في الوعي بالأحداث الجسدية بشكل عام، بالإضافة إلى ضعف الإستجابة العاطفية للألم، ومع ذلك عارض بعض الباحثين ذلك، وذكروا أن مرضى الفصام لديهم

شكاوى أكثر من الصداع المتكرر والصداع لفترات أطول من المجموعة الضابطة (Green, 2011, p. 70).

غالبا ما يسبب الصداع النصفي هلوسات بصرية بسيطة، ولكن قد تحدث الهلوسة البصرية المعقدة في الصداع النصفي القاعدي، والصداع النصفي الفالجي العائلي، على عكس الهلوسة في الصداع النصفي بهالة، تظهر الهلوسة البصرية المعقدة في الصداع النصفي القاعدي في مرحلة متأخرة من النوبة (Lana-Peixoto, 2014, p. 332).

في دراسة لشافرنيف (Chaverneff, 2016) كانت الهلوسة السمعية تتكون في الغالب من رنين (40%)، وطنين (6%)، وموسيقى (5%) لدى أفراد العينة. بينما كانت الهلوسة الذوقية هي الأقل شيوعا حيث كانت غالبية الهلوسة من نوع الأذواق غير السارة (83%)، مع (12%) من طعم الدم، و(5%) من الأذواق المرتبطة بالطعام، معظم هذه الهلوسات كانت مصحوبة بنوبات الصداع النصفي.

6-2- الصداع النصفي وإضطراب ثنائي القطب:

إن مرضى ثنائي القطب الثاني لديهم خطر أعلى للإصابة بالصداع النصفي من مرضى ثنائي القطب الأول، في دراسة أجراها أورتيث وزملاؤه (Ortiz et al., 2010) والتي ميزت مرضى ثنائي القطب الأول من مرضى ثنائي القطب الثاني، كان ارتفاع معدل انتشار الصداع النصفي عند مرضى ثنائي القطب الثاني واضحا، ووجد الصداع النصفي في (24.5%) من جميع حالات إضطراب القطبين، كما كان لدى الذين يعانون من إضطراب ثنائي القطب الثاني معدل انتشار أعلى (34.8%) للصداع النصفي مقارنة بمن يعانون من إضطراب ثنائي القطب الأحادي (19.1%)، وهذا ما أكدته دراسة لفاسمر وأوديجارد (Fasmer & Oedegaard, 2002) أين كان الصداع النصفي أكثر انتشارا في مجموعة إضطراب ثنائي القطب الثاني مقارنة بمجموعة إضطراب ثنائي القطب الأحادي، حيث كان (82%) من مرضى إضطراب ثنائي القطب الثاني مصابون بالصداع النصفي، بينما كان (27%) من مرضى إضطراب ثنائي القطب الأحادي مصابون به.

6-3- الصداع النصفي والإضطرابات الإكتئابية:

لقد أكدت الدراسات السريرية والمسحية للصداع النصفي أن هناك زيادة ضعفين إلى أربعة أضعاف لإضطرابات المزاج لدى الأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي مقارنة مع أولئك الذين لا يعانون من الصداع النصفي، وهذا ما يظهر حسب نتائج الدراسات التي تم عرضها في الجدول رقم

(2)، كما قد يؤدي الصداع النصفي أيضا إلى اكتئاب أكثر حدة حيث أن خطر الانتحار أكبر لدى مرضى الصداع النصفي منه لدى مرضى غير الصداع النصفي حتى بعد السيطرة على وجود الاكتئاب (Radat et al., 2011, p. 2).

كما قام ماريكانقاس وآخرون (Merikangas et al., 1990) بدراسة على الشباب البالغين قيموا خلالها انتشار الاضطرابات النفسية المصاحبة لدى الأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي، أظهرت هذه الدراسة وجود علاقة قوية بين الصداع النصفي والاكتئاب، وأكدت دراسة من قبل بريسلو وآخرون (Breslau et al., 2003) نفس النتائج المتمثلة في أن الاكتئاب الجسيم رفع من خطر الإصابة بالصداع النصفي، الصداع النصفي زاد من خطر الإصابة بالاكتئاب الجسيم، وبيّنت دراسة أموزيغار وآخرون (Amoozegar et al., 2017) أن مرضى الصداع النصفي الذين يحضرون عيادة الصداع يعانون من انتشار كبير للاكتئاب، كما قام أيبيل (Ayele, 2018) بدراسة على عينة من (70) مريضا بالصداع النصفي كان إضطراب الاكتئاب مرتفع في هذه المجموعة بنسبة (41.4%).

6-4- الصداع النصفي وإضطراب القلق:

قد يكون لإضطرابات القلق ارتباطا أقوى بالصداع النصفي من إضطرابات الاكتئاب، حيث أن هناك خطر متزايد من اثنين إلى ستة أضعاف لإضطرابات القلق وكذلك الأنواع الفرعية منها بين المصابين بالصداع النصفي مقارنة مع أولئك الذين ليسوا مصابين بالصداع النصفي، فيما يتعلق بالأنواع الفرعية المحددة لإضطرابات القلق، إن نوبات الهلع وإضطراب الهلع أقوى ارتباطا بالصداع النصفي، تليها إضطرابات الرهاب وإضطراب القلق العام (Radat & Swendsen, 2005, p. 3)، وهذا ما هو موضح بالجدول (2)، كما تشير الدراسات المجراة على مرضى الصداع النصفي إلى أن خطر الإصابة بإضطراب الهلع هو من (3) إلى (5) مرات أعلى من خطر الإصابة بإضطراب الرهاب الذي هو أكثر من مرتين، كما أن المعاناة من القلق المعمم هي من (4) إلى (5) مرات، والمعاناة من الضغط التالي للصدمة هي (4) مرات (Radat, 2011, pp. 51-52).

لوحظ تواتر مرتفع من إضطرابات الهلع لدى مرضى الصداع النصفي والعكس صحيح، وهذا ما أكدته دراسة تعتمد على السكان هدفت لتقييم العلاقة الزمنية للصداع النصفي وإضطراب الهلع من قبل بريسلو وآخرين (Breslau et al., 2001)، تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن تواتر مرتفع من إضطراب الهلع لم يكن على وجه التحديد لدى مرضى الصداع النصفي ولكن أيضا في حالات الصداع الشديد

الأخرى، كذلك وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين الصداع وإضطراب الهلع مع اتجاه أقوى للصداع، كما قام ستيوارت وكول (Stewart et coll., 1989) نقلا عن (Annequin et al., 1998) بدراسة على عينة من (10000) شخص من عموم السكان الذين تم سؤالهم عبر الهاتف، لاحظوا أنه عند المصابين بالصداع النصفي خطر الإصابة بإضطراب الهلع بدرجة مرتفعة.

لفحص العلاقة بين الصداع النصفي وإضطراب القلق قام سيناراتني وآخرون (Senaratne et al., 2010) بدراسة على عينة من مرضى الصداع النصفي، كانت شدة أعراض إضطراب القلق أعلى بشكل ملحوظ لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون من الصداع النصفي.

5-6- الصداع النصفي والوسواس القهري:

تمت الإشارة لوجود إضطراب الوسواس في الوصف العيادي للأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي، ولكن القليل من الدراسات قيمت هذا بشكل منهجي (Radat & Swendsen, 2005, p. 3) يظهر من خلال الجدول رقم (2) وجود ارتباط بين الصداع النصفي وإضطراب الوسواس القهري حسب دراسة بريسلو وآخرين (Breslau et al., 1991) ولا يوجد ارتباط بين الصداع النصفي وإضطراب الوسواس القهري في باقي الدراسات.

بينما دراسة لـ كولوال وروهيوال (Koolwal & Rohiwal, 2018) أظهرت أن معظم عينات مرضى الصداع النصفي مع الهالة لديهم إضطراب وسواس قهري، والأعراض القهرية التي ظهرت على أفراد العينة هي وسواس التلوث وقهرية التنظيف، وهذا ما أكدته دراسة لدين وآخرين (Dinn et al., 2005) حيث وجدوا أن الصداع النصفي كان مرتبطا بدرجات عالية على مقاييس الوسواس القهري وأعراض الإكتئاب.

6-6- الصداع النصفي وإضطرابات الصدمة:

ينتشر الصداع النصفي وإضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء أكثر بثلاث مرات من الرجال، الذي قد يكون بسبب ارتفاع معدلات الصدمات الشخصية (على سبيل المثال، الإعتداء الجسدي والجنسي) الذي يحدث عند النساء بالمقارنة مع الرجال (Peterlin et al., 2011, p. 860).

هذا ما بينته نتائج دراسة لفولرطومسون وآخرين (Fuller-Thomson et al., 2010) ارتباط بين الإيذاء الجسدي في مرحلة الطفولة والصداع النصفي، حيث كان معدل انتشار الصداع النصفي أعلى مرتين تقريباً بالنسبة لأولئك الذين أبلغوا عن تعرضهم للإيذاء البدني في مرحلة الطفولة مقارنة بمن لم يتعرضوا له (17.9% مقابل 8.8%).

كما توصلت دراسة لفريدمان وآخرين (Friedman et al., 2017) إلى أنه هناك زيادة احتمالات الإصابة بإضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) عند النساء المصابات بالصداع النصفي بمقدار ضعفين تقريباً مقارنة بالنساء غير المصابات بالصداع النصفي.

6-7- الصداع النصفي والعرض الجسدي:

وجد الباحثون أن المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي يظهرون درجة مرتفعة من الشكاوى الجسدية والإكتئاب والقلق (Antonaci et al., 2011, p. 118)، ففي دراسة لميزيلز وبورشيت (Maizels & Burchette, 2004) على عينة قوامها (289) من مرضى الصداع النصفي المزمن والصداع اليومي المزمن والصداع النصفي العرضي، أظهرت النتائج أن الأعراض الجسدية المصاحبة أكثر شيوعاً لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي المزمن والصداع اليومي المزمن، وهذا ما أكدته دراسة يافوز وآخرون (Yavuz et al., 2013) التي توصلت إلى أن درجات تضخيم الجسدية الحسية كانت أعلى بكثير في الصداع النصفي مما كانت عليه لدى غير المصابين بالصداع النصفي.

بالنسبة لإضطرابات الهستيريا وصف طبيب الأعصاب الفرنسي بابينسكي (Babinski) في عام (1890) أربع حالات من الصداع بهالة بصرية وإضطراب هستيري بأنها صداع نصفي بهالة بصرية هستيرية (Hysterical Ophthalmic Migraine) (García-Albea, 2012, p. 125)، كما تحدث بيار مارتني عن "أمراض نكوصية" عندما تحدث جسدانات وظيفية وحميدة، مثل الصداع وآلام العمود الفقري "أقارب التحويلات الهستيري"، هذه الأمراض النكوصية بعيدة عن عدم التنظيمات الجسدية حيث لا يتورط الجسم فقط ولكن في بعض الأحيان يتضرر بشكل لا يمكن تقاويه (Usobiaga, 2012, p. 1405).

فحسب نتائج دراسة جلاشتاين وآخرين (Gladstein et al., 1996) نقلاً عن (Rousseau- Salvador, 2013) أن (23%) من الصداع اليومي المستمر المتجدد، و(20%) من الصداع النصفي المتحول و(20%) من التشخيصات المختلطة (الصداع النصفي العرضي وصداع التوتر المزمن)

لديهم سمات "هستيرية"، كما أكدت دراسة كراكوروم وآخرين (Karakurum et al., 2004) على وجود علاقة بين السمات الشخصية الهستيرية وتوهم المرض والإكتئاب والصداع النصفي المزمن، كما قام غارسيا ألبيا (García-Albea, 2012) بدراسة على (43) حالة من الصداع النصفي، تم تشخيص اضطراب التحويل (الهستيريا) بالمعايير المنصوص عليها في (DSM-IV)، أظهر جميع المرضى مظهر أو أكثر من مظاهر الهستيريا (أعراض التحويل) خلال نوبات الصداع النصفي، وأيضاً في الفترات الفاصلة بين نوبات الصداع.

6-8- الاضطرابات المرتبطة بسوء استخدام المواد والإدمان:

حسب دراسة ردا وآخرين (Radat et al., 2002) أن كثيراً ما يفرط مرضى الصداع في استخدام الأدوية المسكنة، وأن الاستخدام المتكرر لأنواع مختلفة من أدوية الصداع قد يتسبب في حدوث زيادة في تواتر نوبات الصداع بالإضافة إلى حدوثها المزمن، والتي يمكن كذلك أن تؤدي إلى الإدمان والضعف الاجتماعي والمهني، وتشير نتائج دراسة أخرى لردا (Radat, 2011) إن اضطرابات سوء استخدام المواد والإدمان تتعلق بشكل عام بالمواد التالية: القهوة والتبغ والمهدئات والكحول.

الأفراد المصابون بالصداع النصفي معرضون بشكل متزايد لخطر الإصابة بتطوير إدمان لتعاطي العقاقير المستخدمة لعلاج الصداع النصفي مثل المسكنات، ووفقاً لـ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع (DSM-IV)، فإن حوالي ثلثي المرضى الذين يعانون من الصداع بسبب الإفراط في استخدام الأدوية يعتمدون على الأدوية المضادة للصداع النصفي الحادة (Radat et al., 2011, p. 4).

فحسب الجدول (2) يوجد ارتباط بين الصداع النصفي واضطرابات سوء استخدام المواد والإدمان في دراسة كل من بريسلاو وآخرين (Breslau et al., 1991) وسوندرز وآخرين (Saunders et al., 2008) ولم يوجد ارتباط دال في باقي الدراسات.

6-9- سمات الشخصية لمرضى الصداع النصفي:

وصف ولف (Harold Wolff) في عام (1937) المصابين بالصداع النصفي بسمات قليلة الإيجابية: " مرضى الصداع النصفي جامدون، صعاب، ينشدون الكمال، طموحين، لديهم روح المنافسة، مستأثرون دائماً وغير قادرين على قيادة المسؤوليات، لديهم علاقات مضطربة مع والديهم

كتومين ويحاولون السيطرة على محيطهم العائلي، الطاعة والتبعية الظاهرة تخفي عدم المرونة، الهدوء الظاهر يخفي توترات" (Henry et al., 1998, p. 82).

تشير الدراسات المسحية إلى أن المصابين بالصداع النصفي أظهروا درجات مرتفعة من العصاب مقارنة مع غير المصابين به، ومع ذلك فإن درجات العصابية ليست محددة وقد تكون أكثر انعكاسا لوجود الألم المزمن، تؤكد نتائج الدراسات العيادية التي استخدمت اختبار مينيسوتا المتعدد الالوجه للشخصية (MMPI) النتائج التي تم الحصول عليها في الدراسات المسحية والتي تتمثل في ارتفاع درجات "العصاب الثلاثي" (توهم المرض، والإكتئاب، والهستيريا) أعلى عند مرضى الصداع، ولكن لا تصل إلى العتبة المرضية (Radat et al., 2011, p. 4)، كما قام هنريك جوت وريس (Henryk-Gutt & Rees, 1973) بدراسة على مجموعة من السكان الموظفين يبلغ عددهم (1859) وجدوا من بينهم (100) مصاب بالصداع النصفي، لديهم درجات "العصابية" أعلى بكثير مقارنة بغير المصابين به. أربع دراسات تم إجراؤها في عموم السكان مع معايير (IHS) تؤكد النتائج نتائج هنريك-جوت وريس (Annequin et al., 1998, p. 83)

على الرغم من أن برسلو وأندرسكي (Breslau & Andreski, 1995) قاما بتحليل بيانات نتائج دراستهم من خلال التحكم في التفاعل الناجم عن اضطرابات القلق واضطرابات الإكتئاب. أظهرت النتائج ارتفاع درجة "العصابية" لدى المصابين بالصداع النصفي، كما بحثت دراسة ماريكانقاس وآخرين (Merikangas al., 1993 b) في العلاقة بين الشخصية والأعراض والأنماط الفرعية للصداع من خلال دراسة وبائية طولية في زيورخ، أظهر الأفراد المصابون بالصداع النصفي معدلات مرتفعة من العصابية مقارنة مع الأفراد غير المصابين بالصداع النصفي، كما كانت الأعراض الجسدية العامل الرئيسي الوحيد التي ميزت بين الأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي والذين ليس لديهم الصداع النصفي.

وفي نفس الصدد أشارت الدراسة التي أجراها راسموسن (Rasmussen, 1992) إلى ارتباط الصداع من نوع التوتر بشكل كبير مع درجة عالية من العصابية في حين أن الصداع النصفي لم يرتبط بها.

كما قام تازيكي وآخرون (Taziki et al., 2014) بدراسة باستخدام (MMPI) على (160) مريضا منهم (148) بنسبة (92.5 %) من النساء و(12) بنسبة (7.5 %) من الرجال. كان (96) مريضا بنسبة

(60 %) يعانون من صداع نوع التوتر و(64) مريضاً صداع نصفي بنسبة (41.2 %). كانت النتائج كالتالي: في حالة الصداع الناتج عن التوتر، كانت الشخصية المكتئبة (43.8%) والشخصية الهستيرية (16.4%) أكثر شيوعاً، ولكن في مجموعة الصداع النصفي كانت شخصية المكتئبة (48.9%) والشخصية الارتيازية (20%) ذات تردد أعلى.

نجد أيضاً أن نسبة حدوث اضطراب الشخصية الحدية لدى الأفراد بلغت (2%) في عموم السكان، ولكن في فئة الصداع لا سيما في أولئك الذين يعانون من الاضطرابات النفسية المصاحبة والإفراط في استخدام الأدوية كان معدل الإصابة أعلى (Green, 2011, p. 70).

يضاف على ذلك أن معاناة مرضى الصداع النصفي قد تصل بهم إلى التفكير في الانتحار أو محاولة تنفيذه، حيث يظهر أن محاولات الانتحار أكثر تواتراً عند مرضى الصداع النصفي من عامة الناس، خاصة عند الإناث وعند المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي بهالة، بينما في الصداع النصفي دون هالة وجد أنه يكون مرتبط بزيادة وتيرة التفكير في الانتحار (Pompili et al., 2010, p. 286)، وهذا ما أكدته دراسة بريسلو (Breslau, 1991) أن الأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي لديهم معدلات محاولات إنتحار أعلى من الأفراد الذين لا يعانون من الصداع النصفي.

خلاصة الفصل:

إن الاضطرابات النفسية تتميز بأنها ذات معنى إكلينيكي، اضطرابات في معارف الفرد أو تنظيم المشاعر أو السلوك، التي تعكس وجود خلل في العمليات النفسية أو البيولوجية أو النمائية الكامنة في الأداء العقلي، وتوجد معايير عديدة لتحديدها تتمثل في: المعيار الاجتماعي الثقافي، المعيار الذاتي المعيار الطبي البيولوجي، المعيار المثالي، المعيار الإحصائي، المعيار البيولوجي النفسي الاجتماعي كما تكمن أهمية تصنيف الاضطرابات النفسية في إدخال نوع من النظام والترتيب عليها ووضعها في فئات بحيث يتيسر التعامل معها والتقليل من تعقدها، ويأخذ الباحثون في المجال الإكلينيكي الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس كمرجع أساسي لذلك، وبعد تشخيص الاضطرابات وجب التعرف على مسبباتها التي تنوعت بين مهينة، مساعدة، نفسية، بيئية، حيوية وعوامل أخرى ساهمت في ظهور الاضطرابات النفسية لدى الأفراد الذين من بينهم مرضى الصداع النصفي ثم نسب انتشارها، حيث أظهرت الدراسات والأبحاث على هذه العينة معاناتها من مجموعة من الاضطرابات النفسية متمثلة في: الذهان، اضطراب ثنائي القطب، الإكتئاب، القلق، الوسواس القهري، اضطراب ضغط مابعد

الصدمة، إضطرابات العرض الجسدي والإضطرابات المرتبطة بسوء استخدام المواد والإدمان، كما أن شخصية المصاب بالصداع النصفي تتميز بالعصابية(هستيريا، توهم المرض، اكتئاب، القلق) بالإضافة إلى الشخصية الحدية والشخصية الارتبابية، كما أكدت نتائج الدراسات تواجد كل من الأفكار والمحاولات الإنتحارية لدى مرضى الصداع النصفي، يظهر جليا مما سبق عرضه أن هناك علاقة وطيدة بين الإضطرابات النفسية والصداع النصفي ولكن الأمر المحير الذي شغل الباحثين هو اتجاه هذه العلاقة. هل الإضطرابات النفسية مسببة للصداع النصفي؟ أم العكس؟ أم أن هناك اعتلال مشترك مسبب لكليهما، لكن الرأي الأكثر قبولا هو أن هناك علاقة ثنائية الإتجاه بين الإضطرابات النفسية والصداع النصفي، لذا دعت الضرورة إلى العديد من الأبحاث للفصل في طبيعة هذه العلاقة.

الفصل الرابع

العمليات المعرفية

تمهيد

- مفهوم العمليات المعرفية

- الإنتباه

- الذاكرة

- اللغة

- الوظائف التنفيذية

- العمليات المعرفية والصداغ النصفي

خلاصة الفصل

تمهيد:

اهتم الباحثون مؤخراً بالجانب المعرفي، وما يحدث فيه من تغيرات لدى مرضى الصداع النصفي، لتشخيص الخلل أو التدهور المعرفي على مستوى العمليات المعرفية، وهذا ما سنتناوله في هذا الفصل من خلال عرض مفصل لبعض العمليات المعرفية، من انتباه، ذاكرة، واللغة، ووظائف تنفيذية، كما يشمل أهم التعريفات والأنواع والتوجهات النظرية المفسرة لكافة العمليات المعرفية المذكورة سابقاً، كذلك العلاقة بين هذه العمليات المعرفية والصداع النصفي.

1- مفهوم العمليات المعرفية:

تعد العمليات المعرفية من أهم موضوعات علم النفس المعرفي، لأنها تهتم بالأساليب التي يستخدمها الفرد للحصول على المعرفة، أو الحصول على المعلومات من خلال تفاعل الفرد مع البيئة التي يعيش فيها، بما تحتوي هذه البيئة من مثيرات وأفراد، وتتضمن العمليات المعرفية كلا من الإحساس، الانتباه، الإدراك، الذاكرة، التذكر والتفكير (رسلان، 2010، ص. 35).

يرى أبو حطب أن: "العملية المعرفية جوهر القدرة العقلية" (معمرية، 2017، ص. 4)، وتشتمل العمليات المعرفية على عدد من عمليات التحويل للمثيرات أو المعلومات التي تتم وفق مراحل متسلسلة في كل منها يتم تحويل هذه المعلومات من شكل إلى آخر من أجل تحقيق هدف معين، فالمثيرات أثناء معالجتها تمر عبر المراحل الرئيسية الثلاث، وهي: الترميز، التخزين، الإسترجاع، وتخضع لعدد من التغيرات والتحويلات يحددها النظام المعرفي اعتماداً على الهدف من المعالجة (الزغول والزرغول، 2011، ص. 48)، ومن خصائص العمليات المعرفية، أنها ترتبط فيما بينها ارتباطات عالية توجد علاقة تأثير وتأثر فيما بينها (الزيات، 1999، ص. 267).

وفيما يأتي استعراض لأهم العمليات المعرفية، والتي نحاول قياس حالتها في الجانب الميداني:

2- الانتباه Attention:

2-1- تعريف:

يرى دافيدون (2000) أن الانتباه هو: "مصفاة لتصفية المعلومات عند نقاط مختلفة في عملية الإدراك" (محمد، وعيسى، 2010، ص. 101)

يشير سترنبرغ (Sternberg, 2003): " أن الإنتباه هو القدرة على التعامل مع كميات محدودة من المعلومات منتقاة من كم هائل من المعلومات التي تزودنا بها الحواس أو الذاكرة " (العتوم، 2004، ص. 75).

يعرف برودبنت (Broadbent) الإنتباه بأنه: "محصلة الطاقة المحدودة لنظام معالجة المعلومات" (الختانة وآخرون، 2015، ص. 125).

2-2- محددات الإنتباه:

للإنتباه محددات حسية وعصبية، ومحددات عقلية معرفية، ومحددات دافعية:

1- المحددات الحسية العصبية: تؤثر فاعلية الحواس والجهاز العصبي المركزي للفرد على سعة عملية الإنتباه وفاعليتها لديه، فالمثيرات التي تستقبلها الحواس تمر بمصفاة كنوع من الترشيح الذهني وهذه المصفاة تتحكم عصبيا أو معرفيا أو انفعاليا في بعض هذه المثيرات، ولا تسمح إلا بعدد محدود من النبضات أو الومضات العصبية التي تصل إلى المخ. أما باقي المثيرات فتعالج تباعا أو تظل للحظات قريبة من هامش الشعور ثم لا تلبث أن تتلاشى، وقد أشار برودبنت إلى أن للجهاز العصبي قدرة محدودة على الإنتباه للمثيرات ونقلها ومعالجتها، ولذا فالفرد يعطي أولوية للمثيرات التي تمثل أهمية أكبر بالنسبة له.

2- المحددات العقلية المعرفية: إن مستوى ذكاء الفرد وبنائه المعرفي وفاعلية نظام تجهيز المعلومات لديه يؤثر على نمط انتباهه وسعته وفاعليته، فالأشخاص الأكثر ذكاء تكون حساسية استقبالهم للمثيرات أكبر، أو يكون انتباههم لها أكثر دقة بسبب ارتفاع مستوى اليقظة العقلية لديهم، وهذا بدوره يخفف من الضغط على الذاكرة قصيرة المدى، مما يؤثر على نمط المعالجة ويسر تتابع عملية الإنتباه، كما يؤثر البناء المعرفي للفرد ومحتواه كما وكيفا، وحسن تنظيمه على زيادة فاعلية الإنتباه وسعته ومداه، حيث تكتسب المثيرات موضوع الإنتباه معانيها بسرعة، ومن ثم يسهل ترميزها وتجهيزها ومعالجتها وانتقالها إلى ذاكرة قصيرة المدى، مما يؤدي إلى تتابع انتباه الفرد للمثيرات.

3- المحددات الإنفعالية الدافعية: تستقطب اهتمامات الفرد ودوافعه وميوله الموضوعات التي تشبع هذه الاهتمامات، حيث أنها تعد بمثابة موجهات لهذا الإنتباه، كما تعد حاجات الفرد ونسقه القيمي واتجاهاته محددات موجهة لانتقاله للمثيرات التي ينتبه إليها، ويتأثر الإنتباه من حيث سعته ومداه

بمكونات الفرد ومصادر القلق لديه، حيث تستنفذ هذه المكبوتات طاقته الجسمية والعصبية والنفسية والانفعالية، وتؤدي إلى ضعف القدرة على التركيز، ويصبح جزء هاماً من الذاكرة والتفكير مشغولاً بها مما يترتب عليه تقليص سعة الانتباه وصعوبة متابعة تدفق المنبثات وترميزها وتجهيزها ومعالجتها (يوسف، 2011، ص ص. 102-103).

3-2- أنواع الانتباه:

يتوزع الانتباه على ثلاثة أنواع هي:

1- الانتباه الانتقائي: Selective attention

لقد عبر جيمس (1890) على الانتباه الانتقائي بقوله: "إن الانتقاء هو الجائر (القصر) الذي تقوم عليه سفينتنا" (تايلور، 1996/1982، ص. 347).

يعني الانتباه الانتقائي القدرة على استخلاص المعلومة الهامة من بين مجموعة من المعلومات التي يتعرض لها الفرد، وإهمال أو كف المعلومة غير المطلوبة، ومن ثم فهو يلعب دوراً في عملية اختيار المعلومات الحسية التي يجب أن نتعامل معها (عبد التقوى، 2011، ص. 181) وتلعب إرادة الشخص ونواياه دور المقاوم لأثر العوامل الخارجية على الانتباه، فتتطلب منه شحذ الإرادة والعزم للتمكن من أن يركز انتباهه على ما يريد (المين، 2015، ص. 12).

2- الانتباه الموزع: Divided attention

في هذا النوع من الانتباه يقوم الفرد بمهمتين في آن واحد، مركزاً انتباهه عليهما في ذات الوقت كأن يقود السيارة بينما يتحدث إلى الآخرين، ويتأثر هذا الانتباه بدرجة التيقظ لدينا، كما يتحدد اختيارنا لهذا المثير أو ذاك بمدى أهمية المثير بالنسبة لنا في تلك اللحظة (عبد التقوى، 2011، ص. 183).

3- الانتباه المستمر: Sustained attention

الانتباه المستمر يقضي أن يبقى الشخص منتبهاً ويقظاً خلال ممارسته لعمل ما دون أن تنتابه أي غفلة أو تفتر يقظته، في هذه الحالة يعرف الانتباه بأنه تلك القدرة على تهيؤ الشخص لاكتشاف أو الإستجابة للتحويلات التي تحدث في المحيط في فترات غير منتظمة (بن عبد الله، 2019، ص. 68).

2-4- آليات الإنتباه:

يرى سجميدت وليو (Schmidt & Lee, 1999) أن عملية الإنتباه يمكن تفسيرها من التداخل الذي يحصل عند وجود مثيرين، وأثناء تنفيذ أو معالجة أحدهما، فعند انشغال الفرد في الإنتباه لمهمة المثير الأول بوجود المثير الثاني يؤدي إلى حدوث التداخل في الإنتباه لمهمتي المثيرين لينتج عن ذلك إحدى الاحتمالات الآتية:

- استمرار الإنتباه للمثير الأول وإعطاء قليل من الإنتباه للمثير الثاني.
- توزيع الإنتباه للمثيرين مما يؤدي إلى سوء معالجتهما.
- استمرار الإنتباه للمثير الأول وكبح الإنتباه للمثير الثاني أو تجاهله.
- تحويل الإنتباه إلى المثير الثاني، وكبح الإنتباه عن المثير الأول.

وهناك من يرى من العلماء، مثل: ولش (Welch, 1998) أنه في حالة تنفيذ ومعالجة مهمتي المثيرين الأول والثاني في الوقت نفسه، فهذا يعني أن أحد هذين المثيرين تمت معالجته على نحو أوتوماتيكي (لا شعوري)، أما المثير الآخر فتمت معالجته بالإنتباه المركز، أما إذا تمت معالجة مثير بشكل جيد، والمثير الآخر بشكل سيئ فهذا يشير إلى أن أحد المثيرات قد استحوذ على الاهتمام بالإنتباه إليه، وعدم الإنتباه إلى المثير الثاني بشكل جيد، مما يشير إلى حدوث عملية التداخل في الإنتباه (صالح، 2018، ص ص. 51-52).

2-5- مراحل الإنتباه:

أجمعت معظم التوجهات النظرية التي تناولت الإنتباه كعملية معرفية مهمة في النشاط العقلي على أن مراحل الإنتباه تنقسم إلى ثلاث مراحل، وهي كما يأتي:

1- المرحلة الحسية: وهي مرحلة الكشف أو الإحساس التي يتلقى الفرد فيها المثيرات من البيئة المحيطة عبر حواسه الخمسة، والوعي بتلك المثيرات، ولا تتضمن هذه العملية أية معالجات معرفية ويعدها العلماء العملية الممهدة لسلسلة العمليات المعرفية اللاحقة.

2- مرحلة التعرف الموجه: التي يكون الإنتباه فيها موجها نحو مثير معين والتعرف على ماهيته من حيث الشدة والنوع والحجم والعدد والأهمية، وتعد هذه المرحلة بوابة العمليات المعرفية، إذ تتضمن

نشاطا معرفيا أوليا يتمثل في الفحص والمعالجة الابتدائية للمثير وتحديد مدى الحاجة إليه والقرار على الاستمرار بمعالجته لاستكمال عمليات معرفية لاحقة من عدمها.

3- مرحلة الإستجابة: وهي المرحلة التي ينتقل فيها المثير إلى مرحلة التهيئة للمعالجة المعرفية الموسعة، والتي غالبا ما تكون ضمن عمليات الإدراك (صالح، 2018، ص ص. 52-53).

2-6- نظريات الإنتباه:

حاول العديد من العلماء والباحثين تفسير الإنتباه من وجهات نظر متعددة، فمنهم من يرى أن الإنتباه يمر عبر قناة واحدة، بينما يرى آخرون أن للإنتباه مصادر وقنوات متعددة، ومنهم من يفسر الإنتباه عن طريق المعالجة، سنتناول بالتفصيل نماذج نظرية مفسرة للإنتباه من خلال التالي:

1-نظرية أحادية القناة: تشمل النماذج التالية:

أ- نموذج الترشيح لبرودبنت (Broadbent, 1958): يفترض برودبنت أن بؤرة الإنتباه تتحدد بثلاثة مكونات، هي:

- 1- مرشح انتقائي: ويقود إلى قناة ذات سعة محدودة
- 2- قناة محدودة السعة: وهي بدورها تقود إلى أداة الكشف
- 3- أداة الكشف.

يرى برودبنت أن المعلومات التي قدمت حديثا تخزن في "المسجل الحسي" أين تتعرض لتحليل قبل الإنتباه، نتيجة لهذا التحليل، يحدد المرشح الانتقائي أي المنبهات التي سوف تدخل في معالجة أبعد من ذلك، أما المنبهات التي لم تختار سوف يتم التخلص منها. يعقب عملية الانتقاء تحول المنبهات خلال "قناة محدودة السعة"، ومنها إلى "أداة الكشف"، هذه العملية تشرح وجهة نظر برودبنت في نظرية عنق الزجاجة، يمكن تخزين كمية كبيرة من المعلومات في المسجل الحسي، ولكن إفراغ تلك المعلومات من المسجل الحسي هي عملية عسيرة تتم بالتتالي، أي بانتقال المعلومات بواسطة "قناة محدودة السعة" إلى "أداة الكشف" يتم تحليل معنى المعلومات (المليجي، 2004، ص ص. 75-76).

ب- نموذج التخفيف لأن ترسمان (Tresman, 1960):

بسبب بعض الإنتقادات التي حاولت الكشف عن بعض النقائص المميزة لنموذج برودبنت حاولت آن ترسمان أن تقترح نموذجاً يتميز عن نموذج برودبنت باستبدال إنتقاء المعلومات بعملية التخفيف يسمح بمرور عدد أقل من الرسائل بسبب وجود المرشح المخفف في هذا النموذج دور المرشح يتمثل فقط في إيقاف الرسائل (بن عبد الله، 2019، ص. 71)

ج- نموذج الإنتقاء المتأخر لدوتش ودوتش (Deutsch & Deutsch, 1963):

يفترض هذا النموذج أن كل المعلومات تخضع للتحليل الإدراكي، ويتم انتقاء الاستجابة أو اختيارها لبعض هذه المعلومات، وذلك عقب عملية التحليل الإدراكي، ويتم تجاهل الاستجابة للبعض الآخر بمعنى أن الاستجابة تكون لجزء من المعلومات فقط (إبراهيم، 2010، ص. 177). فكل المنبهات بإمكانها هنا أن تمر عبر النظام المعرفي ولا تخضع المعلومة للإنتقاء والمعالجة بعمق إلا حينما تصل إلى الذاكرة قصيرة المدى (بن عبد الله، 2019، ص. 71).

د- نموذج نورمان (Norman, 1969):

يفترض هذا النموذج أن الإنتقاء أو الإختيار المتأخر للمثيرات يكون بشكل تدفقي، حيث أن المعلومات تتحول إلى الذاكرة العاملة، وهو بشكل متوازي، وعلى الرغم من محدودية سعة الذاكرة فإن هذا التحول المتزامن للمعلومات يتقيد بمعالجة الذاكرة العاملة، ولذلك فإنه ليس بالضرورة أن تخزن كل المعلومات التي أرسلت إليها (إبراهيم، 2010، ص. 179).

2- نظرية التوزيع المرن لسعة الإنتباه لكاهنمان (Kahnman, 1973):

إن معالجة مثيرين مختلفين يمكن أن تستمر على نحو متزامن من خلال جميع مراحل المعالجة ومن هنا فإن هذا النموذج يفترض أن كمية الإنتباه المخصص لمهمة ما ليست محددة وثابتة، وإنما يمكن أن تتغير وفقاً لتغير متطلبات هذه المهمة (إبراهيم، 2010، ص. 179).

3- نظرية الإنتباه متعدد المصادر:

تقترح نظريات أخرى أن للإنتباه مصادر وقنوات متعددة لكل منها سعة معينة لمعالجة نوع معين من المعلومات، فالإنتباه وفقاً لهذه التوجهات النظرية يمكن توجيهه إلى أكثر من مصدر من المعلومات المختلفة، ويستمر من دون تدخل خلال مراحل المعالجة، ودون أن يتأثر مستوى الإنتباه

وأكد مكلود (McLeod, 1977)؛ ورونلدز (Reynolds, 1972)؛ ويكنس (Wikens, 1992) أن هناك قنوات متعددة مكرسة لمعالجة معلومات مختلفة ومنفصلة دون حصول أي تدخل في الانتباه فيما بينها كالكتابة على جهاز الكمبيوتر، إذ يمكن توجيه الانتباه لقراءة الموضوع المراد طباعته وتحريك الأصابع بالنقر على لوحة المفاتيح والاستماع إلى الموسيقى ومضغ العلكة في الوقت نفسه، دون أن تتأثر أي مهمة بالأخرى (صالح، 2018 ب، ص. 12).

4- نظرية اختيار الفعل لنيومان (Neuman, 1978):

يفترض هذا النموذج أن اختيار النشاط أو الفعل هو الآلية الأساسية في عملية الانتباه وفي توجيهه، ويفترض أن الفرد يحدد انتباهه في أي لحظة من اللحظات من أجل تحقيق هدف معين ويرى أن الفرد في أي لحظة من اللحظات يستقبل العديد من المنبهات الحسية، أو يواجه عدة مثيرات معاً، ولكن المحصلة النهائية للانتباه تتوقف على اختيار الفعل الملائم (إبراهيم، 2010، ص. 180).

2-7- العوامل المشتتة للانتباه:

يمكن إجمال العوامل المشتتة للانتباه بما يأتي:

أولاً: مجموعة العوامل المرتبطة بالفرد، وتشمل ما يلي:

1- الحالة الانفعالية والمزاجية: إن مثل هذه العوامل غالباً ما تصرف انتباه الفرد، سواء عن المثيرات الخارجية أو عن عملية التفكير بحد ذاته، فمثل هذه الحالات عادة تستنزف انتباه الفرد وتفكيره؛ فالفرد الذي يعاني من مزاج سيئ أو متقلب، أو يعاني من حالة التوتر النفسي أو الألم الشديد تتأثر درجة انتباهه إلى المثيرات الأخرى.

2- الحاجات والدوافع الشخصية: إن وجود دوافع ملحة بحاجة إلى الإشباع غالباً ما تصرف انتباه الفرد على العديد من المنبهات والمؤثرات الأخرى، فالجائع مثلاً يركز جل اهتمامه على الكيفية التي من خلالها يشبع هذا الدافع مهماً في الوقت نفسه المنبهات الأخرى. كما أن وجود دافع لدى الفرد لتحقيق غاية أو هدف تجعله يركز طاقته الانتباهية إلى تحقيق هذا الهدف أو الغاية.

3- التوقع: يوجه الفرد في الغالب انتباهه إلى المثيرات المرتبطة بالتوقع، وذلك عندما يتوقع حدوث شيء ما، وهو بذلك يهمل المنبهات الأخرى ولا يعطيها القدر الكافي من الانتباه.

4- القدرات العقلية: تزداد قدرة الفرد على الانتباه بارتفاع القدرات العقلية لديه وتحديدا بارتفاع نسبة ذكائه.

5- الاختلافات البيئية التي ترتبط بالجنس والميول والاهتمامات والثقافة السائدة ونوع المهنة .

ثانيا: مجموعة العوامل المرتبطة بالموقف أو المثير وتشمل ما يلي:

1- الخصائص الفيزيائية للمثير أو الموقف، كاللون والشكل والحجم والشدة والموقع: فالمثيرات التي تمتاز بشدة عالية غالبا ما تجذب الانتباه أكثر من المثيرات الضعيفة، فعلى سبيل المثال الأصوات العالية تحتل بؤرة الإهتمام أكثر من الأصوات الخافتة، كما أن الضوء الشديد يجذب الانتباه أكثر من الضوء الخافت، والألوان الزاهية تجذب الانتباه أكثر من الداكنة، والروائح الشديدة تنال اهتمام الأفراد أكثر من الروائح الإعتيادية، وفي أغلب الحالات عندما يقع المثير على خلفية متجانسة يصعب تمييزه ويكون الانتباه له أقل مما لو وقع على خلفية مختلفة.

2- التباين أو التباين في شدة المثير.

3- الحداثة والغربة في المثيرات.

4- الممارسة والتدريب: إن عملية التدريب على توزيع الانتباه إلى أكثر من مثير من شأنه أن يؤدي إلى تنفيذها معا (الزغول والزرغول، 2011، ص ص. 107-108).

3- الذاكرة Memory:

3-1- تعريف الذاكرة:

يعرف عبد الله قاسم (2003) الذاكرة على أنها: "القدرة على التمثيل الإنتقائي للمعلومات التي تميز بشكل فريد خبرة معينة، والإحتفاظ بتلك المعلومات بطريقة منظمة في بنية الذاكرة الحالية، وإعادة إنتاج بعض أو كل هذه المعلومات في زمن معين بالمستقبل" (عبد الله، 2003، ص. 20)

عرف اندرايد وماي (Andrada & May, 2004) الذاكرة على أنها: "قدرة الفرد على استرجاع معلومات من خبراته السابقة " (العنوم، 2004 ، ص. 128).

يشير طه وآخرون (2005) إلى أن الذاكرة هي: "إحدى الوظائف العقلية المختصة بالاحتفاظ بذكرات الفرد، وما مر به من تجارب وما تعلمه من معلومات، وباستدعاء ما يحتاجه الفرد من كل ذلك عندما يكون في موقف يتطلب منه ذكر ذلك" (طه وآخرون، 2005، ص. 204)

3-2- أنواع الذاكرة:

يمكن تقسيم أنواع الذاكرة حسب نموذج Athiksan-Shiffrin كما يلي:

3-2-1- ذاكرة حسية SensoryMemory:

تسمى كذلك بالمخازن الحسية، أو مخازن ما قبل الإدراك، تحدث عنها المنظر الأمريكي (Neisser) (1967): وهي عبارة عن ظروف قصيرة جدا تبقى فيه المواضيع متاحة مدة ربع ثانية 250م/ثا ثم تتلاشى (بن زطة، 2019، ص. 18).

توجد عدة صور للذاكرة الحسية، ولكن أكثر صورتين لفتتا أنظار الباحثين، هما: الذاكرة الحسية البصرية، وأطلق عليها: الذاكرة الأيقونة، والذاكرة الحسية السمعية، وأطلق عليها: الذاكرة الصدى.

الذاكرة الأيقونة ظاهرة مركزية وطرفية، ويقصد بالمركزية أنها تكون في المخ، أما الطرفية فيقصد بها أنها تكون في مقلة العين، ووصف سبرلنج (Sperling, 1963) كيفية تحول المعلومات من الذاكرة الحسية البصرية إلى صورة تتسم بالتخزين في ضوء ثلاث مكونات، هي: مخزن المعلومات البصرية والمسح الداخلي لمجموعة المنبهات والتسميع الذهني.

خصائص الذاكرة الأيقونة ديمومتها القصيرة جدا، وهذه صفة كمية، وتوجد صفات كيفية، مثل أنها غير ترابطية لأنه يمكن محوها بمنبهات بصرية لاحقة، بالإضافة إلى تكرار المنبهات لا يؤدي إلى تحسين الأداء.

أما الذاكرة الصدى فهي تسمح باستدعاء فوري ومحدد، ووجود مثل هذا المخزن الصدى يكون أكثر أهمية في السمع، لأن الأصوات تمتد فعلا في الزمن، ووجود وسيلة جيدة، ويكون الإنتاج بعد انطباع الإشارة السمعية تفيد في تفسير هذه الإشارة، ووجد أن المخزن الصدى يستمر لفترة 250 مللي ثانية (العدل، 2010، ص. 152).

3-2-2- ذاكرة قصيرة المدى Short-Term Memory:

قام برودبنت (1985) بسبق التوقع لنظرية الذاكرة قصيرة المدى، وقام كل من ووف ونورمان (Waugh & Norman) بصياغتها بشكل مؤثر، ومع ذلك كان أتكسون وشيفرين (Attkison & Shiffrin, 1968) اللذان أعطياها شكلا نظاميا متطورا (أندرسون، 2016/2005، ص. 237)، الذاكرة قصيرة المدى هي ذاكرة وسيطة أين تتم معالجة المعلومة المستقبلة قبل تخزينها في ذاكرة طويلة المدى (Blanc & Brouillet, 2003, p. 15).

استخدم اتكنسون وشيفرين (Atkinson & shiffrin, 1968) الذاكرة قصيرة المدى للإشارة إلى عملية تخزين المعلومات لفترة قصيرة حتى يمكن معالجتها عقليا، إلا أن معظم النفسانيين يعتقدون أن هذا العنصر من عناصر الذاكرة يوجد حيث تجري معظم العمليات المعرفية ذاتها، ولذلك نجدهم يستخدمون مصطلح الذاكرة العاملة (أبو علام، 2012، ص. 53).

3-2-3- ذاكرة طويلة المدى Long-Term Memory:

تتميز الذاكرة طويلة المدى بالآتي:

- سعة غير محدودة بالاحتفاظ والخزن للمعلومات.
- تستمد معلوماتها من الذاكرة العاملة.
- تمد الذاكرة العاملة بالمعلومات عند الحاجة لإتمام عمليات الترميز، التفكير، وحل المشكلات عند التعامل مع المثيرات الحسية (صالح، 2018، أ، ص. 89).

لأنواع الذاكرة الثلاثة خصائص مميزة، نستعرضها في الجدول التالي:

جدول 3:

خصائص أنواع الذاكرة

بنية التخزين	العمليات				سبب الفشل في الاستدعاء
	الشفرة	الوسع	الدوام	إمكانية الاستدعاء	
الذاكرة الحسية	حسي-المعالم	12-20 فقرة الى مقدار ضخم	250 ملي ثانية الى 4ثواني	كاملة	العفاء أو الحجب
الذاكرة قصيرة المدى	المعالم الحسية الصوتية والبصرية والدلالية: يتم معالجتها وتسميتها	7+2 فقرة	12 ثانية تقريبا أو أكثر مع التسميع الذاتي	كاملة: تذكر فقرة كل 35 مليثانية	الاحلال التداخل العفاء
الذاكرة طويلة المدى	المعلومات ذات المعنى والمعلومات البصرية، والمجردات، الصور ذات المعنى	ضخم، غير محدود في الواقع	غير محدد	معلومات معينة وعامة هاديات مناسبة	التداخل الخلل الوظيفي العضوي هاديات غير مناسبة

ملاحظة. المصدر (سولسو، 2000/1996، ص. 244)

- أشكال الذاكرة طويلة المدى:

ميز كل من قراف وسشاشتر (Graf & Schachter, 1985) بين شكلين من أشكال الذاكرة طويلة المدى: الذاكرة التصريحية والذاكرة الضمنية (Blanc & Brouillet, 2003, p. 19).

أ- الذاكرة التصريحية Declarative Memory:

تشير الذاكرة التصريحية إلى التذكر الشعوري للمعلومات وتتضمن معلومات وأحداث وتواريخ وبمعنى آخر تتضمن معلومات يصرح بها الفرد لفظياً، وتوصف هذه الذاكرة بأنها سهلة التعلم وسهلة النسيان، لما تحتويه من معلومات كثيرة، ولتأثيرها بالممارسة والاستخدام (أبو غزال، 2015، ص. 138)، وتنقسم إلى نوعين:

1- ذاكرة المعاني (الدلالية) Semantic Memory:

الذاكرة الدلالية هي الذاكرة طويلة المدى الواعية التي تعنى بمدلولات وفهم كل ما يتعلق بالعالم وكذلك بالمعرفة المتعلقة بالمفاهيم، وترتبط الذاكرة الدلالية بكل التمثيلات التي تتعلق بمدلولات الظواهر وبمعرفة ما في العالم دون أن تشغل بالواقع الزمني والمكاني الذي تستوعب فيه المعلومة، ودون الإهتمام بالتجارب الشخصية الخاصة باكتساب المعلومة، وهي ضرورة للغة (بن عبد الله، 2019، ص. 91).

2- ذاكرة الأحداث Episodic Memory:

تحتوي على أحداث ذات زمان ومكان محددين، ومن أشكال هذه الذاكرة ما يسمى بذاكرة السيرة الذاتية، وهي تتضمن تاريخ حياة الشخص بما تحتويه من ذكريات وأحداث فريدة (أبو غزال، 2015، ص. 139).

ب- الذاكرة الضمنية Implicit Memory:

الذاكرة الضمنية هي نظام للذاكرة يؤثر على تصوراتنا وسلوكنا الحاليين دون علمنا أو وعينا أو قصدنا (Cynthia & Gilles, 2013, p. 7)، فهي ذاكرة العادات والمهارات التي لا تتطلب استرجاعاً واعياً للمعلومات، ومن أشكالها الذاكرة الإجرائية، وتتضمن معارف حول مهارات أدائية تعلمها الفرد بالممارسة والخبرة، ويؤديها بطريقة لا شعورية (أبو غزال، 2015، ص. 140).

3-3 - نظريات الذاكرة:

للذاكرة عدة تصورات نظرية مفسرة تتمثل في:

1- تصور واخ ونورمان (Waugh & Norman):

قام واخ ونورمان عام 1965 ببناء أول تصور سلوكي حديث بهدف فهم الذاكرة، وهو التصور الذي يعتبر مفهوم الذاكرة الأولية فيه نقطة إنطلاق لمعظم النظريات الحديثة، وهذه النظرية ثنائية: حيث ينظر إلى الذاكرة الأولية أو جهاز التخزين قصير المدى باعتباره مستقلا عن الذاكرة الثانوية أو جهاز التخزين الأطول مدى، والذي عبر عن الذاكرة تعبيراً مجازياً باعتبارها صناديق في الرأس.

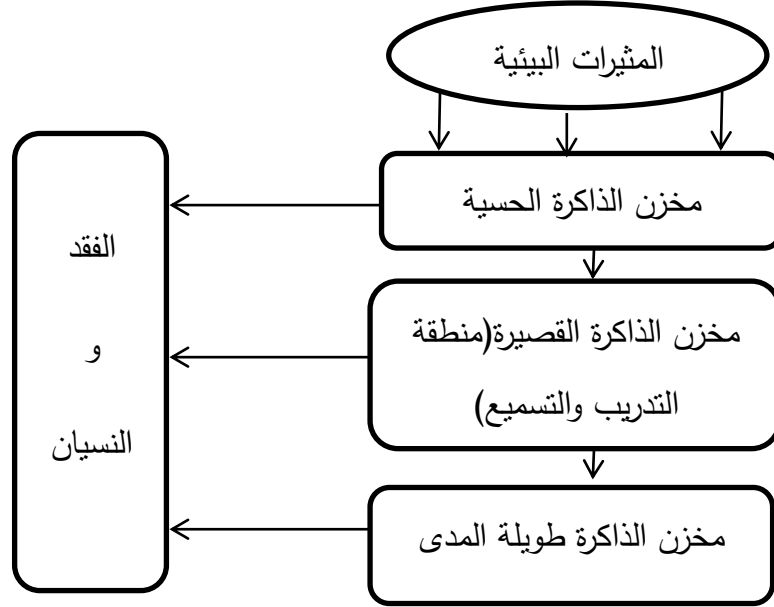
ويمكن تصور الذاكرة الأولية باعتبارها حجرة مستقلة للتخزين تشبه إلى حد كبير ملفاً يتم فيه تخزين المعلومات في حيز ما، أو تحل محل معلومات تشغل أحد أجزاء هذا الحيز، حين تشغل كل الأماكن في الملف، وقد تابع واخ ونورمان المصير الذي تؤول إليه المعلومات في الذاكرة الأولية باستخدام قوائم يتكون كل منها من 16 رقماً، يتم قراءتها أمام الأفراد بمعدل رقم واحد كل ثانية، أو أربع أرقام في الثانية، وتحتوي القائمة على رقم مكرر مصحوباً بنغمة صوتية يدعى المجس، ويطلب من الفرد إيجاد الرقم الذي يليه، وكان الهدف من عرض القائمة هو تحديد ما إذا كان النسيان بسبب الإغفاء أو بسبب التداخل في الذاكرة الأولية، ويقدم تصور واخ ونورمان تفسيراً جيداً للذاكرة، حيث أن الذاكرة الأولية تحتفظ بالمعلومات، وهي متاحة للإستدعاء حرفياً (سولسو، 2000/1996، ص ص. 245-246).

2- نموذج اتكنسون وشيفرن (Atkinson & Shiffrin):

اقترح كل من اتكنسون وشيفرن عام (1968) هذا النموذج على أساس أن هناك ثلاثة صناديق (أيمن-وسط-أيسر) فالصندوق الأيمن هو مخزن الذاكرة الطويلة، والصندوق الأوسط يمثل مخزن الذاكرة قصيرة المدى، والصندوق الأيسر يمثل مخزن الذاكرة الحسية، فالمعلومات يتم تخزينها أولاً في الذاكرة الحسية لأنها لم تدرك بعد، فإذا أدركت هذه المعلومات يمكن استرجاعها من الذاكرة قصيرة المدى. طبقاً لهذا النموذج نجد أن التخزين قصير المدى ما هو إلا عملية استرجاعية بمثابة جهاز تحويلي ينقل المعلومات للذاكرة طويلة المدى، وطبقاً لاستنتاجات اتكنسون وشيفرن فإن هناك عمليات عقلية تصف أداء الفرد ونشاطه العقلي، ولقد أكدوا على أن هذه العمليات خطوة هامة في الكشف عن كفاءة الفرد في تجهيز ومعالجة المعلومات (ابراهيم، 2010، ص. 126). الشكل (3) يوضح نموذج اتكنسون وشيفرن

الشكل 3

نموذج اتكنسون وشيفرن للذاكرة



ملاحظة. المصدر (العنوم، 2004، ص. 173)

3- نموذج بادلي (Baddley):

يرى بادلي أن الذاكرة القصيرة المدى (العاملة) لها ثلاث مكونات تعمل على إبقاء المعلومات والعمليات العقلية نشطة خلال عملية المعالجة، وهذه المكونات هي:

- التنشيط اللفظي: وهو مكون يعمل على إبقاء المعلومات اللفظية المتعلقة باللغة، بالحالة الانفعالية والنشاط ريثما تتم معالجتها، ويتحدد مستوى التنشيط على حجم معلومات عالية عندما يتذكر الفرد المفردات القصيرة مقارنة بالمفردات الطويلة.

- التنشيط البصري: هذا المكون هو المسؤول عن الانطباعات الحسية البصرية والاحتفاظ بها لكي تتم معالجتها وإضفاء المعاني عليها، وقد وجد بادلي أن هذا المكون مستقل عن المكون السابق إلا أنه يتكامل معه لتنفيذ المهام المعرفية، فزيادة مستوى التنشيط اللفظي لذكر الأرقام مثلاً لا يؤثر في مستوى التنشيط البصري لتمييز العلاقات المكانية بين تلك الأرقام.

- المركز التنفيذي: وهو المركز الذي يقرر على أي مكون من الذاكرة يجب تفعيله لمعالجة المعلومات أو إنجاز مهمة معينة في وقتها المحدد، وهو يمثل بمجمل فعالياته مهارة أو عملية معرفية (صالح، 2018، ص. 88).

4- نموذج تولفنج (Tulving):

يقوم نموذج تولفنج على افتراض وجود مخازن لذاكرة الأحداث لتخزين المعلومات المتعلقة بالأحداث أو الوقائع، ومخازن لذاكرة المعاني لتخزين المعرفة المنظمة المتعلقة بالعالم من حولنا والذاكرة الإجرائية التي تتعلق بكيفية إجراء وعمل أو معالجة الأشياء (الزيات، 1999، ص. 268). اقترح هذا النموذج عام (1972) ليميز بين ذاكرة الأحداث وذاكرة المعاني والذاكرة الإجرائية في إطار فلسفة المكونات المنفصلة للذاكرة كما هي موضحة أدناه:

1- ذاكرة الأحداث Episodic Memory: وتدور طبيعة هذه الذاكرة حول الأحداث والعلاقات والسير الذاتية والمواعيد والقصص، مثل أعياد الميلاد، الزواج، القبول في الجامعة، أو أي حدث له أهميته الخاصة للفرد.

2- ذاكرة المعاني Semantic Memory: وتشمل المعلومات التي تعكس علاقتنا ومعرفتنا للعالم الخارجي، كمعاني الكلمات والمفردات، وقواعد اللغة، والقوانين، والحقائق والنظريات، والاتجاهات والقيم والعادات، وغيرها.

3- الذاكرة الإجرائية Procedural Memory: لقد أضاف تولفنج هذا المكون عام (1987) ليختص بالمعلومات المتعلقة بالإجراءات التي يقوم بها الفرد يومياً، مثل: السباحة، وقيادة السيارة، وتناول الطعام، ولبس الملابس، واستخدام الألعاب والأجهزة المختلفة (العتوم، 2004، ص. 175).

5- نظريات التنشيط:

أغلب البحوث التي أنجزت ضمن هذه النظريات تعتبر الذاكرة كشبكة تحتوي على عدد من الوحدات الأساسية للتمثل مترابطة فيما بينها. هذه الوحدات المقاومة للتحويلات وصفت بمفاهيم مختلفة (عقدة) جين معرفي دليل، رموز، فسير الذاكرة يتناول من خلال مفهوم التنشيط لهذه البنى المعرفية، وانتشار هذا التنشيط إلى المفاهيم المجاورة، هذه الوحدات المجردة المخزنة ضمن معجم لغوي ذهني في الذاكرة الدلالية أو اللفظية، والتي تتطور ببطء في الزمن لا تحتفظ بالمعلومات التي

تتعلق بالأحداث الخاصة، وإنما تحتفظ فقط بخصوصية القابلية للتنشيط في أي لحظة (بن عبد الله، 2019، ص. 103).

6- النماذج الحاسوبية-الرمزية:

النماذج الحاسوبية الرمزية مستوحاة من الإعلام الآلي. إن الذاكرة تبدو شبيهة بنظام معالجة المعلومة الرمزي بالنسبة لهذه النماذج، ومن بين هذه النماذج الحاسوبية نموذج أتكسون وشفرين (1968) ونماذج أندرسون (1983). نماذج أندرسون تتميز بتركيبية تشتمل على ذاكرة عاملة ذات صلة وثيقة ودائمة بذاكرة تقريرية وذاكرة إجرائية. الذاكرة العاملة هي نوع من الذاكرة النشيطة التي تحتوي على المعلومة الجاهزة للمعالجة، وأما الذاكرة التقريرية فتحتوي على معلومات مرتبطة بالأحداث والمفاهيم المتمثلة ضمن شبكة اجتماعية، بينما الذاكرة الإجرائية نجدها تتكون من معلومات متمثلة في شكل إجراءات (قواعد للإنجاز) خاصة بحل المشاكل، هذه الإجراءات تنطبق على محتوى الذاكرة العاملة، ويمكن أن تولد معارف جديدة تقريرية أو إجرائية (بن عبد الله، 2019، ص. 104).

7- مدخل التجهيز الموزع الموازي:

يقترح أن عمل الذاكرة موزع عبر شبكات من الترابطات تتصل ببعضها البعض عن طريق النيرونات العصبية، ويعكس مدخل التجهيز الموزع الموازي إحدى الخصائص الهامة التي تميز الذاكرة الإنسانية القائمة على فكرة الترابط، أي أن الفرد عند تذكره لكلمة أو اسم أو موضوع، أو شيء، فإنه يتذكر ما يرتبط به، ثم يتذكره تلقائياً، والحقيقة الثانية القائلة بأننا غالباً ما نسترجع المعلومات الصحيحة من خلال العديد من الدلالات أو التلميحات أو المؤشرات، حتى ولو كانت إحدى هذه التلميحات خاطئة، وفقاً لمدخل التجهيز الموزع تتكون الذاكرة من شبكات لوحات مترابطة أو متصلة، والتي يمكن أن تستثير أو تنشط أو تعوق بعضها البعض، وعلى ذلك تعمل العمليات المعرفية بالتوازي، كما تخزن المعرفة في شكل وصلات بين الوحدات والأحداث أو المعارف الجديدة، ويحدث هذا تغيراً في قوة هذه الوصلات (الزيات، 1999، ص ص. 270، 271، 326).

3-4- العمليات الأساسية في الذاكرة:

تتضمن الذاكرة ثلاث عمليات أساسية هي:

1- عملية التحويل الشفري: وهي العملية التي بواسطتها يتم تكوين آثار الذاكرة التي تعمل على بقاء المعلومات في الذاكرة، وتعتبر عملية التحويل الشفري أو التشفير أولى العمليات التي يمارسها الفرد بعد عملية إدراك عناصر المعلومات التي تعرض عليه أو يتعرض لها في المواقف المختلفة، حيث يتم في هذه المرحلة تحول وتغير شكل المعلومات من حالتها الطبيعية إلى مجموعة من الصور أو الرموز، أي تتحول إلى شفرة لها مدلول خاص يتصل بهذه المعلومات، ويميز الباحثون بين نماذج شفرة الذاكرة على النحو التالي:

أ) الشفرة البصرية: حيث يمثل عنصر المعلومات في الذاكرة بواسطة مظهره البصري الدال عليه.

ب) الشفرة السمعية: حيث يمثل عنصر المعلومات في الذاكرة بواسطة مظهره السمعي الذي يدل عليه، أو بما يدل عليه سماع اسمه.

ت) الشفرة اللمسية: حيث يمثل عنصر المعلومات في الذاكرة بواسطة خاصية اللمس التي تميزه عن غيره من العناصر.

ث) شفرة دلالة اللفظ: حيث يمثل عنصر المعلومات في الذاكرة بواسطة المعنى الذي يدل عليه.

2- شفرة التخزين: وتشير إلى احتفاظ الذاكرة بالمعلومات التي تحولت إليها من المرحلة السابقة وتبقى هذه المعلومات بالذاكرة لحين حاجة الفرد إليها، ونستدل على عملية تخزين المعلومات أي على وجود آثار الذاكرة دون نسيان مما يمارسه الفرد من تعرف أو استدعاء خلال عملية الاسترجاع.

3- عملية الاسترجاع: وتشير إلى إمكانية استعادة الفرد للمعلومات التي سبق أن اختزنت في الذاكرة، ويتوقف استرجاع المعلومات على مدى قوة آثار الذاكرة الموجودة في الذاكرة، وعلى مستوى علاقة هذه الآثار بدلالات الاسترجاع، ولذلك تعتبر مشكلة استرجاع المعلومات من ذاكرة طويلة الأمد أهم مشكلة يتناولها هذا النظام، حيث أن كمية ونوعية المعلومات التي تحتويها هذه الذاكرة كبيرة ومختلفة بدرجة تجعل من الصعوبة في كثير من المواقف القيام بعملية الاسترجاع بكفاية ودقة (الشرقاوي، 2003 ، ص ص. 191-192).

3-5- استراتيجيات التذكر:

إن استرجاع المعلومات والخبرات السابقة مرحلة مهمة في الذاكرة، ويطلق عليها مرحلة التذكر حيث يرى ستيرنبرغ (Sternberg, 2003) أن: "التذكر يمثل المرحلة النهائية في الذاكرة" (صالح، 2018 ب، ص. 16)، إن عملية التذكر التي يمكن أن تتمثل في الصور الآتية:

1. **التعرف:** هو من أبسط أنواع التذكر، ويعني تذكر الشيء عندما يكون ماثلاً أمام الحواس أي سبق له أن سجل على أعضاء الحس.

2. **الاسترجاع:** ويتمثل في تذكر الأحداث والخبرات التي تعلمها الفرد في السابق دون الحاجة إلى وجود المثيرات المتعلقة بها، ويجري التذكر بالبحث عن المعلومات في خزانات الذاكرة واستعادتها على شكل استجابة ظاهرية، وهذا البحث يكون أيسر وأكثر سهولة عندما يجري في الذاكرة الحسية أو القصيرة المدى (العاملة) مقارنة بالبحث في الذاكرة الطويلة المدى.

3. **الاحتفاظ:** وهو ما يسمى إعادة التعلم، والذي يعني أن المعلومات التي تعلمها الفرد في الماضي تصبح قابلة للنسيان بعد فترة من الزمن، وخصوصاً في غياب التدريب والتعزيز وأن الإخفاق في التذكر لا يعني أن المعلومات تم نسيانها بالكامل، إذ يمكن إعادة التعلم بعد فترة من الزمن، وفي هذه الحالة ستستغرق وقتاً وجهداً أقل منها في المرة الأولى.

4. **الأداء:** الذي يمثل الصورة الأخرى لتذكر العادات والمهارات التي سبق أن تعلمها الفرد بشكل جيد، وأصبح تنفيذها بشكل آلي بعد أن اعتاد الفرد على أدائها بشكل مستمر ودائم (صالح، 2018 أ، ص ص. 73-74)

3-6- العوامل المؤثرة في الذاكرة:

هناك عوامل تؤثر في الذاكرة نستعرضها في النقاط التالية:

1- **الانتباه:** إن للانتباه دوراً مهماً في نقل المعلومة من الذاكرة الحسية إلى الذاكرة قصيرة المدى، وزيادة الانتباه للمعلومة تؤدي إلى إدراكها أكثر، وربطها بالخبرة السابقة، وهو ما ينقل المعلومة إلى الذاكرة طويلة الأمد، كما أن الانتباه ضروري لعملية الاستدعاء من مخزن الذاكرة، لذلك فإن المعلومة

التي لا تجد انتباها كافيا لن تسجل في الذاكرة، إذ على قدر الإنتباه والربط بالخبرة السابقة يكون عمق الإنتباع في الذاكرة.

2- الإدراك: الإدراك الواضح للمعلومة، وربطها وتصنيفها، طبقا للخبرة السابقة.

3- نوع الإنفعال: نوع الإنفعال المصاحب للمعلومة، فالفرد ينسى الخبرات المؤلمة، بينما يتذكر الخبرات السارة، كما أن القلق وقت استدعاء المعلومة، قد يعوق تذكرها.

4- ربط المعلومة وتصنيفها وتجديدها: طبقا للخبرة السابقة، تحفظها على المدى الطويل، وتسهل استدعاءها (الختانة وآخرون، 2015، ص. 139).

4- اللغة The language:

4-1- تعريف اللغة:

عرف ستيرنبرغ (Sternberg, 2003) اللغة بأنها: "استخدام منظم للكلمات" (محمد وعيسى، 2011، ص. 208).

ويرى ويدون (Weedon, 1997) أن: "اللغة هي المكان الحقيقي والمعقول لأشكال النظام الاجتماعي، وما يترتب عليها من أمور اجتماعية وسياسية محددة، ولكنها أيضا مكان لأحاسيسنا الذاتية التي بنيناها" (العياصرة، 2011، ص. 22)

يشير لوير (Lieury, 2008) أن: " اللغة عبارة عن نظام معقد من النوع الهرمي الذي يظهر في تكوين الكلمات من الأصوات والحروف، ولكن أيضا مع الهياكل الداخلية، النحوية أو الدلالية" (Lieury, 2008, p. 238).

4-2- مظاهر اللغة:

يمكن التمييز بين مظهرين للغة هما:

- المظهر اللفظي: يشمل لغة الحديث المتمثل بالكلام المنطوق والمكتوب، ومن خلاله يتم التعبير عن الخبرات والمعارف والحاجات والمشاعر، وهو وسيلة من وسائل التفكير والتخيل والتذكر، وبالرغم من أهمية لغة الكتابة وتفردا بميزتين هما: إمكانية انتقالها من مكان إلى آخر عبر مسافات طويلة، و أنها ثابتة لا تتعرض للتغيير الذي يحدث على الكلام المنطوق

إلا أن الكلام المنطوق أكبر أهمية لكونه أكثر انتشارا في عمليات التواصل بين الأفراد، بحيث يمكن للعامي، وغير العامي إنتاجه وإدراكه.

- المظهر غير اللفظي: ويشتمل على الوسائل التي نستخدمها في التواصل مع الآخرين دون استخدام الرموز الصوتية المنطوقة أو المكتوبة، وتشتمل الإشارات والإيماءات والحركات الجسدية والتعبيرية والجمالية، ومثل هذه الوسائل الثقافية تختلف من مجتمع إلى آخر (الزغول والزرغول، 2011، ص ص. 222-223).

3-4- خصائص اللغة:

- يتكلم الناس بلغات مختلفة، ولكن للغات المختلفة قواسم مشتركة، هي:
- التواصلية: اللغة تسمح بالتواصل مع شخص أو أكثر.
- رمزية تعسفية: اللغة تخلق علاقة تعسفية بين الرمز وما يمثله: فكرة أو شيء أو عملية أو علاقة أو وصف.
- منظمة: اللغة لديها هيكل؛ الترتيبات المزخرفة الخاصة بالرموز لها معنى، والترتيبات المختلفة تعطي معاني مختلفة.
- إنتاجية: في حدود الهيكل اللغوي، يمكن لمستخدمي اللغة إنتاج كلمات جديدة، إمكانيات إنشاء كلمات جديدة لا حدود لها تقريبا.
- ديناميكية: اللغات تتطور باستمرار (Sternberg & Sternberg, 2011, p. 363)

4-4- وظائف اللغة:

- تتطوي اللغة على عدة وظائف هي:
- الوظيفة التعبيرية: حيث تسمح اللغة لمستخدميها منذ طفولتهم المبكرة أن يعبروا عن رغباتهم وإحساساتهم الداخلية والانفعالية ومواقفهم.
- الوظيفة الانفعالية والوجدانية: إن التعبير باللغة يسهم إسهاما بالغا في عملية التفريغ النفسي للشحنات الوجدانية المؤلمة.
- الوظيفة الفكرية: فاللغة تمد الفرد بالأفكار والمعلومات وتثير لديه أفكار ومواقف جديدة وتدفعه إلى التفكير وتوحي إليه بما يعمل على توسيع آفاق خياله.

- الوظيفة التفاعلية الاجتماعية: فاللغة وسيلة التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين في المجتمع في مواقف التفاعل الاجتماعي
- الوظيفة الثقافية: فاللغة وسيلة لنقل التراث الثقافي والحضاري، حيث من خلالها يستطيع الفرد نقل ما يريد من معلومات إلى أصدقائه أو مجتمعه أو إلى العالم أجمع (محمد وعيسى، 2011، ص ص. 210-211).
- الوظيفة التنظيمية: تؤدي اللغة وظيفة الفعل والتوجيه العملي لسلوك الآخرين، فهي تعمل على تنظيم العديد من الجوانب الحياتية، من خلال التعبير اللغوي عن الطلبات والأوامر والتعليمات، والذي من شأنه أن يعمل على توجيه سلوك الآخرين والتحكم فيه
- الوظيفة الرمزية: تعد اللغة أداة للتعبير عن المفاهيم والموضوعات والأشياء، إذ أن الألفاظ اللغوية التي نطلقها على الأشياء هي بمثابة رموز اصطلاحية للدلالة على المفاهيم المادية والمجردة في البيئة المادية والاجتماعية التي نتفاعل معها، وبهذا فهي تشكل إحدى أدوات الفكر الهامة في الحياة البشرية (الزغول والزغول، 2011، ص. 228).

4-5- بناء اللغة:

- تبدو اللغات الإنسانية في الظاهر مختلفة، لكن جميعها تحددتها مستويات مشتركة، هي:
- المستوى الفونولوجي: وهي أصوات أولية عديمة المعنى، وتعد أصغر وحدة في اللغة المنطوقة ويتم من خلالها تشكيل الكلمات ثم الجمل والفقرات والنصوص اللغوية، يختلف عدد الفونيمات اللغوية من لغة إلى أخرى في العالم، ففي اللغة العربية 40 فونيمًا، واللغة الإنجليزية 45 فونيمًا، وتتباين لغات العالم بين: 15-100 فونيم لكل لغة (التميمي، 2014، ص. 80)
 - المستوى النحوي: وفي المستوى النحوي نفرق بين تشكيل الكلمة وإعرابها، ففي اللغة الإنجليزية تتراكب الوحدات الصوتية لتكون مائة ألف من الوحدات الكلامية، والوحدة الكلامية (أصغر وحدة من الكلام ذات معنى)، فمثلا كلمة (حب) وحدة كلامية، أما كلمة (حبي) فهي وحدتان كلاميتان، أي أنها مكونة من (حب) وياء النسبة.

أما الكلمة فهي تنظيم اعتباطي مكون من حروف (بصرية) أو أصوات (سمعية) تكون رمزا وتكون في الوقت نفسه صنفا عاما من الأشياء أو الحوادث أو الفعاليات...، وتتجمع الكلمات في

وحدات أوسع، في الجمل وفقا لقواعد النحو والإعراب، وهذه القواعد تحدد كيفية اتصال الكلمات بعضها ببعض وتنظيمها لتكون جملة مفيدة، وقد افترض العالم تشومسكي (Chomsky, 1957) أن العنصر الأساسي للكلام هو الجملة البسيطة الإيجابية، وأن هذه الجملة الأساسية تتخذ أشكالا عديدة وفقا لقواعد النحو والإعراب.

- المستوى الدلالي: لبعض الحوادث اللغوية معنى، وبعضها الآخر لا معنى له، ودراسة المعنى تسمى: (علم دلالات الألفاظ)، إن لبعض الكلمات أو مجموعة الكلمات معنى لأنها تستحضر صورا معينة، بل إن بعض الكلمات أو مجموعة الكلمات تحصل على معناها من خلال ارتباطاتها العاطفية أو العقلية، ثم إن معنى الكلمة يتوقف أيضا على سياقها المباشر أو على اللهجة التي تستعمل في لفظها (عاقل، 1979، ص ص. 572-573).

5- الوظائف التنفيذية Functions Executive:

5-1- تعريف:

يصف علماء النفس المعرفيون الوظائف التنفيذية بأنها (1) القدرة على إظهار سلوك تكيفي مرن، (2) استخدام استراتيجيات حل المشكلات المناسبة للوصول إلى الأهداف وتحديثها، (3) القدرة على مراقبة عواقب الإجراءات، و(4) القدرة على استخدام المعرفة السابقة لتفسير الأحداث المستقبلية بشكل صحيح (Fitzpatrick & Baum, 2012, p. 208).

يعرف دنكليا (Denckla, 2007) الوظيفة التنفيذية على أنها: "مجموعة من عمليات التحكم ذات المتطلبات العامة، والتي تشمل الكف وإرجاء الإستجابة، وذلك بهدف تنظيم وتكامل العمليات المعرفية والنتائج عبر الزمن" (عبد الحافظ، 2016، ص. 24).

تشير أسماء حمزة (2012) إلى أن الوظائف المعرفية هي: "مدى واسع من المهارات المعرفية ونوع من النشاط المعرفي الذي يقوم به الفرد أثناء حل المشكلة من خلال قيامه بمجموعة من العمليات المعرفية، مثل: التخطيط، المبادأة، تنظيم الأدوات، الذاكرة العاملة، الكف، التحول، والمراقبة، وذلك لتنفيذ هدف مستقبلي من خلال قيادة وتنظيم التفكير وتفعيل السلوك، مما يؤثر بشكل مباشر على الأداء والسلوك (السوسي وآخرون، 2015، ص ص. 108-109)

5-2- مكونات الوظائف التنفيذية:

تتكون الوظائف التنفيذية من عدة عناصر، هي:

1- السيطرة الكابحة: تتكون السيطرة الكابحة (أو الكبح) من القدرة على التحكم في انتباه الفرد وسلوكه وأفكاره وعواطفه، وتجاوز أي نزعة داخلية قوية أو إغراء خارجي، والتصرف بما هو أكثر ملاءمة أو مطلوب.

وجود العقل للانتظار قبل التحدث أو التمثيل، لذلك نعطي استجابة مدروسة بدلا من استجابة متهورة، وكذلك التحكم في النفس هو جانب من جوانب السيطرة المثبطة التي تتطوي على مقاومة الإغراءات وعدم التصرف باندفاع.

يتكون التحكم الكابح على مستوى الانتباه (الانتباه الانتقائي) من التركيز على ما تنوي التركيز عليه على الرغم من المشتتات (بما في ذلك الأفكار المشتتة أو المشتتات في البيئة). جانب آخر من السيطرة الكابحة هو الحصول على الانضباط للبقاء في المهمة على الرغم من الانحرافات وإكمال مهمة ما، على الرغم من إغراءات الاستسلام والمضي قدما (Diamond, 2014, p. 7)

2- الذاكرة العاملة: الذاكرة العاملة تتضمن الاحتفاظ بالمعلومات في الدماغ والعمل معها عقليا (أو العمل مع المعلومات التي لم تعد موجودة بشكل ملموس). يتم التمييز بين نوعين من الذاكرة العاملة اللفظية وغير اللفظية (المرئية المكانية)، تعد الذاكرة العاملة ضرورية لفهم أي شيء يكتشف بمرور الوقت، لأن ذلك يتطلب دائما مراعاة ما حدث سابقا وربط ذلك بما يأتي لاحقا. وبالتالي فهي ضرورية لفهم اللغة المكتوبة أو المنطوقة، سواء كانت جملة أو فقرة أو أطول. كما يتطلب القيام بأي عملية رياضية للذاكرة العاملة، كما هو الحال في إعادة ترتيب العناصر ذهنيا (مثل إعادة تنظيم قائمة المهام)، وترجمة التعليمات إلى خطط عمل، ودمج معلومات جديدة في تفكيرك، أو خطط عملك (التحديث)، والنظر في البدائل، والمعلومات المتعلقة ذهنيا لاشتقاق مبدأ عام أو لرؤية العلاقات بين العناصر أو الأفكار، لن يكون المنطق ممكنا بدون الذاكرة العاملة، تعد الذاكرة العاملة أمرا بالغ الأهمية لقدرتنا على رؤية الروابط بين الأشياء التي تبدو غير ذات صلة، وفصل العناصر عن كل متكامل، وبالتالي الإبداع الذي يتضمن التفكير وإعادة تجميع العناصر بطرق جديدة. تمكنا الذاكرة العاملة أيضا من تقديم المعرفة المفاهيمية وليس فقط المدخلات الإدراكية للتأثير على قراراتنا، والنظر في آمالنا السابقة والمستقبلية في صنع الخطط والقرارات (Diamond, 2013, pp. 7-8)

3- المرونة المعرفية: تتضمن مجموعة من القدرات، مثل إنتاج مجموعة كبيرة ومتنوعة من الأفكار وتقييم الاستجابات البديلة، وتعديل الخطط لغرض إدارة الظروف المتغيرة والأهداف طويلة المدى، يرى بعض الباحثين أنه من الضروري التمييز بين نوعين من المرونة: المرونة التفاعلية، والتي تشير إلى استخدام التغذية الراجعة البيئية لتغيير المخططات التي يتم تنشيطها في لحظة معينة؛ والمرونة التلقائية والتي تشير إلى انخفاض الأفكار والاستجابات المتباعدة في مواجهة مشكلة (Lorena, 2013, p. 3).

5-3- التفسيرات النظرية للوظائف التنفيذية:

فسرت الوظائف التنفيذية من قبل العديد من المقاربات النظرية، وقد اخترنا الأقرب لدراستنا:

1- المقاربة الإكلينيكية - التشريرية:

يتزعم هذه المقاربة ألكسندر لوريا (Loria) وهو عالم أعصاب ونفسي روسي، واحد من الأوائل الذين أرادوا نمذجة وظائف الفصوص الجبهية، والأول الذي عالج مفهوم "الوظائف التنفيذية" خلال سنوات الستينيات، في هذين الكتابين: Higher cortical functions in man عام 1966، و The workingbrain عام 1973، عرف لوريا الفص الجبهي كعنصر أساسي في تحقيق المهام المعقدة، وقد وجد بالفعل أن المرضى الذين يعانون من إصابات جبهية يظهرون بالمقابل صعوبات في الوضعيات المتعارضة أين لابد من كبح مخطط تلقائي (أوتوماتيكي) لحل مشكل أو للتخطيط لفعل أو عمل، ومن ثمة استنتاج القواعد أو التسلسل للعمليات المتعاقبة عن طريق تجنب الإصرار (المثابرة) على الخطوة التالية، ويترتب على ذلك إذن أن تحقيق مهمة معقدة ينقسم إلى أربع مراحل:

- تحليل المعطيات (البيانات) الأولية، والنية في التصرف مع القدرة على المبادرة،

وعلى الصياغة (اللغوية) للأهداف والنوايا.

- التخطيط: إعداد البرامج وتنظيم مختلف المراحل.

- تنفيذ المهمة المتصورة.

- التحقق من النتائج اعتمادا على البيانات الأولية، مراقبة فعالية هذا الأخير، وتطبيق

التعديل إذا كان ضروريا.

اعتمد " لوريا " على استنتاجاته لاقتراح نموذج ثلاثي للدماغ:

- منطقة قاعدية: تتكون من جذع الدماغ والنظام اللمبي "الحافي" المولد للحائية (الانتباه والتخزين).
- منطقة خلفية: المسؤولة عن المعالجة الحسية للمعلومات.
- منطقة أمامية: مسؤولة عن مراقبة تنفيذ الإجراءات (الأفعال) (عملية وظيفية تنفيذية) ويرى "لوريا" أن الفصوص الجبهية دورها تنظيم الفعل، ومراقبة البنيات اللحائية (القشرية) وتحت اللحائية، وقد افترض أنه على المستوى المعرفي؛ العملية التنفيذية داخل الوضعيات غير الروتينية تنتظم وفق عدة مراحل (المراحل الأربع السابق ذكرها) وتحدث "لوريا" أيضا عن اللغة الداخلية، وتشرف عليها الفصوص الجبهية، والتي من شأنها توجيه مختلف الخطوات مما يتيح لمراقبة ردود الأفعال، وكبح المثيرات غير المناسبة. إذن، فمقاربة "لوريا" شكلت مدخلا علميا، فالدراسات الناتجة عن ذلك أظهرت أن الوظائف التنفيذية تشمل أكثر بكثير من هذه المراحل الأربع (عامر وبغول، 2018، ص ص. 94-96).

2- نظرية معالجة المعلومات:

- إن تعبير الفرد التلقائي لعملية الضبط أو تتابع عمليات الضبط كاستجابة مقبولة للتغير في الهدف، وذلك في مهمة معالجة المعلومات، ويشمل ذلك ثلاثة مكونات لمرونة الاستجابة، هي:
- أ- تحليل المهمة: وذلك لتكبير المشكلة؛ بمعنى فهم - ليس فقط- المعلومات الشفهية المقدمة في المهمة، لكن أيضا التغيرات المحتملة ومنطقيتها، بالإضافة للنتائج المتوقعة.
 - ب- استراتيجية أو خطة التحكم والسيطرة، وتشمل الآتي:
 - 1- اختبار الأساليب المحتملة في حل المهام.
 - 2- مراجعة اختيار الأساليب واستخداماتها، مما يسمح بالتغيير المستمر في عملية الاستجابة وذلك بهدف حل المهمة، وتحقيق الهدف.
 - ج- استراتيجية أو خطة المراقبة: وهي العملية التحليلية التي تنهض بتقييم فعالية هذه الأساليب المختارة، والتي تؤدي إلى استمرارية الأداء والتعديل أو الكف عند الانتقال إلى أسلوب آخر إذا تطلب الوضع ذلك (عبد الحافظ، 2016، ص. 23).

3- نظام الضبط الإنتباهي:

يعتبر نظام الضبط الإنتباهي الذي ذكره كل من نورمان وشاليس (1986) امتداداً لفكر علم النفس المعرفي العصبي- الذي يربط بين أجزاء المخ والوظائف المختلفة؛ حيث يعتمد على وظائف الفص الجبهي القشري. وطبقاً للنموذج الحالي فإن برمجة وتنظيم والتأكيد على الأفكار والأفعال البشرية تتدرج وفق نظامين:

الأول جدولة الخلاف، والثاني الضبط الإنتباهي

النظام الأول هو المسؤول عن السلوكيات الروتينية أو المهام التي تسمح لنا بتنظيم الأولويات وترتيبها وفقاً لأهميتها (على سبيل المثال: إعداد القهوة أثناء التحدث في الهاتف) أما النظام الثاني فهو المسؤول عن تنظيم الأعمال غير الروتينية والمهام الغريبة أو غير المألوفة.

وقد أوضح نورمان وشاليس (Norman & Shallic, 1986) أن هناك خمسة أنماط من المواقف لا تقودنا فيها الاستجابات الروتينية إلى الأداء الأمثل، وهذه المواقف هي:

- 1- التخطيط واتخاذ القرار.
- 2- تصحيح الأخطاء أو اكتشافها والبحث عنها.
- 3- حينما تكون الاستجابة المطلوبة غير متعلمة أو تحتوى على نمط متسلسل من الأفعال المتتابعة.
- 4- عند توقع الخطر.
- 5- في المواقف التي تتطلب تخطي ومقاومة استجابة ردة الفعل المعتادة، أو مقاومة الرغبات أو الوسوس مثلًا.

وقد أوضح (Burgess, 2000) أن مفهوم الضبط الإنتباهي قد اتسع ليشمل أداء المهام المتعددة في جميع مناحي الحياة اليومية، وطبقاً لهذا فإن المميزات الثمانية للسلوك المتعدد المهام، تشمل:

- 1- العديد من المهام المتميزة والمختلفة التي ينبغي على الفرد استكمالها.
- 2- وجود فترة من التداخل للحصول على الأداء الفعال.
- 3- الارتباط بأداء مهمة واحدة في فترة زمنية معينة.

- 4- المقاطعات المفاجئة والمخرجات غير المتوقعة.
 - 5- النية المسبقة لدى الفرد للعودة للمهمة التي لا تزال جارية فعلياً.
 - 6- متطلبات المهام الصعبة المختلفة.
 - 7- أهداف تحقيق الذات التي يقررها الفرد، وبناء عليها يقرر ما هي المهام والأداءات المختلفة التي سيقوم بها لتحقيق تلك الأهداف.
 - 8- عدم وجود تغذية راجعة فورية عند أداء المهمة.
- وطبقاً لما أوضحه بورجس (Borges) وزملاؤه أن المهام التي تتم في المعمل لا تشمل كل هذه الخصائص عند قياس الأداء على المهام المتعددة في الحالات الإكلينيكية (حافظ، 2017، ص ص. 26-27).

4- المقارنة متعددة الوسائط: نموذج مياك (Miyake, 2000)

سعى مياك وآخرون إلى تحديد ما إذا كانت الوظائف التنفيذية تعتمد على نفس السيورورات؟ فقاموا باقتراح مهمات معرفية بسيطة على 137 حالة من الشباب، وقاموا بدراسة العلاقات الموجودة بين المرونة العقلية وكبح الإجابات المهيمنة والتحديث.

النتائج أظهرت أن المتغيرات الثلاث المتحصل عليها، والتي تقابل الوظائف الثلاث المشار إليها أعلاه، كانت متميزة، مما يشير إلى استقلالية وظائفها، مع ذلك فإن الارتباطات المتحصل عليها تبقى معتدلة، مما يوحي بالتفرد والتميز لهذه الوظائف، إذن اقترح الكتاب نظريتين لشرح اعتدال هذه الارتباطات:

-الأولى : تستدعي تطبيق الذاكرة العاملة خلال مجموع الروائز المقترحة.

-الثانية: تقترح أن الكبح يشارك في تحقيق كل المهمات المقترحة إذن "مياك" وفريقه؛ عرفوا ثلاث وظائف تنفيذية خاصة، ولكن مع ذلك هناك تبادل للسيورورات المشتركة فيما بينها:

- الكبح يسمح بـ " مسح "المعلومات غير المشتركة (غير المهمة).

-المرونة العقلية "التحويل" هي القدرة على الانتقال سريعاً من سلوك إلى آخر، بما يتلاءم ومتطلبات المحيط.

-التحديث يسمح بإنعاش محتوى الذاكرة العاملة، مع الأخذ بعين الاعتبار للمعلومات الجديدة المنقولة إليها.

وقد قام الكتاب بصياغة فرضية مفادها أن الإنتباه الموزع قد يشكل الوظيفة الرابعة، ولكنها مستقلة عن الكبح والتحديث والمرونة، ف نموذج "مياك" يظهر بوضوح استقلالية الوظائف التنفيذية وهذا ما يتيح لنا أن نفهم كل هذا من جهة؛ النتائج غير المتجانسة للحالات في مختلف الإختبارات التنفيذية (نجاح في اختبار تنفيذي وفشل في آخر)، ومن جهة أخرى تبرير إمكانية دراستنا لواحدة من السيوروات التنفيذية دون الأخرى (عامر وبغول، 2018، ص ص. 100-101).

6- العمليات المعرفية والصداع النصفي:

حسب الجمعية الدولية لدراسة الألم (International Association for the Study of Pain,[IASP]) الألم هو تجربة حسية وعاطفية، أي أنه يتم معاشته وتفسيره بواسطة نفسيتنا التي سوف تنسب إليها صفة غير سارة وأهمية أكبر أو أقل، وبالتالي فإن الألم ليس مجرد "إحساس" أو حتى "عاطفة"، بل هو "إدراك"، كما أوضحه لوران دينيزو (Laurent Denizeau) أن تصور الألم هو المعنى الذي نعطيه وفقا لخيالنا الاجتماعي والثقافي (Senon, 2016, pp. 57-58).

تشير الأبحاث إلى أن المشاعر السلبية والضغط المرتبط بالألم يحتمل أن تؤثر على الأداء المعرفي بشكل مستقل عن تأثيرات شدة الألم (Hart et al., 2003, p. 116)، إن الاضطرابات المعرفية المحتملة الموجودة في سياق الألم المزمن تكون على مستوى المجال التنفيذي والإنتباه والذاكرة العرضية، فوفقا لدراسة أجرتها مراكين وآخرين (McCracken et al., 2001) أبلغ (54%) من مرضى الألم المزمن عن شكوى معرفية واحدة على الأقل: النسيان بنسبة (23.4%) من المرضى، وصعوبات في إكمال المهمة بنسبة (20.5%)، وصعوبات في الإنتباه بنسبة (18.7%) والحوادث الطفيفة بنسبة (23.1%)، وأظهرت دراسة أخرى لمونوز وآخرين (Munoz et al., 2005) نقلا عن (Narison, 2014) أن شكوى الذاكرة الأكثر شيوعا كانت مرتبطة بصعوبات في تذكر فيلم أو كتاب (61%)، النسيان (44%)، وصعوبات في أداء المهام اليومية (38%) والمحادثة (38%) وبالتالي فإن الشكاوى المعرفية الأكثر شيوعا لدى مرضى الألم المزمن تتعلق بالذاكرة والإنتباه، كما تحدث موروني ولوران (Moroni & Laurent, 2006) عن "آلية لانتقاط عمليات الإنتباه عن طريق الألم". من خلال الإنتباه الانتقائي عبر تركيز حدة الحواس على الألم له تأثير في زيادة الإحساس بالألم (Nusbaum et al., 2010, p. 102).

(192)، إن الانتباه إلى الألم يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الألم في حين يمكن أن يقلل عدم الانتباه من خبرة الألم، في دراسة تجريبية لجيمس وهاردردوتير (James & Hardardottir, 2002) نقلا عن (العاسمي، 2016) بينت أن المرضى الذين يركزون على آلامهم يواجهون المزيد من الألم من أولئك الذين هم في حالة اللامبالاة.

وفقا لقراسلي وآخرين (Gracely et al., 2004) إن حقيقة تصور الألم، كتجربة كارثية ورهيبة ولا يمكن وقفه، ينتج عن ذلك تركيز المزيد من موارد الانتباه على الألم لتضخيم تأثيرها (Nusbaum et al., 2010, p. 192)، لا يتوقف التغير في العمليات المعرفية لدى مرضى الآلام المزمنة على مستوى الانتباه بل يتعداه إلى الذاكرة حيث يشير مورونيلوران (2006): "أن الذاكرة المؤلمة ستكون أكثر كثافة وإعاقة" (Nusbaum et al., 2010, p. 192).

والصداع النصفي باعتباره أحد الآلام المزمنة لا يخلو من تأثير الجانب المعرفي، فحسب الدراسات العيادية يظهر مرضى الصداع النصفي ضعفا في الوظيفة المعرفية، وتدعم ذلك الدراسات الفسيولوجية العصبية والتصويرية والدوائية، وتؤكد على وجود أعراض الضعف المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي، بينما لم تكتشف الدراسات المسندة إلى السكان عن اختلاف في الوظائف المعرفية بين مرضى الصداع النصفي والأصحاء في كل من: سرعة معالجة المعلومات، الانتباه، الوظائف التنفيذية، الذاكرة اللفظية وغير اللفظية، والمهارات اللفظية، ففي دراسة سكانية لريست وآخرون (Rist et al., 2012) على (6349) امرأة تبلغ أعمارهن (65) سنة أو أكثر ببوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية أنه لا يوجد ارتباط بين الصداع النصفي والتدهور المعرفي، كما استخدمت الدراسات الطولية التي تقيم الوظيفة المعرفية في الصداع النصفي عينات سكانية، أين لم تقدم أي دليل على التراجع المعرفي بمرور الوقت عند مرضى الصداع النصفي.

أجمعت دراسات التصوير العصبي ودراسات العصبي فسيولوجي والدوائي أن التنظيم الوظيفي لشبكات الدماغ المرتبطة مع الألم والعمليات المعرفية قد تتغير في الصداع النصفي (Vuralli et al., 2018, pp. 11-12)، كما اهتمت دراسة بيرز (Bears, 2007) نقلا عن (الخولى، 2016) بتقييم آثار العقاقير العلاجية للصداع النصفي على القدرات الإدراكية والمعرفية، وخلصت إلى أن استخدام الأدوية لم تغير في العلاقة بين الصداع النصفي والوظيفة المعرفية، بينما خلصت دراسة لكاي وآخرين (Cai et al., 2019) إلى وجود تدهور معرفي لدى مرضى الصداع النصفي المزمّن يمّس طلاقة اللغة

والذاكرة والوظائف التنفيذية، كما كان للإفراط في استخدام الأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهابات تأثير على الأداء المعرفي بين المصابين بالصداع النصفي المزمن. بينما أجريت دراسة التصوير المقطعي بانبعث الفوتون الواحد (SPECT) من قبل كالندر وآخرين (Calandre et al., 2002) على المصابين بالصداع النصفي لوحظ وجود اضطرابات في الذاكرة والانتباه ومعالجة سرعة الرؤية بين مرضى الصداع النصفي الذين يعانون من تواتر أعلى لهجمات الصداع، والذين لديهم تاريخ طويل من الصداع النصفي.

كما أظهرت الدراسات العيادية أن الصداع النصفي يؤثر على بعض المجالات المعرفية على وجه الخصوص. سرعة المعالجة والانتباه والذاكرة، المهارات اللفظية والوظيفة التنفيذية. إن الانخفاض المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي يزداد خلال فترات نوبة الصداع، وهذا ما أشارت إليه الاختبارات النفسية العصبية الموحدة، حيث أن نوبات الصداع النصفي ترتبط بالأداء المعرفي الضعيف مقارنة بالفترات الخالية من الصداع (Vuralli et al., 2018, pp. 11-12).

تشمل الإعاقات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي كذلك تأخر الذاكرة البصرية؛ خفض الذكاء الكلي وعجز في الوظيفة التنفيذية، وتكون أكثر بروزاً خلال نوبات الصداع النصفي، ولكنها تستمر بين النوبات (Schmitz et al., 2018, p. 92)، ويرى هينغ وآخرون (Huang et al.) أنه: "ينخفض الأداء المعرفي أثناء الصداع النصفي، خاصة في اللغة والذاكرة والوظائف التنفيذية والحساب والاتجاه ويمكن أن تكون الاختلالات المعرفية مرتبطة بمدة وتكرار الصداع" (Huang et al., 2017, p.7)، وهذا ما أكدته نتائج دراسة لوبونو وآخرون (Lo Buono et al., 2019) حيث أظهر مرضى الصداع النصفي بدون هالة فرقاً كبيراً مقارنة بالأصحاء في الطلاقة اللفظية الدالية وتأخر الذاكرة، كما أظهر مرضى الصداع النصفي المصحوب بالهالة فرقاً كبيراً في تأخر الذاكرة مقارنة بالأصحاء؛ كما توصلت دراسة لأرودا وآخرين (Arruda et al., 2020) أن المراهقين الذين يعانون من الصداع النصفي العرضي والصداع الكثير التردد يعانون من مخاطر مرتفعة من الخلل في الوظيفة التنفيذية.

كما تجدر الإشارة إلى أن الانتباه عملية معرفية بالغة الأهمية لمعظم أنشطة الحياة اليومية وكثيراً ما يشكو مرضى الصداع النصفي من تدهور الانتباه والتشتت بسهولة من قبل البيئة المحيطة حتى أثناء فترة انقطاع الصداع، كشفت الاختبارات السيكمترية عن نقص في الانتباه لدى الأشخاص المصابين بالصداع النصفي، وأظهرت دراسة مقطعية أن مرضى الصداع النصفي لهم درجات أقل

بكثير من الضوابط على الإنتباه والفروع التنفيذية في اختبار (MOCA)، بالإضافة إلى ذلك ذكر مؤلفون آخرون أن أداء مرضى الصداع النصفي أقل بكثير من الضوابط على اختبار (WCST) واختبار (TMT A / B)، هذه النتائج تشير إلى أن الصداع النصفي يرتبط بالشذوذ في جوانب محددة من وظيفة الإنتباه (Han et al., 2019, pp. 73-74)، كما تشير بعض الدراسات إلى أن الصداع النصفي لديه تشوهات معرفية خفية تتماشى مع عجز في الإنتباه (Huang et al., 2017, p. 1)، وأكدت دراسة لأشيثا وآخرين (Ashitha et al., 2018) وجود ضعف في الإنتباه لدى مرضى الصداع النصفي. واستنادا لما تم ذكره تحدث العديد من الاختلالات على مستوى العمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي، حيث أكدت خمسة عشر دراسة وجود اختلالات في العمليات المعرفية، ولا سيما الذاكرة والإنتباه وسرعة معالجة المعلومات لدى مرضى الصداع النصفي (de Araújo et al., 2012, p. 74).

خلاصة الفصل:

تشتمل العمليات المعرفية على عدد من عمليات التحويل للمثيرات أو المعلومات التي تتم وفق مراحل متسلسلة من استقبال للمثير الحسي، ثم الإنتباه، أي تركيز على مثير معين وتليه معالجة للمعلومة تحت ما يعرف بالإدراك، وللقيام بهذه المراحل لا بد من تخزين للمعلومة من خلال ذاكرة حسية، ذاكرة قصيرة المدى وذاكرة طويلة المدى، لتصل المراحل إلى النهاية، وتعطي إنتاجا يسمى اللغة، ولتحقيق أي هدف مطلوب تعمل الوظائف التنفيذية على وصف العمليات المعرفية المختلفة والتي من خلالها يمكن السيطرة على سلوكيات الأفراد وتحقيق الإستجابات لمختلف المواقف، ولكن اختلفت الدراسات حول ما إذا كان مرضى الصداع النصفي يتميزون بضعف في العمليات المعرفية أم لا، وهذا ما سوف نتحقق منه في الجانب الميداني.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية

تمهيد

- الدراسة الإستطلاعية

- الدراسة الأساسية

- المنهج

- العينة

- حدود الدراسة

- أدوات الدراسة

- الأساليب الإحصائية

تمهيد

تعد الدراسة الميدانية أحد أهم مراحل البحث العلمي؛ حيث أنها وسيلة هامة لجمع البيانات عن موضوع البحث بصورة موضوعية ومنهجية، وللتحقق من الفرضيات التي تم طرحها سابقاً، إلى جانب كونها وسيلة لدعم الدراسة النظرية.

ونستهل الجانب الميداني بالمنهجية المعتمدة في هذا الجانب؛ حيث نبدأ بعرض الدراسة الإستطلاعية التي قمنا بها، إلى جانب الدراسة الأساسية التي تم الدمج فيها بين دراسة كمية ودراسة كيفية، والمنهج المتبع، والعينة التي طبقت عليها الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها وخصائصها، وكذا الأدوات المعتمد عليها لجمع البيانات مع عرض إجراءات تطبيقها ميدانياً، وأخيراً مختلف الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات واختبار الفرضيات.

1- الدراسة الإستطلاعية:

1-1- إجراءات الدراسة الإستطلاعية:

إن الدراسة الإستطلاعية هي: " تلك الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وصفها وإخضاعها للبحث العلمي تيسر التعمق في بحثها في مرحلة لاحقة" (ابراهيم، 2000، ص. 38)

تمثل الدراسة الإستطلاعية مرحلة مهمة تسبق الدراسة الميدانية الأساسية للبحث حيث تهدف إلى:

- الحصول على أكبر عدد ممكن من المعلومات.
- الكشف عن بعض أبعاد الموضوع.
- وضع الأدوات المناسبة للقياس وحساب صدقها وثباتها.
- التأكد من مدى وضوح بنود للاختبارات وشموليتها للموضوع.
- التعرف على مكان البحث وعينة الدراسة.

وقد كانت مراحل الدراسة الإستطلاعية كالتالي:

- قمنا بزيارة العيادات الطبية العامة والخاصة (عيادات الأعصاب والطب العام) كذلك عيادات الطب البديل من أجل البحث على عينة الدراسة أين قمنا بشرح عملنا للأطباء المتمحور حول الإضطرابات النفسية والعمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي والذي يدخل ضمن الإعداد لأطروحة دكتوراه

والذين بدورهم قاموا بالتعاون معنا ومد جسر التواصل بيننا وبين مرضى الصداع النصفي الذين يزرون عياداتهم.

- لم نجد إلا حالات قليلة ذلك لأن مرضى الصداع النصفي لا يترددون على الأطباء لأنه حسب تصريحهم نفس الدواء (مسكنات) فبعد التشخيص الأولي يصبح المريض يشتري الأدوية من تلقاء نفسه، بالإضافة إلى ذلك كانت فترة الدراسة الحالية هي فترة وباء فيروس كورونا والحجر المنزلي وخوف المرضى من العدوى تجعلهم ينقطعون عن زيارة الطبيب، لذلك لجأنا إلى مواقع التواصل الاجتماعي فقمنا بنشر إعلانات في صفحات الفيس بوك كصفحة عناوين الأطباء، صفحة مركز المساعدة النفسية لجامعة المسيلة... ، كذلك من أجل البحث على عينة الدراسة قمنا بسؤال الأشخاص الذين نعرفهم حول تواجد مرضى الصداع النصفي في عائلاتهم.

- قمنا بالاتصال بالعديد من مرضى الصداع النصفي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة فيس بوك أو هاتفيا هناك من قبل التعاون معنا وهناك من رفض الاشتراك في البحث خاصة النساء المتزوجات واللاتي بررن رفضهن في الاشتراك بالبحث بأن أزواجهن لم يسمحوا لهن.

- اختيرت العينة الإستطلاعية بطريقة قصدية تكونت من 30 مريضا بالصداع النصفي وذلك لتطبيق أدوات الدراسة على أفرادها للتأكد من صلاحيتها للدراسة الحالية ومن إمكانيات الاعتماد عليها لتفسير النتائج التي سوف نتحصل عليها لاحقا.

- طبقت مقاييس الدراسة على العينة الإستطلاعية من مرضى الصداع النصفي خلال شهر سبتمبر 2020 في أماكن مختلفة: عيادات طبية خاصة وعامة وعيادات الطب البديل، بالإضافة إلى مركز المساعدة النفسية لجامعة المسيلة.

1-2- خصائص العينة الإستطلاعية:

تمثلت خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية فيما يلي: بلغ حجم العينة الإستطلاعية (30) من مرضى الصداع النصفي منهم (09) ذكور و(21) أنثى يتوزعون حسب الخصائص الموضحة في الجدول التالي:

جدول 04:

خصائص العينة الإستطلاعية

الخصائص	الجنس		الحالة الاجتماعية		مستوى تعليمي		
	ذكور	إناث	متزوج	غير متزوج	ابتدائي	متوسط	ثانوي
العدد	9	21	13	17	2	2	8
							18

2- الدراسة الأساسية:

1-2- إجراءات الدراسة الأساسية:

اعتمدنا في هذه الدراسة على طريقة البحث المختلطة (دراسة كمية ودراسة كيفية)، والتي عرفها جونسون وزملاؤه (Johnson et al.) على أنها "نوع من البحث يجمع فيه الباحث أو فريق البحث بين جوانب الأساليب النوعية والكمية (أي الافتراضات وأدوات جمع البيانات والتحليل وتقنيات الاستدلال) للتعميق والتأييد" (Corbière & Larivière, 2014, p. 626).

وقد قامت الباحثة بتطبيق الإجراءات التالية للقيام بالدراسة الأساسية:

- قمنا بزيارة العيادات الطبية العامة والخاصة (عيادات الأعصاب والطب العام) كذلك عيادات الطب البديل التي تعاملنا معهم في الدراسة الإستطلاعية وقاموا بتقديم كافة التسهيلات لنا من أجل القيام بالدراسة الميدانية.

- نتيجة لقلّة أفراد العينة للأسباب التي تم شرحها في الدراسة الإستطلاعية، قمنا بنشر إعلانات في صفحات الفيس بوك (كصفحة عناوين الأطباء، صفحة مركز المساعدة النفسية لجامعة المسيلة...) من أجل البحث على عينة الدراسة كذلك قمنا بسؤال الأشخاص الذين نعرفهم حول تواجد مرضى الصداع النصفي في عائلاتهم وعند الأفراد المحيطين بهم.

- قمنا بالاتصال بالعديد من مرضى الصداع النصفي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة (فيس بوك أو هاتفيا) هناك من قبل التعاون معنا وهناك من رفض الاشتراك في البحث خاصة النساء المتزوجات واللاتي بررن رفضهن في الاشتراك بالبحث بأن أزواجهن لا يسمحوا لهن أما بالنسبة للرجال فقد برروا رفضهم بسبب الانشغال والعمل وعدم توفر الوقت.

- كذلك قامت الباحثة بما أنها موظفة بجامعة المسيلة بزيارة كليات الجامعة وأقسامها من أجل البحث على الموظفين والأساتذة المصابين بالصداع النصفي.

- ثم باشرنا بالدراسة الميدانية من خلال تطبيق أدوات الدراسة على عينة البحث

2-2- المنهج:

2-2-1- منهج الدراسة الكمية:

اعتمدت الدراسة الكمية على المنهج الوصفي، كونه يلائم طبيعة الموضوع من خلال أنه يسمح بوصف متغيرات الدراسة وصفا دقيقا، ويعبر عنها كما وكيفا، ويتم بواسطته استخلاص النتائج وتقييمها واختبار فرضيات الدراسة.

ويعرف المنهج الوصفي على أنه: "طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كما عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة" (شروخ، 2003، ص. 147).

2-2-2- منهج الدراسة الكيفية:

اعتمدت الدراسة الكيفية على المنهج الإكلينيكي الذي يقوم على أسلوب دراسة الحالة بصورة كلية شاملة لكونها حالة متفردة في خصائصها وبنائها النفسي، فالطريقة الإكلينيكية تخدم مجال الدراسة للحالات السوية والمرضية بغرض الوصول إلى فهم خصائص الحالة والتشخيص والتنبؤ والعلاج لها (محمود، 2016، ص. 23).

يعرف بيرون (Perron) المنهج الإكلينيكي على أنه: "طريقة تسمح بمعرفة السير النفسي وتهدف إلى تكوين بنية واضحة لحوادث نفسية يكون مصدرها الفرد" (Perron, 1979, p. 38).

2-3- العينة:

جزء من مجتمع الدراسة التي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة لمجتمع البحث ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله ويستخدم أسلوب البحث بالعينة عند استحالة دراسة جميع أفراد المجتمع لظرف من الظروف (زرواتي، 2007، ص. 334).

2-3-1- عينة الدراسة الكمية:

- تكونت عينة البحث الحالي من (82) مريض ومريضة وقد تم اختيارهم وفق الخطوات التالية:
- اختيرت عينة الدراسة الكمية بناء على تشخيص طبيب عام أو طبيب مختص بإصابة أفراد العينة بمرض الصداع النصفي.
 - تم تطبيق معايير تشخيص الجمعية الدولية للصداع النصفي (2018) على عينة الدراسة.
 - تم اختيار أفراد عينة الدراسة بطريقة قصدية كما تم استخدام عينة كرة الثلج حيث أن الصداع النصفي مرض عائلي فالوصول إلى فرد من أفراد عائلة يعانون من الصداع النصفي يقوم هذا الفرد بذاته بربط جسر التواصل بين الباحثة وباقي أفراد عائلته الذين يعانون من الصداع النصفي.
 - كنا نأمل أن تبلغ عينة البحث (100) من مرضى الصداع النصفي، لكن اقتصر البحث على (82) تم إلغاء فيه اثنين (ذكر وأنثى) نتيجة لعدم صدق إجاباتهم على اختبار MMPI- 2، ويمكن تبرير حجم العينة بالأسباب التالية:
- انتشار فيروس كورونا والخوف من الإصابة أو نقل العدوى.
 - عدم توفر رخصة بإجراء الدراسة الميدانية.
 - عدم توفر النقل بين الولايات نتيجة لإجراءات الحجر.
 - رفض العديد من المصابين بالصداع النصفي المشاركة في البحث للأسباب المذكورة سابقاً.

2-3-2- معايير انتقاء عينة الدراسة:

- توفر تشخيص طبي (طبيب أخصائي أو عام) بمعاناة المبحوث من صداع نصفي،
- مدة الإصابة بالصداع النصفي تفوق ستة أشهر،
- غياب إصابات عصبية سابقة،
- يجب أن يكون سن المبحوث من 18 فما فوق،
- يجب أن يكون المبحوث ذو مستوى تعليمي،
- توفر معايير تشخيص الجمعية الدولية للصداع النصفي لدى المبحوث.

2-3-3- مجموعة البحث في الدراسة الكيفية:

تكونت مجموعة البحث في الدراسة الكيفية من ست حالات من عينة الدراسة الكمية، تم اختيارهم بناء على النتائج المتوصل إليها في الدراسة الكمية ووفقا لتوظيفات نفسية متنوعة: ذهانية، عصابية، حدية.

2-3-4- خصائص العينة:

2-3-4-1- خصائص عينة الدراسة الكمية:

بلغت عينة الدراسة الكمية (82) مريض ومريضة بالصداع النصفي، بلغ عدد الذكور (23) وعدد الإناث (59) بمتوسط عمري (35.28) وانحراف معياري (10.28)، وتظهر خصائص عينة الدراسة الكمية من خلال الجداول التالية:

جدول 05:

خصائص العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة %
الذكور	23	28.04%
الإناث	59	71.95%

من خلال الجدول (05) يتضح أن أغلبية أفراد العينة هم إناث بنسبة بلغت (71.95)، أما الذكور فبلغت نسبتهم (28.04).

جدول 06

خصائص العينة حسب السن

السن	التكرار	النسبة %
40=>	55	67.07%
40<	27	32.92%

من خلال الجدول (06) يتضح أن أغلبية أفراد العينة هم من سن أقل أو يساوي 40 سنة بنسبة بلغت (67.07)، أما الأكبر من 40 سنة فبلغت نسبتهم (32.92)، وقد تم اختيار السن ب 40 سنة وذلك لأن الصداق النصفي تتناقص شدته بعد سن الأربعين.

جدول 07:

خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
47.56%	39	متزوج
52.43%	43	غير متزوج

من خلال الجدول (07) يتضح أن أغلبية أفراد العينة هم غير متزوجون بنسبة بلغت (52.43)، أما المتزوجون فبلغت نسبتهم (47.56).

جدول 08:

خصائص العينة حسب الإصابة العائلية

النسبة %	التكرار	الإصابة العائلية
81.70%	67	وجود إصابة عائلية
18.29%	15	عدم وجود إصابة عائلية

من خلال الجدول (08) يتضح أن أغلبية أفراد العينة لديهم إصابات عائلية بالصداق النصفي بنسبة بلغت (81.70)، أما الذين ليس لديهم إصابات عائلية بالصداق النصفي فبلغت نسبتهم (18.29).

جدول 09:

خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
12.19%	10	متوسط
15.85%	13	ثانوي
71.95%	59	جامعي

من خلال الجدول (09) يتضح أن أغلبية أفراد العينة ذوي مستوى جامعي بنسبة بلغت (71.95)، يليه ذوي مستوى ثانوي بنسبة بلغت (15.85)، وأخيرا ذوي مستوى متوسط بنسبة بلغت (12.19).

2-3-4-2- خصائص مجموعة الدراسة في الدراسة الكيفية:

تظهر خصائص مجموعة الدراسة من خلال الجدول التالي:

جدول 10:

خصائص مجموعة البحث حسب المتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، الإصابة العائلية، المستوى التعليمي)

الخصائص	التكرار
الجنس	الذكور 3
	الإناث 3
السن	40> 5
	40< 1
الحالة الاجتماعية	متزوج 1
	غير متزوج 5
الإصابة العائلية	وجود إصابة عائلية 3
	عدم وجود إصابة عائلية 3
المستوى التعليمي	ثانوي 1
	جامعي 5

2-4- حدود الدراسة:

الحدود المكانية: قمنا بإجراء بحثنا هذا في العيادات العامة وعيادات أطباء الأعصاب وعيادات الطب البديل على مستوى ولاية المسيلة بالإضافة إلى مركز المساعدة النفسية بجامعة المسيلة باعتبار الباحثة عضو متكفل به.

الحدود الزمانية: استمرت الدراسة الحالية والموسومة بالإضطرابات النفسية والعمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي (الشقيقة) لمدة ثلاث سنوات، فبعد الإطلاع على الدراسات والمراجع الخاصة بمتغيرات الدراسة لم نستطع البدء في الدراسة الميدانية لأنه كانت هناك إجراءات صارمة للحجر المنزلي بسبب انتشار وباء كورونا خاصة توقيت الحجر (13 بعد الظهر) وتوقيف النقل داخل الولايات وبين الولايات، وبعد تمديد وقت الحجر والسماح بالنقل داخل الولاية باشرنا في الدراسة الميدانية بدء بتطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية في شهر سبتمبر 2020 وبعد التحقق من ثبات وصدق الأدوات باشرنا في الدراسة الأساسية، بداية من شهر سبتمبر 2020 إلى شهر جويلية 2021، وبعدها تم إفراغ البيانات واستخلاص النتائج.

الحدود البشرية: نظرا لأن الدراسة الحالية كانت في فترة انتشار وباء كورونا، مما ساهم في الحد من تنقل الباحثة بين الولايات خاصة في غياب النقل وفرض إجراءات الحجر، وانتشار الخوف من الإصابة بالعدوى أو نقل العدوى، لذلك اقتصرَت الدراسة على عينة مرضى الصداع النصفي بولاية المسيلة.

2-5- أدوات الدراسة:

2-5-1- أدوات الدراسة الكمية:

من أجل جمع البيانات من الميدان، يتوجب توفر واستخدام أدوات بحث معينة (أنظر الملحق (1))، وتتمثل أدوات دراستنا في:

2-5-1-1- الإستمارة: صممت الباحثة استمارة جمع معطيات وفقا لمتطلبات البحث، تتضمن أربع محاور تتمثل في:

- المحور الأول: بيانات شخصية (السن، الجنس، الحالة الإجتماعية، المستوى التعليمي، وجود إصابة عائلية)
- المحور الثاني: خصائص الصداع النصفي
- المحور الثالث: الحالة النفسية
- المحور الثالث: الأداء المعرفي.

2-1-5-2- إختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية النسخة الثانية (MMPI-2):

2-1-5-2-1- وصف الإختبار:

نشر أول اصدار ل (MMPI) عام 1943 من تأليف هاثاواي وماكنلي (Hathaway & McKinley) واستخدما الطريقة الامبريقية في بنائه (Graham, 1993, p. 3)، وأعدا لذلك 1000 عبارة تصف الحالة الصحية العامة والأعراض العصبية والداغية، وما يخص الإضطرابات الوعائية والقلبية والتنفسية والمعوية والبولية. ثم خصصا جزء للعادات والعلاقات العائلية والإجتماعية والدراسية والعملية، وأتاحت عددا آخر من العبارات لاستيضاح اتجاهات الفرد الدينية والسياسية والإجتماعية والجنسية، ثم أضاف جزء يخص المخاوف والوجدان والهلاوس والهذات والوساوس والأفعال القهرية، وأسميا هذه الأداة في بادئ الأمر "بيان الشخصية المتعدد الأوجه" وبعدما خفض عدد عباراتها إلى 504 أصبح إسم المقياس "قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه لقياس الشخصية" (حقي، 1995، ص. 375-376).

وبسبب الإنتقادات التي تعرضت لها مقاييس الشخصية لسهولة تزيف الإستجابة وتشويهها فقد أعد مؤلفا الإختبار ثلاثة مقاييس للصدق (للضبط) تستخدم في التعرف على إتجاه المستجيب من المقياس، والتأكد من مدى صدق إجاباته، ولكن هناك أشكال من التلفيق يقوم به المفحوص دون أن تكشفه هذه المقاييس. لذلك أضاف مؤلفا الإختبار لاحقا مقياس رابع للصدق هو مقياس التصحيح (K) لزيادة حساسية مؤشرات الصدق في ال MMPI، كما يستخدم هذا المقياس كعامل تصحيح على بعض المقاييس الإكلينيكية لزيادة قدرتها التشخيصية (علي تودرت، 2015، ص. 67)

لم يراجع الإستبيان الأصلي منذ نشره عام 1943، ولذا فقد أصبح مضمون بعض البنود بمجيء لثمانينيات للقرن الماضي، قديما ومهجورا، وكانت دواعي تنقيح الإستبيان وأسباب تعديله عديدة (عبد الخالق، 1997، ص. 251)، وتم تحديثه من طرف : بوتشر (Butcher)، وداهاستروم (Dahlstrom)، وجراهام (Graham)، وتينجان (Tellegan) وكرايمر (Kraemer) والمعروف الآن (MMPI- 2) (ديفي، 2014، ص. 125) في عام (1989) (Butcher, 2004, p. 91).

إختبار (MMPI- 2) هو الأوسع انتشارا والأقوى سيكومتريا بين الإختبارات الموضوعية للشخصية التي يستخدمها الإختصاصيون الإكلينيكيين، وهو يستخدم في دول وثقافات عديدة حول العالم وتمت ترجمته إلى عشرات اللغات، وصيغة (MMPI- 2) بسيطة: يقرأ العميل (567) جملة

وصف ذاتي، وباستخدام ورقة للإجابة بقلم الرصاص يعلم على كل جملة بأنها صح أو خطأ حسبما تنطبق عليه، والبندود تغطي مدى واسعاً من السلوك، المشاعر والتوجهات (بوميرانتر، 2017، ص. 294).

يتكون الإختبار من عشرة مقاييس تسمى بالمقاييس الإكلينيكية الأساسية؛ وثلاثة مقاييس تسمى بمقاييس الصدق؛ وخمسة عشر مقياساً تسمى بمقاييس المحتوى، وثمانية وعشرون مقياساً فرعياً للشخصية السريرية تم إنشاؤه من تجميع محتوى عناصر معينة، والمعروفة باسم مقاييس "Harris-Lingoes"؛ وخمسة عشر مقياساً فرعياً تم الحصول عليها تجريبياً تسمى "مقاييس إضافية" (Castro, 2016, p. 24).

تتمثل مقاييس إختبار (MMPI- 2) فيما يلي:

مقاييس الصدق:

- لا أدري (؟):

عبارة عن العدد الإجمالي للأسئلة التي لم تتم الإجابة عليها (Castro, 2016, p. 71).

- مقياس الكذب (L):

يشتمل هذا المقياس على (15) فقرة، تم تصميم مقياس (L) للكشف عن العملاء الذين لا يرغبون في الإقرار حتى بالأخطاء الطفيفة، ويرغبون في تمثيل أنفسهم بصورة إيجابية، سواء عن قصد أو بغير وعي (Dorfman & Leonard, 2001, p. 148).

- مقياس عدم التواتر أو الخطأ (F):

يتكون من 64 عبارة، تدور عبارات المقياس حول الإعتقادات والأفكار الغريبة أو التلبذ وإنكار الروابط الإجتماعية، كما أن مجموعة من العبارات تختص بالعلاقات الأسرية أو تجارب الطفولة ومنها ما يتصل بالدين والاتجاهات نحو القانون ونقص القدرة على ضبط الإنذفاعات (ربيع، 2014، ص. 254).

- مقياس التصحيح (K):

يتكون هذا المقياس من 30 بند، مقياس يعرف باسم "الدفاعات"، يقيم الميل إلى الرغبة في تقليل وجود العلامات النفسية المرضية من خلال الظهور بصورة نفسية ملائمة (Sultan & Chudzik, 2010, p. 44).

- مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الإستبيان (FB):

يتكون المقياس من 40 فقرة، هذا مقياس يقيم وجود تزوير غير مقبول في إجابات مائة وسبعة وتسعين الأخيرة (Castro, 2016, p. 93-94).

- مقياس عدم اتساق الإستجابة الصحيحة (TRIN):

يتكون TRIN من 23 عنصراً مزدوجاً تتعارض فيما بينها؛ إذا أجاب ب "صح" على أحد العناصر المقترنة وجب الإجابة ب "خطأ" على الآخر (Dorfman & Leonard, 2001, p. 150).

- مقياس عدم اتساق الإستجابة المتغيرة (Vrin):

تم تطوير مقياس عدم تناسق الإستجابة المتغير لـ MMPI-2 كمؤشر صلاحية إضافي. يوفر مؤشراً لميول الأشخاص للاستجابة بشكل غير متسق لعناصر MMPI-2. يتكون المقياس من سبعة وستين زوجاً من العناصر ذات المحتوى المتشابه. في كل مرة يجيب فيها الموضوع على عناصر في زوج بشكل غير متسق، تتم إضافة نقطة واحدة إلى الدرجة على المقياس (Graham, 1993, p. 35).

المقاييس الإكلينيكية القاعدية:

تتمثل المقاييس الإكلينيكية الأساسية في:

- توهم المرض (Hs):

يتكون هذا المقياس من 32 عبارة، يصف هذا المقياس مجموعة من مرضى العصائيين الذين كانوا قلقين كثيراً بشأن صحتهم والذين اشتكوا من أعراض جسدية مختلفة (ذات أساس عضوي ضئيل أو معدوم) والذين رفضوا أي طمأنة بشأن حالتهم البدنية (Hathaway & McKinley, 1996, p. 33).

- الاكتئاب (D):

يتكون المقياس من 57 عبارة، تم تطويره في الأصل لتقييم أعراض الاكتئاب (انخفاض الروح المعنوية، وانعدام الأمل، وعدم الرضا العام) (Chudzik, 2010, p. 44).

- الهستيريا (Hy):

يتكون من 60 عبارة، تم تطوير هذا المقياس لتحديد المرضى الذين يعانون من ردود فعل هستيرية في وضعيات ضاغطة (Graham, 1993, p. 60).

- الانحراف السيكوباتي (Pd):

يتكون هذا المقياس من 50 عبارة، يهدف هذا المقياس إلى تقدير خصائص الشخصية السيكوباتية المضطربة، والتي تتسم بأنها مضادة للأخلاق والمجتمع، وتتصف بعدم الإهتمام المتكرر بالعادات الاجتماعية والعرف، وعدم القدرة على الإستفادة من العقاب، وتتمثل الصعوبة الأساسية لدى السيكوباتين في نقص الإستجابة الإنفعالية العميقة، وفي عدم القدرة على الإفادة من الخبرة، وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية. تنحصر أخطر انحرافاتهم عن المعايير الاجتماعية في الكذب والسرقة والإدمان على المخدرات والكحول والشذوذ الجنسي (عبد الخالق، 1996، ص. 249).

- الذكورة / الأنوثة (Mf):

يحتوي على 56 عبارة، يتم استخدام هذا المقياس لتقييم الميل إلى سلوكيات وأذواق ومعتقدات ذكورية أو أنثوية (Sultan & Chudzik, 2010, p. 44).

- بارانويا (Pa):

يحتوي المقياس على 40 عبارة، يقيس هذا المقياس درجة الحساسية والشك والصلابة بين الأفراد، وقد وجد أنه يميز إلى حد ما في اكتشاف الأشخاص الذين يعانون من مستويات عالية من جنون العظمة (Castro, 2016, p. 183).

- السيكاثينيا (Pt):

يحتوي على 48 عبارة، تتناول الزملة العصبية المعروفة باسم السيكاثينيا، والتي تتمثل في عجز الفرد عن مقاومة أفعال وأفكار معينة رغم أنها ذات طابع غير توافقي، وهذه الزملة تحتوي على عصاب الوسواس القهري والمخاوف المرضية والقلق والإنذاعية (اسماعيل، 2004، ص. 281)

- الفصام (Sc):

يحتوي على (78) عبارة يشمل: خلط في عمليات التفكير والإدراكات الغريبة والإغتراب الاجتماعي والعلاقات العائلية السيئة وصعوبات في التركيز وفي ضبط الدفعات ونقص الإهتمامات العميقة وتشكك في قيمة الذات والهوية الذاتية وصعوبات جنسية (ملیكة، 2000، ص ص. 70-71).

- الهوس الخفيف (Ma):

يحتوي المقياس على 46 عبارة، مقياس لتقييم الهوس الخفيف، يقوم بتقييم عدة جوانب مثل الإثارة، الطاقة، عدم الانزعاج، والمبالغة في تقدير الذات (Sultan & Chudzik, 2010, p. 44).

- مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si):

يحتوي على 69 عبارة يتناول بعد تقييم الإنطواء-الإنبساط (اسماعيل، 2004، ص. 283) تتدرج المقاييس الإكلينيكية تحت ثلاث مجموعات:

- المجموعة الأولى: المثلث العصاب والذي يضم مقاييس توهم المرض، الاكتئاب والهستيريا.
- المجموعة الثانية: المثلث الذهاني، والذي يضم مقاييس: الفصام، البارانونيا والهوس الخفيف.
- المجموعة الثالثة: المشكلات السلوكية والتي تضم الإنحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة، الإنطواء الاجتماعي. إلى جانب هذه المجموعات نجد كذلك السيكاثينيا (حمودة وآخرون، 2020، ص. 160).

مقاييس المحتوى: وعددها 15 مقياس هي كالآتي:

- مقياس القلق (ANX):

يقيس هذا المقياس القلق المعمم مع وجود مخاوف مفرطة وتوتر ومشاكل في النوم والتركيز (Sultan & Chudzik, 2010, p. 50).

- مقياس الخوف (FRS):

تخص وجود مواضيع (أشياء) خاصة مخيفة (FRS2)، أو أن يكون الشخص سهل التخويف والهلع (FRS1) (علي تودرت، 2015، ص. 82).

- مقياس الوسواس (OBS):

يكشف عن وجود قلق غير عقلاني حول أمور تافهة، وعدم القدرة على النوم بسبب القلق، ووجود أفكار متألمة حول الكلام البذيء، أو عد الأشياء غير المهمة كالمصاييح الموجودة على الشارة المرورية، أو عد الخطوات وغيرها (عز، 2015، ص. 150)

- مقياس الاكتئاب (DEP):

يقيم وجود المشاعر والأفكار الإكتئابية (DEP2) ونقص الطاقة (DEP1) وانعدام القيمة (DEP3) والأفكار الإنتحارية (DEP4) (Chudzik, 2010, p. 50).

- مقياس الإهتمامات الصحية (HEA):

الأفراد الذين يتحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس يظهرون عادة شكاوى جسمية عديدة ومختلفة. تتمثل في أعراض معدية (HEA1) أو أعراض عصبية (HEA2) أو تخص الصحة بصفة عامة (HEA3) (علي تودرت، 2015، ص. 82).

- مقياس أفكار غريبة (BIZ):

يقيس نمط ذهاني، (BIZ1) يقيس وجود أعراض إيجابية مثل الهلوسة أما (BIZ2) فهو يقترب أكثر من الخصائص الفصامية (Sultan & Chudzik, 2010, p. 51).

- مقياس الغضب (ANG):

يكشف وجود مشكلات حول فقدان السيطرة على الغضب ونوباته، والشعور بالرغبة في السب أو تحطيم الأشياء أو البدء بعراك، وحدة الطبع وقلة الصبر (عز، 2015، ص. 151).

- مقياس السخرية (CYN):

يقيم الإفتقار العام للثقة، وهو نوع من خيبة الأمل اتجاه الناس والحياة بشكل عام (CYN1) والتي يمكن أن تصل إلى عدم الثقة غير المنطقي (CYN2) (Sultan & Chudzik, 2010, p. 51).

- مقياس الممارسة المضادة للمجتمع (ASP):

يقيس وجود جنوح أحداث وممارسات أخرى مضادة للمجتمع التي خلفت مشاكل مع العدالة. يخص (ASP2) مباشرة السلوكيات، أما (ASP1) فهو يشير خاصة إلى بعض المواقف (علي تودرت، 2015، ص. 82).

- مقياس سلوك النمط A (TPA):

يقيم مجموعة من المواقف مثل نفاد الصبر، والتهيج (TPA1) التي يمكن أن تأخذ شكل الإستياء، والميل إلى الانتقام (TPA2) (Chudzik, 2010, p. 51).

- مقياس انخفاض تقدير الذات (LSE) :

يكشف آراء الفرد السلبية جدا عن نفسه، وشعوره بعدم الجاذبية، وقلة ثقته بالذات، وبأنه عديم الفائدة، ولديه قدرات منخفضة وضعيفة، والعديد من الأخطاء، وعدم قدرته على فعل أي شيء على نحو صحيح (عز، 2015، ص. 151)

- مقياس القلق الاجتماعي (SOD):

هذا هو المقياس الأقرب إلى الرهاب الاجتماعي. يتعلق (SOD1) بتجنب العلاقات الشخصية و(SOD2) يتعلق بالخجل وعدم الإرتياح الاجتماعي (Sultan & Chudzik, 2010, p. 51).

- مقياس المشاكل العائلية (FAM):

هو مقياس يعكس الصراعات العائلية. يشير (FAM1) إلى الصراع والعداء أما (FAM2) فيعكس نوع من الانفصال العاطفي (علي تودرت، 2015، ص. 83).

- مقياس العمل (WRK):

يقيم الصعوبة في أداء العمل (المهنة) بسبب نقص الثقة وصعوبة التركيز والضغط، يعتبر بشكل عام وسيلة لتقييم تأثير الإضطراب على الحياة المهنية (Sultan & Chudzik, 2010, p. 51).

- مقياس مؤثر العلاج السلبي (TRT):

يكشف المقياس المواقف إتجاه الأطباء، والمختصين في مجال الصحة العقلية كالإعتقاد بعدم قدرة هؤلاء على فهمه أو الاهتمام بما يحصل معه، ودرجة استعداده لمناقشة مشكلاته الخاصة مع الآخرين (عز، 2015، ص. 151).

المقاييس الإضافية:

تتمثل المقاييس الإضافية في:

- مقياس القلق (A):

يعكس وجود الأسى، الإنزعاج، والخوف، والشعور بالذنب، ونقد الذات، والخروج عن السيطرة، وعدم القدرة على اتخاذ أي قرار، والإضطراب في المواقف الإجتماعية (عز، 2015، ص. 152).

- مقياس الكبت (R):

يمثل هذا المقياس العامل الثاني وهو يخص السيطرة على العواطف والميل إلى الإنكار والكبت (علي تودرت، 2015، ص. 83).

- مقياس قوة الأنا (ES):

يكشف المقياس القوة الكامنة للأنا التي تبرز حين السعي للعلاج النفسي، والقدرة على مواجهة الضغوط الموقفية بما يعطى صورة عن تكامل الشخصية (عز، 2015، ص. 152).

- مقياس الإدمان على الكحول لماك أندروز (Mac-R):

يحاول هذا المقياس قياس وجود مشاكل مع الكحول لكن بدون الكلام عن الكحول، في حالة عدم وجود إدمان على الكحول، فإن هذا المقياس قد يعكس البحث عن الإثارة والرغبة في المخاطرة (Sultan & Chudzik, 2010, p. 55).

- مقياس الإدمان الصريح (AAS):

هو مقياس يخص الإستهلاك المفرط للكحول والمخدرات (علي تودرت، 2015، ص. 83).

- مقياس الإدمان الكامن (APS):

يقيم مشكلات تعاطي بعض المواد من خلال الخصائص الشخصية أو الإجتماعية (Sultan & Chudzik, 2010, p. 55).

- مقياس السيطرة (DO):

يكشف الميل للسيطرة في العلاقات مع الآخرين، والقدرة على ضبطها بين الأقران في مجالات الحياة المختلفة وما يرتبط فيها من ضبط للإندفاعية والنزوات (عز، 2015، ص. 152).

- مقياس المسؤولية الإجتماعية (RE):

يقيم الشعور بالمسؤولية إتجاه الآخرين (Sultan & Chudzik, 2010, p. 55).

- مقياس الضبط الزائد العداء (O-H):

يقيس الميل إلى الغضب والعدوانية إلى حد عدم القدرة على الإحتواء والتعبير عنها على شكل سلوكيات متفجرة (علي تودرت، 2015، ص. 84).

- مقياس الخلافات بين الأزواج (MDS):

يكشف المقياس مشكلات العلاقة الزوجية، وسوء التكيف الزوجي، والأسري، والحياة الجنسية والحب، وآلية التعامل مع نوعية الحياة المنزلية (عز، 2015، ص. 153).

- مقياس سوء التوافق الأكاديمي (MT):

يقيم قدرة الطلاب على التعامل مع دراساتهم. يميل الأشخاص الذين حصلوا على درجات عالية إلى المماثلة، ويفتقرون إلى الثقة بالنفس، ويتعاملون مع الضغط بصعوبة (Sultan & Chudzik, 2010, p. 55).

- مقياس الدور الجنسي (GM / GF):

يكشف عن نمط الجنس، يشير (GM) دور الجنس المذكر بينما يشير (GF) إلى دور الجنس المؤنث (Duckworth & Anderson, 2015, pp. 384-385).

- مقياسي اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PS & PK):

يفحص هذان المقياسان العرضية القريبة من تلك التي نواجهها أمام ضغط ما بعد الصدمة، إلا أنه لا يوجد في MMPI- 2 بنود تعبر عن حدث صدمي (علي تودرت، 2015، ص. 84)

المقاييس الثانوية لهارس ولنجوس Harris and lingoes Subscales:

قام كل من هارس ولنجوس (Harris & Lingoes) ببناء مقاييس ثانوية خاصة بالمقاييس الإكلينيكية (9Ma-8Sc-6Pa-4Pd-3Hy- 2D) وهذا بدراسة محتوى البنود في كل مقياس، وقاما بتجميع تلقائي البنود المتشابهة في المحتوى. تضيف النقاط المتحصل عليها في المقاييس الثانوية معلومات حول تركيبة الأجوبة التي يعطيها الفرد إزاء المقاييس الإكلينيكية هي طريقة للتدقيق في العلامات المتحصل عليها في المقاييس الأساسية الإكلينيكية، عدد المقاييس الثانوية هو 23 (علي تودرت، 2015، ص. 84) هي كالتالي:

- D1 الإكتئاب الذاتي.
- D2 التباطؤ الحسي الحركي.
- D3 الخلل الوظيفي للجسم.
- D4 الإنسداد العقلي.
- D5 الإحتراز.
- Hy1 إنكار القلق الاجتماعي.
- Hy2 الحاجة للعاطفة.
- Hy3 الضيق والتعب.
- Hy4 الشكاوي الجسمية.
- Hy5 كبح العدوانية.
- Pd1 الخلاف العائلي.
- Pd2 مشاكل مع السلطة.

- Pd3 هدوء إجتماعي.
- Pd4 العزلة الإجتماعية.
- Pd5 العزلة الشخصية.
- Pa1 أفكار إضطهادية.
- Pa2 الحساسية.
- Pa3 السذاجة.
- Sc1 العزلة الإجتماعية.
- Sc2 العزلة العاطفية.
- Sc3 نقص التحكم في الأنا على المستوى المعرفي.
- Sc4 نقص التحكم في الأنا على مستوى العاطفي.
- Sc5 نقص التحكم في الأنا لعدم وجود كبت.
- Sc6 تجارب حسية غريبة.
- Ma1 اللاأخلاقية.
- Ma2 التسارع الحسي الحركي.
- Ma3 الهدوء.
- Ma4 تضخم الأنا (Butcher et al., 2001, pp. 91-95) ، (علي تودرت، 2015، ص ص. 84-86).

هناك أيضا مقاييس ثانوية لمقياس Si التي وضعها هوستلر (Hostler) هي:

- Si1 الخجل/الضيق
- Si2 التجنب الاجتماعي
- Si3 العزلة عن الذات والآخرين (Hathaway & McKinley, 1996, p. 59).

2-2-1-5-2- تعليمية الاختبار:

يتكون هذا الإختبيان من عبارات مرقمة، اقرأ كل عبارة وقرر ما إذا كانت صحيحة في انطباقها عليك، أو خاطئة في انطباقها عليك

علم إجابتك في ورقة الإجابة التي أعطيت لك. انظر المثال المأخوذ من ورقة الإجابة والموجود على اليسار. إذا كانت العبارة صحيحة أو صحيحة إلى حد كبير في انطباقها عليك سود الدائرة التي بداخلها الحرف ص (أي صواب: أنظر المثال أ على اليسار). وإذا كانت خاطئة أو ليست صحيحة في العادة في انطباقها عليك، سود الدائرة التي بداخلها الحرف خ (أي خطأ: أنظر المثال ب على اليسار). وإذا كانت العبارة لا تنطبق عليك، أو تعبر عن شيء لا تعرف عنه شيئاً، لا تسود أية دائرة في ورقة الإجابة. لكن حاول أن تعطي إجابة لكل عبارة تذكر أن تعطي رأيك أنت عن نفسك.

وحيث تضع إجابتك في ورقة الإجابة، تأكد من أن رقم العبارة في كراسة الأسئلة يتفق مع رقم العبارة في ورقة الإجابة. امسح تماماً أية إجابة ترغب في تغييرها. لا تكتب أية علامة على هذه الكراسة. تذكر: حاول أن تجيب على كل عبارة. والآن افتح الكراسة، وابدأ.

2-2-1-5-2- الخصائص السيكومترية الأصلية للاختبار:

دراسة بوتشر (Butcher, 1989) التي هدفت إلى تقنين النسخة الثانية من إختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية في أمريكا. جرى تطبيق هذا الإختبار على عينة ممثلة للولايات المتحدة الأمريكية من سبع ولايات، بلغ عددها 2600 فرد (1138 ذكراً و1462 أنثى)، بأعمار تراوحت بين 18-84 سنة وتكونت العينة من عدد من طلبة المرحلتين الثانوية والجامعية ومرحلة ما بعد التخرج، إضافة إلى عينة من المضطربين نفسياً بنسبة لم تزد على 10% (البقاعي، 2016، ص. 200).

الصدق:

التحليل العاملي:

تمت دراسة البنية العاملية في إختبار MMPI- 2 اعتمادا على المعطيات الخام غير المصححة بـ K (Non-K- Corrected raw scale scores)، على مستوى كل من المقاييس الأساسية (مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية) ومقاييس المحتوى، وتم استعمال تقنية التحليل العاملي للمركبات الأساسية (Principal component analysis) بتدوير فريمكس (Varimax Rotation) فنتج عن ذلك أربعة عوامل مستقرة في العينات الأمريكية بالنسبة للمقاييس الإكلينيكية وهي:

العامل الأول: عامل القلق أو الإضطراب العام (Anxiety-General psychopathology).

العامل الثاني: القمع أو التحكم (Repression (Overcontrol).

العالم الثالث: الإنطواء الإجتماعي (Social introversion).

العامل الرابع: الأنوثة – الذكورة (Masculinity- Feminity).

أما بالنسبة لمقاييس المحتوى فنتج عن ذلك عاملين مستقرين في العينات الأمريكية وهما:

العامل الأول ANX-OBS-DEP-LES-SOD-WRK-TRT في كل العينات وهذا العامل يقيس الوجدانات السلبية.

العامل الثاني الذي يعبر عن الإندفاعية فهو يتميز بكمون عالي في المقاييس BIZ-ANG- CYN-ASP-TPA-FAM نجد أن مقياس HEA وFRS موجودين في العامل الأول في كل من عيني الرجال، لكن في عينة النساء نجد أن مقياس FRS كامن في العامل الثاني وHEA متوسط الارتفاع في كل من العامل الأول والثاني، ولحساب درجة التشابه تم الإعتماد على مؤشرين هما: مؤشر التجانس أو التطابق (Congruence coefficients)، إرتباطات نتائج العوامل (Factor Score Correlations)، فكان في العوامل الأربعة وبين العينتين (التقنين والطلبة) مرتفع يتراوح بين (0.98) و(1.0) في عينة التقنين إناث وبين (0.94) و(0.99) في عينة الطالبات. أما في عينة الذكور فكان مرتفع أيضا يتراوح ما بين (0.91) و(0.98) فهذا يدل على أن بنية العوامل الأربعة في عينات الذكور متشابهة مؤشر التجانس في العاملين الخاصين بمقاييس المحتوى، فكان مرتفع يتراوح ما بين (0.96) و(1) في كلا العاملين، فهذا يدل على وجود تشابه بين العينات (علي تودرت، 2015، ص. 166-169)

الثبات:

1- تطبيق وإعادة التطبيق:

طبق بوتشر (Butcher et al., 2001) الإختبار على عينة مكونة من (82) ذكر و(111) أنثى على أسبوع تقريبا، فتراوحت معاملات الارتباط في المقاييس الإكلينيكية بين (0.67) و(0.93) لدى الذكور، وبين (0.54) و(0.92) لدى الإناث، أما مقاييس المحتوى فتراوحت معاملات الارتباط بين (0.77) و(0.91) لدى الذكور، وبين (0.78) و(0.91) لدى الإناث، أما بالنسبة للمقاييس الإضافية فتراوحت معاملات الارتباط بين (0.63) و(0.91) لدى الذكور، وبين (0.69) و(0.91) لدى الإناث.

2- الإتساق الداخلي:

طبق بوتشر (Butcher et al., 2001) الإختبار على عينة مكونة من (1138) ذكر و(1462) أنثى، ثم قاموا بحساب معامل ألفا كرونباخ فكانت النتائج كالتالي:

- تراوح معامل ألفا كرونباخ بين (0.34) و(0.85) لدى الذكور وبين (0.37) و(0.87) لدى الإناث في المقاييس الإكلينيكية
- تراوح معامل ألفا كرونباخ بين (0.72) و(0.86) لدى الذكور وبين (0.68) و(0.86) لدى الإناث في مقاييس المحتوى
- تراوح معامل ألفا كرونباخ بين (0.34) و(0.89) لدى الذكور وبين (0.24) و(0.90) لدى الإناث في المقاييس الإضافية.

2-5-1-2-3- الخصائص السيكومترية للإختبار في البيئة الجزائرية:

قام العديد من الباحثين بدراسات حول تكيف وصدق وثبات الإختبار في البيئة الجزائرية ومن بينهم الباحثة علي تودرت نسيم (2015) التي قامت بدراسة تكافؤ النسخة العربية لإختبار MMPI- 2 من ترجمة عبد الله محمود سليمان (1996) والمعتمدة من طرف جامعة مينيسوتا والنسخة الأمريكية، حيث تمثلت نتائج دراستها كالتالي:

- الصدق:

1- صدق المحكمين: عرض الإختبار على خمس محكمين من أجل ابداء رأيهم حول عبارات الإختبار ومدى ملائمتها للبيئة الجزائرية.

2- صدق الترجمة:

من خلال تطبيق الإستبيانين (العربي والإنجليزي) على العينة بفارق زمني يقدر بأسبوع إلى أسبوعين، حيث طبق على نصف العينة (10) النسخة العربية ثم الإنجليزية، أما النصف الثاني (9) فأجاب على النسخة الإنجليزية أولاً ثم العربية.

فكانت معاملات الارتباط بين النسختين مرتفعة، حيث كان متوسط معامل الارتباط في المقاييس الإكلينيكية يقدر ب (0.74). تراوحت معاملات الارتباط بين (0.91=Mf, 0.50=Sc)، وكان متوسط معامل الارتباط في مقاييس المحتوى يقدر ب (0.82). تراوحت معاملات الارتباط بين (0.94=WRK, 0.71=ANG).

3- البنية العاملية:

عن طريق استعمال طريقة المركبات الأساسية (Principal Component Analysis) متبوع بتدوير فارماكس (Varimax Rotation) على عينة قوامها (35) طالب و(110) طالبة، أظهرت النتائج أن البنية العاملية لإختبار MMPI- 2 تظهر بنفس الشكل في النسخة العربية من خلال العينة الجزائرية، فالبنية العاملية للمقاييس الأساسية ومقاييس المحتوى بين العينة الجزائرية والعينة الأمريكية متشابهة عبر الجنسين وعبر الثقافتين.

بالنسبة للمقاييس الإكلينيكية فكانت البنية العاملية كالتالي:

في عينة الذكور، كان العامل الأول معرف بتشعب عالي في المقاييس Ma-Sc-Pt-Pa-Pd-K-L، وهو يوافق نفس العامل (عامل الاضطراب) في المعطيات الأمريكية.

أما في عينة الإناث كان ارتفاع عالي في Hs (0.81) و D (0.69) و Hy (0.90) هي مقاييس العصابية وارتفاع متوسط المقاييس الذهانية (Sc-Pt-Pa-F).

أما العامل الثاني الذي يمثل الإنطواء الإجتماعي فهو ممثل بتشعب إيجابي عالي في مقاييس Si (0.93) و (0.90) وتشعب متوسط سلبي في مقياس Ma (-0.51) و (-0.62) عند الذكور والإناث إضافة إلى تشعب متوسط في مقياس D (0.50) عند الإناث.

أما العامل الثالث الذي يمثل التحكم أو القمع فهو ممثل بتشبع عالي في Hs (.75) و D (.74) و Hy (.93) في عينة الذكور، وبارتفاع في Pt (.72) و Sc (.71) و K (.81) في عينة الإناث إضافة إلى تشبع متوسط في مقياس F (.54).

أما العامل الرابع الذي يمثل الذكورة والأنوثة، فهو يظهر بتشبع عالي في مقياس Mf في عينة الذكور (.92) وفي عينة الإناث (.93).

بالنسبة لمقاييس المحتوى فكانت البنية العاملية كالتالي:

العامل الأول الذي يمثل العواطف والوجدانات السلبية ممثل بتشبع عالي في المقاييس ANX, FRS, OBS, DEP, HEA, LES, WRK, TRT وتشابه كبير بين الجنسين.

أما العامل الثاني الذي يمثل الإندفاعية فهو يتميز بتشبع عالي إلى متوسط في المقاييس BIZ, ANG, CYN, ASP, TPA, FAM في عينة الذكور والإناث إضافة إلى مقياس واحد جاء متوسط التشبع في عينة الذكور هو OBS.

فكانت متوسطات المقاييس في العاملين كما هي موضحة بالجدول التالي:

جدول 11:

متوسطات العاملان لمقاييس المحتوى

العامل 2		العامل 1		مقاييس المحتوى
إناث	ذكور	إناث	ذكور	
.43	.24	.77	.90	ANX
.22	.05	.41	.62	FRS
.44	.52	.72	.64	OBS
.23	.34	.84	.76	DEP
.23	-.23	.39	.70	HEA
.56	.50	.31	.16	BIZ
.65	.55	.37	.48	ANG
.82	.73	.04	-.07	CYN
.72	.82	.09	-.01	ASP
.68	.67	.26	.30	TPA
.26	.47	.81	.64	LES
-.20	.39	.52	.20	SOD
.65	.65	.27	.23	FAM
.37	.46	.81	.79	WRK
.23	.64	.82	.53	TRT
24.7	31.9	32.3	30.2	التباين

ملاحظة. المصدر (علي تودرت، 2015، ص. 188)

الثبت:

طريقة التطبيق وإعادة التطبيق:

من خلال قياس مدى استقرار الدرجات على عينة مكونة من 44 فرد (37 إناث و 7 ذكور)، باستخدام أسلوب إعادة تطبيق الإختبار وحساب معامل ارتباط بيرسون، بينت الدراسة أن معاملات الثبات في المقاييس الأساسية بصفة عامة تتراوح ما بين Sc (.56) Si (.90) بالنسبة للعينة الكلية الجزائرية وما بين Mf (.55) Si (.90) بالنسبة لعينة الإناث.

ومقاييس المحتوى فهي بصفة عامة عالية مقارنة بالمقاييس الإكلينيكية، فهي تتراوح ما بين OBS (.70) و FRS (.87) بالنسبة للعينة الكلية الجزائرية وما بين BIZ (.69) و FRS (.87) في عينة الإناث فقط.

والمقاييس الإضافية فمعاملات الثبات مرتفعة في المقاييس الإضافية، إلا في مقياسي AAS و O-H حيث تحصلت عينة الإناث على التوالي (.43) و (.50). وتحصلت العينة الكلية إناث وذكور على التوالي (.38) و (.51) لكن بصفة عامة تراوحت معاملات الثبات بين (.43) و (.83) بالنسبة للإناث وبين (.38) و (.87) بالنسبة للعينة الكلية.

الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بدراسة الاتساق الداخلي لـ إختبار MMPI-2 معتمدة على عينة الطلبة أي 35 طالب و 110 طالبة. وكان الاتساق الداخلي يتراوح ما بين Hs (.24) و Pt (.80) في عينة إناث. أما بالنسبة للذكور، فالإتساق الداخلي كان يتراوح ما بين Hs (.43) و Sc (.72).

أما بالنسبة لمقاييس المحتوى فكانت الإتساقات منخفضة على مستوى كل من مقياس FAM (.28) بالنسبة للذكور ومقياس SOD (.30) ومقياس HEA (.31) بالنسبة للإناث عدا هذه المقاييس مستوى الإتساق في المقاييس الأخرى مقبول بمتوسط في معامل الإتساق يصل إلى (.61) عند الإناث و (.59) عند الذكور.

أما بالنسبة للمقاييس الإضافية فالمعاملات تتراوح ما بين MDS (.31) و A (.87) عند الإناث وما بين AAS (.17) و A (.77) عند الذكور، والمقاييس الإضافية الأكثر اتساقا هي : A, MAC-R,

PK, DO, Es عند الذكور و A, Es, Mt, PK, AAS, GF عند الإناث، أما المقاييس الإضافية الأقل اتساقا هي: AAS, MDS, O-H عند الذكور و MDS, APS عند الإناث.

بصفة عامة يمكن القول أن معاملات الثبات جاءت مرتفعة في أغلب المقاييس سواء الأساسية أو الإضافية أو مقاييس المحتوى، وبالتالي نستنتج أن النسخة العربية لإختبار MMPI- 2 تتمتع بمستوى مقبول يقترب من مستوى ثبات النسخة الأصلية.

2-5-1-4- طريقة تصحيح الإختبار MMPI- 2:

يتم تصحيح الإختبار يدويا عن طريق استعمال مفاتيح التصحيح على شكل ورق الشفاف لكل مقياس توضع على ورقة إجابة المبحوث، ثم يحسب مجموع الدرجات الخام التي تحول فيما بعد إلى درجات تائية باستخدام جداول خاصة، لكن العملية تأخذ الكثير من الوقت بالإضافة للأخطاء التي قد يقع فيها الباحث عند التصحيح وخاصة إذا كانت العينة كبيرة.

لذلك ارتأت الباحثة بما أنها متخصصة في الإعلام الآلي تصميم برنامج تصحيح للإختبار باستخدام الفيجوال بيسك اكسل (VisualBasic).

حيث يتم أولا إدراج بيانات المبحوث كما هو موضح بالشكل التالي:

شكل 04

كيفية إدراج بيانات المبحوث

	اللقب
	الاسم
	الجنس
	العمر
التالي	

ملاحظة. المصدر من إعداد الباحثة

ثم تتم الإجابة على الإختبار إما من طرف المبحوث أو يقوم الباحث بنقل إجابة المبحوث من ورقة الإجابة إلى جهاز الكمبيوتر كما هو موضح بالشكل التالي:

شكل 05

كيفية الإجابة على الإختبار

الرقم	السؤال	الخيار	الرقم	السؤال	الخيار
1	أحب مجالات الميكانيكا .		10	أنا قادر (قادرة) على العمل الآن تقريبا مثلما كنت قادرا (قادرة) عليه في أي وقت مضى.	
2	شهيتي للطعام جيدة.		11	يدو أن هناك شيئا جامدا في حلقي معظم الوقت	
3	أستيقظ في الصباح وأنا أشعر بالانتعاش والراحة في معظم الأيام.		12	حياتي الجنسية مرضية	
4	أعتقد أنني أحب عمل أمين (أمينّة) المكتبة.		13	يجب أن يحاول الناس فهم أحلامهم كما يجب أن يسترشدوا بها أو يأخذوا الحذر مما يأتي فيها.	
5	توقفتني الضوضاء بسهولة .		14	أستمتع بالقصص البوليسية أو قصص الأفعار	
6	والدي رجل طيب، أو (إذا كان والدك متوفيا) كان والدي رجلا طيبا.		15	أعمل تحت قدر كبير من التوتر	
7	أحب قراءة المقالات الصحفية عن الجرائم.		16	من حين لآخر أفكر في أشياء سيئة جدا لدرجة لا يمكن الحديث عنها	
8	يادي وقدماي تكونان في العادة دافئتين بدرجة كافية.		17	أنا متأكد (متأكدة) من أنني أحصل على معاملة غير عادلة في الحياة .	
9	حياتي اليومية مليئة بالأشياء التي تحافظ على شعوري بالاهتمام		18	تضايقتي نوبات من الغثيان والغثيق.	
19	حينما أبدأ عملا جديدا، أحب أن أعرف من هو الشخص الذي من المهم أن أكون لطيفا (لطيفة) معه.		20	من التادر جدا أن يضايقتي الإمساك.	
21	في بعض الأحيان كانت لي رغبة شديدة في ترك المنزل.		22	لا يبدو أن أحدا يفهمني.	
23	تتألمني أحيانا نوبات من الضحك والبكاء لا أستطيع التحكم فيها.		24	تمتلكني الأرواح الشريرة أحيانا.	
25	أود أن أكون مقبلا (مقبلة).		26	أشعر بالتأكد أنه من الأفضل أن أصمت (ألا أتكلم) عندما أكون في مشكلة.	
27	عندما يخطئ الناس في حق، أشعر أنني يجب أن أرد عليهم، إذا استطعت، على أساس مبدأ المعاملة بالمثل.				

ملاحظة. المصدر من إعداد الباحثة

ثم بعدها يتم معالجة النتائج حيث قامت الباحثة ببرمجة كل الدوال اللازمة لحساب المقاييس (الصدق، الإكلينيكية، الإضافية للهارس ولنجوس، المحتوى، الإضافية) والإعتماد على المعايير الفرنسية في التصحيح، كما هو موضح بالشكل التالي:

شكل 06

النتائج النهائية للاختبار

Pd	Hy/T	Hy	D/T	D	Hs/T	Hs+0.5Hs	Trin/T	Trin	Vrin/T	Vrin	FB/T	FB	K/T	K	F/T	F	L/T	L	؟	الجنس	الاسم	اللقب
30	60	27	70	31	68	23	18	55V	10	55	8	76	10	40	10	70	13	43	3	8 F	ف	ح
30	89	39	85	38	86	31	25	59F	8	48	6	76	10	44	12	67	12	51	5	14 F	ن	ن
20	57	26	64	28	62	20	13	48	9	51	7	66	7	46	13	56	8	47	4	3 F	ن	ع
22	49	22	74	33	57	18	14	61V	11	70	12	59	5	36	8	65	11	51	5	13 F	د	م
18	84	37	70	31	86	31	23	48	9	59	9	69	8	51	15	59	9	64	8	16 F	ي	ب
25	40	17	47	20	45	13	8	59F	8	85	16	76	10	40	10	76	15	43	3	1 F	ز	ل
16	45	19	59	23	65	19	13	69V	12	50	6	84	11	40	11	69	13	37	2	7 M	س	ع
28	51	22	51	19	57	16	12	62V	11	50	6	99	15	31	7	63	11	45	4	7 M	ع	ثا
30	64	27	65	26	75	23	20	62V	11	71	12	0	23	0	5	98	24	45	4	2 M	ح	ح
21	42	17	53	20	42	11	3	52	9	47	5	65	6	48	15	55	8	66	9	4 M	م	ب
15	49	21	59	23	48	13	6	66F	7	47	5	46	1	44	13	45	4	45	4	7 M	ع	ب
21	72	30	59	23	77	24	13	59F	8	78	14	58	4	63	22	77	16	66	9	1 M	و	ز
16	47	20	53	20	62	18	13	66F	7	67	11	58	4	38	10	53	7	53	6	1 M	ش	ب
18	39	15	49	18	48	13	7	66F	7	64	10	46	1	40	11	50	6	58	7	3 M	ف	م
19	51	22	72	29	59	17	14	62V	11	47	5	88	12	30	6	74	15	49	5	2 M	ث	ث

ملاحظة. المصدر من إعداد الباحثة

لإختبار صلاحية البرنامج قامت الباحثة بحساب نتائج بعض المبحوثين يدويا ثم حسابها آليا من خلال البرنامج المعد من قبلها ومقارنة النتائج، فأتضح أن نتائج البرنامج صحيحة ويمكن الاعتماد عليه واستخدامه في الدراسة الميدانية.

2-5-1-5- إجراءات تطبيق الإختبار على عينة الدراسة:

قامت الباحثة بمقابلة تمهيدية مع أفراد العينة حيث شرحت الإختبار وكيفية الإجابة عليه، ثم باشرت بتطبيق الإختبار على أفراد العينة الذين استجابوا حسب مستواهم الدراسي فهناك من اضطرت الباحثة إلى قراءة كافة البنود وشرحها عند عدم فهمها خاصة للذين هم دون المستوى الجامعي والأكبر سن، بل حتى من المستوى الجامعي لكن بصفة قليلة، مما تطلب إكمال الإختبار من جلسة إلى ثلاث جلسات حسب تفرغ الحالة وإحساسها بالتعب خاصة وأن الإختبار يحتوي على (567) عبارة، وهناك من أفراد العينة ذوي مستوى جامعي بعد التعود على الإجابة على الإختبار بعدما أجابوا على أغليبيته بحضور الباحثة وشرح ما يجده من صعوبة في العبارات من أخذ الإختبار وأكماله في البيت بطلب

منه، بشرط أن يستفسر الباحثة عن أي عبارة يجدها صعبة إما بالحضور أو عن طريق الهاتف أو وسائل التواصل الاجتماعي.

2-5-1-6- معايير الكشف عن دقة المستجيب وجديته في الإجابة على الإختبار:

للكشف على دقة وصلاحيّة إجابة المبحوث على الإختبار اعتمدت الباحثة المعايير التالية:

- تلغى إجابة المبحوث إذا بلغت عدد الأسئلة غير مجاب عليها 30 عبارة.
- تلغى إجابة المبحوث إذا تعدت الدرجة التائية لمقياس التواتر أو الخطأ (F) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الإستهبيان (FB) 100 درجة للحالات غير خاضعة لعلاج نفسي.
- تلغى إجابة المبحوث إذا ساوت أو تعدت الدرجة التائية لمقياس التواتر أو الخطأ (F) 120 درجة للرجال و 119 للنساء للحالات الخاضعة لعلاج نفسي.
- إذا كانت الدرجة التائية لمقياس التواتر أو الخطأ (F) أقل من 89 والدرجة التائية لمقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الإستهبيان (FB) أكبر من 90، تؤخذ نتائج المقاييس الإكلينيكية وتكون صالحة للتحليل وتلغى نتائج باقي المقاييس (Castro, 2016, p. 70, 87, 88, 89, 95, 97).

2-5-1-3- إختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) The Addenbrooke's Cognitive

Examination Revised

2-5-1-3-1- وصف الإختبار:

تم تطوير إختبار أدنبروكس المعرفي لـ (ACE) من قبل هودجز وآخرين (Hodges et al.) (Bruno & Schurmann Vignaga, 2019, p. 441) ثم تم تطويره إلى إختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) من قبل موشي وآخرين (Mioshi et al., 2006).

ACE-R عبارة عن بطارية مختصرة للفحص المعرفي أين تقيم خمسة مجالات نفسية عصبية : التوجيه والإنتباه (ACE-R OA)، الذاكرة (ACE-R M)، الطلاقة اللفظية (ACE-R F)، اللغة (ACE-R L)، والقدرات البصرية المكانية (ACE-R VA)، يشتمل على MMSE المستخدم على نطاق واسع ولكنه يوفر تقييماً أكثر شمولاً للوظيفة المعرفية (Siciliano et al., 2016, p. 386), (Berankova et al., 2015, p. 2).

يستغرق ACE- R ما بين 12 و 20 دقيقة (متوسط 16 دقيقة)، يصحح وفق الدليل الموضح في الملحق (03)، وتأخذ المحاور الخمسة للبطارية الدرجات التالية: الإنتباه (18 نقطة)، الذاكرة (26 نقطة)، الطلاقة (14 نقطة)، اللغة (26 نقطة) والقدرات البصرية الفراغية (16 نقطة). الدرجة الكلية لـ ACE- R هي 100 (Mioshi et al., 2006, p. 1079).

2-3-1-5-2- تصحيح الإختبار:

لتصحيح الإختبار اعتمدت الباحثة على طريقة التطبيق والتصحيح المعدة من طرف آل سلمان أنظر الملحق (3).

2-3-1-5-2- إجراءات تطبيق الإختبار على عينة الدراسة:

بما أن الإختبار أدائي فقد قامت الباحثة بتطبيقه على كافة أفراد العينة بطريقة حضورية بعد ما قامت بشرح الإختبار والهدف منه.

2-3-1-5-2- الخصائص السيكومترية للإختبار في البيئة الأصلية:

صدق المحك:

قام موشي وآخرون (Mioshi et al., 2006) بحساب صدق المحك لإختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) باستخدام إختبار الخرف السريري، حيث طبقوا الإختبارين على عينة قوامها (241) يتوزعون كالتالي (مرض الزهايمر = 67، الخرف الجبهي الصدغي = 55، خرف أجسام ليوي = 20 ضعف إدراكي متوسط = 36، الأصحاء = 63)، أظهرت النتائج وجود ارتباط بين الإختبارين دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01).

تم تقديم بيانات لنقطتين فاصلتين (88 و 82) حيث اختلفت الحساسية / الخصوصية بينهما - حساسية القطع (88) كان (0.94) والنوعية (0.89)، بينما كانت الحساسية عند النقطة (82) هي (0.84) والنوعية (1.00).

الثبات:

ثبات الاتساق الداخلي:

قام موشي وآخرون (Mioshi et al., 2006) بحساب معامل ألف كرونباخ كمعامل للثبات، فبلغ (0.8) مما يدل على أن اختبار (ACE- R) يتمتع بثبات مرتفع.

2-6-1-3-5- الخصائص السيكومترية للاختبار في البيئة العربية:

تمت ترجمة ACE- R إلى اللغة العربية من قبل آل سلمان (Al Salman, 2013) (وتمت ترجمتها مرة أخرى إلى اللغة الإنجليزية). تم تكييف بعض العناصر لاستخدامها في سياق ثقافي عربي، تم التحقق من الخصائص السيكومترية للاختبار على عينة (201) مكونة من: الأصحاء المتعلمون بعدد (147) والمتعلمون مع التشخيص السريري بعدد (54) مكونة من مرضى الخرف من نوع الزهايمر بعدد (44) ومرضى الضعف المعرفي المتوسط بعدد (10).

الصدق:

صدق المحكمين:

بدأت عملية الترجمة بمحاولة الباحث وثلاثة مترجمين معتمدين مقرهم مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية ترجمة مباشرة لكل إصدار (A, B, C)، من ACE- R الأصلي إلى اللغة العربية، كان هناك اتفاق جيد بين الباحث وكل من المترجمين الثلاثة، بعد إجراء بعض التعديلات الطفيفة على نسخة الباحث وكتدقيق إضافي لعملية الترجمة، تم تقديم الترجمات العربية إلى ثلاثة مترجمين جدد مقيمين أيضاً في الرياض، وقاموا بترجمتها مرة أخرى إلى اللغة الإنجليزية. أظهرت هذه العملية أن الترجمة الأساسية كانت مرضية للعديد من عناصر اختبار ACE- R.

الصدق لدى عينة المتعلمين:

تشير الدراسة العربية لـ آل سلمان إلى أن ACE- R هي أداة صالحة لتقييم الخرف لدى الأشخاص الناطقين باللغة العربية؛ بحيث كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين كل مجموعة من المجموعات الثلاث التي تم فحصها (10 من مرضى الضعف المعرفي المتوسط، و44 من مرضى الخرف نوع مرض الزهايمر و147 من الضوابط الصحية).

أظهر تحليل Kruskal-Wallis الذي يقارن المجموعات الثلاث فروقاً ذات دلالة إحصائية في جميع مقاييس الاختبار ($P < .001$). تم عرض النتائج من التحليل باستخدام إختبارات Mann-Whitney لفحص الاختلافات بين كل زوج من المجموعات كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول 12:

يوضح نتائج إختبارات Mann-Whitney

ACE-R	الأصحاء مقابل مرضى الضعف المعرفي المتوسط	الأصحاء مقابل مرض الزهايمر	مرضى الضعف المعرفي المتوسط مقابل مرض الزهايمر
الانتباه	Z=-4.158** r=.352	Z=-8.082** r=.616	Z=-1.583 r=.217
الذاكرة	Z=-4.569** r=.387	Z=-8.163** r=.622	Z=-2.057* r=.282
الطلاقة اللفظية	Z=-2.714** r=.230	Z=-3.038** r=.231	Z=-0.471 ns r=.064
اللغة	Z=-4.342** r=.368	Z=-7.811** r=.595	Z=-0.343 ns r=.047
فراغي ابصاري	Z=-2.970** r=.251	Z=-7.428** r=.566	Z=-2.247* r=.308
الدرجة الكلية	Z=-4.990** r=.423	Z=-9.476** r=.722	Z=-2.449* r=.336

ملاحظة. المصدر (Al Salman, 2013, p. 75)

لاستكشاف حساسية وخصوصية نقاط التوقف المحددة على ACE-R العربية من أجل الكشف عن الضعف المعرفي المرتبط بالخرف والضعف المعرفي المتوسط، تم إجراء سلسلة من تحليلات منحني (ROC)، تم إجراء تحليلين مختلفين ROC حيث فحص الأول الفصل الضوابط الصحية عن

جميع المرضى مجتمعين (مرضى الزهايمر والضعف المعرفي المتوسط مجتمعين)، وفحص الثاني الفصل بين مرضى الزهايمر ومرضى الضعف المعرفي المتوسط. تم استخدام الدرجة الكلية ACE-R العربية لهذه التحليلات. كانت مستويات الحساسية / النوعية عالية، بالنسبة لنقطة القطع البالغة (70) (70 أو أقل يشير إلى وجود المرض)، كانت الحساسية (1.000) والنوعية (0.946)، كانت القيم التنبؤية الإيجابية والسلبية مرتفعة أيضاً.

الصدق لدى عينة الأميين:

أظهر تحليل Kruskal-Wallis الذي يقارن المجموعات الثلاث فروقاً ذات دلالة إحصائية في جميع مقاييس الاختبار ($P < 0.001$). تم عرض النتائج من التحليل باستخدام إختبارات Mann-Whitney لفحص الاختلافات بين كل زوج من المجموعات كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول 13:

نتائج إختبارات Mann-Whitney

ACE-R	الأصحاء مقابل مرضى الضعف المعرفي المتوسط	الأصحاء مقابل مرض الزهايمر	مرضى الضعف المعرفي المتوسط مقابل مرض الزهايمر
الإنباه	Z= -7.947** r=.548	Z= -12.789** r=.756	Z= -4.685** r=.377
الذاكرة	Z= -8.616** r=.594	Z= -13.206** r=.780	Z= -5.429** r=.437
الطلاقة اللفظية	Z= -7.064** r=.487	Z= -10.536** r=.623	Z= -.239ns r=0.019
اللغة	Z= -7.145** r=.493	Z= -12.594** r=.744	Z= -3.859** r=0.310
فراغي ابصاري	Z= -3.184** r=.219	Z= -10.620** r=.627	Z= -5.277** r=.425
الدرجة الكلية	Z= -9.540** r=.658	Z= -14.334** r=.847	Z= -8.134** r=.655

ملاحظة. المصدر (Al Salman, 2013, p. 107)

أظهر تحليل ROC أن نقطة القطع البالغة 65 في ACE- R كانت لها حساسية (961). وخصوصية (982). تعكس الفصل القوي لـ المرضى والأصحاء.

الثبات:

الثبات لدى عينة المتعلمين:

ثبات الشكل المتوازي (Parallel form reliability):

استخدم الباحث ثبات الشكل المتوازي والذي تظهر نتائجه من خلال الجدول التالي:

جدول 14:

نتائج إختبارات ويلكوكسون (Wilcoxon tests) على النماذج المتوازنة للأبعاد والدرجة الكلية للنسخة

العربية لإختبار ACE- R

إجمالي العينة (201)	عينة الأصحاء (147)	عينة المرضى (54)	ACE-R
.762**	.475**	.659**	الإنتماء
.849**	.666**	.725**	الذاكرة
.677**	.654**	.647**	الطلاقة اللفظية
.716**	.632**	.431**	اللغة
.873**	.785**	.757**	فراغي إحصاري
.946**	.885**	.825**	الدرجة الكلية

ملاحظة. المصدر (Al Salman, 2013, p. 93)

- الإتساق الداخلي:

وذلك بحساب معامل ألف كرونباخ على العينة والذي بلغ (908). في الوقت 1 و(909). في الوقت 2 (بعد أسبوع)، مما يدل على أن الإختبار يتمتع بمقدار ثبات عال.

الثبات لدى عينة الأميين

ثبات الشكل المتوازي (parallel form reliability)

تشير الدراسة العربية لـ آل سلمان إلى أن ACE- R هي أداة صالحة لتقييم الخرف لدى الأشخاص الناطقين باللغة العربية؛ بحيث كانت هناك إرتباطات ذات دلالة إحصائية لدى المجموعتين من الأميين ولدى إجمالي العينة التي تم فحصها (المجموعة الأولى من المرضى تشمل 46 من مرضى الضعف المعرفي المتوسط، و123 من مرضى الخرف نوع مرض الزهايمر، المجموعة الثانية 283 من الضوابط الصحية)، فكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

جدول 15:

نتائج الشكل الموازي للإرتباط للأبعاد والدرجة الكلية للنسخة العربية لإختبار ACE- R

إجمالي العينة (452)	عينة الأصحاء (283)	عينة المرضى (169)	ACE-R
.733**	.096**	.839**	الانتباه
.812**	.327**	.835**	الذاكرة
.670**	.345**	.422**	الطلاقة اللفظية
.638**	.148*	.393**	اللغة
.916**	.748**	.822**	فراغي إبصاري
.686**	.692**	.850**	الدرجة الكلية

ملاحظة. المصدر (Al Salman, 2013, p. 121)

- الإتساق الداخلي:

وذلك بحساب معامل ألفا كرونباخ على العينة والذي بلغ كانت ألفا (0.910) في الوقت 1 و(0.917) في الوقت 2 (بعد أسبوع)، مما يدل على أن الإختبار يتمتع بمقدار ثبات عال.

2-6-1-3-6- الخصائص السيكومترية للإختبار في الدراسة الحالية:

تم تغيير مناطق السعودية الموجودة في الإختبار بولايات جزائرية (باتنة بدلا من الدمام، مسيلة بدلا من حائل، سطيف بدلا من أبها)، وبدل كلمة ممر شارع ثم طبق المقياس حيث طبق إختبار ACE- R على عينة قوامها (30) مريض ومريضة بالصداع النصفي.

الصدق:

- صدق البناء الداخلي عن طريق الإتساق الداخلي:

تم حساب صدق المقياس بطريقة الإتساق الداخلي من خلال حساب معامل الارتباط (Pearson) بين كل محور من محاور والدرجة الكلية للإختبار، فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول 16:

قيمة معامل الارتباط كل محور مع الدرجة الكلية

م	المحور	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	الانتباه	.50**	**
2	الذاكرة	.85**	**
3	الطلاقة اللفظية	.87**	**
4	اللغة	.64**	**
5	القدرات البصرية الفراغية	.53**	**

ملاحظة. ** دال إحصائياً عند 0.01

تبين من خلال الجدول (16) أن محاور المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01). مما يدل على أن الإختبار يتمتع بمعامل صدق عال.

الثبات:

الإتساق الداخلي:

تم التحقق من ثبات الإختبار من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ على عينة قوامها (30) مريض ومريضة بالصداع النصفي فبلغت قيمة ألفا كرونباخ (.75).

مما يدل على أن الإختبار يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ويمكن تطبيق الإختبار على العينة الأساسية.

2-5-1-4- إختبار توصيل الدوائر (TMT A/B):

كان إختبار توصيل الدوائر جزءاً من الإختبارات الفردية للجيش عام 1944، ثم أصبح ذو استعمال واسع (Tombaugh, 2004, p. 203) (Gass & Daniel, 1990, p. 436)، طور من قبل رالف ريتان (Ralph Reitan) (Horton & Roberts, 2003, p. 51).

يقيس TMT الإنتباه وقدرة الفحص البصري وسرعة المعالجة، وهو مقياس جيد للأداء المعرفي العام؛ الجزء A مقياس جيد للذاكرة، بينما يعتبر الجزء B بشكل عام حساساً جداً للوظيفة التنفيذية نظراً لأن الإختبار يتطلب قدرات متعددة لإكماله (Reimers, 2019, p. 107).

يتكون الجزء "A" من 25 دائرة موزعة على الصفحة بأكملها ومرقمة من 1 إلى 25. يطلب من المبحوث توصيل بين الدوائر بقلم رصاص بأسرع ما يمكن، بدءاً بالرقم 1 والمتابعة بالتسلسل العددي. يتكون الجزء B من 25 دائرة، مرقمة من 1 إلى 13 ومكتوبة بحروف من A إلى L. يطلب من المبحوث التوصيل بين الدوائر، ولكن بالتناوب بين الأرقام والحروف وأخذ كلاهما في تسلسل تصاعدي. على سبيل المثال: المبحوث يرسم خطاً من 1 إلى A إلى 2 إلى B، إلخ. درجة الإختبار هي عدد الثواني المطلوبة لإكمال كل جزء. عند حدوث خطأ يطلب من المبحوث إجراء التصحيح، ودون إيقاف الإختبار (Reitan, 1955, p. 393).

2-5-1-3-1- النسخة العربية للإختبار:

في النسخة المغربية من الإختبار تم استخدام الأرقام العربية (1، 2، 3) على عكس الأرقام الهندية المستخدمة في النسخة العربية والحروف العربية أ، ب، ت...، تم استخدامها لتحل محل الحروف اللاتينية، كما تمت ترجمة "Begin"، "End" إلى "بداية" و"نهاية" (Oumellal et al., 2018, p. 4-5).

وهذا ما قامت به الباحثة، من خلال اتباع نفس الطريقة أثناء تطبيق الإختبار في الدراسة الحالية.

2-5-1-3-2- تصحيح الاختبار:

لتصحيح الاختبار اعتمدت الباحثة على المعايير المغربية، أنظر الملحق (5)، بحيث لا تحتسب الأخطاء التي يقوم بها المبحوث، ويقوم المبحوث بالتصحيح عند الخطأ أثناء إجراء الاختبار ويحتسب الزمن، ثم يجمع الزمن لكل جزء من جزأي الاختبار على حدى ويحول إلى ثواني، والدرجة التي يحصل عليها المبحوث هي الثواني التي استغرقها في الربط بين الدوائر.

2-5-1-3-4- إجراءات تطبيق الاختبار على عينة الدراسة الحالية:

بما أن الاختبار أدائي فقد قامت الباحثة بتطبيقه على كافة أفراد العينة بطريقة حضورية بعد ما قامت بشرح الاختبار والهدف منه.

2-5-1-3-5- الخصائص السيكومترية للاختبار في البيئة الأصلية:

الصدق:

الصدق التمييزي:

قام صاحب المقياس ريتان (Reitan, 1955) بحساب صدق المقياس من خلال المقارنة بين نتائج مجموعتين على اختبار توصيل الدوائر؛ بحيث تكونت المجموعة الأولى من 27 من مرضى تلف دماغي، والمجموعة الثانية من 27 من الأصحاء، فأظهرت النتائج متوسط فروق بين المجموعتين يبلغ (6.26) ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01).

الثبات:

لم يقم صاحب الاختبار بحساب ثبات الاختبار (في حدود علم الباحثة)، لكن هناك العديد من الباحثين الذين قاموا بذلك:

تطبيق وإعادة التطبيق:

العديد من الباحثين مثل ماتارازو وآخرون (Matarazzo et al., 1974) الذين قاموا بحساب الثبات، من خلال تطبيق اختبار توصيل الدوائر وإعادة تطبيق مرة ثانية بفاصل زمني مقداره (20) أسبوع على عينة مقدارها (29) رجلاً يتمتعون بصحة جيدة و(16) مريضاً يعانون من مرض الأوعية الدموية الدماغية المنتشرة، تم حساب معاملات الارتباط لبيرسون (Pearson) للتطبيق وإعادة التطبيق.

كانت معاملات ثبات التطبيق - إعادة التطبيق كافية للجزء A والجزء B من TMT، في مجموعة التحكم الصحية بلغت ($r = .46$ و $.44$) على التوالي، وفي مجموعة المشاركين المصابين بمرض وعائي دماغي منتشر بلغت ($r = .78$ و $.67$) على التوالي، مما يدل على أن الاختبار يتمتع بمعامل ثبات.

2-5-1-3-6- الخصائص السيكومترية للاختبار في البيئة العربية:

الصدق:

صدق المحك:

قامت الخولى (2016) بحساب معامل الارتباط بين اختبار توصيل الدوائر واختبار الشطب للسيد السمدوني (1990) على عينة قوامها (16) من السويات، فأظهرت النتائج معامل ارتباط يبلغ ($.62$) دال عند مستوى دلالة ($.01$).

الثبات:

تطبيق وإعادة تطبيق:

قامت الخولى (2016) بتطبيق الاختبار على عينة قوامها (16) من السويات، ثم أعادت التطبيق بعد فاصل زمني أسبوعين، فكانت قيمة الارتباط ($.65$) دالة عند مستوى دلالة ($.01$).

الاتساق الداخلي:

قامت الخولى (2016) بحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ فبلغ ($.69$)، مما يدل على تمتع الاختبار بثبات مقبول.

2-5-1-3-6- الخصائص السيكومترية للاختبار في الدراسة الحالية:

الصدق:

صدق البناء الداخلي عن طريق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين كل جزء من جزئي البطارية، فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (17):

قيمة معامل الارتباط كل جزء مع الجزء الآخر

الجزء	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الجزء A	.58**	**
الجزء B	.58**	**

ملاحظة. ** = دال إحصائياً عند 01.

من خلال الجدول (17) يتبين أن جزئي الإختبار تتمتع بمعاملات إرتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى (01)، مما يدل على أن الإختبار يتمتع بمعامل صدق عال.

الصدق التمييزي عن طريق المقارنة الطرفية لجزئي إختبار توصيل الدوائر (TMT A/B):

تم حساب الصدق التمييزي عن طريق المقارنة الطرفية والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول (18):

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) لعينتين مستقلتين لحساب الصدق التمييزي للجزء الأول من الإختبار (TMT A)

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مج. دنيا	10	29.04	4.34	-5.54	18	.000
مج. عليا	10	62.64	18.67			دالة

يتضح من خلال الجدول (18) أن قيمة (ت) تساوي (-5.54) عند درجة الحرية (18) ومستوى الدلالة (0.000)، وهذا يدل أن قيمة (ت) دالة عند مستوى الدلالة (01).

جدول (19):

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) لعينتين مستقلتين لحساب الصدق التمييزي للجزء الثاني من الإختبار (TMT B)

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مج. دنيا	10	63.17	9.47	-8.85	18	.000
مج. عليا	10	121.64	18.61			دالة

يتضح من خلال الجدول (19) أن قيمة (ت) تساوي (-8.85) عند درجة الحرية (18) ومستوى الدلالة (.000)، وهذا يدل أن قيمة (ت) دالة عند مستوى الدلالة (.01).

مما يدل على تمتع كلا من جزئي إختبار توصيل الدوائر بدرجة مقبولة ودالة إحصائيا من الصدق التمييزي فإن الإختبار يتميز بدرجة مقبولة من الصدق التمييزي وقابل للتطبيق.

النتائج:

تم التأكد من ثبات الإختبار من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ على عينة قوامها (30) مريض ومريضة بالصداع النصفي فبلغت قيمة ألفا كرونباخ (.69)، مما يدل على أن الإختبار يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ويمكن تطبيق الإختبار على العينة الأساسية.

2-5-2- أدوات الدراسة الكيفية:

تتمثل الأدوات المستخدمة في الدراسة الكيفية فيما يلي:

2-5-2-1- المقابلة نصف موجهة:

الهدف من المقابلة هي جمع معطيات عن الحالات، تتضمن المقابلة أربع محاور تتمثل في: محور الأول: بيانات شخصية، المحور الثاني: خصائص الصداع، المحور الثالث: الحالة النفسية، المحور الرابع: العلاقات الأسرية والاجتماعية.

2-2-5-2- إختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية النسخة الثانية (MMPI- 2):

تم الإعتماد على المقاييس الإكلينيكية ومقاييس المحتوى والمقاييس الإضافية، والمقاييس الثانوية لهارس ولنجوس (Harris & Lingoes)، والمقاييس الثانوية لمقياس Si التي وضعها هوستلر (Hostler) لإختبار MMPI- 2.

2-2-5-3- إختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised

الهدف منه تقييم الأداء المعرفي للحالات.

2-2-5-4- التوظيف النفسي من خلال إختبار MMPI- 2 :

حسب دانا كسترو (Dana Castro, 2016, pp. 542-544) يمكن دراسة التوظيف النفسي للفرد من خلال إختبار MMPI- 2 بالتطرق إلى ما يلي:

*** الموارد النفسية:**

من خلال المقاييس الإضافية قوة الأنا (Es) حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى قدرات الاسترجاع ومقياس السيطرة (Do) تشير الدرجة المرتفعة عليه إلى مواقف المثابرة والهادفة.

*** الدافعية:**

وجود الدافعية من خلال:

- من خلال المقياسين الإكتئاب (D) والسيكاثينيا (Pt) تشير الدرجة المرتفعة عليهما إلى الدافعية إلى العلاج النفسي، والأفراد الذين يتحصلون على درجات مرتفعة على هذين المقياسين لديهم توقعات مهمة على العلاج النفسي.

- من خلال المقاييس الإضافية القلق (A>69) والكبت (R>59) يشير إلى أفراد يعانون من اضطرابات نفسية وواعين بها ويحاولون السيطرة عليها لكن لديهم دافعية لتقبل العلاج النفسي.

غياب الدافعية من خلال:

- من خلال مقياس عدم التواتر أو الندرة ($F > 90$) تصف هذه الدرجة الأفراد الذين يبالغون في وصف اضطراباتهم النفسية ولديهم مستوى منخفض من الدافعية لذلك قد ينهون العلاج النفسي قبل الأوان.

مقياس التصحيح (K) تشير هذه الدرجة إلى الإستخفاف بالاضطرابات النفسية لذلك فمستوى الدافعية للتغيير منخفض جدا ويمكن أن يتداخل سلباً مع القدرة على التحمل والمشاركة في العلاج النفسي.

- المقاييس الإكلينيكية: تصف الدرجة على مقياس الإكتئاب ($D < 45$) إلى انخفاض الدافعية للتغيير.

تشير الدرجة المرتفعة على مقياس الهستيريا ($Hy > 64$) إلى الأفراد الذين تكون دوافعهم محدودة للغاية ولا يمكن أن تستمر إلا من خلال أهداف ملموسة، وتشير الدرجة المرتفعة على مقياس الانحراف السيكوباتي ($Pd > 65$) إلى أفراد تقلل الآلية النفسية الخاصة بالإخراج أو الصرفية لديهم بدرجة ملحوظة من مستوى الدافعية للتغيير، بينما تشير الدرجة المنخفضة على مقياس الهوس الخفيف ($Ma < 45$) إلى غياب الدافعية بشكل عام بسبب غزو الأفكار المتشائمة والإفتقار إلى الآفاق المستقبلية.

- المقاييس الإضافية: يشير ارتفاع على مقياس القلق ($A > 69$) وانخفاض على مقياس الكبت ($R < 40$) إلى الأفراد الذين يعانون من الضيق والشعور بعدم الملاءمة، ومع ذلك فإنهم يعززون الأسباب إلى عوامل خارجية، عند انخفاض المعاناة وتحسن حالتهم، يميل الدافع لمواصلة العلاج النفسي لديهم إلى التلاشي. تشير الدرجات المتوسطة على مقياس القلق ($A < 50$) ومقياس الكبت ($R > 59$) إلى أفراد ينكرون وجود مشاكل نفسية. الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة على مقياس القلق ($A < 50$) ومقياس الكبت ($R < 40$) يوصفون بأن سلوكياتهم الأنانية الذاتية تصعب جدا أي تدخل علاجي.

- مقاييس المحتوى: تشير الدرجة المرتفعة على المقياس مؤشر العلاج السلبي (TRT) إلى وجود مواقف من عدم الثقة إتجاه العلاج النفسي وانخفاض الدافعية للتغيير.

* عوامل المقاومة: من خلال ما يلي:

الصلابة: من خلال مقياس الصدق، حيث يشير مقياس التصحيح ($K > 60$) إلى وجود دفاعات كبيرة وتوظيف صلب. من خلال المقاييس الإكلينيكية:

حيث يشير مقياس الهستيريا ($HS > 64$) إلى رؤية متشائمة للمستقبل مصحوبة بتوظيف غير مرن، ويشير مقياس الانحراف السيكوباتي ($Pd < 45$) إلى توظيف صارم وتقليدي مع احتمال ضئيل بالاستبصار بالمعاناة النفسية بالإضافة إلى ذلك يشير مقياس البارنويا ($Pa > 65$) إلى مقاومة شديدة للتغيير. يصعب الحصول على التحالف العلاجي مع هذه الحالات بسبب عدم الثقة والشك على المستوى العلاقي لديهم.

الميكانيزمات الدفاعية: الميكانيزمات الدفاعية مثل إنكار الإضطرابات النفسية من خلال ارتفاع المقاييس الإكلينيكية التالية:

يصف مقياس توهم المرض (HS) الأفراد الذين ينسبون سبباً جسدياً إلى صعوباتهم النفسية. لديهم توقعات طبية وبالتالي احتمال ضئيل للتغيير.

يعبر مقياس الهستيريا (HS) عن الأفراد الذين لا يدركون الطبيعة النفسية لمعاناتهم ويبحثون باستمرار عن حلول طبية. وهكذا يتم إنكار مصدر الصراع الداخلي.

يشير مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) إلى أفراد يعتبرون سلوكهم ضمن القاعدة، لذا فهم غير مهتمين باحتمالية العمل العلاجي. إذا انخرطوا في العلاج النفسي ربما يكون ذلك بسبب إجبارهم على ذلك من قبل هيئات خارجية (قضاة، معلمون...).

يشير مقياس الهوس الخفيف ($Ma > 70$) إلى وجود ميكانيزم الإنكار لدى الحالات المستثارة، والمتشئمة، والأنانية، وفي معظم الحالات المتلاعبة،

- من خلال مقياس الغضب (ANG) على مقاييس المحتوى الذي تشير درجاته المرتفعة إلى الحالة العاطفية غير مناسبة وصعوبات في الضبط الإنفعالي، فضلاً عن حالة دائمة من الإستثارة ونفاد الصبر.

- استثمار العلاقة البينشخصية، من خلال المقاييس الإكلينيكية التي تسلط الضوء على صعوبات المشاركة؛

- إذا كان مقياس البارانويا ($Pa > 64$) المشكل الأساسي يرجع للشك في النوايا وعدم الثقة مما يعرقل القدرة على استثمار العلاقة العلاجية.
 - إذا كان مقياس السيكاثينيا ($Pt > 90$) تكون الصلابة في العلاقات قوية جداً وكذلك الآليات المعرفية للمماثلة تتداخل سلباً مع الإستبطان ووالوعي.
 - إذا كان مقياس الإنطواء الإجتماعي ($Si > 70$) فإن الفرد يكافح من أجل إقامة علاقة علاجية حقيقية بسبب القلق وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر. يستغرق بناء الثقة في العلاقة وقتاً طويلاً.
- قد يعمل مقياس السخرية (CYN) على مقاييس المحتوى بدوره كحاجز أمام بدء ومتابعة عمل العلاج النفسي، حيث يتم وصف الأفراد بأنهم متشككون وسلبيون.

2-6- الأساليب الإحصائية:

في هذه الدراسة تم الاعتماد على برنامج SPSS 26 في معالجة النتائج والأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسطات والانحرافات المعيارية
- التكرارات والنسب المئوية
- إختبار ت للفروق T-Test
- تحليل التباين الأحادي (ANOVA)
- معامل الارتباط بيرسون (Pearson).

الفصل السادس

عرض النتائج

* عرض نتائج الدراسة الكمية

- عرض النتائج حسب الفرضية الأولى
- عرض النتائج حسب الفرضية الثانية
- عرض النتائج حسب الفرضية الثالثة
- عرض النتائج حسب الفرضية الرابعة
- عرض النتائج حسب الفرضية الخامسة
- عرض النتائج حسب الفرضية السادسة
- عرض النتائج حسب الفرضية السابعة
- عرض النتائج حسب الفرضية الثامنة

* عرض نتائج الدراسة الكيفية

عرض النتائج حسب الفرضية التاسعة

1- عرض نتائج الدراسة الكمية:

1-1- عرض النتائج حسب الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى أنه: "يوجد ارتفاع في درجات أفراد العينة على الثالوث العصابي: توهم المرض، اكتئاب، هستيريا حسب المقاييس الإكلينيكية وارتفاع في الغضب، الإهتمامات بالصحة الخوف وأفكار غريبة على مقاييس المحتوى وارتفاع في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في المقاييس الإضافية لاختبار MMPI-2".

وللتحقق من الفرضية تم تطبيق اختبار MMPI-2 والتي تظهر نتائجه من خلال التالي:

- نتائج اختبار MMPI-2:

نتائج مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية:

عند تحليل اختبار MMPI-2 لعينة الدراسة الأساسية التي بلغت (82)، تم استبعاد فردين (ذكر وأنثى) من أفراد العينة وذلك لضعف صدق البرتوكول لكل واحد، كما تمت إعادة الإختبار على ثلاثة أفراد (ذكر و 2 أنثى) وذلك نتيجة ارتفاع كل من مقياسي (F) و (Fb)، كذلك تم تحليل المقاييس الإكلينيكية والمقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لكافة أفراد العينة أما بالنسبة للمقاييس الإضافية ومقاييس المحتوى فقد تم استبعاد سبعة من أفراد العينة (3 ذكور و 4 إناث) وذلك نتيجة لارتفاع كل من مقياسي (F) و (Fb) حيث أن:

- عندما تكون درجة مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الإستبيان (Fb) ودرجة مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) أكبر من 100 يلغى الإختبار.
- عندما تكون درجة مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) أكبر من 90 ودرجة مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) أقل من 89 تؤخذ نتائج المقاييس الإكلينيكية وتلغى باقي المقاييس (للتذكير فقط).

جدول 20:

متوسطات المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 لعينة الدراسة حسب الجنس (ذكور/إناث)

إجمالي العينة			الإناث			الذكور			المقاييس
حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	
82	6.55	5.86	59	7.1	7.22	23	2.75	2.39	?
	9.80	55.41		9.57	55.63		10.57	54.86	L
	14.83	65.70		12.86	66.53		19.19	63.60	F
	12.81	39.24		10.74	40.19		17.07	36.82	K
	19.38	68.42		15.35	71.47		25.95	60.60	Fb
	10.57	57.57		10.21	58.41		11.42	55.43	Vrin
	12.31	64.07		11.98	63.67		13.35	65.08	Trin
	10.78	63.38		10.77	63.97		11.13	60.82	Hs
	10.20	62.67		10.80	63.53		8.25	60.47	D
	13.59	55.80		14.64	57.31		9.69	51.95	Hy
	11.43	56.48		10.83	57.19		12.93	54.69	Pd
	14.44	57.02					11.62	40.82	Mf-M
				9.78	63.34				Mf-F
	14.27	68.03		13.91	68.88		15.25	65.86	Pa
	13.19	58.48		11.62	57.81		16.76	60.21	Pt
	13.82	63.82		11.08	63.51		19.46	64.65	Sc
	10.52	59.54		9.60	60.12		13.43	59.39	Ma
	8.43	57.54		7.82	56.42		9.42	60.43	Si

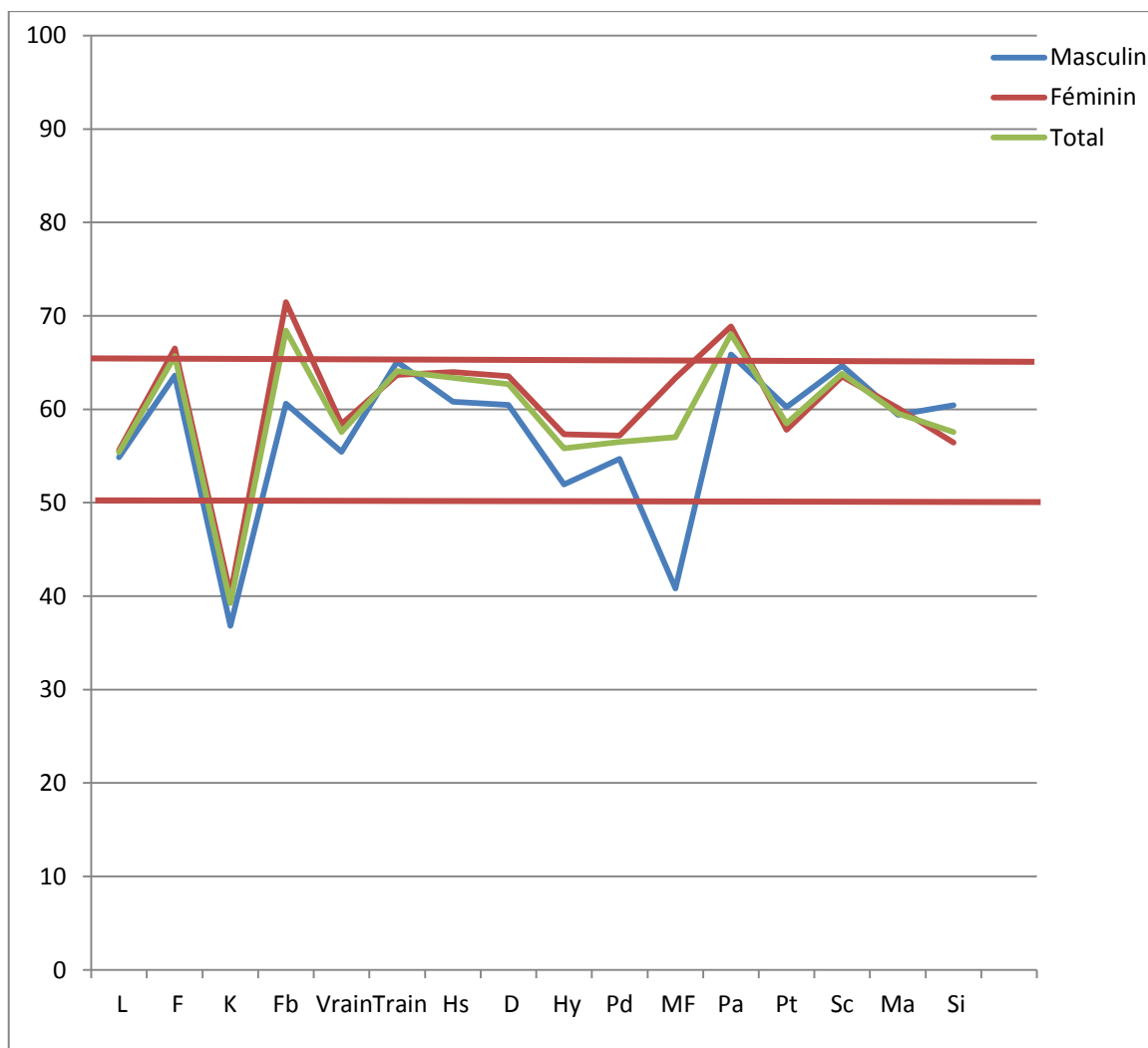
من خلال الجدول (20) يتبين أن أفراد العينة من الذكور والإناث لديهم مستويات مرتفعة على مقياس البارنويا (Pa)، حيث بلغ المتوسط الحسابي لدى الذكور (65.86) والانحراف المعياري (15.25) وبلغ المتوسط الحسابي للإناث (68.88) والانحراف المعياري (13.91) كذلك أظهرت النتائج ارتفاع في مقياس التواتر أو الندرة (F) لدى الإناث بمتوسط حسابي مقداره (66.53) وانحراف معياري مقداره (12.86) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الإستبيان (Fb) بمتوسط حسابي مقداره (71.47) وانحراف معياري مقداره (15.35)، بينما لدى الذكور ارتفاع مقياس عدم اتساق الاستجابة الصحيحة (Trin) بمتوسط حسابي مقداره (65.08) وانحراف معياري مقداره (13.35).

أما بالنسبة لإجمالي العينة فكان هناك ارتفاع على مقياس ارتفاع في مقياس التواتر أو الندرة (F) بمتوسط حسابي مقداره (65.70) وانحراف معياري مقداره (14.83) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الإستبيان (Fb) بمتوسط حسابي مقداره (68.42) وانحراف معياري مقداره (19.38) ومقياس البارنويا (Pa) بمتوسط حسابي مقداره (68.03) وانحراف معياري مقداره (14.27).

الملح النفسي:

شكل 07

الملح النفسي لاختبار MMPI-2 حسب الجنس (ذكور/إناث) وإجمالي العينة



من خلال الشكل (07) يتبين أن الملح النفسي لفئة الذكور والإناث وإجمالي العينة متماثل وهو من نمط "6"، والذي يمثل تواجد أعراض البارانويا لدى أفراد العينة.

لتبيان توزيع أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية، قمنا بحساب التكرارات للارتفاعات المرضية والنسب المئوية لتوزيع أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية والتي تظهر من خلال الجدول التالي:

جدول 21:

التكرارات والنسب المئوية لعينة الدراسة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2

المقاييس الإكلينيكية	الذكور		الإناث		إجمالي العينة	
	التكرارات	النسب المئوية%	التكرارات	النسب المئوية%	التكرارات	النسب المئوية%
Hs	9	%39.1	25	%42.4	35	%42.7
D	9	%39.1	28	%47.5	37	%44.6
Hy	2	%8.7	16	%27.1	16	%19.3
Pd	6	%26.1	15	%25.4	21	%25.6
Mf	0	0	26	%44.1	26	%31.3
Pa	12	%52.2	39	%66.1	51	%61.4
Pt	9	%39.1	15	%25.4	24	%28.9
Sc	10	%43.5	27	%45.8	37	%44.6
Ma	8	%34.8	15	%25.4	23	%28
Si	8	%34.8	8	%13.6	16	%19.3

من خلال الجدول (21) يتضح أن أكبر تكرار ونسبة كانت لمقياس البارانويا حيث بلغت النسبة المئوية لدى الذكور (52.2%) ثم يليه مقياس الفصام بنسبة تبلغ (43.5%) ثم مقياس توهم المرض ومقياس الإكتئاب ومقياس السيكاثينيا بنسبة تبلغ (39.1%) ثم يليه مقياس الهوس الخفيف ومقياس الإنطواء الإجتماعي بنسبة (34.8%) ويليه مقياس الانحراف السيكوباتي بنسبة تبلغ (26.1%) وأخيرا مقياس الهستيريا بنسبة تبلغ (8.7%)، بينما جاء مقياس الذكورة والأنوثة بنسبة منعدمة، أما بالنسبة للإناث بلغت النسبة المئوية لمقياس البارانويا (66.1%) ثم يليه مقياس الإكتئاب بنسبة تبلغ (47.5%) ثم مقياس الفصام بنسبة تبلغ (45.8%) ثم مقياس الذكورة والأنوثة بنسبة تبلغ (44.1%) ثم مقياس توهم المرض بنسبة تبلغ (42.4%)، ويليه مقياس الهستيريا بنسبة (27.1%) ويليه مقياس الانحراف السيكوباتي ومقياس السيكاثينيا ومقياس الهوس الخفيف بنسبة تبلغ (25.4%) وأخيرا مقياس الإنطواء

الإجمالي بنسبة تبلغ (13.6%) كذلك بالنسبة لإجمالي العينة كان لمقياس البارانويا أكبر نسبة حيث بلغت (61.4%) ثم يليه مقياس الإكتئاب ومقياس الفصام بنسبة تبلغ (44.6%)، ثم مقياس توهم المرض بنسبة تبلغ (42.7%) ثم مقياس الذكورة والأنوثة بنسبة تبلغ (31.3%) ويليه مقياس السيكاثينيا بنسبة بلغت (28.9%)، ثم يليه مقياس الهوس الخفيف بنسبة بلغت (28%)، يليه مقياس الانحراف السيكوباتي بنسبة تبلغ (25.6%) وأخيرا مقياس الهستيريا والإنطواء الاجتماعي بنسبة تبلغ (19.3%).

نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس:

جدول 22:

المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانويا

المقاييس			الذكور			الإناث			إجمالي العينة	
المتوسط	الانحراف المعياري	حجم العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	حجم العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	حجم العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
73.30	23.11	23	70.50	16.91	59	69.97	18.60	82	أفكار الإضطهاد (Pa1)	
60.86	12.20		65.62	11.65		63.17	11.53			
45.73	8.73		44.57	9.92		45.40	9.63			
									الحساسية (Pa2)	
									السذاجة (Pa3)	

من خلال الجدول (22) يتضح أن مقياس أفكار الإضطهاد (Pa1) هو أكبر المقاييس ارتفاعا لدى الذكور بمتوسط حسابي مقداره (73.30) وانحراف معياري مقداره (23.11) ثم يليه مقياس الحساسية (Pa2) بمتوسط حسابي مقداره (60.86) وانحراف معياري مقداره (12.20) وأخيرا مقياس السذاجة (Pa3) بمتوسط حسابي مقداره (45.73) وانحراف معياري مقداره (8.73)، بالنسبة للإناث فكان كذلك مقياس أفكار الإضطهاد (Pa1) هو أكثر المقاييس ارتفاعا بمتوسط حسابي مقداره (70.50) وانحراف معياري مقداره (16.91) ثم يليه مقياس الحساسية (Pa2) بمتوسط حسابي مقداره (65.62) وانحراف معياري مقداره (11.65) وأخيرا مقياس السذاجة (Pa3) بمتوسط حسابي مقداره (44.57)

وانحراف معياري مقداره (9.92)، أما بالنسبة لإجمالي العينة فكان كذلك مقياس أفكار الإضطهاد (Pa1) هو أكثر المقاييس ارتفاعاً بمتوسط حسابي مقداره (69.97) وانحراف معياري مقداره (18.60) ثم يليه مقياس الحساسية (Pa2) بمتوسط حسابي مقداره (63.17) وانحراف معياري مقداره (11.53) وأخيراً مقياس السذاجة (Pa3) بمتوسط حسابي مقداره (45.40) وانحراف معياري مقداره (9.63).

نتائج مقاييس المحتوى:

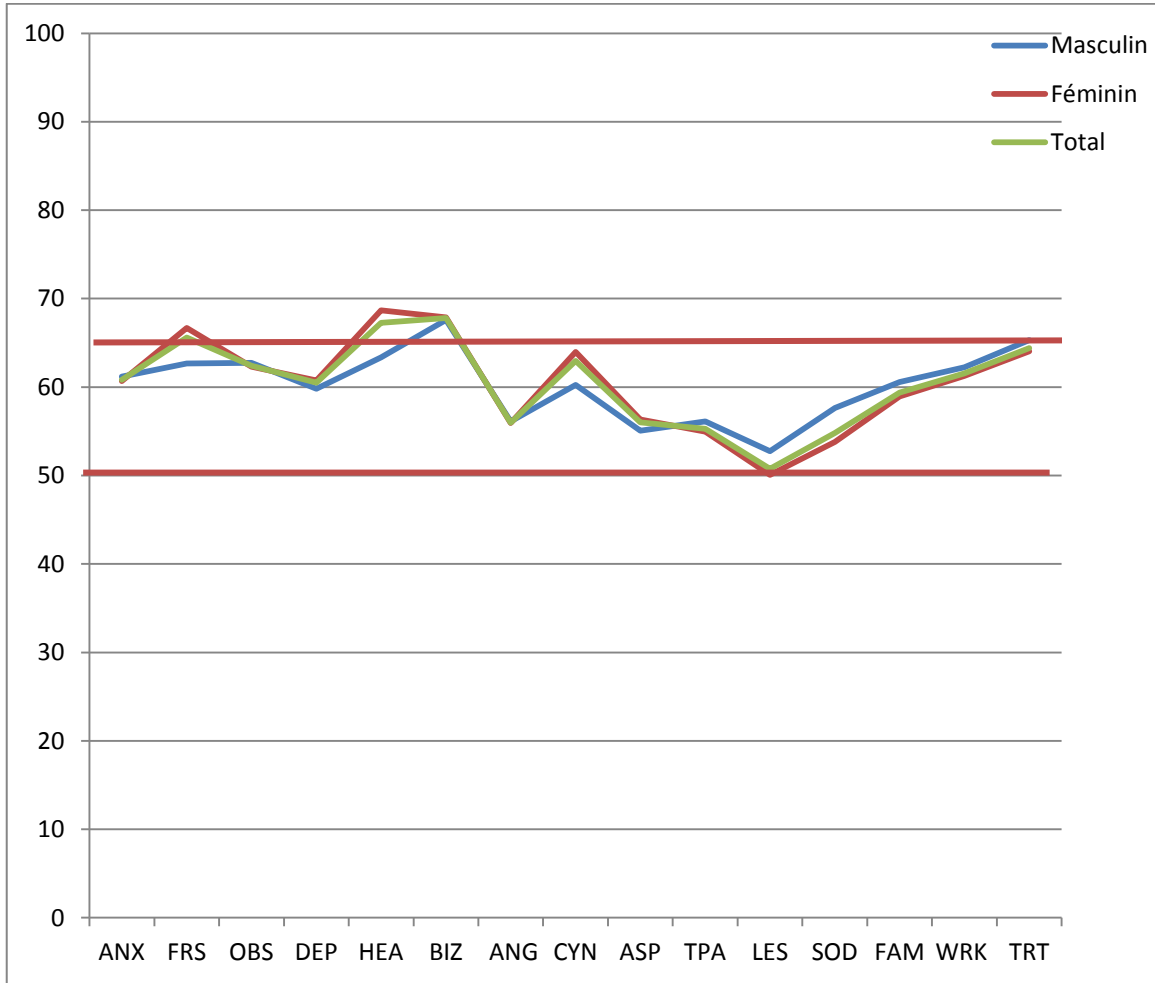
الجدول 23:

نتائج مقاييس المحتوى لاختبار MMPI-2 لعينة الدراسة حسب الجنس (ذكور/إناث)

إجمالي العينة			الإناث			الذكور			المقاييس
حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	
75	9.93	60.81	55	9.41	60.67	20	11.5	61.2	ANX
	13.70	65.61		13.30	66.69		14.68	62.65	FRS
	11.99	62.41		11.13	62.29		14.41	62.75	OBS
	9.54	60.51		8.63	60.76		11.92	59.80	DEP
	11.22	67.25		10.25	68.67		13.03	63.35	HEA
	13.36	67.81		12.17	67.89		16.57	67.6	BIZ
	11.35	55.97		10.73	55.92		13.22	56.1	ANG
	10.43	62.97		9.90	63.96		11.61	60.25	CYN
	9.23	56.00		8.34	56.34		11.52	55.05	ASP
	9.98	55.27		9.09	54.96		12.33	56.10	TPA
	10.80	50.77		9.58	50.05		13.70	52.75	LSE
	10.30	54.83		9.12	53.8		12.87	57.65	SOD
	10.31	59.36		10.05	58.92		11.15	60.55	FAM
	10.51	61.53		8.85	61.27		14.39	62.25	WRK
	12.66	64.39		11.60	64.05		15.53	65.30	TRT

شكل 08

نتائج مقاييس المحتوى لاختبار MMPI-2 حسب الجنس (ذكور/إناث) وإجمالي العينة



من خلال الجدول (23) يتضح أن مقاييس المحتوى لاختبار MMPI-2 لأفراد العينة من الذكور جاءت غير مرتفعة ماعدا مقياس أفكار غريبة (BIZ) بمتوسط حسابي مقداره (67.60) وانحراف معياري مقداره (16.57) ومقياس مؤشر العلاج السلبي (TRT) الذي جاء مرتفع بمتوسط حسابي مقداره (65.30) وانحراف معياري مقداره (15.53)، أما بالنسبة للإناث فكانت أغلب المقاييس غير مرتفعة ماعدا مقياس الإهتمامات بالصحة (HEA) الذي جاء مرتفع بمتوسط حسابي مقداره (68.83) وانحراف معياري مقداره (10.23) ومقياس أفكار غريبة (BIZ) بمتوسط حسابي مقداره (68.12) وانحراف معياري مقداره (12.18) ومقياس الخوف (FRS) بمتوسط حسابي مقداره (67.05) وانحراف معياري مقداره (13.45)، كذلك بالنسبة لإجمالي العينة فكانت أغلب المقاييس غير مرتفعة ماعدا مقياس أفكار غريبة (BIZ) بمتوسط حسابي مقداره (67.81) وانحراف معياري مقداره (13.36) ومقياس الاهتمامات بالصحة

(HEA) الذي جاء مرتفع بمتوسط حسابي مقداره (67.25) وانحراف معياري مقداره (11.22) ومقياس الخوف (FRS) بمتوسط حسابي مقداره (65.61) وانحراف معياري مقداره (13.70).

نتائج المقاييس الإضافية:

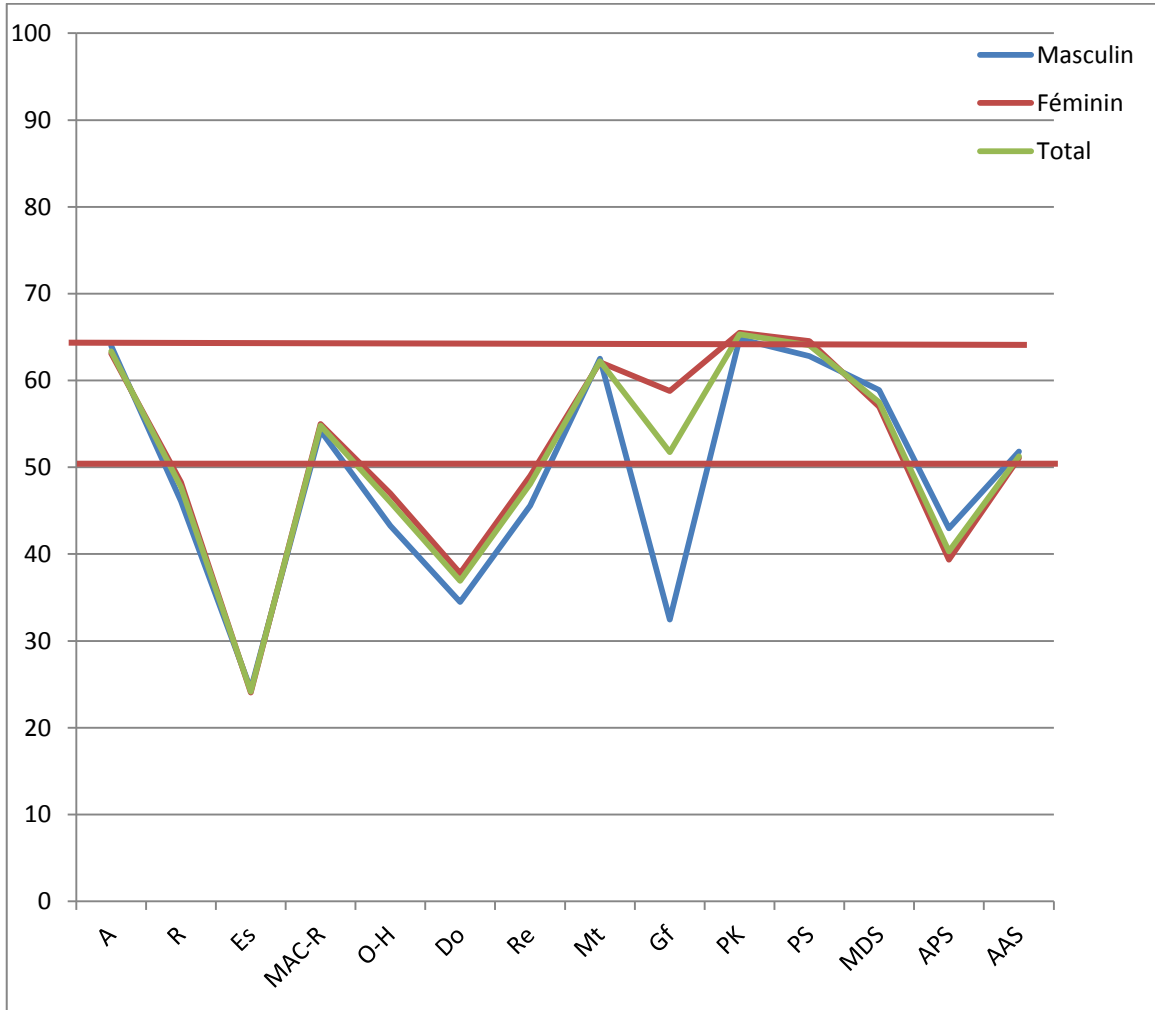
الجدول 24:

نتائج المقاييس الإضافية لاختبار MMPI-2 لدى عينة الدراسة حسب الجنس (ذكور/إناث)

إجمالي العينة			الإناث			الذكور			المقاييس
حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	الانحراف المعياري	المتوسط	
75	10.08	63.35	55	8.68	63.1	20	13.45	64	A
	11.8	47.71		11.1	48.29		13.70	46.1	R
	19.51	24.15		19.15	24.05		20.98	24.40	Es
	10.40	54.79		8.99	55		13.81	54.20	MAC-R
	9.418	46		8.45	47		11.45	43.25	O-H
	17.241	36.92		16.435	37.80		19.548	34.50	Do
	13.97	48.09		11.78	49		18.88	45.6	Re
	9.59	62.21		8.79	62.10		11.76	62.50	Mt
	19.90	51.76		14.31	58.78		20.64	32.45	Gf
	11.80	65.31		10.57	65.49		14.99	64.80	PK
	12.06	64.07		10.15	64.52		16.47	62.80	PS
	11.92	57.4		11.96	56.98		12	58.9	MDS
	12.43	40.32		13.26	39.36		9.61	42.95	APS
	8.7	51.27		8.42	51.07		9.87	51.8	AAS

شكل 9

نتائج المقاييس الإضافية لاختبار MMPI-2 حسب الجنس (ذكور/إناث) وإجمالي العينة



من خلال الجدول (24) يتضح أن المقاييس الإضافية لاختبار MMPI-2 لأفراد العينة من الذكور جاءت غير مرتفعة أما بالنسبة للإناث فكانت أغلب المقاييس غير مرتفعة ماعدا مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PK) بمتوسط حسابي مقداره (65.62) وانحراف معياري مقداره (10.52)، كذلك بالنسبة لإجمالي العينة فكانت أغلب المقاييس غير مرتفعة ماعدا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PS) بمتوسط حسابي مقداره (65.31) وانحراف معياري مقداره (11.80).

من خلال ما تم عرضه من نتائج يتبين أن:

- يوجد ارتفاع في درجات أفراد العينة على مقياس البارانويا (Pa) حسب المقاييس الإكلينيكية.
- الملح النفسي لعينة الدراسة من نمط "6"، والذي يمثل تواجد أعراض البارانويا لدى أفراد العينة

- يتوزع مرضى الصداع النصفي على سمات شخصية متنوعة تتمثل في: الشخصية البارنودية بنسبة (52.2%)، (66.1%)، (61.4%) لدى الذكور والإناث وإجمالي العينة على التوالي، ثم الشخصية الفصامية بنسبة تبلغ (43.5%) ثم الشخصية المتهمة للمرض والشخصية الإكتئابية والسيكاثينية بنسبة تبلغ (39.1%) ثم الهوسية الخفيفة بنسبة (34.8%) ويليهما الشخصية المنحرفة السيكوباتية بنسبة تبلغ (26.1%). أما بالنسبة للإناث بلغت النسبة المئوية للشخصية الإكتئابية (47.5%) ثم الشخصية الفصامية بنسبة تبلغ (45.8%) ثم الشخصية المتهمة للمرض بنسبة تبلغ (42.4%) يليها الشخصية الهستيرية بنسبة (27.1%) ويليهما الشخصية المنحرفة السيكوباتية والشخصية السيكاثينية والهوسية الخفيفة بنسبة تبلغ (25.4%). أما بالنسبة لإجمالي العينة يلي الشخصية البارنودية الشخصية الإكتئابية والفصامية بنسبة تبلغ (44.6%) ثم الشخصية المتهمة للمرض بنسبة تبلغ (42.7%) ثم الشخصية السيكاثينية بنسبة بلغت (28.9%)، ثم يليها الشخصية الهوسية الخفيفة بنسبة بلغت (28%)، ثم يليها الشخصية المنحرفة السيكوباتية بنسبة تبلغ (25.6%).
- يوجد ارتفاع في درجات الإناث على مقياس الاهتمامات بالصحة (HEA)، أفكار غريبة (BIZ) والخوف (FRS) بينما لدى الذكور يوجد ارتفاع في مقياس أفكار غريبة (BIZ) ومؤشر العلاج السلبي (TRT) حسب مقاييس المحتوى.
- يوجد ارتفاع في درجات الإناث على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PK) حسب المقاييس الإضافية.

مما يدل على:

وجود ارتفاع في درجات أفراد العينة على مقياس البارنويا حسب المقاييس الإكلينيكية، ووجود ارتفاع في درجات الإناث على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في المقاييس الإضافية، ووجود ارتفاع في درجات أفراد العينة على مقياس الاهتمامات بالصحة، الخوف وأفكار غريبة على مقاييس المحتوى لاختبار MMPI-2 وتحقق الفرضية الأولى في جزء كبير منها.

1-2- عرض النتائج حسب الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية إلى أنه: "يوجد انخفاض في درجات أداء بعض العمليات المعرفية: الإنتباه، الذاكرة، اللغة حسب اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) "

وللتحقق من الفرضية تم تطبيق اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) والتي تظهر نتائجه من خلال الجدول التالي:

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R):

جدول 25:

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R)

الأبعاد	المتوسط	الانحراف المعياري	الدرجة المعيارية
الإنتباه	16.31	1.31	18
الذاكرة	18.72	3.58	26
الطلاقة اللفظية	20.53	2.43	14
اللغة	14.96	1.40	26
فراغي إبصاري	10.19	2.29	16
الدرجة الكلية اختبار ACE-R	80.72	6.93	100

من خلال الجدول (25) يتضح أن أبعاد اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) والدرجة الكلية جاءت أقل من المعايير، حيث جاء بعد الإنتباه بمتوسط حسابي مقداره (16.31) وانحراف معياري مقداره (1.31)، وبعد الذاكرة بمتوسط حسابي مقداره (18.72) وانحراف معياري مقداره (3.58) بعد الطلاقة اللفظية بمتوسط حسابي مقداره (20.53) وانحراف معياري مقداره (2.43)، وبعد اللغة بمتوسط حسابي مقداره (14.96) وانحراف معياري مقداره (1.40)، بعد فراغي إبصاري بمتوسط حسابي مقداره (10.19) وانحراف معياري مقداره (2.29)، والدرجة الكلية بمتوسط حسابي مقداره (80.72) وانحراف معياري مقداره (6.93)، مما يشير إلى وجود انخفاض في درجات أداء بعض العمليات

المعرفية: الإنتباه، الذاكرة، اللغة حسب اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R)، وبالتالي تحقق الفرضية الثانية.

1-3- عرض النتائج حسب الفرضية الثالثة:

تشير الفرضية الثالثة إلى أنه: " يوجد انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية لأفراد العينة حسب اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) "

وللتحقق من الفرضية تم تطبيق اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) والذي تظهر نتائجه من خلال الجدول التالي:

نتائج اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B):

تم استعراض النتائج حسب المعايير المغربية (أنظر الملحق رقم 5)، لنتمكن من مقارنة النتائج المتحصل عليها بها، والتي تظهر في الجدول التالي:

جدول 26:

نتائج اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B)

المجموعات	المجموعة 1	المجموعة 2	المجموعة 3	المجموعة 4	المجموعة 5
العمر	39-18	39-18	59-40	59-40	69-60
المستوى التعليمي	10-7 سنة	10-7 سنة	10-7 سنة	10-7 سنة	10-7 سنة
عدد افراد العينة	04	49	04	22	03
نتائج TMT A	المتوسط الحسابي	44.27	42.86	64.54	50.10
	الانحراف المعياري	16.40	10.36	21.38	22.04
المعايير	المتوسط الحسابي	44.09	38.56	57.78	47.71
	الانحراف المعياري	11.89	23.33	29.32	12.77
نتائج TMT B	المتوسط الحسابي	116.04	91.83	136.22	101.91
	الانحراف المعياري	58.91	30.73	36.43	39.17
المعايير	المتوسط الحسابي	111.03	92	128.2	108
	الانحراف المعياري	35.66	28.89	48.10	24.91

من خلال الجدول (26) يتبين أن أغلب المجموعات الخمس لأفراد العينة تحصلت على درجات على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) بجزءيه أكبر من الدرجات المعيارية ماعدا المجموعة الخامسة (السن 60-69، مستوى تعليمي 7-10 سنوات) حصلت على درجات أقل على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) من الدرجات المعيارية.

مما يدل على أن أغلبية أفراد العينة لديهم انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية ماعدا فئة (السن 60-69، مستوى تعليمي 7-10 سنوات) ليس لديها انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية، وبالتالي تحقق الفرضية الثالثة.

1-4- عرض النتائج حسب الفرضية الرابعة:

تشير الفرضية الرابعة إلى أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإضطرابات النفسية لدى المصابين بالصداع النصفي حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 تعزى إلى المتغيرات التالية (السن، الحالة الإجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي) " وللتحقق من الفرضية تم حساب الفروق كما تظهر في الجداول التالية:

- الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي من 40 سنة، أكبر من 40 سنة)

جدول 27:

دلالة الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وفقا لمتغير السن

(أقل أو يساوي من 40 سنة، أكبر من 40 سنة) باستخدام الإختبار التائي T.test

المقاييس الإكلينيكية	أقل أو يساوي 40		أكبر من 40		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
L	53.89	9.44	58.88	9.90	-2.16	80	75. غير دال إحصائيا
F	66.28	14.53	64.40	15.73	.52		61. غير دال إحصائيا
K	39.10	13.75	39.56	10.61	-.14		21. غير دال

إحصائيا							
75. غير دال إحصائيا		.12	10.81	63.60	10.86	63. 28	Hs
.008 دال إحصائيا		-.82	12.59	64.08	9.01	62.05	D
.949 غير دال إحصائيا		-.73	13.14	57.48	13.84	55.07	Hy
27. غير دال إحصائيا		.004	12.64	56.48	10.98	56.49	Pd
14. غير دال إحصائيا		.65	18.03	55.44	12.69	57.71	MF
22. غير دال إحصائيا		-.35	12.99	68.88	14.89	67.66	Pa
109. غير دال إحصائيا		1.05	10.99	56.16	14.02	59.50	Pt
66. غير دال إحصائيا		.32	12.96	63.08	14.28	64.15	Sc
.074 غير دال إحصائيا		0.28	10.55	59.40	10.89	60.14	Ma
.018 دال إحصائيا		-.85	6.05	58.76	9.29	57.01	Si

من خلال الجدول (27) يتبين أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير السن ماعدا مقياس الإكتئاب (D) توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن ذات قيمة ت بلغت (-.82) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لفئة (<40) سنة حيث بلغ المتوسط الحسابي (64.08) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لفئة (>=40) الذي بلغ (62.05)، ومقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن ذات قيمة ت بلغت (-.8) وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لفئة (<40) سنة حيث بلغ المتوسط الحسابي (58.76) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لفئة (>=40) الذي بلغ (57.01).

- الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج).

جدول 28:

دلالة الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج) باستخدام الاختبار التائي T.test

المقاييس الإكلينيكية	متزوج		غير متزوج		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
L	56.32	9.84	54.41	9.79	-0.88		89. غير دال إحصائيا
F	64.83	14.78	66.66	15.03	.55		95. غير دال إحصائيا
K	41.37	7.87	36.89	16.45	-1.54		0.005 دال
Hs	63.06	10.06	63.71	11.64	.27		27. غير دال إحصائيا
D	63.93	10.68	61.28	9.58	-1.17		22. غير دال إحصائيا
Hy	57.46	12.22	53.97	14.91	-1.16		90. غير دال إحصائيا

0.86 غير دال إحصائيا		.71	11.40	57.43	11.53	55.62	Pd
0.96 غير دال إحصائيا		.30	13.83	57.53	15.13	56.55	MF
.89 غير دال إحصائيا		-.09	14.55	67.87	14.18	68.18	Pa
0.07 غير دال إحصائيا		1.02	14.91	60.05	11.41	57.06	Pt
0.17 غير دال إحصائيا		.50	15.76	64.64	11.93	63.09	Sc
0.18 غير دال إحصائيا		1.43	11.62	61.69	9.71	58.30	Ma
0.042 دال إحصائيا		-.62	9.60	56.92	7.29	58.11	Si

من خلال الجدول (28) يتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لدى مرضى الصداق النصفي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ماعدا مقياس (K) وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وذلك بقيمة تائية مقدارها (-1.77) عند مستوى دلالة (.05) لصالح المتزوجين حيث بلغ المتوسط الحسابي للمتزوجين (41.83) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لغير المتزوجين الذي بلغ (37.11) ومقياس الإنطواء الاجتماعي توجد فروق ذات دلالة إحصائية وذلك بقيمة تائية مقدارها (-.62) عند مستوى دلالة (.05) لصالح المتزوجين حيث بلغ المتوسط الحسابي للمتزوجين (58.11) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لغير المتزوجين الذي بلغ (56.92).

- الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 تعزى لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية).

جدول 29:

دلالة الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 وفقا لمتغير

الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية) باستخدام الاختبار التائي T.test

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت)	عدم وجود إصابة عائلية		وجود إصابة عائلية		المقاييس الإكلينيكية
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
03.دال إحصائيا	80	.5	12.69	54	9.12	55.73	L
04.دال إحصائيا		-.02	19.56	65	13.75	65.68	F
32.غير دال إحصائيا		-.74	15.47	41.46	12.21	38.74	K
0.1.غير دال إحصائيا		-1.12	7.43	66.20	11.34	62.74	Hs
02.دال إحصائيا		.03	7.37	62.60	10.77	62.68	D
35.غير دال إحصائيا		-.85	11.29	58.53	14.06	55.19	Hy
.12 غير دال إحصائيا		.4	13.50	55.40	11.02	56.73	Pd
74.غير دال إحصائيا		0.36	14.30	55.80	14.57	57.29	MF
.56 غير دال		-.42	15.33	69.46	14.12	67.71	Pa

إحصائيا							
8.	غير دال إحصائيا	.02	13.36	58.40	13.26	58.5	Pt
10.	غير دال إحصائيا	-.567	17.17	65.66	13.08	63.41	Sc
059.	غير دال إحصائيا	-.511	14.39	61.20	9.84	59.62	Ma
67.	غير دال إحصائيا	.31	7.98	56.93	8.58	57.68	Si

من خلال الجدول (29) يتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير الإصابة العائلية، ماعدا مقياس (L) وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الإصابة العائلية وذلك بقيمة تائية مقدارها (.5) عند مستوى دلالة (.05) لصالح وجود إصابة عائلية حيث بلغ المتوسط الحسابي (55.73) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لعدم وجود إصابة عائلية الذي بلغ (54)، ومقياس (F) وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الإصابة عائلية وذلك بقيمة تائية مقدارها (-.021) عند مستوى دلالة (.05) لصالح عدم وجود إصابة عائلية حيث بلغ المتوسط الحسابي (65.80) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لوجود إصابة عائلية الذي بلغ (65.68) ومقياس (D) وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الإصابة عائلية وذلك بقيمة تائية مقدارها (.03) عند مستوى دلالة (.05) لصالح وجود إصابة عائلية حيث بلغ المتوسط الحسابي (62.68) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لعدم وجود إصابة عائلية الذي بلغ (62.60).

- الفروق في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي).

جدول 30:

تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية
لاختبار MMPI-2 تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

المقاييس الإكلينيكية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	قيمة sig	مستوى الدلالة
L	بين المجموعات	116.10	2	58.05	.59	.55	غير دال
	داخل المجموعات	7671.79	79	97.11			
	المجموع	7787.90	81				
F	بين المجموعات	1744.29	2	872.15	4.28	.017	دال
	داخل المجموعات	16092.67	79	203.70			
	المجموع	17836.97	81				
K	بين المجموعات	1279.13	2	639.56	4.20	.018	دال
	داخل المجموعات	12017.98	79	152.12			
	المجموع	13297.12	81				
Hs	بين المجموعات	16.62	2	8.31	.07	.93	غير دال
	داخل المجموعات	9398.65	79	118.97			
	المجموع	9415.28	81				
D	بين المجموعات	217.04	2	108.52	1.04	0.35	غير دال
	داخل	8211.06	79	103.93			

						المجموعات	
				81	8428.11	المجموع	
غير دال	.84	.16	31.54	2	63.09	بين المجموعات	Hy
			188.80	79	14915.78	داخل المجموعات	
				81	14978.87	المجموع	
غير دال	.39	.93	123.08	2	246.17	بين المجموعات	Pd
			131.01	79	10350.31	داخل المجموعات	
				81	10596.48	المجموع	
غير دال	.64	.44	93.46	2	186.93	بين المجموعات	Mf
			211.70	79	16725.01	داخل المجموعات	
				81	16911.95	المجموع	
غير دال	0.53	0.63	129.48	2	258.96	بين المجموعات	Pa
			205.61	79	16243.92	داخل المجموعات	
				81	16502.89	المجموع	
غير دال	.06	2.85	475.91	2	951.82	بين المجموعات	Pt
			166.51	79	13154.66	داخل المجموعات	
				81	14106.48	المجموع	
دال	.03	3.67	658.34	2	1316.69	بين المجموعات	Sc

			179.30	79	14164.91	داخل المجموعات	
				81	15481.61	المجموع	
غير دال	.053	3.04	333.79	2	667.58	بين المجموعات	Ma
			109.63	79	8660.81	داخل المجموعات	
				81	9328.40	المجموع	
دال	.013	4.57	299.57	2	599.14	بين المجموعات	Si
			65.43	79	5169.16	داخل المجموعات	
				81	5768.30	المجموع	

من خلال الجدول (30) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي) ماعدا مقياس عدم التواتر أو الندرة (F)، التصحيح (K)، الفصام (Sc) والإنطواء الإجتماعي (Si) أظهرت وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05). تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي) وللتعرف على اتجاه الفروق بين المجموعات بالنسبة للمستوى التعليمي، تم تطبيق اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة كما يبين الجدول التالي:

جدول 31:

نتائج اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة لتحديد اتجاه الفروق بين المتوسطات على المقاييس الإكلينيكية لكل من مقياس عدم التواتر أو الندرة (F)، مقياس التصحيح (K)، مقياس الفصام (Sc) ومقياس الإنطواء الإجتماعي (Si) تبعا لمتغير المستوى التعليمي

المقاييس الإكلينيكية	المستوى التعليمي	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
F	متوسط	4.30	6	.77
	ثانوي	12.38*	4.88	.04
	جامعي	-4.30	6	.77
	متوسط	8.08	4.37	.18
	ثانوي	-12.38*	4.88	.04
	جامعي	-8.08	4.37	.18
K	متوسط	-4.88	5.18	.64
	ثانوي	-11.07*	4.21	.03
	جامعي	4.88	5.18	.64
	متوسط	-6.19	3.77	.26
	ثانوي	11.07*	4.21	.03
	جامعي	6.19	3.77	.26
Sc	متوسط	3.81	5.63	.79
	ثانوي	10.79	4.57	.06
	جامعي	-3.81	5.63	.79
	متوسط	6.97	4.10	.24
	ثانوي	-10.79	4.57	.06
	جامعي	-6.97	4.10	.24
Si	متوسط	4.53	3.40	.41
	ثانوي	7.96*	2.76	.019

ثانوي	متوسط	-4.53	3.40	.41
جامعي	جامعي	3.42	2.47	.38
جامعي	متوسط	-7.96*	2.76	.019
ثانوي	ثانوي	-3.42	2.47	.38

يتبين من خلال الجدول (31) ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) عند مستوى دلالة (05). تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التصحيح (K) عند مستوى دلالة (05). تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الفصام (Sc) عند مستوى دلالة (05). تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) عند مستوى دلالة (05). تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.

من خلال ما تم عرضه من نتائج يتبين ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإضطرابات النفسية لدى المصابين بالصداع النصفي حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 تعزى إلى متغير السن ماعدا الإكتئاب ومقياس الإنطواء الاجتماعي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (05). تعزى لمتغير السن لصالح الفئة (<40) سنة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية لدى المصابين بالصداع النصفي حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية (متزوج/غير متزوج) ماعدا مقياس الإنطواء الاجتماعي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (05). تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإضطرابات النفسية لدى المصابين بالصداع النصفي حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 تعزى إلى متغير الإصابة العائلية، ماعدا

مقياس الإكتئاب وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05). تعزى لمتغير الإصابة العائلية لصالح وجود إصابة عائلية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإضطرابات النفسية لدى المصابين بالصداع النصفي حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 تعزى إلى متغير المستوى التعليمي ماعدا الفصام والإنطواء الإجتماعي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05). تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.

مما يدل على تحقق الفرضية الرابعة.

1-5- عرض النتائج حسب الفرضية الخامسة:

تشير الفرضية الخامسة إلى أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي حسب اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، السن، الحالة الإجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي) "

وللتحقق من الفرضية تم حساب الفروق كما تظهر في الجداول التالية:

- الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (الذكور، الإناث)

جدول 32:

دلالة الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (الذكور، الإناث) باستخدام الإختبار التائي

T.test

الأبعاد	الذكور		الإناث		قيمة(ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الانتباه	16.35	1.02	16.31	1.42	.13	80	.20
الذاكرة	18.22	3.38	18.86	3.67	-.73		غير دال
الطلاقة	10.48	1.85	10.08	2.47	.69		.72

غير دال							اللفظية
07.		23.	2.23	20.51	2.94	20.65	اللغة
غير دال							
16.		-2.15	1.28	15.17	1.61	14.43	فراغي إبصاري
غير دال							
0.91		-.46	7.15	80.93	6.61	80.13	الدرجة الكلية
غير دال							

من خلال الجدول (32) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) وكذلك في الدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس، مما يدل على أن مرضى الصداع النصفي سواء الذكور أو الإناث لديهم مستويات متقاربة في أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) وفي الدرجة الكلية للأداء المعرفي.

- الفروق درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير السن (أقل أو يساوي 40 سنة، أكبر من 40 سنة).

جدول 33:

دلالة الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقاً لمتغير السن (أقل أو يساوي 40 سنة، أكبر من 40 سنة) باستخدام الإختبار التائي T.Test

الأبعاد	أقل أو يساوي 40 سنة		أكبر من 40 سنة		قيمة(ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الانتباه	16.22	1.29	16.52	1.38	-0.91	80	غير دال .32
الذاكرة	18.94	3.58	18.08	3.59	1		غير دال .75
الطلاقة اللفظية	10.12	2.16	10.36	2.65	-0.42		غير دال .20
اللغة	20.42	2.28	20.84	2.79	-0.71		غير دال .22
فراغي إبصاري	15.10	1.27	14.64	1.68	1.37		غير دال .07
الدرجة الكلية	80.82	7.26	80.44	6.41	0.22		غير دال .67

من خلال الجدول (33) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن أقل أو يساوي 40 سنة، أكبر من 40 سنة) - الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج)

جدول 34:

دلالة الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الحالة الإجتماعية (متزوج، غير متزوج) باستخدام الاختبار التائي $T. Test$

الأبعاد	متزوج		غير متزوج		قيمة(ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الانتباه	16.46	1.51	16.15	1.06	-1.08	80	0.04 دال
الذاكرة	18.39	3.47	19	3.72	.76		.88 غير دال
الطلاقة اللفظية	10.55	2.21	9.79	2.37	-1.5		.89 غير دال
اللغة	20.9	2.36	20.15	2.48	-1.4		.45 غير دال
فراغي إبصاري	14.81	1.63	15.12	1.12	1.02		0.02 دال
الدرجة الكلية	81.13	6.94	80.23	7.07	-.58		.85 غير دال

من خلال الجدول (34) يتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة) والدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداغ النصفي تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية، ماعدا في بعد الانتباه وجود فروق ذات دلالة إحصائية وذلك بقيمة تائية مقدارها (-1.08) عند مستوى الدلالة (0.05). لصالح المتزوجين حيث بلغ المتوسط الحسابي للمتزوجين (16.46) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لغير المتزوجين الذي بلغ (16.15) وبعد فراغي إبصاري وجود فروق ذات دلالة إحصائية وذلك بقيمة تائية مقدارها (1.02) عند مستوى الدلالة (0.05). لصالح غير المتزوجين حيث بلغ المتوسط الحسابي لغير المتزوجين (15.12) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للمتزوجين الذي بلغ (14.81).

- الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية).

جدول 35:

دلالة الفروق في درجات بعض أداء العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية) باستخدام الإختبار التائي T.Test

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة(ت)	عدم وجود إصابة عائلية		وجود إصابة عائلية		الأبعاد
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
65. غير دال	80	-.698	1.356	16.53	1.32	16.27	الانتباه
22. غير دال		0.019	4.20	18.67	3.46	18.69	الذاكرة
05. دال		-2.39	1.28	11.07	2.44	10	الطلاقة اللفظية
57. غير دال		-.79	2.80	21.00	2.36	20.45	اللغة
33. غير دال		.291	1.55	14.87	1.39	14.99	فراغي إبصاري
5. غير دال		-87.	7.64	82.13	6.84	80.38	الدرجة الكلية

من خلال الجدول (35) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات في أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) وفي الدرجة الكلية للأداء

المعرفي تعزى لمتغير الإصابة العائلية ماعدا في بعد الطلاقة اللفظية وجود فروق وذلك بقيمة تائية مقدارها (-2.39) عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح عدم وجود إصابة عائلية حيث بلغ المتوسط الحسابي لعدم وجود إصابة عائلية (11.07) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لوجود إصابة عائلية الذي بلغ (10).

- الفروق في درجات أداء بعض العمليات المعرفية والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي).

جدول 36:

تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) تبعا لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	قيمة sig	مستوى الدلالة
الإنتماء	بين المجموعات	4.21	2	2.10	1.21	.304	غير دال إحصائيا
	داخل المجموعات	137.54	79	1.74			
	المجموع	141.75	81				
الذاكرة	بين المجموعات	156.99	2	78.49	7	.002	دال عند .05
	داخل المجموعات	884.76	79	11.19			
	المجموع	1041.75	81				
الطلاقة اللفظية	بين المجموعات	106.29	2	53.14	12.85	.000	دال عند .01
	داخل المجموعات	326.58	79	4.13			

				81	432.87	المجموع	
اللغة	بين المجموعات	69.35	2	34.67	6.63	.002	دال عند 05.
				5.22	79	412.94	داخل المجموعات
				81	482.3	المجموع	
فراغي إبصاري	بين المجموعات	1.81	2	.907	.44	.64	غير دال إحصائيا
				2.03	79	161.07	داخل المجموعات
				81	162.89	المجموع	
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1152.16	2	576.08	16.3	.000	دال عند 01.
				35.32	79	2790.80	داخل المجموعات
				81	3942.97	المجموع	

من خلال الجدول (36) يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائية في كل من بعد الإنباه وبعد الفراغي إبصاري وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في الدرجة الكلية للأداء المعرفي تعزى لمتغير المستوى الدراسي (متوسط، ثانوي، جامعي)، كذلك وجدت فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في بعد الطلاقة اللفظية تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي جامعي)، ووجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في بعد كل من الذاكرة واللغة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي).

ولتعرف اتجاه الفروق بين المجموعات بالنسبة للمستوى التعليمي، تم تطبيق اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة كما يبين الجدول التالي:

جدول 37:

نتائج اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة لتحديد اتجاه الفروق بين المتوسطات على اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) تبعا لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	المستوى التعليمي	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
الذاكرة	متوسط	ثانوي	-2.87	.13
	جامعي	-4.20*	1.14	.002
	ثانوي	متوسط	2.87	.13
	جامعي	-1.33	1.02	.43
	جامعي	متوسط	4.20*	.002
	ثانوي	1.33	1.02	.435
الطلاقة اللفظية	متوسط	ثانوي	-2.13*	.049
	جامعي	-3.41*	.69	.000
	ثانوي	متوسط	2.13*	.049
	جامعي	-1.27	.62	.130
	جامعي	متوسط	3.41*	.000
	ثانوي	1.27	.62	.130
اللغة	متوسط	ثانوي	-1.70	.216
	جامعي	-2.75*	.78	.003
	ثانوي	متوسط	1.70	.216
	جامعي	-1.05	.70	.330
	جامعي	متوسط	2.75*	.003
	ثانوي	1.05	.70	.330

الدرجة الكلية	متوسط	ثانوي	-7.36^*	2.50	.016
		جامعي	-11.31^*	2.03	.000
	ثانوي	متوسط	7.36^*	2.50	.016
		جامعي	-3.94	1.82	.103
	جامعي	متوسط	11.31^*	2.03	.000
		ثانوي	3.94	1.82	.103

يتبين من خلال الجدول (37) ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الذاكرة عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الطلاقة اللفظية عند مستوى دلالة (0.01) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد اللغة عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للأداء المعرفي عند مستوى دلالة (0.01) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.

من خلال ما تم عرضه من نتائج يتبين ما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة) لدى مرضى الصداغ النصفي تعزى لمتغيرات التالية (الجنس، السن)
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الانتباه ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح المتزوجين
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد فراغي إبصاري ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح غير المتزوجين
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الطلاقة اللفظية عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح عدم وجود إصابة عائلية

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء الذاكرة واللغة لدى مرضى الصداع النصفي عند مستوى دلالة (0.05). تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الطلاقة اللفظية والدرجة الكلية للأداء المعرفي عند مستوى دلالة (0.01). تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.
- مما يدل على تحقق الفرضية الخامسة في جزء منها.

1-6- عرض النتائج حسب الفرضية السادسة:

تشير الفرضية السادسة إلى أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى المصابين بالصداع النصفي تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، وجود إصابة عائلية)".

وللتحقق من الفرضية تم حساب الفروق كما تظهر في الجداول التالية:

- الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (الذكور، الإناث).

جدول 38:

دلالة الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (الذكور، الإناث) باستخدام الإختبار التائي T.test

الأجزاء	الذكور		الإناث		قيمة(ت)	درجة الحرية	قيمة sig	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
TMT A	37.96	8.17	49.95	17.72	-4.17		0.02	دال عند 0.05
TMT B	98.96	44.14	98.37	33.68	0.06		0.39	غير دال

من خلال نتائج الجدول (38) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث) بقيمة تائية مقدارها (-4.17) عند مستوى الدلالة (0.05). لصالح الإناث حيث بلغ المتوسط الحسابي للإناث (49.95) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للإناث الذي بلغ (37.96) عدم وجود فروق ذات

دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث).

- الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير السن (أقل أو يساوي 40 سنة، أكبر من 40 سنة).

جدول 39:

دلالة الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير

السن (أقل أو يساوي 40، أكبر من 40) باستخدام الإختبار التائي T.test

الأجزاء	أقل أو يساوي 40 سنة		أكبر من 40 سنة		قيمة(ت)	درجة الحرية	قيمة sig	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
TMT A	42.55	10.56	54.80	22.64	-2.67	80	.000	دال عند 0.01
TMT B	93.66	33.30	108.47	41.50	-1.74		.1	غير دال

من خلال الجدول (39) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي 40 سنة/ أكبر من 40 سنة) بقيمة تائية مقدارها (-2.67) عند مستوى الدلالة (0.01). لصالح أكبر من 40 سنة حيث بلغ المتوسط الحسابي لأكبر من 40 سنة (54.80) وهو أكبر من المتوسط الحسابي لأقل من 40 سنة الذي بلغ (42.55) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي 40 سنة/ أكبر من 40 سنة).

- الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (متزوج، غير متزوج).

جدول 40:

دلالة الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس (متزوج، غير متزوج) باستخدام الإختبار التائي T.test

الأجزاء	متزوج		غير متزوج		قيمة(ت)	درجة الحرية	قيمة sig	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
TMT A	46.54	18.24	46.63	14.59	.02	80	.42	غير دال
TMT B	93.92	35.43	104.51	37.30	1.31		.46	غير دال

من خلال الجدول (40) يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على جزئي اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية (متزوج/ غير متزوج)

- الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية).

جدول 41:

دلالة الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية، عدم وجود إصابة عائلية) باستخدام الإختبار التائي T.test

الأجزاء	وجود إصابة عائلية		عدم وجود إصابة عائلية		قيمة(ت)	درجة الحرية	قيمة sig	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
TMT A	46.85	17.15	45.38	13.68	.31		.52	غير دال
TMT B	97.96	35.44	101.15	42.80	-.30		.35	غير دال

من خلال الجدول (41) يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداغ النصفي تعزى لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية/ عدم وجود إصابة عائلية).

الفروق في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة وفقا لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي)

جدول 42:

تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في الوظائف التنفيذية على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) تبعا لمتغير المستوى التعليمي

الأجزاء	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	قيمة sig	مستوى الدلالة
TMT A	بين المجموعات	1853.84	2	926.92	3.62	.03	دال عند .05
	داخل المجموعات	20220.69	79	255.95			
	المجموع	22074.54	81				
TMT B	بين المجموعات	15813.42	2	7906.71	6.726	.002	دال عند .05
	داخل المجموعات	92865.28	79	1175.51			
	المجموع	108678.71	81				

من خلال الجدول (42) يتضح وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الوظائف التنفيذية لاختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) بجزئيه (A/B) تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي)، وللتعرف على اتجاه الفروق بين المجموعات بالنسبة للمستوى التعليمي، تم تطبيق اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة كما يبين الجدول التالي:

جدول 43:

نتائج اختبار شيفيه "Scheffe" للمقارنات المتعددة لتحديد اتجاه الفروق بين المتوسطات على اختبار

توصيل الدوائر (TMT A/B) تبعا لمتغير المستوى التعليمي

الأجزاء	المستوى التعليمي	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
TMT A	متوسط	13.75	6.72	.13
	ثانوي	14.65*	5.47	.03
	جامعي	-13.75	6.72	.13
	متوسط	0.90	4.90	.98
	جامعي	-14.65*	5.47	.03
	ثانوي	.90	4.90	.98
TMT B	متوسط	19.56	14.42	.40
	ثانوي	39.77*	11.72	.005
	جامعي	-19.56	14.42	.40
	متوسط	20.21	10.50	.16
	جامعي	-39.77*	11.72	.005
	ثانوي	-20.21	10.50	.164

يتبين من خلال الجدول (43) ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (.05) وفقا للمستوى التعليمي لصالح مستوى جامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (.05) وفقا للمستوى التعليمي لصالح مستوى جامعي.

من خلال ما تم عرضه من نتائج يتبين ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (.05) لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (0.01) لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن لصالح الفئة (<40) سنة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الإصابة العائلية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (0.05) لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى جامعي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (0.05) لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى جامعي.

مما يدل على تحقق الفرضية السادسة إلا بالنسبة لمتغير الإصابة العائلية فهي غير محققة.

1-7- عرض النتائج حسب الفرضية السابعة:

تشير الفرضية السابعة إلى أنه: "توجد علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 وأداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) لدى مرضى الصداغ النصفي"

وللتحقق من الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson) للمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 والدرجة الكلية والأبعاد لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R)، وفيما يلي عرض النتائج التي أسفرت عليها المعالجة الإحصائية.

جدول 44:

معامل ارتباط بيرسون بين المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 والدرجة الكلية والأبعاد لاختبار

أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) لدى مرضى الصدا ع النصفى

الدرجة الكلية	فراغي إبصاري	اللغة	الطلاقة اللفظية	الذاكرة	الإنقباه	ACE-R المقاييس الإكلينيكية
-0.12	-0.02	-0.12	-0.04	-0.09	-0.05	Hs
-0.21	-0.07	-0.10	-0.23*	-0.09	-0.18	D
-0.02	-0.08	-0.09	.04	.07	-0.12	Hy
-0.22*	-0.21	-0.31**	-0.14	.03	-0.21	Pd
-0.12	.15	-0.17	-0.12	-0.07	-0.08	Mf
-0.21*	-0.26*	-0.26*	-0.08	-0.02	-0.18	Pa
-0.25*	-0.10	-0.23*	-0.16	-0.14	-0.09	Pt
-0.31**	-0.180	-0.39**	-0.14	-0.12	-0.14	Sc
-0.29**	-0.21*	-0.30**	-0.07	-0.15	-0.18	Ma
-0.24*	-0.05	-0.16	-0.11	-0.21	-0.15	Si

ملحظة. ** =دالة إحصائية عند 0.01

* =دالة إحصائية عند 0.05

من خلال الجدول (44) يتضح وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الإكتئاب وبعد الطلاقة اللفظية حيث بلغ معامل الارتباط (-0.23*)، كذلك وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الانحراف السيکوباتي (Pd) وبعد اللغة حيث بلغ معامل الارتباط (-0.31**) والدرجة الكلية حيث بلغ معامل الارتباط (-0.22*) عند مستوى دلالة (0.05)، ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس البارانونيا (Pa) وبعد اللغة وبعد فراغي إبصاري والدرجة الكلية حيث بلغ معامل الارتباط (-0.26*)، (-0.26*)، (-0.21*) على التوالي، كذلك وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس السيکاثينيا (Pt) وبعد اللغة والدرجة الكلية حيث بلغ معامل الارتباط (-0.23*)، (-0.25*) على التوالي، ووجود علاقة ذات

دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الفصام (Sc) وبعد اللغة والدرجة الكلية حيث بلغ معامل الارتباط (-0.39^{**}) ، (-0.31^{**}) على التوالي، وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الهوس الخفيف (Ma) وبعد اللغة وبعد فراغي إبصاري والدرجة الكلية حيث بلغ معامل الارتباط (-0.30^{**}) ، (-0.21^{*}) ، (-0.29^{**}) على التوالي ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) والدرجة الكلية حيث بلغ معامل الارتباط (-0.246^{*}) ، وعدم وجود علاقة بين باقي المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 والدرجة الكلية والأبعاد لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
من خلال ما سبق يتبين أن:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الإكتئاب وبعد الطلاقة اللفظية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) وبعد اللغة لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس البارانويا (Pa) وبعد اللغة وبعد فراغي إبصاري والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس السيكاثينيا (Pt) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الفصام (Sc) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الهوس الخفيف (Ma) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الهوس الخفيف (Ma) وبعد فراغي إبصاري لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الإنطواء الإجتماعي (Si) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).

- عدم وجود علاقة بين كل من مقياس: توهم المرض (Hs)، الهستيريا (Hy)، الذكورة والأنوثة والأبعاد (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إحصاري) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى مرضى الصداع النصفي.

مما يدل على:

- تحقق الفرضية بوجود علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وأداء العمليات المعرفية (الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إحصاري) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى مرضى الصداع النصفي

- وعدم تحقق الفرضية بوجود علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وأداء العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى مرضى الصداع النصفي.

1-8- عرض النتائج حسب الفرضية الثامنة:

تشير الفرضية الثامنة إلى أنه: "توجد علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 والوظائف التنفيذية حسب اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي"

وللتحقق من الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson) للمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 وجزءي اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B)، وفيما يلي عرض النتائج التي أسفرت عليها المعالجة الإحصائية.

جدول 45:

معامل ارتباط بيرسون بين للمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 وجزءي اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى مرضى الصدا ع النصفى

TMT B	TMT A	اختبار توصيل الدوائر TMT(A/B) المقاييس الإكلينيكية
.16	.13	توهم المرض (Hs)
.21	.15	الإكتئاب (D)
.15	.11	الهستيريا (Hy)
.41**	.16	الإنحراف السيکوباتي (Pd)
.008	.35**	الذكورة والأنوثة (Mf)
.34**	.22*	البارانويا (Pa)
.23*	.09	السيکاثينيا (Pt)
.38**	.22*	الفصام (Sc)
.48**	.22*	الهوس الخفيف (Ma)
.12	.05	الإنطواء الإجتماعي (Si)

ملاحظة. **=دالة إحصائية عند 0.01.

*=دالة إحصائية عند 0.05.

من خلال الجدول (45) يتضح وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الإنحراف السيکوباتي (Pd) والجزء الثاني (B) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) حيث بلغ معامل الارتباط (.41**), وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الذكورة والأنوثة (Mf) والجزء الأول (A) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) حيث بلغ معامل الارتباط (.35**), كذلك وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مقياس البارانويا (Pa) وجزءي اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) حيث بلغ معامل الارتباط مع الجزء الأول (A) (.22*) عند مستوى الدلالة (0.05) ومع الجزء الثاني (B) (.34**) عند مستوى الدلالة (0.01)، ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس السيکاثينيا (Pt) والجزء الثاني (B) من اختبار توصيل

الدوائر (TMT A/B) حيث بلغ معامل الارتباط (0.23^*)، كذلك وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مقياس الفصام (Sc) وجزءي اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) حيث بلغ معامل الارتباط مع الجزء الأول (A) (0.22^*) عند مستوى الدلالة (0.05) ومع الجزء الثاني (B) (0.38^{**}) عند مستوى الدلالة (0.01)، وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مقياس الهوس الخفيف (Sc) وجزءي اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) حيث بلغ معامل الارتباط مع الجزء الأول (A) (0.22^*) عند مستوى الدلالة (0.05) ومع الجزء الثاني (B) (0.48^{**}) عند مستوى الدلالة (0.01)، وعدم وجود علاقة بين باقي المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 وجزءي اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B).

مما يشير إلى وجود علاقة بين كل من الانحراف السيكوباتي، البارانويا، السيكاثينيا، الفصام والهوس الخفيف والوظائف التنفيذية، وعدم وجود علاقة بين كل من توهم المرض، الإكتئاب الهستيريا، الذكورة والأنوثة، والإنطواء الإجتماعي والوظائف التنفيذية، مما يدل على تحقق الفرضية الثامنة.

2- الدراسة الكيفية

2-1- عرض النتائج حسب الفرضية التاسعة:

تشير الفرضية التاسعة إلى أنه: "لمرضى الصداع النصفي توظيفات نفسية متنوعة: ذهان، عصاب، حالات حدية "

2-1-1- عرض الحالات:

الحالة الأولى:

1- عرض وتحليل نتائج المقابلة

"سرين" فتاة تبلغ من العمر 22 جميلة المظهر، عازبة ذات مستوى جامعي. الأخت الصغرى لأخت كبرى. بالإضافة إلى ذلك تعاني سرين من حساسية أنفية وجلدية وحساسية من بعض الأطعمة وفقر الدم.

تعاني من الصداع النصفي منذ ثلاث سنوات تقريبا. شخصت من طرف أخصائي على أنها تعاني من الصداع النصفي. تسبق نوبة الصداع اضطرابات في الرؤية والتركيز "يتأثروا عينا ما نغدرش نركز أو نشوف الحاجة مليح"، بينما أثناء الصداع الإحساس بالدوران وتغير في الإحساسات:

حساسية من الضوء والأصوات والروائح، يأتي ألم الصداع في الجانبين الأيمن والأيسر، تصاب بالصداع النصفي مرة كل ثلاثة أشهر، تدوم النوبة أسبوع وآخر نوبة دامت شهر ونصف، مما أدى بالحالة إلى زيارة طبية أعصاب وتناول أدوية الصداع النصفي. تصاب الحالة بالصداع نتيجة لعدة عوامل: قلق، خوف، ضغط، التفكير الزائد **"نخام فوق الحق"**، الإكتئاب **"ننزل، مانكلش، نهمل نفسي في كلش شعري مانمشطوش"**، الجلوس الطويل على جهاز الكمبيوتر والإستعمال الكثير للهاتف النقال. كما تعاني خالتها أيضا من الصداع النصفي.

الحالة النفسية للحالة قبل نوبة الصداع تتميز ب: أحيانا مزاج حزين، فقدان المتعة من الأنشطة، قلة النوم، تثاقل نفس حركي، فقدان الشهية، بكاء، صعوبة في تركيز والتفكير واتخاذ القرار أحيانا خفقان في القلب، إرتعاش وارتجاف، أحيانا صعوبة في التنفس، غثيان وتلبك في المعدة والإحساس بالدوران، قلق، ضغط، تستمر هذه الأعراض أثناء نوبة الصداع.

تعاني سرين من انشغال زائد بجسمها وتبحث عن أي أعراض تصيبها **"تحكمني سطرة نوسوس ونسقي أختي الطبية بزاف"**، تسلط الأفكار **"تجيني صدفية في شعري نخم تولي كونسار من بعد نتلقى من بعد ندوخ"**، تخاف أن تصاب بضغط الدم **"كاين في العايلة كامل"**، عند تراكم الأفكار لديها تعطي استجابات عدائية أو تجنبية مع المحيطين بها **"كي يتلمدوا حوايج بزاف نولي ننشع أو نولي ما نرجعش"**، كما تتمارض أحيانا **"قلهم منيش قادرة باش يخطوني، مرات نقول بلي راني مريضة باش تجيني ماما وتقولي واش كاين"**. تعاني سرين أيضا من القلق لدرجة القيء وارتجافات في الأرجل وبعض أصابع اليدين. كما تعاني من عدة مخاوف نتيجة لتعرضها لمواقف صادمة في طفولتها حيث تخاف من القطط **"كي كنت صغيرة عند بيت خالي راحوا يسيقوا لقينا قط أنا هزيتو تلاح ليا خبشني من وجهي من رقبتي، دك كان نلقى قط نهرب كان يقرب ليا نعط"**، كما تخاف من عبور الطريق **"رحت أنا وجارتنا نشروا vermicelle خبطتها طومبيل طارت لفوق وطاحت وليت نخاف من طريق"**.

عاشت سرين طفولة مدللة فقد أنت بعد انتظار دام أربعة عشرة سنة بعد ولادة أختها الكبرى فكانت محاطة بعناية واهتمام الوالدين، لديها علاقات اجتماعية محدودة والتي كونتها بعد ذهابها إلى الجامعة. تقضي ساعات طويلة في التفكير والتخطيط **"كلش نخططو لبستي خدمتي..."** تناشد الكمال في حياتها وتتنظر إلى الشيء الناقص في حكمها على الأمور **"أنا كان ماتعودش نسبة فوق 80"**

بالمية مانعبروش نجاح"، تصاب بنوبات اكتئاب تتبعها نوبات هوس "لأنني نتوقع بزاف من عند الناس نحكم شميرا باش يفهموا حتى واني أنا الغالطة" تصاب بالإكتئاب في أغلبه نتيجة لأسباب عائلية "هم يقولوا كذا وكذا من بعد أنا مانقولش ما يعجبنيش الحال نقرف ونجي في شميرتي باش يفهموا بلي معجبنيش الحل وهم يقولو خلي عليها من بعد **Depression**" وحفاظا على العلاقة الأسرية وخوفا من ردة فعلها العنيفة تعزل نفسها في غرفتها "باش نحافظ على هذه العلاقة نجيد روعي ونحكم شميرا" وأحيانا يكون الإكتئاب لديها اختياري وبدون سبب "باش نلقى راحتني، في هاذي نعتزل لكن ناكل ونحكي مع دارنا"، ويعاني والدها "ما يهدرش ما يحبش الفوضى مأكلة مرات ياكل مرات مايكلش" وجدتها للأب وعمها أيضا منه، ظهرت لديها نوبات الإكتئاب بعد حصولها على الباكلوريا، كما أنه خلال مرحلة المراهقة قامت بمحاولات إنتحارية دون علم عائلتها بذلك نتيجة لصراعات عائلية حيث في المحاولة الاولى تناولت حبات من دواء، وفي الثانية فتحت الغاز، والثالثة قامت بجرح يديها بسكين الحلاقة وترجع أسباب المحاولات الإنتحارية إلى صراعاتها الأسرية "كي نتعافر مع دارنا". لكن الآن عدلت عن الأفكار والمحاولات الإنتحارية ترجع السبب إلى نضجها.

تلي نوبات الإكتئاب نوبات من الهوس مع فترة أطول لفترة الإكتئاب، خلال نوبة الهوس تصبح أكثر نشاطا مع أفكار إيجابية واعتناء زائد بجمال الوجه "ندير **Masques** بزاف" وتبالغ في شراء الملابس ومستلزماتها الخاصة ثم بعد ذلك تتدم على شراء أشياء لن تستخدمها. أما اضطرابات النوم المتمثلة في الأرق فتتميز كلا الفترتين، بالإضافة إلى الأفكار المتطايرة لكن ذات تسلسل منطقي "فكرة مع فكرة لكن متسلسلين عقلانيين".

من الناحية العاطفية تحدثت عن معاناتها من طرف الرجل الذي تحبه وعدم اهتمامه بها ومبادلته نفس مشاعرها علما بأنها هي من أخبرته أنها معجبة به والذي خلق عنده ردة فعل تمثلت في الإستغراب وأخبرها بعدم استعدادها في دخول أي علاقة عاطفية مع ذلك بقي يتحدث معها مما نجم عنه شعور متبادل وفي مرات أخرى كان فتور في العلاقة "مرات يبين بلي نعجبوا مرات يبان غير مهم"، وترى بأن إعجابها به نجم عن توافقهما العقلي "نتوالموا في العقلية" كما ترجعه لأنها لا تريد الدخول في علاقة جدية والزواج وهو ما وجدته عنده، لكن العلاقة حاليا تعتبر منتهية مع ذلك تبقى سرين تعاني من المشاعر التي لديها ومن لامبالاة حبيبها.

بصفة عامة كانت سرين خلال المقابلات جد متعاونة وصريحة في الحديث عن حياتها الشخصية والاجتماعية، كثيرة وسريعة الكلام.

تبين من المقابلة أن سرين تعاني من نوبات اكتئاب ونوبات هوس، ترجع أسباب الإكتئاب إلى صراعاتها مع عائلتها أو المحيطين بها وأحيانا برغبة منها.

بالإضافة إلى ذلك تعاني من توهم المرض واجترار الأفكار يكون فحواها إما إعادة سيناريوهات صراعاتها العائلية أو الاجتماعية وإما مخططات يومية ومستقبلية.

كما تعرضت في طفولتها إلى مواقف صادمة وخلال المراهقة كانت لديها عدة محاولات انتحارية ترجع أسبابها إلى صراعاتها مع عائلتها.

كما تبين من خلال المقابلة المعاش المكتئب والقلق للصداع النصفي من خلال تواجد كافة أعراض الإكتئاب حسب DSMV وأعراض القلق لدى الحالة المتمثلة في: مزاج حزين، فقدان المتعة من الأنشطة، قلة النوم، تثاقل نفس حركي، فقدان الشهية، بكاء، صعوبة في تركيز والتفكير واتخاذ القرار، أحيانا خفقان في القلب، ارتعاش وارتجاف، أحيانا صعوبة في التنفس، غثيان وتلبك في المعدة والاحساس بالدوران، قلق.

من الناحية الاجتماعية تعيش في نوع من العزلة الاجتماعية إلا بعض الصداقات التي كونتها عند دراستها بالجامعة، ومن الناحية العاطفية تبين أنها تعيش حب غير متبادل، مما جعلها تشعر بالحزن والحيرة وانعدام الحيلة اتجاه هذه المشاعر واتجاه الرجل الذي تحبه، أما بالنسبة للجانب المعرفي فكانت تعاني من النسيان وتشتت الانتباه ومشاكل على مستوى إدراكها المكاني وظهرت عليها ثثرة وسرعة لغوية وكانت قدرتها على التركيز والفهم وإدراكها للإطار الزمني جيدة.

2- عرض وتحليل نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R):

جدول 46:

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الأولى

الدرجة المعيارية	الدرجة	الأبعاد
18	16	الانتباه والتوجه
26	19	الذاكرة
14	14	الطلاقة اللفظية
26	21	اللغة
16	16	القدرات الإبصارية الفراغية
100	86	الدرجة العامة لاختبار R ACE-

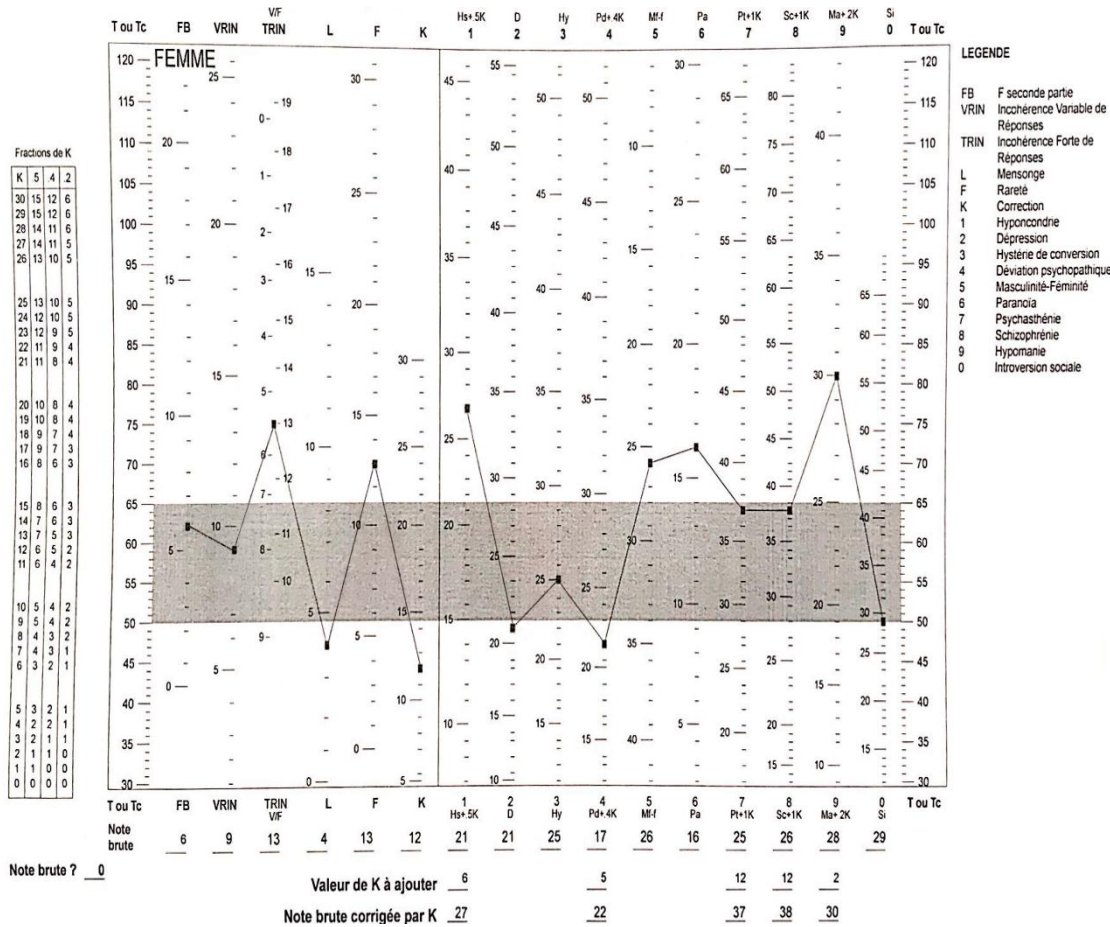
من خلال الجدول (46) يتضح أن الحالة تعاني من انخفاض في الحالة المعرفية حيث حصلت في الدرجة العامة للاختبار على (86) وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الانتباه (16)، الذاكرة (19)، الطلاقة اللفظية (14) واللغة (21).

2- عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI- 2 :

تم تسليم اختبار MMPI- 2 للحالة لتجيب عليه في البيت وتحضر الإجابة، بعد أن أجابت على معظمه أمام الباحثة، وتتمثل نتائج مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 فيما يلي:

شكل 10

نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الأولى



موقف الحالة إزاء الاختبار:

أجابت سرين على كل عبارات الاختبار مما يشير على اهتمامها وتعاونها ورغبتها في إظهار معاناتها النفسية، كما نجد درجة مرتفعة على مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) (T=70) تشير إلى أن سرين تحاول لفت الإنتباه وطلب المساعدة لل صعوبات والمعاناة النفسية التي تعاني منها، تصف بأنها تعاني من سيكوباتولوجية معتدلة الشدة، وتشير الدرجة المتوسطة على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) (T=62) إلى صلاحية البروتوكول وإلى اضطراب نفسي، وتشير الدرجة المتوسطة على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (VRIN) (T=59) إلى استجابات غير متسقة من طرفها أكثر مما كان متوقعًا، ومستوى مرتفع على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN) (T= 75) يشير إلى بروتوكول مقبول لأنه أقل من 80 درجة، بينما تشير الدرجة المنخفضة على مقياس التصحيح

(K) (T=44) وهي درجة تشير إلى محدودية مواردها النفسية لمعالجة مشكلاتها. ويعبر المستوى المنخفض على مقياس الكذب (L) (T=47) عن معاناة نفسية ووجود اضطراب نفسي.

تشير كافة مقاييس الصدق إلى صلاحية وصدق البروتوكول ويمكن تحليل باقي المقاييس يضاف إلى ذلك أشارت مقاييس الصدق إلى معاناة نفسية وسيرورة هشة ومحدودية الموارد السيكولوجية لمواجهتها.

المقاييس الإكلينيكية:

نلاحظ من خلال الصفحة النفسية لسرين وجود ارتفاع ملحوظ على مستوى المقاييس التالية:
9- الهوس الخفيف (Ma) (T=81)؛ 1- توهم المرض (Hs) (T=77)؛ 6- البارانويا (Pa) (T=72)؛
5- الذكورة والأنوثة (Mf) (T=70).

تشير الدرجة المرتفعة على مقياس الهوس الخفيف (Ma) (T=81) إلى نوبات الهوس، والتي تكون خلالها سرين مفرطة النشاط، وغير قادرة على التركيز على مهمة، وغير قادرة على التحكم في نبضاتها. تصوغ خطأً غير واقعية بسبب التفاؤل المفرط. من خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس نلاحظ ارتفاع مقياس تضخم الأنا (Ma4) (T=76) مما يدل على أن سرين تشعر بأنها مهمة لدرجة الشعور اللاواعي بالعظمة، ويظهر أنها مفرطة النشاط هروبا من الحياة الداخلية، تتسم بالقسوة فيما يتعلق بدوافعها وغاياتها ودوافع وغايات الآخرين وهي صريحة ومتحفظة وتكرر الشعور بالذنب من خلال ارتفاع مقياس التسارع الحسي الحركي (Ma2) ومقياس الأخلاقية (Ma1) (T=69)، نجد أيضا درجة مرتفعة على مقياس توهم المرض (Hs) (T=77) مما تعبر عن حالة متدمرة، تتطلب الاهتمام سلبية ومتشائمة، يمكن أن تستخدم أعراضها للتلاعب بالآخرين أو السيطرة عليهم، منشغلة بشكل مفرط بأعراض جسدية غامضة. تركيزها على الأعراض الجسدية الغامضة يقاوم أي محاولة لحلها. كما يظهر أن سرين متشككة، عدائية ومفرطة الحساسية وتعبر عن ذلك تعبيرا لفظيا عبر ارتفاع مقياس البارانويا (Pa) (T=72)، من خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانويا نجد ارتفاع مقياس الحساسية (Pa2) (T=72) مما يشير إلى أن سرين تعتبر نفسها فردا خاصا ومختلفا عن الآخرين وهي شديدة الاعتزاز بمشاعرها الحساسة ومفرطة الذاتية، يضاف إلى ذلك نجد أن لديها أفكار عن مؤثرات خارجية، وهي تلقي اللوم لمشكلاتها واحباطاتها وفشلها على الخارج وذلك من خلال ارتفاع مقياس أفكار اضطهادية (Pa1) (T=67)، بالإضافة إلى ذلك يتبين ارتفاع على مقياس الذكورة

والأنوثة (Mf) (T=70) وهي تدل على أن سرين واثقة من نفسها ومنطقية، عاطفية قليلاً، تحب المنافسات، ونشيطة.

الرمز النموذجي للبروفيل:

يظهر الرمز النموذجي من النمط "91"، يصف هذا الرمز الأفراد المتوترين والمضطربين، عادةً في اضطراب حاد وضيق عقلي، والذين يعانون من شكاوى جسدية متعددة (غالبًا مشاكل معدية وصداغ وإرهاق)، وكذلك مستوى عالٍ من الطاقة والقلق، لديهم قلق مفرط بشكل ملحوظ بشأن الوظائف الجسدية والإعاقات المحتملة.

يشير هذا النمط إلى أعراض الهوس الخفيف والهوس في بعض الأحيان، وأن سرين نشطة وسريعة الإثارة، ولديها كلام سريع وأكثر إنتاجية (تميل إلى إثقال نفسها بالأنشطة والعمل عن طريق الاندفاع بالطاقة)، يمكن أن تعاني من السلوك الاندفاعي وقلة الاهتمام بالتفاصيل، مما قد يؤدي إلى سلوك مدمر للذات، تكره أن تكون مقيدة أو خاضعة للرقابة وغالبًا ما تكون ثائرة. وتقدر الاهتمام الممنوح لها، يمكن أن تنتقل عملية تفكيرها بسرعة من منظمة بشكل جيد وكثيف ومضخم إلى حد ما إلى غير منظمة وغريبة كما تعاني من اضطرابات في النوم.

تبدو سرين أكثر ارتباطاً بمعتقداتها، وتميل إلى الشعور بمزيد من التبصر قد تصل إلى الشعور بالعظمة، حتى أنها قد تصبح عدوانية للغاية عندما يتم إعاقة خططها، على الرغم من أنها تبدو طموحة، إلا أنها تفتقد إلى أهداف محددة، أو تفقر من هدف إلى آخر.

في حالة الهوس الخفيف، يشير إلى حالة تبدو واثقة من الخارج، ولكنها غير آمنة بشكل أساسي، وتحتاج إلى قدر كبير من الموافقة، تميل إلى مدح فضائلها وتملق الآخرين من أجل الحصول على الإطراء. كما توصف بالسلبية والاعتمادية وينتظم التوظيف النفسي حول الاحتياجات للتعبية.

يظهر جليا أن الصياغة التشخيصية الأكثر ملائمة هو اضطرابات الهوس المختلط.

مقاييس المحتوى:

*الأعراض الداخلية:

نجد أن سرين تعاني من مشاكل التأقلم أو القلق أو العصبية أو نقص الطاقة، هذه الشكاوى تمثل ضائقة نفسية عبرت عليها من خلال ارتفاع درجة مقياس الاهتمامات الصحية (HEA) (T=78).

كما يلاحظ غرابة في التفكير مثل وجود أفكار الإضطهاد أو أفكار غريبة وهذا ما عبر عنه المستوى فوق المتوسط لمقياس أفكار غريبة (BIZ=67).

* الميول العدوانية الخارجية:

بالنسبة للسلوكيات الاندفاعية نجد مشاعر الغضب والاندفاعية وصعوبة التحكم في الذات والاستثارة وعدم الصبر والعنف اللفظي تظهر بشكل واضح من خلال ارتفاع مقياس الغضب (ANG=82)، كما نجد درجة من خيبة الأمل ونقص الثقة العام اتجاه الآخرين والشك تظهر من خلال المستوى المتوسط لمقياس السخرية (CYN=64).

* الصعوبات المعاشية:

يبدو أن سرين تعاني من عدم الارتياح الاجتماعي والعزلة وتفضيل الوحدة وهو ما يظهر من خلال المستوى المتوسط على مقياس القلق الاجتماعي (SOD=64).

المقاييس الإضافية:

نجد الاستثارة والاندفاعية والطاقة عبر الدرجة المنخفضة المتحصل عليها على مستوى مقياس الكبت (R=42). نجد كذلك الشعور بالكف وعدم القدرة على مواجهة الضغوطات وعلى التكيف مع التغيرات الحاصلة في المحيط تظهر بشكل واضح عبر الدرجة المنخفضة على مقياس قوة الأنا (Es=40)، بينما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس سوء التوافق الأكاديمي (Mt=67) إلى وجود انزعاج اتجاه الدراسة والتعليم تتجلى في مشاعر القلق والإكراه والمماطلة والتوتر (في بعض الأحيان جسدياً) من خلال التفكير المتشائم والسلوك غير الفعال. كما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PK=75) (Ps=74) إلى وجود اضطراب انفعالي عاطفي، اكتئاب محتمل، قلق صعوبة في النوم، الشعور بالذنب، أو فقدان السيطرة، الشعور بعدم الفهم بالإضافة إلى معاشية أحداث صدمية.

محاولة الإنتحار حسب 2-MMPI:

تم الإعتماد هنا على طريقة تحليل البنود بند بعد بند لمجموعة الأفكار والسلوكيات الإنتحارية ولقد سمحت لنا هذه الطريقة بجمع معطيات قيمة في ما يخص ذلك:

✓ بالنسبة للبند 150 الذي ينص على " أحيانا أشعر كما لو أنه يجب أن أؤدي إما نفسي أو شخصا آخر" أجابت بالإيجاب عليه وهذا ما أكدته كذلك الإجابة على البند رقم 530 التي ينص على " في بعض الأوقات أقطع أو أجرح عن قصد دون معرفة السبب".

✓ بالنسبة للبند 303 والذي ينص على " في معظم الأوقات أتمنى لو كنت ميتة" فقد أجابت بالسلب، كذلك أجابت بالسلب بالنسبة للعبارة 520 التي تشير إلى تفكيرها الفعلي حول تنفيذ الانتحار.

ويرجع ذلك لأن المحاولات الإنتحارية كانت في فترة المراهقة وكانت فيها غير ناضجة أما الآن فقد تراجعت عن تفكيرها في الانتحار.

✓ فيما يخص البند 506 أجابت بالإيجاب فيما يخص تفكيرها الحديث حول كيفية إنهاء حياتها.

✓ بالنسبة للعبارة 524 أجابت بالإيجاب فيما يخص محاولتها للانتحار دون علم الآخرين.

من خلال ما سبق يتضح أن الأفكار الانتحارية واحتمالية المرور إلى الفعل كانت في الماضي لكن الآن الحالة عدلت عن هذه الأفكار وهذا ما أكدته الدرجة الخامسة لمقياس الأفكار الإنتحارية ذات النمط الإكتئابي نجد 6 من أصل 22.

التوظيف النفسي للحالة:

* الموارد النفسية:

من خلال المقاييس الإضافية قوة الأنا ($Es=40$) ومقياس السيطرة ($Do=56$)، تحصلت سرين على درجة منخفضة على المقاييس مما يدل على نقص الموارد السيكولوجية لديها.

* الدافعية:

تظهر محدودية الدافعية للتغيير لدى سرين من خلال الدرجة المنخفضة على مقاييس الإكتئاب ($D=49$) ومقياس القلق ($A=54$) ومقياس الكبت ($R=42$)، وقد تكون الحالة غير مستبصرة بمعاناتها النفسية أو تنكر ذلك.

* عوامل المقاومة: من خلال ما يلي:

الصلابة: من خلال المقاييس الإكلينيكية يتبين أن مقياس توهم المرض ($HS > 64$) يشير إلى رؤية متشائمة للمستقبل مصحوبة بتوظيف غير مرن، بالإضافة إلى ارتفاع مقياس البارانونيا ($Pa > 65$)

يشير إلى مقاومة قوية للتغيير. يصعب الحصول على التحالف العلاجي مع هذه الحالات بسبب عدم الثقة والشك على المستوى العلائقي لديهم.

الميكانيزمات الدفاعية: مثل إنكار الاضطرابات النفسية من درجات عالية في المقاييس الإكلينيكية التالية:

تشير الدرجة المرتفعة على مقياس الهوس الخفيف ($Ma > 70$) إلى وجود ميكانيزم النفي لدى الحالات المستثارة، والمتستتة، والأنانية، وفي معظم الحالات المتلاعبة، ومن مقاييس المحتوى نجد كذلك درجة مرتفعة على مقياس الغضب (ANG) والتي تصف صعوبات في الضبط الانفعالي، فضلاً عن حالة دائمة من الاستثارة ونفاد الصبر، وصعوبات علائقية.

- المشكل الأساسي يرجع للشك في النوايا، مما يعرقل القدرة على استثمار العلاقة العلاجية وهذا ما يظهر من خلال الدرجة المرتفعة المتحصل عليها على مستوى مقياس البارانونيا.

- قد يعمل أيضاً المستوى المتوسط على مقياس السخرية ($CYN=64$) بدوره كحاجز أمام بدء ومتابعة عمل العلاج النفسي، حيث يتم وصف الأفراد بأنهم متشككون وسلبيون.

ملخص نتائج اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية 2 - MMPI:

1- صدق البروتوكول:

يظهر بروتوكول سرين ارتفاع مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) والدرجة المتوسطة على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) والمستوى المنخفض على مقياس الكذب (L) إلى معاناة مرضية واضطرابات نفسية وسيروية نفسية هشة، بينما تشير الدرجة المنخفضة على مقياس التصحيح إلى أن سرين تعترف بمصادرها المحدودة لمعالجة مشكلاتها. وتعتبر هذه الدرجات عن صدق البروتوكول.

2- عرض وإظهار الذات:

نجد ارتفاع مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) والدرجة المتوسطة على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) يدلان على معاناة مرضية.

3- مستوى المعاناة:

هناك العديد من المقاييس التي تقيس درجة الكرب والمعاناة مثل: مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb)، ارتفاع مقياس الهوس الخفيف (Ma) ومقياس توهم المرض (Hs) ومقياس البارانويا (Pa)، وارتفاع مقياس (HEA) على مقاييس المحتوى، ومن خلال انخفاض المقاييس الإضافية قوة الأنا (Es) ومقياس السيطرة (Do)، وارتفاع مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PK)(Ps) كلها تشير لمدى المعاناة المعاشة.

4- الجانب العاطفي:

تظهر الإثارة من خلال ارتفاع مقياس (Ma) ومقياس (Ma2)، كما يظهر الغضب والاستثارة وصعوبات في التحكم والاندفاعية من خلال ارتفاع مقياس الغضب (ANG).

5- الجانب المعرفي:

يقيس MMPI- 2 عدد كبير من المحتويات المعرفية مثل الإضطهاد الذي يظهر من خلال ارتفاع مقياس البارانويا (Pa) ومقياس أفكار اضطهادية (Pa1)، تظهر بعض مشاكل في الذاكرة والإنتباه والتركيز من خلال ارتفاع مقياس نقص التحكم في الأنا لعدم وجود كبت (Sc3=71) والدرجة المتوسطة على مقياس نقص التحكم في الأنا على المستوى العاطفي (Sc4=66)، كما يشير الارتفاع على المقاييس (Pa) وأفكار اضطهادية (Pa1) والدرجة المتوسطة على مقياس السخرية (CYN) إلى الإضطهاد ونجد أيضا العداء من خلال ارتفاع مقياس الغضب (ANG) والدرجة المتوسطة على مقياس السخرية (CYN).

6- تصور الذات:

يشير انخفاض مقياس انخفاض تقدير الذات (LSE=38) ومقياس العزلة الشخصية (Pd5=59) إلى ارتفاع تقدير الذات.

7- العلاقات مع الآخرين:

يظهر مستوى متوسط من الخجل ونقص تقدير الذات وأحيانا الفوبيا الإجتماعية من خلال الدرجات المتوسطة على مقاييس الإنطواء الإجتماعي (Si=50) والخجل/الضييق (Si1=62) والعزلة عن الذات والآخرين (Si3=56) والقلق الإجتماعي (SOD=64) ومستوى متوسط أيضا من خلال

الدرجات المتوسطة على مقاسي التجنب الاجتماعي (Si2=52) والعزلة الاجتماعية (Sc1=54)، وتظهر بعض العدوانية والعنف من خلال ارتفاع مقياس الغضب (ANG=82) والدرجات المتوسطة على المقاييس مشاكل مع السلطة (Pd2=53)، السخرية (CYN=64)، الممارسة المضادة للمجتمع (ASP=59)، سلوك نمط A (TPA=59)، نقص التحكم في الأنا لعدم وجود كبت (Sc5=51).

8- مشاكل خاصة:

نجد الاهتمامات بالصحة ظاهرة من خلال ارتفاع المقاييس التالية: توهم المرض (Hs) الاهتمامات الصحية (HEA)، الخلل الوظيفي للجسم (D3=67) والشكاوي الجسمية (Hy4=77)، سوء التوافق الأكاديمي من خلال ارتفاع مقياس (Mt).

4- خلاصة الحالة:

انطلاقاً مما تم استعراضه من نتائج نجد أن الحالة تعاني من نوبات اكتئاب تتميز بالمزاج الحزين، فقدان الشهية، تباطؤ نفس حركي وإهمال الإهتمام بالجسم ووجود تفكير زائد ذو طابع سلبي بينما خلال نوبة الهوس نجد نشاط زائد، شهية جيدة، الإهتمام بالجسم ووجود تفكير زائد ذو طابع إيجابي لكن خلال كلا النوبتين نجد أرق، تعرضت إلى مواقف صادمة في طفولتها ومحاولات انتحارية خلال مرحلة المراهقة، عاشت طفولة جد مدللة وإهتمام زائد من طرف والديها مما جعلها تطلب إهتمام أكثر وتتمارض للفت الإنتباه. كما تظهر المظاهر العيادية للاكتئاب والقلق كمعاش نفسي للصداع النصفي.

يضاف على ذلك انشغال زائد بالأعراض الجسمية والاهتمامات الصحية والمبالغة في الشكاوي والتمارض، تعيش في حالة قلق في مواجهة تهديدات حقيقية وخيالية وتفكير مهووس، كما نجد التشكك والارتياب وتعتبر نفسها شيئاً خاصاً ومختلفاً عن الآخرين، مما خلق لديها نوع من عدم الارتياح الاجتماعي والعزلة وتفضيل الوحدة. كما نجد انخفاض في الحالة المعرفية وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الإنتباه الذاكرة، الطلاقة اللفظية واللغة يزداد هذا الانخفاض تدهوراً خلال نوبة الصداع.

نجد أن التوظيف النفسي للحالة يتميز بتنظيم ذهاني من نوع اضطرابات ثنائي القطب.

الحالة الثانية:

1- عرض وتحليل نتائج المقابلة

في بداية المقابلة طلب المبحوث من الباحثة أن تضع كمامتها. بعد أسبوع من المقابلة اتصلت بالباحثة ليسأل إذا كان أصابها بالعدوى بفيروس كورونا الذي تبين أنه كان مصابا به أثناء المقابلة نتيجة لنقله مريض مصاب بالكورونا، ونقل العدوى للكثير من الناس " **عديت ناس بزاف، راكي لا باس أصلا كنت بعيد عليك وداير كمامة** ".

"يحيى" شاب طويل القامة قوي البنية، يبلغ من العمر (28) سنة أعزب، مستوى جامعي وموظف يحتل الرتبة الثالثة بين ثلاث ذكور وأنثى، لا يوجد في عائلته من يعاني من الصداع النصفي.

يعاني من الصداع النصفي منذ حوالي أربع سنوات، لديه حساسية من الضوء أثناء الصداع. شخص من طرف طبيب مختص على أنه يعاني من الصداع النصفي، يأتي ألم الصداع في الجانب الأيمن دائما، وفي العادة نوبة الصداع لديه تثيرها مسبباتها من برد، ريح، شعر مبلل وليست مرتبطة بتكرار شهري، تدوم النوبة لديه بضع ساعات مع شرب المسكنات.

الحالة النفسية للحالة قبل نوبة الصداع: فقدان المتعة من الأنشطة، قلة النوم، قلق وتستمر أثناء النوبة مع فقدان الشهية، صعوبة في التركيز، ضغط.

يحيى يتيم الأب منذ عمر ثلاث سنوات ونصف فأبوه من ضحايا الإرهاب، قامت أمه بتربيته ورعايته، ولديه علاقة جيدة مع أمه، يصف يحيى طفولته بأنه كان مشاغباً " **كنت قبيح** "، تحمل مسؤولية العمل منذ الصغر " **من سنة أولى متوسط ماسترلش ما مسكينة تريكو وليت نخدم في العطل** "، كما يصف علاقاته الإجتماعية بالكثيرة " **وين نروح نضحك ونبسط** "، لكن تبين من خلال الحديث أنه لديه سلوكيات تجنب في العمل " **مرات في خدمة يقولو عليا يتكسل كايئة ناس وقحة، صحه صحه من بعيد مانعشيش ضاربوا** "، كذلك يرى يحيى نفسه بأنه صاحب شخصية قوية " **أنا راى نفرضوا، أنا عندي قد قد** "، يفسر سلوكيات الآخرين نحوه على أنها استهزاء مما يثير الغضب والعصبية عنده تصل إلى السب والشتم والضرب المبرح " **منحبش واحد يستهزأ بيا ولا واحد يقصر عليا نطيشو من 3eme نورمال** " حاليا أصبح يتجنب الناس خوفا من غضبه وردود فعله المؤذية.

كما تبين معاشته لأحداث صدمية بحكم عمله بالحماية المدنية وتعامله وحمله الكثير من الموتى "ريحة واحد ميت هزيتو"، رغم إنكاره لتأثير العمل عليه.

بالنسبة لعلاقاته العاطفية يصفها يحيى حالياً أنها ليست لديه أما سابقاً كانت له علاقة بفتاة تعجبه وانفصل عنها رغم العديد من محاولات الفتاة لإرجاع العلاقة "أنا عندي خلاص خلاص" عندما تساءلت الباحثة عن الأسباب "عقبته ما تحكي معاها قالتها لصاحبته الي هي صاحبة صاحبي، مرة شرتلها سندويش صوراتو وبعثت الفوطو لصحابتها أنا منحش هكا وفهتمةا ماتهدرش".

بصفة عامة كان يحيى في المقابلة أكثر دفاعية وتميز حديثه بالعمومية وعدم ذكر بعض التفاصيل والاكتفاء بالإجابة المختصرة والإكثار من كلمة "عادي، نورمال" كما ظهر عليه التوتر وحركة في قدمه منذ بداية المقابلة إلى نهايتها كما كان كثير التوظيف لميكانيزم الإنكار.

كما تبين من خلال المقابلة بعض أعراض الإكتئاب للصداع النصفي حسب DSMV لدى الحالة المتمثلة في: فقدان المتعة في الأنشطة، قلة النوم، فقدان الشهية، صعوبة في التركيز.

بالإضافة إلى تضخم الأناء، القلق، الهوس والغضب الشديد لدى يحيى نجد أيضاً سلوكيات التجنب للعلاقات الاجتماعية نتيجة حساسيته اتجاه الناس وأفكارهم عليه وتفسيراته الخاطئة لتصرفاتهم نحوه أين يستتبط من الملاحظات والأحداث البريئة إهانات وتهديدات خفية، والتي تسبب ردة فعل سريعة وعنيفة وعدوانية من طرفه لانعدام وجود الكبت. كما تبين معاشته للكثير من الأحداث الصدمية بطبيعة عمله بالإضافة إلى قتل والده من طرف الإرهاب.

ظهر عليه تذبذب تقدير الذات لديه بين تضخم الذات ولوم للذات، ومن الناحية العاطفية تبين أنه يتجنب الدخول في علاقات عاطفية بسبب حساسيته الزائدة، أما بالنسبة للجانب المعرفي فكانت قدراته المعرفية منخفضة قليلاً من حيث القدرة على التذكر والتركيز أما إدراكه للإطار الزمني والمكاني جيد.

2- عرض وتحليل نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R):

جدول 47:

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الثانية

الأبعاد	الدرجة	الدرجة المعيارية
الإنتباه والتوجه	17	18
الذاكرة	21	26
الطلاقة اللفظية	10	14
اللغة	16	26
القدرات الإبصارية الفراغية	11	16
الدرجة العامة لاختبار ACE- R	75	100

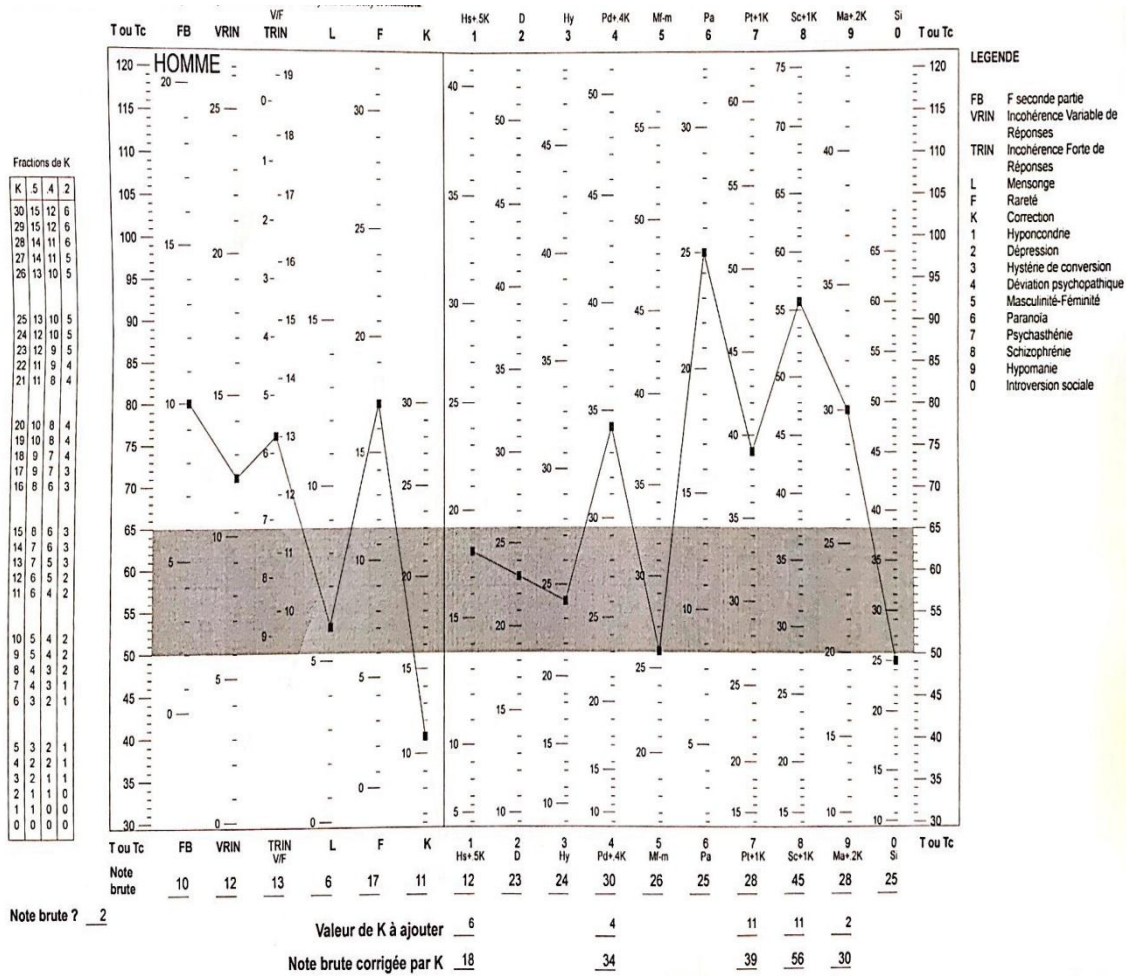
من خلال الجدول (47) يتضح أن الحالة تعاني من انخفاض في الحالة المعرفية حيث حصلت في الدرجة العامة للاختبار على (75) وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية: الإنتباه (17)، الذاكرة (21)، الطلاقة اللفظية (10) واللغة (16) والقدرات الإبصارية الفراغية (11).

3- عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI- 2 :

تم إجراء اختبار MMPI- 2 على الحالة خلال مقابلة واحدة التي دامت قرابة الساعتين تخللتها بعض التعليقات من طرف يحيى على بعض عبارات الإختبار وأنها تنطبق عليه، وتتمثل نتائج مقياس الصدق والمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 فيما يلي:

شكل 11

نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الثانية



موقف الحالة إزاء الإختبار:

أجاب المبحوث على كل بنود الإختبار ماعدا بندين هما البند (12): "حياتي الجنسية مرضية" والبند (205) "بعض أفراد أسرتي لديهم عادات تزجني وتضايقني كثيرا جدا"، رغم ذلك أقر بأن لديه مشاجرات مع أفراد أسرته ثم تبين أنه يضرب أخاه ضربا عنيفا. وتحصل على درجة مرتفعة على مقياس عدم التواتر أو الندرة (F)(T=80) تعبر هذه الدرجة على هشاشة نفسية ومعاناة مرضية وهذا ما أكدته نفس الدرجة على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) (T=80)، وتشير الدرجة المرتفعة على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (VRIN) (T=71) إلى فرد منزعج جداً أو الذي يحاول عمداً المبالغة في متاعبه، ومستوى مرتفع على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN) (T=76) وهو لم يتجاوز العتبة (80) مما يشير إلى صدق البرتوكول، الدرجة المنخفضة التصحيح (K)

(T=40) غالباً ما تشير إلى أفراد يبدوون سيكوباتولوجيا معينة ومحدودية الموارد السيكلولوجية، كما يصاحب هذه الدرجة عموماً ارتفاع واضح على مستوى المقاييس الذهانية 6-7-8-9، أما الدرجة المتوسطة على مستوى مقياس الكذب (L) (T=58) تشير لصدق الاستجابة اتجاه الاختبار.

ارتفاع بعض مقاييس الصدق لدى يحيى لا يشير إلى عدم صدق البرتوكول بل يشير إلى معاناة نفسية وسيروية هشة والتي نكشف عنها من خلال تحليل باقي المقاييس.

المقاييس الإكلينيكية:

نلاحظ من خلال الصفحة النفسية ليحيى وجود ارتفاع ملحوظ على مستوى المقاييس التالية:
6- البارانويا (Pa) (T=98)، 8- الفصام (Sc) (T=92)، 9- الهوس الخفيف (Ma) (T=79)،
4- الانحراف السيكوباتي (Pd) (T=77)، 7- السيكاثينيا (Pt) (T=74).

تحصل يحيى على درجة مرتفعة جداً على مقياس البارانويا (Pa) والتي تشير إلى سلوك ذهاني أحياناً يؤدي إلى اضطرابات في الفكر، وجنون العظمة يمكن أن يقدم هذياناً منظماً، أفكار الإضطهاد، الشعور بمعاملة سيئة أو غير عادلة. وبالرجوع إلى نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانويا نجد ارتفاع مقياس أفكار اضطهادية (Pa1) (T=109)، مما يدل على أفكار عن مؤثرات خارجية، وهو يلقي اللوم لمشكلاته وإحباطه وفشله على الخارج، وارتفاع مقياس الحساسية (Pa2) (T=71)، مما يشير إلى أنه يعتبر نفسه فرداً خاصاً ومختلفاً عن الآخرين وهو شديد الإعتراز بمشاعره الحساسة ومفرط الذاتية.

قد يشير لوجود لضغط شديد ولمشاعر العزلة والوحدة القوية بالإضافة للبحث عن النشاطات التي تحتوي على أحاسيس قوية للشعور بالاستثارة التي قد تخفف عنه. فعموماً تحليل الارتفاع الملحوظ على هذا المقياس يشير لوجود مظاهر ذهانية واضحة تظهر من خلال اضطراب التفكير وهذيان الإضطهاد والعظمة ما يشعره بالتهديد وهذا ما يترتب عنه ظهور استجابات إندفاعية من استثارة وغضب مع إمكانية استعمال الإسقاط كميكانيزم دفاعي لمواجهة هذه التهديدات وهذا ما قد يرجح وجود تشخيص ذهاني كالفصام أو البارانويا.

نجد على التوالي درجة مرتفعة جداً على مقياس الفصام (Sc) (T=92) وهي تعبر عن خطر حدوث عملية ذهانية أساسية مصحوبة بالتفكير المضطرب والارتباك وعدم التنظيم، قد تكون هناك أيضاً أحياناً مواقف وأفكار غير عادية وأوهام وهلوسة ونقص في السيطرة وسوء تقدير. ومن خلال

نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس يتبين ارتفاع مقياس العزلة الإجتماعية (Sc1) ($T=100$) مما يدل على إمكانية وجود أفكار إضطهادية فيشعر الفرد بعدم فهمه وعدم معاملته كما يستحق، ثم مقياس خبرات حسية غريبة (Sc6) بدرجة تائية مقداره ($T=96$)، مما يشير وجود أفكار غريبة، ومقياس نقص التحكم في الأنا على المستوى المعرفي (Sc3) ($T=79$) الذي يدل على أفكار غريبة ومضطربة، ويشير مقياس نقص التحكم في الأنا على المستوى العاطفي (Sc4) ($T=78$) إلى شعوره بالضعف السيكولوجي، ويشعر بأنه عاجز عن التحكم في دفعاته لارتفاع مقياس نقص التحكم في الأنا لعدم وجود الكبت (Sc5) ($T=76$).

بينما تعبر الدرجة المرتفعة على مقياس الهوس الخفيف (Ma) ($T=79$) عن فرد مفرط النشاط إندفاعي، تنافسي، كثير الكلام، سطحي في علاقاته الإجتماعية، يواجه مشكلات في التحكم في سلوكه ويظهر العدوان والهيّاج والقابلية للاستثارة. ومن خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس نجد ارتفاع على مقياس تضخم الأنا (Ma4) ($T=70$) يشير على أنه يشعر بأنه مهم لدرجة الشعور اللاواقعي بالعظمة. كما يظهر ارتفاع على مستوى الانحراف السيكوباتي (Pd) ($T=77$) وهو يعبر عن فرد مندفع، غاضب، عنيد، نفاذ الصبر لديه وغير متسامح، السعي للإشباع الفوري لرغباته، يحمل الآخرين المسؤولية عن مشاكله، يرغب في تحمل مخاطر كبيرة، قد يُظهر سلوكاً معادياً للمجتمع. ومن خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس نجد ارتفاع مقياس العزلة الإجتماعية (Pd4) مقداره ($T=87$) مما يدل على أن يحيى يشعر بأنه منعزل عن الآخرين وتنقصه مشاعر الانتماء، ومقياس العزلة الشخصية (Pd5) ($T=84$)، مما يدل على أنه ينقصه التكامل الذاتي ويعترف بالذنب ويعبر عنه علنا عند تحليل مقاييس المحتوى المرتبطة بهذا المقياس نجد ارتفاع على مستوى مقياس الغضب ($ANG=80$) ومقياس المشاكل العائلية ($FAM=75$) التي تدل على صعوبة التحكم في مشاعر الغضب والاستثارة والاندفاعية مع وجود بعض سمات العنف اللفظي ووجود مشاكل مهنية كما قد تشير لوجود طفولة قاسية.

أما الدرجة المرتفعة على مقياس السيكاثينيا (Pt) ($T=74$) تعبر عن قلق وخوف، وتوتر مع ميل إلى الإنفعالات والقلق، قد يضطرب ويظهر قلقا ملحوظا منه ومن الآخرين، يمكن كذلك أن يشكو من أمراض جسدية.

الرمز النموذجي للبروفيل:

يظهر الرمز النموذجي ليحيى من النمط "68" يصف هذا النمط يحيى بأنه مشبوه ومريب للآخرين، لذلك لديه أصدقاء قليلون، العلاقات الشخصية صعبة للغاية وهو أكثر راحة بمفرده، أي علاقة اجتماعية يحتفظ بها ستكون مشوبة بالاستياء وعدم الثقة والعداء، وفي بعض الأحيان غير لائق عاطفياً، عادة ما يبقى الآخرون على مسافة منه بسبب تهيجه وغضبه، مما يثير نفوراً معيناً لدى الآخرين، لكن في نفس الوقت يشعر بالنقص والذنب.

كما يتميز بالصعوبات في عمليات التفكير من خلال الإفراط في التعميم وسوء التفسير وحتى الأوهام الصريحة. كما يذكر غرين (Greene, 1991) أيضاً إمكانية وجود أوهام منظمة وجراهم (Graham, 2006) وجود أوهام الإضطهاد و / أو العظمة والهوسة (Ruchenne, 2019, p. 394) إضافة إلى الشك، عدم الثقة، ويعبر الفرد من خلال شكواه عن ضغوط شخصية كبيرة من التوتر والقلق، ويبدو عرضة بشكل خاص للعداء وقد يستجيب لهجمات حادة من الغضب إذا شعر بالتهديد.

يتميز التوظيف النفسي بمشاعر عدم الأمان وانعدام الثقة بالنفس. يمكن أن يكون رد الفعل تجاه العلاج إيجابياً، بمجرد حدوث العمل النفسي واستبعاد الخطورة.

يترجم الملمح النفسي اضطراب البارنويا ويؤكد على وجود أفكار العظمة والتوهم.

مقاييس المحتوى:

*الأعراض الداخلية:

تشير الدرجة المرتفعة على مقياس القلق (ANG=70) إلى مشاعر القلق العام، والمشاكل الجسدية؛ ومشاعر التناقض والإكراه والتوتر، والخوف من فقدان العقل، ويواجه صعوبة في اتخاذ القرارات. الاضطرابات في التركيز والانتباه شائعة. يتم إدراك هذه الأعراض بوضوح والتعرف عليها من قبل الفرد. ويصف المستوى المرتفع على مقياس الوسواس (OBS=70) الأفراد الذين يجدون صعوبة في اتخاذ القرارات، مع مقاومة للتغيير، ولديهم سلوكيات قهرية. تطغو عليهم الأفكار المتطفلة ويجدون أنفسهم تحت ضغط في العلاقات الشخصية. ويرصد المستوى المرتفع على مقياس الإكتئاب (DEP=72) وجود أفكار اكتئابية واضحة، ومشاعر الفراغ، والشعور بالذنب، يصف أيضاً الأفراد الذين لديهم حساسية تجاه رفض الآخرين، متوترون، سلبيون ويعيشون في شعور عدم القدرة والعجز. تظهر

كذلك العديد من الشكاوى الجسدية، بالإضافة إلى مشاكل التأقلم أو القلق أو العصبية أو نقص الطاقة. هذه الشكاوى تمثل ضائقة نفسية من خلال ارتفاع مقياس الاهتمامات الصحية (HEA=74) وتظهر عمليات التفكير الذهاني والمعتقدات الإضطهادية من خلال ارتفاع مقياس أفكار غريبة (BIZ=96).

* الميول العدوانية الخارجية:

بالنسبة للسلوكيات الاندفاعية نجد مشاعر الغضب والاندفاعية وصعوبة التحكم في الذات والاستثارة وعدم الصبر والعنف اللفظي تظهر بشكل واضح من خلال ارتفاع مقياس الغضب (ANG=70)، كما نجد علامات الاندفاعية والاستثارة والتهيج ونفاذ الصبر تظهر من خلال ارتفاع مقياس سلوك النمط A (TPA=77).

* الصعوبات المعاشية:

تظهر الصعوبات المعاشية من خلال وجود مشاكل وصراعات عائلية مع إمكانية معاشية طفولة غير سعيدة من خلال ارتفاع مقياس المشاكل العائلية (FAM=75)، ووجود صعوبات شخصية التي تتداخل مع الحياة المهنية مثل القلق والتوتر ومشاكل التركيز والتردد والتحمل، مثل وجود صعوبات مع الزملاء، مواقف هجر في مواجهة الفشل وذلك من خلال ارتفاع مقياس العمل (WRK=70)

أما بالنسبة للاتجاهات نحو العلاج النفسي فنجد ارتفاع على مقياس مؤشر العلاج السلبي (TRT=70) والذي يعبر عن عوامل مقاومة التغيير. أين يشعر الفرد بعدم الارتياح للتعبير عن صعوباته ولا يشعر بالحافز أو القدرة ولديه عدم الثقة في المتخصصين في الرعاية الصحية وهو مقتنع بأنه ليس من المفيد مناقشة الصعوبات النفسية التي يواجهونها، يفضلون تناول الأدوية على ذلك.

المقاييس الإضافية:

يظهر وجود التوتر، وانعدام الثقة بالنفس، والشعور بعدم الأمان، وكذلك صعوبة اتخاذ القرارات من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس القلق (A=76). كما تظهر الاستثارة والاندفاعية والطاقة عبر الدرجة الخام المنخفضة جدا المتحصل عليها على مستوى مقياس الكبت (R=8). نجد كذلك الشعور بالكف وعدم القدرة على مواجهة الضغوطات وعلى التكيف مع التغيرات الحاصلة في المحيط تظهر بشكل واضح عبر الدرجة جد منخفضة على مقياس قوة الأنا (Es=25) كما يظهر وجود مشكلات وصعوبات اتجاه الزواج من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس الخلافات بين الأزواج (Mds =84)

بينما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس ($Mt=72$) إلى وجود انزعاج إتجاه الدراسة والتعليم تتجلى في مشاعر القلق والإكراه والمماطلة والتوتر (في بعض الأحيان جسدياً) من خلال التفكير المتشائم والسلوك غير الفعال. كما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ($PK=84$) ($Ps=85$) إلى وجود اضطراب انفعالي عاطفي، إكتئاب محتمل، قلق، صعوبة في النوم الشعور بالذنب، أو فقدان السيطرة، الشعور بعدم الفهم بالإضافة إلى معاشاة أحداث صدمية.

ويشير المستوى المرتفع على مقياس الإدمان على الكحول ($MAC-R=75$) إلى الانبساط والانتماء، والمخاطرة، والبحث عن الإثارة، والمشاكل السابقة مع الصعوبات المدرسية.

التوظيف النفسي للحالة:

* الموارد النفسية:

من خلال المقاييس الإضافية قوة الأنا ($Es=25$) ومقياس السيطرة ($Do=30$)، تحصل يحيى على درجة منخفضة على المقياسين، مما يدل على نقص الموارد السيكلوجية لديه.

* الدافعية:

يظهر غياب الدافعية للتغير من خلال ارتفاع درجة مقياس الانحراف السيكيوباتي ($Pd>65$) وهي إشارة على أن آلية النفسية الخاصة بالإخراج تقلل بدرجة كبيرة من مستوى الدافعية للتغيير. وبالرجوع إلى المقاييس الإضافية نجد ارتفاع على مقياس القلق ($A>69$) وانخفاض على مقياس الكبت ($R<40$) يصف ذلك الأفراد الذين يعانون من الضيق والشعور بعدم الملاءمة. ومع ذلك فإنهم يعززون الأسباب إلى عوامل خارجية، عند انخفاض المعاناة وتحسن حالتهم، يميل الدافع لمواصلة العلاج النفسي لديهم إلى التلاشي كما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس مؤشر العلاج السلبي ($TRT=70$) إلى وجود مواقف من عدم الثقة تجاه العلاجات النفسية ودافعية منخفضة للتغيير.

* عوامل المقاومة: من خلال ما يلي:

الصلابة: من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس البارانويا ($Pa>65$) والتي تشير إلى مقاومة قوية للتغيير. يصعب الحصول على التحالف العلاجي عند مثل هذه الحالات بسبب الشك والارتياح الكبير على المستوى العلائقي الموجود عندهم.

الميكانيزمات الدفاعية: كإنكار الاضطرابات النفسية من خلال الدرجة المرتفعة على مستوى مقياس الانحراف السيكوباتي حيث غالبا ما يعتقد الفرد أن سلوكاته عادية ولا يحتاج للعلاج، كما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس الهوس الخفيف ($Ma > 70$) إلى وجود ميكانيزم الإنكار لدى الحالات المستثارة والمتشبهة، والأناانية، وفي معظم الحالات المتلاعبة، ومن مقاييس المحتوى نجد كذلك درجة مرتفعة على مقياس الغضب (ANG) والتي تصف صعوبات في الضبط الانفعالي، فضلاً عن حالة دائمة من الاستثارة ونفاد الصبر، وصعوبات علائقية.

تتبع الصعوبة الرئيسية من عدم ثقة هؤلاء الحالات، والذي يمنع الاستثمار الحقيقي في العلاقة العلاجية والتي تبينت من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس البارانونيا ($Pa > 64$).

ملخص نتائج إختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI -2

1- صدق البرتوكول:

ما يميز برتوكول يحيى هو وجود ارتفاعات على معظم مقاييس الصدق مثل مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb)، ومقياس التضارب الكبير للأجوبة (VRIN) ومقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN) بينما كانت الدرجة منخفضة على مقياس التصحيح ودرجة المتوسطة على مستوى مقياس الكذب (L)، تشير هذه المعطيات إلى صدق البرتوكول وما الارتفاعات على المقاييس إلا إشارة عن هشاشة نفسية ومعاناة مرضية.

2- عرض وإظهار الذات:

يشير ارتفاع مستوى مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) إلى مستوى معاناة كبيرة.

3- مستوى المعاناة:

هناك العديد من المقاييس التي تقيس درجة الكرب والضيق مثل انخفاض درجة مقياس قوة الأنا (Es) وارتفاع درجة مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PK) و (PS) وكل من مقاييس الصدق عدم التواتر أو الندرة (F) والخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (FB) وارتفاع المقاييس الإكلينيكية البارانونيا (Pa)، الفصام (Sc)، الهوس الخفيف (Ma)، الانحراف السيكوباتي (Pd) السيكاثينيا (Pt). كلها تشير لمدى المعاناة المعاشة.

4- الجانب العاطفي:

تظهر المشاعر الإكتئابية من خلال ارتفاع لكل من مقياس الإكتئاب (DEP=72) ومقياس الإكتئاب الذاتي (D1=68) والمستوى المتوسط على مقياس العزلة الإجتماعية (Sc1=68)، على العكس فالإثارة تحددها ارتفاع مقياس الهوس الخفيف (Ma)، تظهر مشاعر القلق من خلال ارتفاع الدرجات المتحصل عليها على مستوى مقياس السيكاثينيا (Pt) ومقياس القلق (A) على مستوى المقاييس الإضافية وعلى مستوى مقاييس المحتوى (ANX)، أما الغضب وصعوبات التحكم يترجمه ارتفاع مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) ومقياس الغضب (ANG).

5- الجانب المعرفي:

يظهر التوظيف المعرفي من خلال ارتفاع مقياس الفصام (Sc) ومقياس أفكار غريبة (Biz=96) إلى سيرورة ذهانية. أما ظواهر الغرابة وتبدد الشخصية فتظهر عن طريق ارتفاع مستوى المقياس نقص التحكم في الأنا على المستوى المعرفي (Sc3=79). أما الاستمرار والشك والتردد، فنلتمسها في ارتفاع المقاييس السيكاثينيا (Pt) والوسواس (OBS)، أيضا مشاكل الذاكرة والانتباه والتركيز تظهر جزئيا في ارتفاع المقاييس، الانسداد العقلي (D4=74) ونقص التحكم في الأنا على المستوى المعرفي (Sc3=79) ونقص التحكم في الأنا على المستوى العاطفي (Sc4=78). وتظهر محتويات معرفية اضطهادية من خلال الدرجة المرتفعة على المقاييس البارانونيا (Pa) ومقياس أفكار اضطهادية (Pa1=109)، أما الشعور بتأنيب الضمير فيظهر من خلال ارتفاع مستوى مقاييس الاحتراز (D5=69) والعزلة الشخصية (Pd5=84).

6- تصور الذات:

تعبر الدرجة المتوسطة على مقياس انخفاض تقدير الذات (LSE=63) والدرجة المرتفعة على مقياس العزلة الشخصية (Pd5=84) على مستوى تقدير للذات جيد، كما قد تشير الدرجات المرتفعة على كل من مقياس سلوك النمط A (TPA=77) وتضخم الأنا (Ma4=70) إلى وجود سمات نرجسية.

7- العلاقات مع الآخرين:

تظهر علامات الانسحاب والهروب والعزلة الإجتماعية من خلال ارتفاع المقاييس العزلة الإجتماعية (Sc1=100) والمستوى المتوسط على مقياس التجنب الإجتماعي (Si2=54)، فأغلب العلاقات الخارجية تسودها مشاعر الشك والعدائية، كما تظهر العدوانية والعنف من خلال ارتفاع المقاييس التالية: الإنحراف السيكوباتي (Pd)، العزلة الشخصية (Sc5)، الغضب (ANG)، سلوك النمط A (TPA).

8- مشاكل خاصة:

يلاحظ بعض الاهتمامات بالصحة من خلال ارتفاع مقياسي الاهتمامات الصحية (HEA=74) و الشكاوي الجسمية (Hy4=76)، أما المشاكل العائلية فظهرت من خلال ارتفاع مقياسي (FAM=75) و الخلاف العائلي (Pd1=57) يضاف إلى ذلك مشاكل في العمل ومع زملاء العمل والتي كشف عنها مقياس العمل (WRK=70).

4- خلاصة الحالة:

استخلاصا للنتائج المعروضة تظهر لدى الحالة مظاهر ذهانية من خلال اضطراب التفكير وهذيان الإضطهاد والعظمة، ارتياب وشك في الآخرين، تضخم في الأنا مما يشعره بالتهديد وهذا ما يترتب عنه ظهور استجابات اندفاعية من استثارة وغضب، تجنب في العلاقات الإجتماعية والعاطفية وعلامات الانسحاب والعزلة نتيجة للشكوك والارتياب والحساسية، وتفسير الأحداث البريئة على أنها إهانات وتواجد أفكار الإضطهاد والعدائية مما يمنع الاستثمار الحقيقي في العلاقة العلاجية، نجد أيضا انخفاض في الحالة المعرفية وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية: الإنتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية واللغة والقدرات الإبصارية الفراغية.

يضاف على ذلك المعاش الصدمي ومشاكل عائلية ومهنية، ومشاعر اكتئابية ولوم للذات كاستجابات للانفعالية وسرعة الغضب والانفعال اتجاه الآخرين كل هذا يعكس سيورة نفسية هشة نجد أيضا الاهتمامات بالصحة والانشغال بالشكاوي الجسدية وتواجد المظاهر العيادية للاكتئاب مصاحبة للصداع النصفي.

نجد أن التوظيف النفسي للحالة يتميز بتنظيم ذهاني ووجود اضطراب الشخصية البارانوندية.

الحالة الثالثة:

1- عرض وتحليل نتائج المقابلة

"سامي" شاب أَسْمَر نحيف وطويل القامة يبلغ من العمر 25 سنة ذو مستوى تعليمي ثالثة ثانوي، الأخ الأكبر لأربع ذكور وأختين، لا يوجد في عائلته من هو مريض بالصداع النصفي، كما لديه ثلاث إخوة وأربعة أخوات من الأب، يعمل في القطاع الخاص، يعاني من مرض الربو ومن الإدمان كما سبق له أن تابع علاج الإدمان بمركز لعلاج المدمنين.

يعاني من الصداع منذ كان عمره تسع سنوات. شخص من طرف طبيب أخصائي على أنه صداع نصفي، تكرارات الصداع لديه غير منتظمة "مرات مايوجعنيش، مرات سمانة، مرات فترات غير متقاربة"، دائما ألم الصداع من الجهة اليسرى، قبل النوبة وأثناءها لديه تغير في الإحساسات: إحساس بالإغماء، عدم احتمال الصوت والضوء والروائح.

الحالة النفسية لسامي قبل نوبة الصداع تتميز بالمزاج الحزين "دائما"، فقدان المتعة في الأنشطة، قلة النوم، فقدان الشهية، تكرار التفكير في الموت، قلق، تعرق، ارتعاش وارتجاف، إحساسات بقصر النفس أو الاختناق، الاحساس بالدوران والإغماء، ضغط وتستمر نفس الأعراض أثناء نوبة الصداع بالإضافة إلى فقدان الطاقة وغثيان وتلبك في المعدة.

بالنسبة لطفولته كانت ومازالت علاقته بأمه جيدة "تفهمني ما من عينا كلش نحكيها"، بينما علاقته بوالده جدا سيئة "بايت برا وأنا صغير في برد ولمطر تعافرت مع بوي تلفني" ولحدا الآن دار إلي نكون فيها مايدخلهاش وأنا ماندخلش عليه، مايحبش كي يلقاني نحكي مع ما"، كما أنه تعرض لحدث صدمي في سن أربع سنوات الذي رفض الحديث عنه وأخبر الباحثة أنه لم يخبر أحدا عنه "صوالح شفتهم قبل مايصراو وصراو" بعد إلحاح الباحثة "شفت جريمة موت"، "بومبا وسلاح" ولم يعطي تفاصيل أكثر كان يكثر من تكرار كلمة "نفري"، "اطلق يروح". كما عانى من اضطرابات في اللغة المتمثلة في التأناة وتعالج منها بعد ذهابه إلى الأخصائي الأروطوني.

بدأ رحلته مع الإدمان منذ سن 13 سنة "كنت نتكيف زطلة" عند استفسار الباحثة عن مصدر النقود "كانوا عندي دراهم بزاف كنت نفري، حرام، ناس تخبي عندي دراهم ويعطوني نص لدرجة تالمو دراهم في جيبي لحقت لدرجة لازم ناكلهم باش نجيب" كما أخبرنا أنه لا يعرف كيف يحصل

هؤلاء الناس على النقود وأن عائلته أمسكت عنده النقود عدة مرات ولم يقر عن مصدرها، يقوم بالتدخين "الزطلة" يوميا ويصاب بفقدان الشهية عند التوقف عن ذلك، بينما يتعاطى المخدرات عند القلق أو ألم المفاصل أو الإكتئاب " في وقت راسي يوجع، قلق راسي يصوني يصوني كول حبة ليكتيل وريح في دار ولا كول حبة اريكا يروحك الإكتئاب"، كذلك لتفادي الناس والاشتباك معهم نرطل باش الناس كي تلحقني نرطل باش كي نعود صاحي ذبابة نتعافر معاها". كما سبق له وأن تاجر بالمخدرات "كنت نبيع زطلة دك الحمد لله" كما سبق وأن أمسكت الشرطة بسبب ذلك " دخلت حبس 30 أو 45 يوما تحقيق موطو الي كانت فيها زطلة طيشتها مالقاوهاش"

يعاني سامي من هلوسات سمعية وبصرية " نسمع أصوات حقيقة واحد يتنفس من نيفي وماتقليليش ماهمش حقيقي ماهمش هلوسات" "واحد شغل ربطني ماني صاحي ماني راقد نهز راسي نفك روجي نرجع نرقد يربطني نقول لما ارواحي حركيني" يتكرر هذا الأمر معه كثيرا لدرجة الأرق "منحبش نرقد علجال هذا الشئ"، كما يعاني من استنارة كبيرة عندما يتوقف عن تدخين "الزطلة" أو عندما لا توجد أفكار في رأسه حول مشاريع مالية "تطلع نهبط تحكي معايا منيش فاهمك مانقعدش بزاف". يخاف كثيرا من الموت وفي الليل يعتزل وحده "أنا متعتي كي نكون وحدي" لمشاهدة برامج ذات محتوى ديني أو فلسفي " نتفرج قصص دينية أو نتبع فيلسوف في يوتوب".

يعاني من ارتجافات في الجسم بكثرة "بزاف نطيح نتخبط"، صعوبة في البلع والأكل "كي نطول مانكلش"، كما قام بتنفيذ عدة محاولات إنتحارية، كانت الأولى في سن 21 سنة عندما ترك للدراجة النارية القيادة "طلقت الموطو"، ومحاولتين استهلاك مفرط للمخدر "نتاع مخدر Over dose ومحاولتين قطع الشرايين" ترجع الأسباب إلى الفراغ الانفعالي بالإضافة إلى مشاكله وصراعاته المتكررة مع الأب، كما عبر عن رغبته الشديدة في قتل نفسه وفي أي لحظة "مزالني ممكن نقتل نفسي في أي لحظة".

يعيش في عزلة اجتماعية "من الخدمة للدار"، ولديه صديق واحد "راهو في حبس"، ولديه أيضا خطيبة "كانت تخاف مني تباثلها في راسها فواييو من بعد فهمت العقلية" ويخبرنا أنه تعب من اهتمام أمه وخطيبته بكلام الناس "بزاف عياوني بالناس"، يصف نفسه بأنه شخص قيادي وأنه لا يرفض طلب أي أحد أنا نحشم مانقولش لالا"، بالإضافة إلى العناد "أنا كي يقولي واحد حاجة

نمشي عكسو زكارة بوي قالي راك تديلي حوايجي وأنا منديلوش أي قلت هو قال هكا خلي نديلو صح".

بصفة عامة التمسنا من خلال المقابلة معاناة سامي من نوبات من الإكتئاب ونوبات من الهوس بالإضافة إلى اضطراب في الفكر الذي تجلى من خلال الانتقال من فكرة إلى فكرة وهلاوس سمعية وبصرية وأرق شديد، يلجأ إلى تعاطي المخدرات كعلاج لذلك، ولديه قلق ومشاكل أسرية خاصة مع الأب. يضاف إلى ذلك نجد عدة محاولات انتحارية مع احتمالية المرور إلى الفعل في أي لحظة.

كما تبين من خلال المقابلة المعاش المكتتب والقلق للصداع النصفي من خلال تواجد كافة أعراض الإكتئاب حسب DSMV وأعراض القلق لدى الحالة المتمثلة في: المزاج الحزين، فقدان المتعة في الأنشطة، فقدان الطاقة، فقدان الشهية، قلة النوم، تثاقل نفس حركي، بكاء، صعوبة في التركيز والتفكير واتخاذ القرار، تكرار التفكير في الموت، قلق، تثاقل نفس حركي، تعرق، ارتعاش وارتجاف غثيان وتلبك في المعدة، إحساسات بقصر النفس أو الاختناق، الاحساس بالدوران والإغماء.

نجد من الناحية الاجتماعية سلوكيات تجنبية وعزلة اجتماعية نتيجة للشكوك والارتياب بالإضافة إلى عدائيته وعنفه. ومن الناحية العاطفية نجد أنه يعيش علاقة مستقرة مع خطيبته، أما بالنسبة للجانب المعرفي فكانت قدراته المعرفية ضعيفة من خلال ضعف في القدرة على التذكر والتركيز والفهم وإدراكه للإطار الزمني والمكاني، وظهر عليه اضطراب في الفكر من خلال الانتقال من فكرة إلى فكرة دون ربط ودون فهم وثرثرة لغوية وتوظيف مصطلحات خاصة.

2- عرض وتحليل نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R):

جدول 48:

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الثالثة

الأبعاد	الدرجة	الدرجة المعيارية
الانتباه والتوجه	14	18
الذاكرة	12	26
الطلاقة اللفظية	13	14
اللغة	20	26
القدرات الإبصارية الفراغية	14	16
الدرجة العامة لاختبار ACE- R	73	100

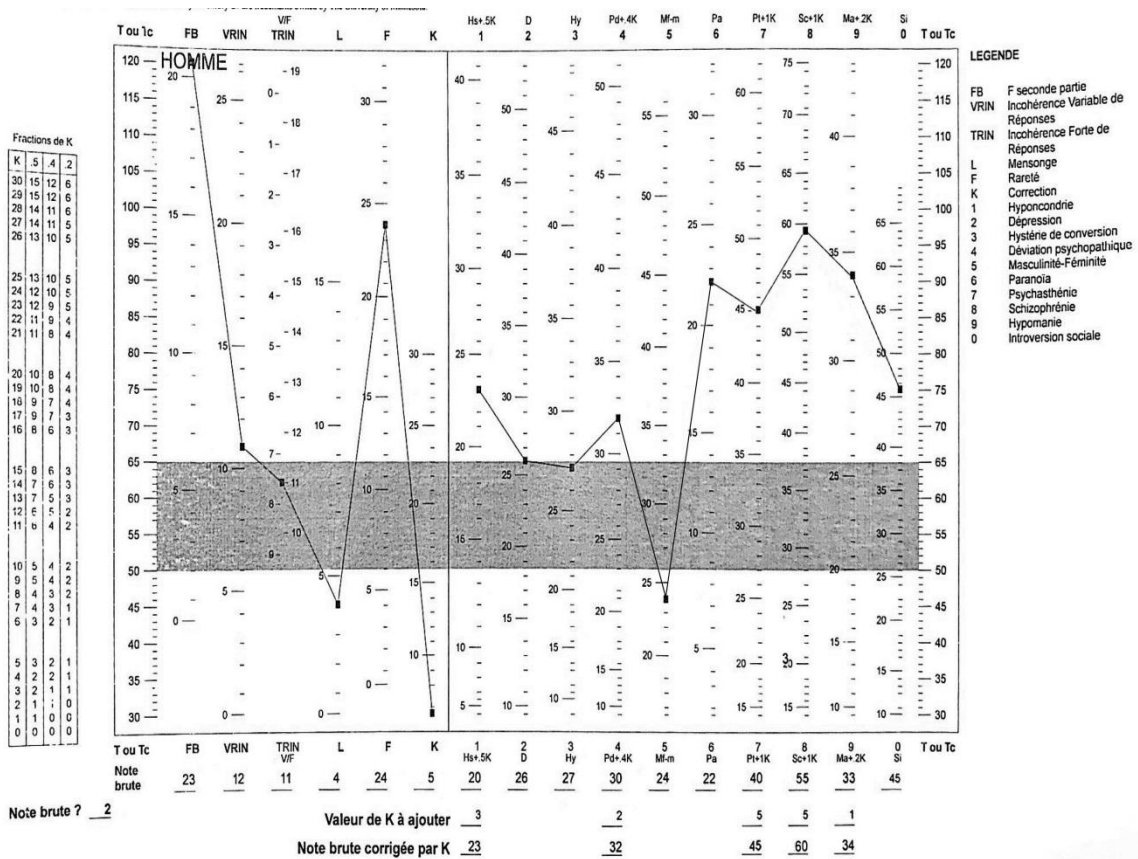
من خلال الجدول يتضح أن الحالة يعاني من انخفاض في الحالة المعرفية حيث تحصل في الدرجة العامة للاختبار على (73) وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الإنتباه (14)، الذاكرة (12) الطلاقة اللفظية (13) واللغة (20) والقدرات الإبصارية الفراغية.

3- عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI- 2:

تم إجراء اختبار MMPI- 2 على الحالة خلال مقابلة واحدة قرابة الساعتين والنصف تم مقاطعة الجلسة من قبل الحالة مرتين بغرض التدخين. وتتمثل نتائج مقياس الصدق والمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 فيما يلي:

شكل 12

نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الثالثة



موقف الحالة إزاء الإختبار

أجاب المبحوث عن كل بنود الإختبار ماعدا بندين هما البند (12) "حياتي الجنسية مرضية" والبند (107) "لا يكون سلوكي على مائدة الطعام في المنزل جيدا بقدر ما يكون حينما أكون في الخارج"

بصحبة الآخرين"، وهذا بسبب أن سامي عازب وليس لديه حياة جنسية، وليس لديه أصدقاء فيتناول معهم الطعام. أما بالنسبة لمقاييس الصدق فقد كانت الدرجة على مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) الثائية (T=98) جد مرتفعة وتعبر عن معاناة مرضية حادة وحالة ذهانية ونجد مستوى مرتفع جدا على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) بقيمة خامة تقدر ب (23) وهذا ما يجعلنا حذرين خلال تحليل مقاييس المحتوى والإضافية (علما أنه لم تأخذ بعين الاعتبار في الدراسة الكمية) وتشير الدرجة المرتفعة على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (VRIN) (T=71) إلى فرد منزعج جدًا أو الذي يحاول عمدًا المبالغة في متاعبه، والدرجة المتوسطة على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN) (T=62) إلى صدق البروتوكول، وتعبر الدرجة المنخفضة جدا الخامة على مقياس التصحيح (K) (5) وهي لا تقابلها أي درجة تائية عن وجود معاناة نفسية شديدة، وهذا ما أشارت إليه أيضا الدرجة المنخفضة للكذب (L) (T=45)، عموما يمكن قبول البروتوكول وتحليله مع توخي الحذر مع مقاييس المحتوى والإضافية، وتراوح درجات مقاييس الصدق بين الشدة المرتفعة جدا والمنخفضة جدا يعبر عن معاناة مرضية ووجود اضطراب نفسي.

المقاييس الإكلينيكية:

نلاحظ من خلال الصفحة النفسية لسامي وجود ارتفاع ملحوظ على مستوى المقاييس التالية:

8- الفصام (Sc) (T=98)، 9- الهوس الخفيف (Ma) (T=91)، 6- البارانويا (Pa) (T=90)،

7-السيكاثينيا (Pt) (T=86)، 1- توهم المرض (Hs) (T=75)، 4- الانحراف السيكوباتي (Pd)

(T=71)، 0- الإنطواء الإجتماعي (Si) (T=74) .

تحصل سامي على درجة مرتفعة جدا على مقياس الفصام (Sc) (T=98) والتي تعبر عن شخصية ذهانية فصامية مصحوبة بالتفكير المضطرب والارتباك وعدم التنظيم، هناك أيضا أحيانا مواقف وأفكار غير عادية وأوهام وهلوسة ونقص في السيطرة وسوء تقدير. نجد هذه الدرجة المرتفعة خاصة عند الأفراد الذين يتعاطون المخدرات، ويظهر ارتفاع على كافة المقاييس الفرعية لهاريس أين تشير الدرجة المرتفعة لمقياس خبرات حسية غريبة (Sc6) (T=113) إلى شعور سامي بالتغيير في إدراكه لذاته ولصورة الجسم، وتعبر الدرجة المرتفعة على مقياس العزلة العاطفية (Sc2) (T=107) على أنه يشعر بنقص العلاقات مع الآخرين، ويشعر بأنه عاجز عن التحكم في دفعاته عبر مقياس نقص تحكم الأنا لعدم وجود الكبت (Sc5) بدرجة تائية مقدارها (T=100) وأيضا تدل الدرجة المرتفعة على

مقياس نقص التحكم في الأنا على المستوى المعرفي (Sc3) (T=98) أن لديه أفكار غريبة ومضطربة بينما كان مستوى مرتفع ومتساوي على كل من مقياس نقص التحكم في الأنا على المستوى العاطفي (Sc4) ومقياس العزلة الاجتماعية (Sc1) (T=89) إشارة إلى شعوره بالضعف السيكولوجي ولديه نقص في العلاقات مع الآخرين. كما عبر المستوى المرتفع جدا على مقياس الهوس الخفيف (Ma) (T=91) وهي درجة مرتفعة جدا تعبر عن احتمال أن يكون سامي يمر بمرحلة الهوس الخفيف الحقيقية، فرط النشاط العام، الميل إلى الهروب من الأفكار، حدوث الهلوسة أو هذيان العظمة. ومن خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس نجد سامي مفرط النشاط هروبا من الحياة الداخلية والذي عبر عنها ارتفاع مقياس التسارع الحسي الحركي (Ma2) (T=78)، ويشعر بأنه مهم لدرجة الشعور اللاواعي بالعظمة من خلال ارتفاع مقياس تضخم الأنا (Ma4) (T=70)، بينما يدل ارتفاع مقياس اللاخلاقية (Ma1) بدرجة تائية مقدارها (66) على أنه يتسم بالقسوة فيما يتعلق بدوافعه وغاياته ودوافع وغايات الآخرين وهو صريح ومتحفظ وينكر الشعور بالذنب. كما جاءت الدرجة المرتفعة جدا على مقياس البارانونيا (Pa) (T=90) تعبر عن سلوك ذهاني، أحيانا اضطرابات في الفكر، جنون العظمة يمكن أن يقدم هذيانا منظما، أفكار الإضطهاد والشعور بمعاملة سيئة أو غير عادلة. وبالتطرق إلى نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانونيا يتبين أن لدى سامي أفكار عن مؤثرات خارجية، وهو يلقي اللوم لمشكلاته واحباطه وفشله على الخارج عبر الدرجة المرتفعة لمقياس أفكار اضطهادية (Pa1) (T=114) وأنه يعتبر نفسه شيئا خاصا ومختلفا عن الآخرين وهو شديد الاعتزاز بمشاعره الحساسة ومفرط الذاتية من خلال مقياس الحساسية (Pa2) (T=71) يضاف إلى ذلك شعوره بالقلق الذي لا يمكن السيطرة عليه والتوتر، انزعاج كبير من الاجترار، الرهاب والوساوس والأفعال القهرية وأحيانا توهم المرض، مع احتمالية الشعور بالذنب من خلال ارتفاع الدرجة على مقياس السيكاثينيا (Pt) (T=86) كما يعطي ردود أفعال مبالغ فيها اتجاه كل مشكل حقيقي، متمركز حول الذات، يبالغ في المشاكل الجسدية، يشكو من أعراض جسدية مفرطة وغامضة وغير محددة: اضطرابات الجهاز الهضمي، والتعب، والألم، والضعف العام ظهر كل هذا من خلال ارتفاع مستوى مقياس توهم المرض (Hs) (T=75).

تشير الدرجة المرتفعة على مقياس الإنحراف السيكوباتي (Pd) (T=71) إلى أنه لديه مشاكل اتجاه نماذج السلطة، ورد فعل عاطفي سطحي، تعاطي مفرط للمواد المخدرة، نجاح أقل من قدراته وعلاقات سطحية، وقد ينتحر أو يشرع في الانتحار، إلا أن مصدر ذلك هو الفراغ الانفعالي أكثر من

أن يكون اكتئاباً عميقاً أو اعترافاً بالفشل. ومن خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس نجد مستوى مرتفع على مقياس العزلة الشخصية (Pd5) ($T=84$) إشارة إلى أن سامي ينقصه التكامل الذاتي ويعترف بالذنب علناً ويشعر باليأس والقنوط، بينما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس الخلاف العائلي (Pd1) ($T=83$) إلى أنه يكافح ضد الضبط العائلي، كما يشعر بأنه معزول عن الآخرين وتنقصه مشاعر الانتماء من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس العزلة الاجتماعية (Pd4) ($T=72$).

يعيش سامي في عزلة اجتماعية وانسحاب حيث يوصف بالإنطواء الاجتماعي والخجل والانزواء وتجنب الآخرين والتي عبر عنها من خلال المستوى المرتفع على مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) ($T=70$) وبالرجوع إلى نتائج المقاييس الفرعية Hostler نجد ارتفاعاً على مقياس العزلة عن الذات والآخرين (Si3) ($T=81$) ومقياس التجنب الاجتماعي (Si2) ($T=69$) مما يشير إلى أن الحالة تعيش في عزلة وتجنب الآخرين.

الرمز النموذجي للبروفيل:

يظهر الرمز النموذجي للحالة من النمط "896"، يقدم نمط "89" صلاحية الملح النفسي من خلال درجات مقياس الكذب (L) ومقياس التصحيح (K) منخفضة مع مقياس عدم التواتر أو الخطأ (F) مرتفع، مما يشير إلى صفحة نفسية صادقة وصريحة لعناصر الاختبار في سياق مشاعر الدونية وعدم الملاءمة واحترام الذات وعملية تفكير غير منظمة، لذلك يوصف هذا النمط بأن سامي يعاني من سيكوباتولوجية شديدة. كما يصفه بأنه مفرط النشاط، متقلب عاطفياً، متوتر وغير منظم وظهور أفكار العظمة خاصة مع ارتفاع مقاييس البارانونيا (Pa).

كما يصف هذا الرمز الفرد مفرط التفكير ويقضي الكثير من الوقت في التخيلات وأحلام اليقظة والاجترار، متوتر ويعاني من الأرق، زيادة التدفق اللفظي مشبع بالكلمات الجديدة، والتواصل تغزوه الإرتباطات القصيرة، القلق السلوكي، وعدم الاستقرار في العاطفة، قد يجد صعوبة في التفكير والتركيز، غالباً ما يكون مكتئباً، قلقاً، عدائياً، سريع الإنفعال، لديه ردود أفعال غير متوقعة لا يمكن التنبؤ بها. قد يكون الفشل ومشاعر الرفض السبب في تعرضه لحقبة الهوس مع سمات ذهانية، مما يعكس الصورة الذاتية السلبية العميقة الكامنة. غالباً ما يتعاطى المخدرات لعلاج الأرق والهوس. ويمكن أن تظهر لديه أفكار بجنون العظمة، والتي يمكن أن تكون اضطهادية وموسعة مع المحتوى الديني.

من المحتمل بشكل خاص أن يصبح غير منظم تحت الضغط. كما أنه كلما يرتفع هذا النمط يزداد احتمال ظهور الأوهام والهلوسة (خاصة ذات الطبيعة الدينية) وظهور صورة ذهانية صريحة. يمكن تشخيص الحالة بالاضطراب الفصامي الوجداني مع حالة الهوس، يمكن استخدام الارتفاع في مقياس عدم التواتر أو الخطأ (F) كمؤشر على الشدة النسبية للاضطراب.

مقاييس المحتوى:

*الأعراض الداخلية:

تشير الدرجة المرتفعة على مقياس القلق (ANG=82) إلى مشاعر القلق العام، والمشاكل الجسدية؛ ومشاعر التناقض والإكراه والتوتر، والخوف من فقدان العقل، ويواجه صعوبة في اتخاذ القرارات. الاضطرابات في التركيز والانتباه شائعة. يتم إدراك هذه الأعراض بوضوح والتعرف عليها من قبل الفرد. ويعاني من عدة مخاوف من خلال الدرجة المتوسطة على مقياس الخوف (FRS=65)، ويصف المستوى المرتفع على مقياس الوسواس (OBS=85) الأفراد الذين يجدون صعوبة في اتخاذ القرارات، ومقاومون للتغيير، ولديهم سلوكيات قهرية. تطفو عليهم الأفكار المتطفلة ويجدون أنفسهم تحت ضغط في العلاقات الشخصية. ويرصد المستوى المرتفع على مقياس الإكتئاب (DEP=85) وجود أفكار اكتئابية واضحة، ومشاعر الفراغ، والشعور بالذنب، يصف أيضاً الأفراد الذين لديهم حساسية تجاه رفض الآخرين، متوترون، سلبيون ويعيشون في شعور عدم القدرة والعجز. تظهر كذلك العديد من الشكاوى الجسدية، بالإضافة إلى مشاكل التأقلم أو القلق أو العصبية أو نقص الطاقة. هذه الشكاوى تمثل ضائقة نفسية من خلال ارتفاع مقياس الاهتمامات الصحية (HEA=88) وتظهر عمليات التفكير الذهاني والمعتقدات الإضطهادية من خلال ارتفاع مقياس أفكار غريبة (BIZ=119).

* الميول العدوانية الخارجية:

بالنسبة للسلوكيات الاندفاعية نجد مشاعر الغضب والاندفاعية وصعوبة التحكم في الذات والاستثارة وعدم الصبر والعنف اللفظي تظهر بشكل واضح من خلال ارتفاع مقياس الغضب (ANG=70)، كما نجد درجة من خيبة الأمل ونقص الثقة العام اتجاه الآخرين والشك تظهر من خلال ارتفاع درجة مقياس السخرية (CYN=83)، كما يظهر مشكلات مهنية سابقة وحالية و مشاكل مع العدالة من خلال المستوى المرتفع على مقياس الممارسة المضادة للمجتمع (ASP=77)، كما نجد

علامات الاندفاعية والاستثارة والتهيج ونفاذ الصبر تظهر من خلال ارتفاع مقياس سلوك النمط A (TPA=77).

* التصور السلبي للذات:

يظهر تصور للذات سلبي قليلا من خلال الدرجة المرتفعة قليلا عن المتوسط لمقياس (LSE=66) فهي إشارة عن مشاعر تدني الثقة بالنفس، وكذلك الخوف من الحكم من قبل الآخرين، والشعور بالذنب.

* الصعوبات المعاشية:

نجد أن الحالة يعاني من عدم الارتياح الاجتماعي والعزلة وتفضيل الوحدة ما يظهر على مقياس القلق الاجتماعي (SOD=81)، كما يعيش في جو أسري يسوده الصراعات والبرودة الأسرية واحتمال وجود طفولة غير سعيدة وإساءة عائلية من خلال مقياس المشاكل العائلية (FAM=85)، ونجد مستوى مرتفع على مقياس العمل (WRK=86) الذي يشير إلى الصعوبات الشخصية التي تتداخل مع الحياة المهنية مثل القلق والتوتر ومشاكل التركيز والتردد والتحمل، مثل وجود صعوبات مع الزملاء مواقف هجر عند مواجهة الفشل، قلة دعم الأسرة في المجال المهني.

من جهة أخرى يبدو أنه جد مقاوم لعوامل التغيير وغير مرتاح وغير متحمس للتعبير عن صعوباته ومقتنع تماما بأنه ليس من المفيد مناقشة الصعوبات النفسية التي يواجهها لأنه لا يثق في العلاج النفسي ويؤمن بتناول الأدوية والمخدرات والذي ظهر من خلال مقياس المؤشر السلبي للعلاج (TRT=93).

المقاييس الإضافية:

يظهر وجود التوتر، وانعدام الثقة بالنفس، والشعور بعدم الأمان، وكذلك صعوبة اتخاذ القرارات من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس القلق (A=85). كما تظهر الاستثارة والاندفاعية والطاقة عبر الدرجة المنخفضة جدا المتحصل عليها على مستوى مقياس الكبت (R=37). نجد كذلك الشعور بالكف وعدم القدرة على مواجهة الضغوطات وعلى التكيف مع التغيرات الحاصلة في المحيط تظهر بشكل واضح عبر الدرجة جد منخفضة على مقياس قوة الأنا (Es=15)، ونجد درجة من الوعي اتجاه مشكلة الإدمان ورغبة في التخلص منها من خلال مقياس الإدمان الصريح (AAS=108) كما يظهر وجود

مشكلات وصعوبات اتجاه الزواج من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس الخلافات بين الأزواج (Mds =75)، بينما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس سوء التوافق الأكاديمي (Mt=84) إلى وجود انزعاج اتجاه الدراسة والتعليم تتجلى في مشاعر القلق والإكراه والمماطلة والتوتر (في بعض الأحيان جسدياً) من خلال التفكير المتشائم والسلوك غير الفعال. كما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PK=100) (Ps=96) إلى وجود اضطراب انفعالي عاطفي، اكتئاب محتمل قلق، صعوبة في النوم، الشعور بالذنب، أو فقدان السيطرة، الشعور بعدم الفهم بالإضافة إلى معاشاة أحداث صدمية. ويشير المستوى المرتفع على مقياس الإدمان على الكحول (MAC-R=89) إلى وجود مشكلة إدمان المخدرات.

محاولة الانتحار حسب 2-MMPI:

تم الاعتماد هنا على طريقة تحليل البنود بند بعد بند لمجموعة الأفكار والسلوكيات الانتحارية ولقد سمحت لنا هذه الطريقة بجمع معطيات قيمة فيما يخص ذلك:

✓ بالنسبة للبند 150 التي ينص بـ " أحيانا أشعر كما لو أنه يجب أن أؤذي إما نفسي أو شخصا آخر" أجاب بالإيجاب عليه وهذا ما أكدته كذلك الإجابة على البند رقم 530 التي تنص على " في بعض الأوقات أقطع أو أجرح عن قصد دون معرفة السبب"، "قطعت شرياني"

✓ بالنسبة للبند 303 عبر سامي عن رغبته في الموت وإنهاء حياته حيث أقر بأنه يمكنه إعادة محاولة الانتحار، كذلك أجاب بالإيجاب بالنسبة للعبارة 520 التي تشير إلى تفكيره الفعلي حول تنفيذ الانتحار **قادر في أي لحظة**

✓ فيما يخص البند 506 أجاب بالإيجاب في ما يخص تفكيره الحديث حول كيفية إنهاء حياته
✓ بالنسبة للبند 524 أجاب بالإيجاب في ما يخص محاولته للانتحار دون علم الآخرين.

تجزم كل البنود ذات المضمون الانتحاري على احتمالية المرور للفعل لدى سامي.

هناك بعض المظاهر الإكتئابية والشعور باليأس التي تظهر من خلال إجابته على البند 377 و 388 حيث عبر عن معاناته الإدمانية وأن المخدر أصبح علاجاً له.

بالنسبة للبندين 130 و 411 المرتبطة بمشاعر عدم القيمة أجاب بالإيجاب، مما يشير إلى أن الأفكار الانتحارية مرتبطة بالنظرة السلبية اتجاه الذات التي نجدها عند مرضى الإكتئاب.

من خلال ما سبق يتضح أن الأفكار الانتحارية واحتمالية المرور إلى الفعل وتنفيذها مرتفعة الشدة ويرجع إلى الهشاشة النفسية وعدم الاستقرار الانفعالي التي يعاني منها، يضاف إلى ذلك نجد الكثير من المظاهر الإكتئابية وبدرجة كبيرة، فعند حساب الدرجة الخامة لمقياس الأفكار الانتحارية ذات النمط الإكتئابي نجد 17 من أصل 22 وهذا ما يؤكد المستوى المرتفع على مقياس الإكتئاب على مقاييس المحتوى والدرجة المتوسطة على مقياس الإكتئاب على المقاييس الإكلينيكية.

التوظيف النفسي للحالة:

* الموارد النفسية:

من خلال المقاييس الإضافية قوة الأنا ($Es=15$) ومقياس السيطرة ($Do=7$)، تحصل سامي على درجة منخفضة جدا على المقاييس مما يدل على نقص شديد في الموارد السيكلوجية لديه.

* الدافعية:

يظهر غياب للدافعية من خلال ارتفاع المقياس ($F>90$) الذي يشير إلى المبالغة في وصف المعاناة وشدة الاضطراب يرافقها القليل من الدافعية للتغيير مع مخاطرة بوضع حد للعلاج النفسي قبل الأوان، ولدى الحالات الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس الانحراف السيكوباتي ($Pd>65$) تقل الآلية النفسية الخاصة بالإخراج من مستوى الدافعية للتغيير. بينما تصف الدرجة المرتفعة على مقياس القلق ($A>69$) والدرجة المنخفضة على مقياس الكبت ($R<40$) الأفراد الذين يعانون من الإضطراب والشعور بعدم التكيف، ويرجعون ذلك إلى أسباب وعوامل خارجية. مع انخفاض المعاناة وتحسن حالتهم يميل الدافع لمواصلة العلاج النفسي إلى التلاشي كما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس مؤشر سلبي للعلاج ($TRT=93$) على وجود مواقف من عدم الثقة والتشكيك تجاه العلاج النفسي وقلة الدافعية للتغيير.

* عوامل المقاومة: من خلال ما يلي:

الصلابة: من خلال المقاييس الإكلينيكية نجد ارتفاع على مستوى مقياس البارانونيا ($Pa>65$) الذي يشير إلى وجود مقاومة شديدة للتغيير والتحالف العلاجي يكون صعب جدا عند مثل هذه الحالات بسبب الشك والارتياب الكبير على المستوى العلائقي الموجود عند مثل هاته الحالات.

الميكانيزمات الدفاعية: مثل إنكار الاضطرابات النفسية من درجات عالية في المقاييس الإكلينيكية التالية:

يصف مقياس توهم المرض (HS) الأفراد الذين ينسبون سبباً جسدياً إلى صعوباتهم النفسية. لديهم توقعات طبية وبالتالي احتمال ضئيل للتغيير، ومقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) حيث غالباً ما يعتقد الفرد أن سلوكاته عادية ولا يحتاج للعلاج، كما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس الهوس الخفيف ($Ma > 70$) إلى وجود ميكانيزم الإنكار لدى الحالات المستثارة، والمتشتتة، والأنانية، وفي معظم الحالات المتلاعبة، ومن مقاييس المحتوى نجد كذلك درجة مرتفعة على مقياس الغضب (ANG) والتي تصف صعوبات في الضبط الإنفعالي، فضلاً عن حالة دائمة من الاستثارة ونفاد الصبر، وصعوبات علائقية.

- المشكل الأساسي يرجع للشك في النوايا مما يعرقل القدرة على استثمار العلاقة العلاجية وهذا ما يظهر من خلال الدرجة المرتفعة المتحصل عليها على مقياس البارانويا.
- الشعور بالقلق وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر وهذا ما توضحه الدرجة المرتفعة على مستوى مقياس الإنطواء الإجتماعي.

ملخص نتائج إختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية 2- MMPI :

1- صدق البرتوكول:

من خلال تحليل النتائج المتحصل عليها على مستوى مقاييس الصدق نجد أن ارتفاعها يرجع لاضطراب الحالة العقلية لسامي مما لا يؤثر على صدق البروفيل خاصة كونه مدمن مخدرات وسبق له أن دخل لمركز علاج المدمنين، نجد أن مقاييس الصدق عموماً تشير إلى وجود معاناة نفسية ومعتقدات لاعقلانية تقابلها محدودية دفاعاته وموارده السيكولوجية.

2- عرض وإظهار الذات:

يشير ارتفاع مستوى مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) إلى مستوى معاناة كبيرة.

3- مستوى المعاناة:

هناك العديد من المقاييس التي تقيس درجة الكرب والضيق مثل انخفاض درجة مقياس قوة الأنا (Es) وارتفاع درجة مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PK) و(PS) وكل من مقاييس الصدق مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (FB) وارتفاع المقاييس الإكلينيكية المتمثلة في مقياس الفصام (Sc)، الهوس الخفيف (Ma)، البارانويا (Pa) السيكاثينيا (Pt)، توهم المرض (Hs)، الانحراف السيكوباتي (Pd)، كلها مؤشرات عن مدى المعاناة النفسية المعاشة.

4- الجانب العاطفي:

تظهر المشاعر الإكتئابية من خلال الدرجة المتوسطة على مقياس الإكتئاب (D=65) وارتفاع لكل من مقياس الإكتئاب (DEP=85) ومقياس الإكتئاب الذاتي (D1=79) ومقياس التباطؤ الحسي الحركي (D2=70) ومقياس العزلة الاجتماعية (Sc1=89)، على العكس فالإثارة تحددها ارتفاع المقاييس الهوس الخفيف (Ma=91) ومقياس التسارع الحسي الحركي (Ma2=78)، تظهر مشاعر القلق من خلال ارتفاع الدرجات المتحصل عليها على مستوى مقياس السيكاثينيا (Pt) ومقياس القلق (A) على مستوى المقاييس الإضافية وعلى مستوى مقاييس المحتوى (ANX)، أما الغضب وصعوبات التحكم يترجمه ارتفاع المقاييس الانحراف السيكوباتي (Pd) ومقياس الغضب (ANG) ويظهر الخوف من خلال المستوى المتوسط لمقياس الخوف (FRS).

5- الجانب المعرفي:

يمكن تقييم السير المعرفي عن طريق مجموعة من المقاييس، فنجد أن العملية الذهانية قد تظهر من خلال ارتفاع مقياس الفصام (Sc) ومقياس أفكار غريبة (Biz=119). أما ظواهر الغرابة وتبدد الشخصية فتظهر عن طريق ارتفاع مستوى المقياس (Sc3=98). أما الاستمرار والشك والتردد فنلتمسها في ارتفاع المقاييس السيكاثينيا (Pt) والوسواس (OBS)، أيضا مشاكل الذاكرة والانتباه والتركيز تظهر جزئيا من خلال ارتفاع المقاييس الانسداد العقلي (D4=88) ونقص التحكم في الأنا على المستوى المعرفي (Sc3=98) ونقص التحكم في الأنا على المستوى العاطفي (Sc4=89).

ويظهر المحتوى المعرفي الإضطهادي من خلال الدرجة المرتفعة على المقاييس البارانويا (Pa) ومقياس أفكار اضطهادية (Pa1=109). أما ارتفاع مستوى المقاييس الاحتراز (D5=69) والعزلة

الشخصية (Pd5=84) يعتبران مؤشر للشعور بتأنيب الضمير. بينما الدرجة المتوسطة على مقياس الإكتئاب (D=65) وارتفاع كل من مقياس الإكتئاب الذاتي (D1=79) والعزلة العاطفية (Sc2=107) فهم مؤشرات للدلالة على التشاؤم.

6- تصور الذات:

تعبّر الدرجة المتوسطة على مقياس انخفاض تقدير الذات (LSE=66) مستوى تقدير للذات متدني قليلاً، كما قد تشير الدرجات المرتفعة على كل من مقياس سلوك النمط A (TPA=77) وتضخم الأنا (Ma4=70) إلى وجود سمات نرجسية.

7- العلاقات مع الآخرين:

يظهر خلل ونقص تقدير الذات وأحياناً الفوبيا الإجتماعية من خلال ارتفاع المقاييس الإلتواء الإجتماعي (Si) والعزلة عن الذات والآخرين (Si3) والقلق الإجتماعي (SOD)، كما تظهر علامات الانسحاب والهروب والعزلة الإجتماعية من خلال ارتفاع المقاييس العزلة الإجتماعية (Sc1=89) فأغلب العلاقات الخارجية تسودها مشاعر الشك والعدائية، يظهر الغضب أيضاً اتجاه العلاقات من خلال ارتفاع المقاييس التالية: الإنحراف السيكوباتي (Pd)، العزلة الشخصية (Sc5)، الغضب (ANG) السخرية (CYN)، الممارسة المضادة للمجتمع (ASP)، سلوك النمط A (TPA).

8- مشاكل خاصة:

يعكس ارتفاع المقاييس الإدمان على الكحول (MAC-R=89) والإدمان الصريح (AAS=108) مشكلات ادمانية وتعاطي المخدرات، ويلاحظ أيضاً الإهتمامات بالصحة من خلال ارتفاع المقاييس الإهتمامات الصحية (HEA=88) والشكاوى الجسمية (Hy4=89)، ووجود صراعات ومشاكل عائلية من خلال ارتفاع المقاييس المشاكل العائلية (FAM=85) والخلاف العائلي (Pd1=83) يضاف على ذلك مشاكل في العمل وزملاء العمل والتي كشف عنها مقياس العمل (WRK=86).

4- خلاصة الحالة:

من خلال ما تم عرضه من نتائج تبين أننا أمام توظيف ذهاني من نوع فصام مصحوب بالتفكير المضطرب والارتباك وعدم التنظيم، هناك أيضاً أحياناً مواقف وأفكار غير عادية وأوهام وهلوسة (خاصة ذات الطبيعة الدينية) ونقص في السيطرة، يعاني سامي من انخفاض في الحالة

المعرفية وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الإنتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية واللغة والقدرات الإبصارية الفراغية ومشاكل في ادراك الإطار الزمني والمكاني، كما نجد علامات الهوس من خلال الاثارة وفرط النشاط والأرق واضطرابات النوم، يضاف على ذلك الشكوك والارتياب والأفكار الإضطهادية وتضخم الأنا وحساسية مما نجم عنهم عزلة اجتماعية وانسحاب وصعوبات علائقية اندفاعية واستثارة وتهيج وغضب عند مواجهة الضغوط، نجد أيضا طفولة سيئة وأحداث صدمية وبرود العلاقة الأبوية وصراعات أبوية دائمة، أيضا ظهور علامات توهم المرض، اضطرابات جسمية، وهن تعب والآلام متعددة، بالإضافة إلى المعاش المكتئب والقلق للصداع النصفي من خلال تواجد كافة أعراض الإكتئاب والقلق، يعكس كل هذا محدودية دفاعاته وموارده السيكلوجية وشعوره بالفراغ الانفعالي وللهروب والتخلص من كل هذا يلجأ إلى الأفكار الانتحارية واحتمالية المرور إلى الفعل والادمان على المخدرات فهو لا يثق في العلاج النفسي ويؤمن بتناول الأدوية والمخدرات.

نجد أن التوظيف النفسي للحالة يتميز بتوظيف ذهاني ووجود اضطراب الفصام الوجداني.

الحالة الرابعة:

1- عرض وتحليل نتائج المقابلة

"ياسمينه" شابة سمراء طويلة القامة تبلغ من العمر (39) سنة ذات مستوى جامعي، بدون وظيفة دائمة، الأخت الكبرى لذكرين وثلاث إناث، تعاني من ارتفاع ضغط الدم، جدتها وأخ وأخت لها أيضا مصابون بالصداع النصفي.

تعاني ياسمينه من الصداع منذ حوالي سبع سنوات تقريبا وشخصت من طرف طبيب مختص على أنها تعاني من الصداع النصفي، لديها تغير في الإحساسات متزامن مع الصداع يتمثل في: قيء، الإغماء، حساسية اتجاه الضوء والأصوات والروائح، يأتي ألم الصداع من الجانبين مرات الجهة اليمنى ومرات اليسرى، مؤخرا تناقصت نوبة الصداع لدى الحالة فأصبحت تصاب مرة كل شهرين بالصداع النصفي لمدة من يومين إلى ثلاث أيام.

تتميز الحالة النفسية لياسمينه قبل نوبة الصداع ب: المزاج الحزين، فقدان الطاقة، قلة النوم فقدان الشهية، تثاقل نفس حركي، البكاء الكثير، تفكير زائد وصعوبة في التركيز ومرات صعوبة في اتخاذ القرار، قلق، ضغط، تستمر هذه الأعراض أثناء نوبة الصداع بالإضافة إلى فقدان المتعة في الأنشطة غثيان وتلبك في المعدة، إحساسات بقصر النفس أو الاختناق، الإحساس بالدوران والإغماء.

عاشت ياسمينة طفولة مليئة بصراعات الوالدين، الأب يشرب الكحول وغير متفق تماما مع زوجته شجارات كثيرة لدرجة الضرب فتذهب الوالدة إلى بيت الخال لأنها يتيمة الأبوين "ماما كانت بزاف تغضب"، فكان أولادها يعاملون معاملة سيئة في بيت الخال لذلك في مرة من المرات قررت ياسمينة وهي صاحبة العشر سنوات أن تبقى في بيت أبيها الذي يسكن فيه مع أخوه "قررت مروحش بقيت وحدي نرقد وحدي"، كانت الصراعات العائلية تتزايد خاصة مع العم المتسلط وخضوع الأب لسيطرته وقراراته، ثم اضطروا لترك البيت وكراء شقة بسبب اعتداء بنات العم على الأم ولكن صراعات الوالدين استمرت فأصيب الأم بمرض روجي "تأذت من قبل الجن"، أصبحت ياسمينة هي الأم لأخوتها وهي صاحبة الثالث عشرة من عمرها، فأهملت دراستها "وليت ما نقرش عاودت البيام ثم غيرت العائلة البيت بحثا على شفاء الأم واعتقادا أن الأذى أصابها في الشقة، ونتيجة لضيق مالي باع الأب البيت "باع دار بلا ما يقلنا"، فمكثوا في بيت الخال سنتين وثلاث سنوات في بيت كراء، ثم أعطاهم العم بيته ليسكنوا فيه فتدهورت صحة الأم "ماما مرضت مرارة، كنت في باك عامي زواج" فزادت مسؤوليات ياسمينة العائلية "تشوفي خوك محبش يروح يقرأ، الأم مكانش"، بالنسبة للعلاقات الاجتماعية لديها فتصفها بالكثيرة.

بالنسبة للحياة العاطفية أقامت ياسمينة عدة علاقات عاطفية لم تكلل بالزواج وتحدثت عن علاقتها وهي متأثرة وتبكي "نعاود نفس الأخطاء جايحة أو طيبة"، حيث دامت علاقتها الأولى ستة سنوات "مديت ستة سنوات لإنسان باينة راهي نتيجة" وتلوم نفسها كثيرا "قد ما عندي لعقل قد ما يصراولي مواقف غباء مشكلتي نصدق" ثم عرفت أشخاص آخرين "بعدو مكنتش ضانة روجي نزيد نمد فرصة لواحد"، حاليا هي في علاقة شبه منتهية بشخص يصغرها بسبع سنوات "قالني هاني قابل واحد نهار اكتشفت بلي كذب عليا جببت روجي ودك يضال يبعثلي"

تمر ياسمينة بمراحل تشعر بالإكتئاب، والأرق تفضل العزلة والإنطواء «نينا أكل تجي وضعك نتاع الخدمة، حوايج تبعتها وماستفدت والو كيما لقراية، ضيعت فرص زواج يخلوك تكتأبي وعزلة كي يتعبوك في داخل" تعرضت للضرب من طرف أخيها الذي يصغرها بست سنوات "كان عطى ربي راني في داري"، يضاف على ذلك قلقها على صحة والدها الذي أصيب بالسرطان وذهب حاليا إلى فرنسا للعلاج.

مؤخرا أصبحت ياسمينة تعاني من تسلط الأفكار نتيجة لتشخيصات متضاربة حيث قامت بتحليل مرتين فظهرت النتائج مختلفة، فزارت عدة أطباء ومخابر تحاليل لكن لحد الآن لم تصل إلى تشخيص أو علاج، تبالغ في الشكوى، تعاني من ارتجافات في الأيدي "ارتجافات في يدي مرات من تعب"، نادرا ما تعاني الحالة من صعوبات في الأكل، لمدة ثلاث سنوات لم تصدق الحالة أنها مصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم "مهونة في صحتي، ثلاث سنوات وأنا منيش مصدقة بلي راني ضغط ماقدرتش ندير رجيم".

بصفة عامة كانت ياسمينة خلال المقابلة متأثرة جدا وتبكي وتتكلم دون توقف، واستخلصنا من خلال المقابلة أن ياسمينة تعاني من عدة شكاوي بدنية وآلام مختلفة "الصداع النصفي، ضغط الدم" كذلك ظهرت لديها مؤخرا مشاكل في المناعة الداخلية، عايشة ذلك بمشاعر الخوف، الإكتئاب والحزن والتوتر بالإضافة إلى الإنكار من جهة والتضخيم من جهة أخرى، أما بالنسبة للمعاش النفسي للصداع النصفي تميز بظهور كافة أعراض الإكتئاب حسب DSMV لدى الحالة المتمثلة قبل وأثناء نوبة الصداع المتمثلة في: المزاج الحزين، فقدان المتعة في الأنشطة، فقدان الطاقة، قلة النوم، فقدان الشهية، تثاقل نفس حركي، صعوبة في التركيز والتفكير واتخاذ القرار، قلق، تثاقل نفس حركي بالإضافة إلى القلق والضغط، كما تعيش العديد من الصراعات العائلية التي تجعلها غير مرتاحة وخاصة وأنها الابنة الكبرى للعائلة فهي تتحمل مسؤولية العائلة وتلعب دور الأم داخل العائلة، تحملها مسؤولية لا تعنيها منذ صغرها وعدم تمكنها من الزواج وتكوين عائلة والحصول على وظيفة جعلها مفرطة الحساسية للنقد ولنظرة الآخرين لها، وعدم القدرة على التطلع إلى المستقبل بتفاؤل عادي، مما ساهم في تذبذب تقدير الذات لديها بين تضخم الذات ولوم الذات، من الناحية الإجتماعية يظهر نوع من الانبساطية ومستوى جيد من العلاقات الإجتماعية، ومن الناحية العاطفية تبين أنها تبحث عن الحب والحنان، مما جعلها تدخل في العديد من العلاقات العاطفية التي كانت تتوقع فشلها منذ البداية أما بالنسبة للجانب المعرفي فكانت قدراتها المعرفية ضعيفة من حيث القدرة على التذكر والتركيز وإدراكها للإطار المكاني بينما إدراكها للإطار الزمني جيد.

2- عرض وتحليل نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R):

جدول 49:

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الرابعة

الأبعاد	الدرجة	الدرجة المعيارية
الانتباه والتوجه	16	18
الذاكرة	22	26
الطلاقة اللفظية	10	14
اللغة	21	26
القدرات الإبصارية الفراغية	16	16
الدرجة العامة لاختبار ACE- R	85	100

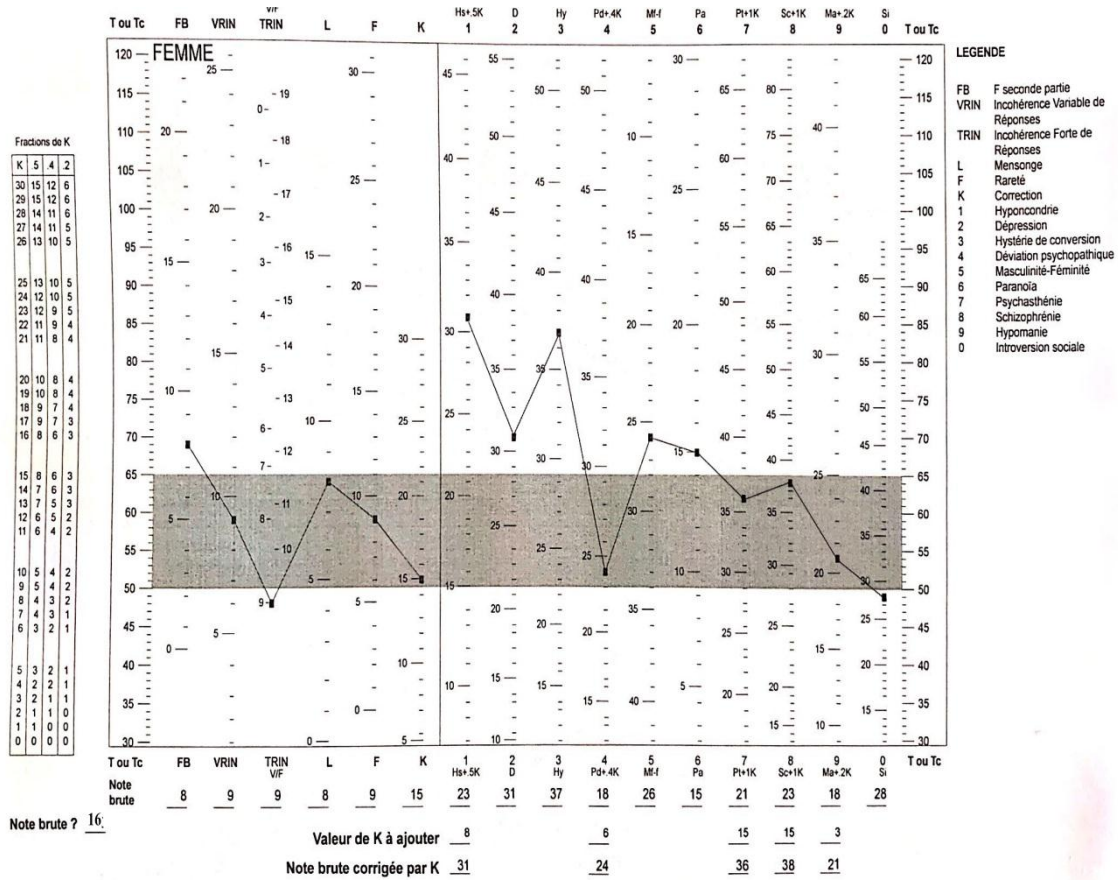
من خلال الجدول يتضح أن الحالة تعاني من انخفاض في الحالة المعرفية حيث تحصلت في الدرجة العامة للاختبار على (85) وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الانتباه (16)، الذاكرة (22)، الطلاقة اللفظية (10) واللغة (21).

3- عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI- 2 :

تمت الإجابة على الإختبار خلال مقابلتين تخللتها بعض الانتقادات التي وجهتها يasmine حول عبارات الإختبار، فكانت نتائج مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 كما يلي:

شكل 13

نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الرابعة



موقف الحالة إزاء الإختبار:

لم تجب ياسمينة على العديد من البنود (؟)=16، ولكن أقل من 30 إجابة وموزعة على كافة الإختبار أين كانت بعضها ذات مضامين جنسية مثل "حياتي الجنسية مرضية"، "لم تحدث لي أبدا مشكلة بسبب سلوكي الجنسي" وأخرى ذات مضامين عدائية واضطهادية مثل "شخص ما يحاول أن يفس لي السم"، "ليس لي أعداء يريدون حقا إيقاع الأذى بي" وأخرى تتعلق بالإدمان وشرب الكحول مثل "استمتعت بتدخين المارخوانا"، "مرة كل أسبوع أو أكثر أصبح منتشيا أو سكرانا"، وتحجبت ياسمينة بأنها غير واضحة الصياغة وتحتمل تأويلات عديدة، مما يشير إلى دفاعية ياسمينة اتجاه الإختبار وأنها جد متشككة في نوايا الآخرين، كما نلاحظ درجة متوسطة على مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) (T=59) تشير إلى استعدادها للاعتراف بعدد من الخبرات غير مألوفة، ونجد ارتفاع قليل على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) (T=69) يعبر عن مستوى كبير من

الاضطراب العاطفي، وكانت قيمة $(F) < (Fb)$ تشير إلى دفاعية ياسمينية إزاء الإختبار في بدايته ثم تعاونها واهتمامها بالجزء الثاني للاختبار، بينما تشير الدرجة المتوسطة على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (VRIN) $(T=59)$ إلى استجابات غير متسقة من طرفها أكثر مما كان متوقعًا، ومستوى منخفض على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN) $(T=48)$ يشير إلى بروتوكول مقبول، بالإضافة إلى الدرجة العادية على مقياس التصحيح (K) $(T=51)$ تعبر على أنها تحتفظ بتوازن مناسب بين الكشف عن الذات ووقاية الذات، بينما تشير الدرجة المتوسطة على مقياس الكذب (L) $(T=64)$ على أنها تقليدية للغاية ومتوافقة أخلاقياً، ذات صلابة فاضلة.

بصفة عامة تعاملت ياسمينية مع الإختبار بطريقة صريحة حيث اعترفت بوجود معاناة وأعراض نفسية. البروتوكول إذن مقبول وبالتالي يمكن تحليل نتائج المقاييس الإكلينيكية والمقاييس الإضافية ومقاييس المحتوى.

المقاييس الإكلينيكية:

نلاحظ من خلال الصفحة النفسية لياسمينية وجود ارتفاع ملحوظ على مستوى المقاييس التالية:

- 1- توهم المرض (Hs) $(T=86)$ ؛ 3- الهستيريا (Hy) $(T=84)$ ؛ 2- الإكتئاب (D) $(T=70)$ ؛
- 6- البارانونيا (Pa) $(T=68)$.

تحصلت ياسمينية على درجة مرتفعة جدا على مقياس توهم المرض (Hs) $(T=86)$ تشير إلى أنها شديدة الانشغال بأعراض جسدية مفرطة وغامضة وغير محددة: اضطرابات الجهاز الهضمي والتعب، والألم، والضعف العام، وكذلك على درجة جد مرتفعة على مقياس الهستيريا (Hy) $(T=84)$ تعبر على أنها تعاني العديد من الشكاوى الجسدية، تميل للإستجابة للتوتر بأعراض جسدية مثل الصداع وألم الصدر والضعف العام وعدم انتظام دقات القلب، تظهر هذه الأعراض وتختفي فجأة تميل إلى الافتقار إلى البصيرة بسبب الأعراض والجهل بالنوايا والمشاعر العميقة، وتستخدم الإنكار والقمع كآليات الدفاعية. وبالرجوع إلى المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس نجد ارتفاع مقياس الشكاوي البدنية (Hy4) $(T=77)$ مما يدل على أنها تشكو من علل بدنية من النوع الذي يشير إلى الكبت وتحول الوجدان، يليه مقياس الضيق والتعب (Hy3) $(T=72)$ يشير إلى أنها تعمل بدنيا وعقليا بمستوى منخفض وتجاهد للحفاظ على واجهة جيدة.

ويشير ارتفاع مقياس الإكتئاب (D) ($T=70$) على أن ياسمينة في مزاج مكتئب أو مزعج، تشعر بالتعاسة والتشاؤم، شعور بانعدام القيمة، واستنكار الذات، وأحياناً مع أفكار الذنب، الضعف العام والوهن والتعب وفقدان الطاقة، أعراض جسدية غامضة، احتمالية الشعور بالقلق والتوتر والعصبية وسرعة الإنفعال، عدم القدرة على التطلع إلى المستقبل بتفاؤل عادي. ومن خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس نجد ارتفاع مقياس الخلل الوظيفي للجسم (D3) ($T=87$)، مما يدل على أن ياسمينة تشكو من علل بدنية ومنشغلة بذاتها.

إضافة إلى ذلك بينت النتائج مستوى مرتفع قليلاً عن المتوسط (65) على مقياس البارانونيا (Pa) ($T=68$) يشير إلى أنها حساسة للعلاقات البينشخصية وهي تفكر بوضوح وعقلانية، قد تكون مفرطة الحساسية للنقد وتفسر أفعال الآخرين نحوها على أساس شخصي، ومن خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس نجد ارتفاع مقياس الحساسية (Pa2) ($T=66$)، مما يشير إلى أنها تعتبر نفسها شيئاً خاصاً ومختلفاً عن الآخرين وهي شديدة الإعزاز بمشاعرها الحساسة ومفرطة الذاتية. بينما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس الذكورة والأنوثة (Mf) ($T=70$) على أنها واثقة من نفسها ومنطقية عاطفية قليلاً، تحب المنافسات، ونشيطة.

الرمز النموذجي للبروفيل:

يظهر الرمز النموذجي للحالة من النمط "13" ويحول هذا النمط المصاعب الشخصية إلى الشكاوي البدنية، حيث أن الألم هو شكوى متكررة، هذا النوع من النمط أكثر شيوعاً مع النساء وكبار السن، تزداد الأعراض الجسدية خلال فترات الضغط، من الصعب جداً على الأفراد الذين لديهم هذا النوع من النمط تقبل العلاج النفسي لأنهم يرون مشاكلهم عضوية.

يعد التعبير عن المشاعر السلبية أمراً صعباً بالنسبة لياسمينة، لا تدرك نزواتها وعواطفها السلبية وتهتم في المقام الأول بأن يُنظر إليها على أنها طبيعية ومسؤولة وخدمية ومتعاطفة، غالباً ما تنظم حياتها حول المثل العليا لخدمة الآخرين والمساهمة في المجتمع. غير مرتاحة للصراع لدرجة أن تقمع النزوات غير المقبولة التي قد تؤدي إلى التدهور الجسدي، تشعر بالتهديد من أي إشارة إلى أنها قد تواجه صعوبات نفسية، وهي تعتبره ضعف، أو تُظهر على شكل سلوكيات غير مألوفة.

تحول ياسمينة مشاكلها النفسية إلى أعراض جسدية ذات مصدر خارجي، تشكو من أعراض جسدية متعددة مثل مشاكل الجهاز الهضمي، الضغط الدموي، مشاكل جسدية مبهمّة ومشاكل التوازن

أو التنسيق، تصف نفسها بأنها متعبة، وأن لديها معاملة غير عادلة في الحياة. لا يتم التعبير عن الإكتئاب والقلق علانية، بغض النظر عن مدى قلقها بشأن ضعف أدائها البدني. هي تفتقر إلى البصيرة، وغير مدركة لسلوكها، ومقاومة للغاية للتفسيرات التي تشير إلى أنه قد يكون هناك تأثير نفسي في الشكاوي الجسدية لديها، هي سلبية وتقليدية للغاية تستثمر القليل من الطاقة في معرفة نفسها أو الآخرين، تشعر أنه يُنظر إليها على أنها منطقية ولا تعاني من مشاكل نفسية.

يتعلق هذا النمط عموماً بالاضطرابات العاطفية الرئيسية، توهم المرض، اضطرابات الشكل الجسدي بالإضافة إلى الشخصيات السلبية - العدوانية أو الهستيرية، كما يمكن العثور على هذا النمط أيضاً في المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة أو من مشاكل جسدية تتدهور بسبب الضغط.

مقاييس المحتوى:

*الأعراض الداخلية:

نجد أن ياسمينه تعاني من مخاوف متعددة والتي ظهرت من خلال الدرجة المتوسطة على مقياس الخوف (FRS) (T=65) كما لديها صعوبة في اتخاذ القرارات، ومقاومة للتغيير، وتكون تحت الضغط في العلاقات الشخصية وهذا ما دلت عليه الدرجة المرتفعة قليلاً فوق المتوسط على مقياس الوسواس (OBS) (T=68) بالإضافة إلى مشاكل التأقلم أو القلق أو العصبية أو نقص الطاقة، هذه الشكاوى تمثل ضائقة نفسية عبرت عليها من خلال ارتفاع درجة مقياس الاهتمامات الصحية (HEA) (T=82).

*الصعوبات المعاشة:

يبدو أن ياسمينه جد مقاومة لعوامل التغيير وغير مرتاحة وغير متحمسة للتعبير عن صعوباتها ومقتنعة تماماً بأنه ليس من المفيد مناقشة الصعوبات النفسية التي تواجهها وترى أن مشاكلها عضوية توجب تناول أدوية وهذا ما عبرت عليه الدرجة المرتفعة على مقياس مؤشر العلاج السلبي (TRT) (T=74).

المقاييس الإضافية:

يظهر وجود التوتر، وانعدام الثقة بالنفس، والشعور بعدم الأمان، وكذلك صعوبة اتخاذ القرارات من خلال الدرجة المتوسطة على مقياس القلق (A=65). ونجد الشعور بالكف وعدم القدرة على مواجهة

الضغوطات وعلى التكيف مع التغيرات الحاصلة في المحيط والتي تظهر عبر الدرجة الخامسة الجد منخفضة على مقياس قوة الأنا ($Es=21$) يضاف على ذلك أيضا عدم زواجها يسبب لها مشكلات والتي أشارت إليها الدرجة المتوسطة على مقياس الخلافات بين الأزواج ($Mds=66$) كما قد تشير الدرجة المتوسطة على مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PK) ($T=66$) إلى وجود اضطراب عاطفي، اكتئاب محتمل، قلق، صعوبة في النوم، الشعور بالذنب، فقدان السيطرة ، أو مشاعر عدم الفهم كلها مؤشرات للشعور بالضيق، سوء التكيف أو المرض النفسي.

التوظيف النفسي للحالة:

* الموارد النفسية:

من خلال المقاييس الإضافية قوة الأنا (Es) ومقياس السيطرة (Do)، تحصلت ياسمينة على درجة منخفضة على المقاييس، مما يدل على نقص الموارد السيكلوجية لديها.

* الدافعية:

من خلال ارتفاع مقياس الهستيريا على المقاييس الإكلينيكية ($Hy > 64$) الذي يشير إلى أن لدى ياسمينة دافعية للتغيير محدودة للغاية ولا يمكن أن تستمر إلا من خلال أهداف ملموسة، كما تشير الدرجات المرتفعة على مقياس مؤشر العلاج السلبي (TRT) ($T=74$) من مقاييس المحتوى إلى وجود مواقف تتسم بعدم الثقة اتجاه العلاجات النفسية وحافز منخفض للتغيير. يشير كل هذا إلى غياب الدافعية نحو العلاج النفسي لديها.

* عوامل المقاومة: من خلال ما يلي:

الصلابة: من خلال المقاييس الإكلينيكية يتبين أن مقياس الهستيريا ($HS > 64$) يشير إلى رؤية متشائمة للمستقبل مصحوبة بتوظيف غير مرن، بالإضافة إلى ارتفاع مقياس البارانونيا ($Pa > 65$) يشير إلى مقاومة قوية للتغيير. يصعب الحصول على التحالف العلاجي مع هذه الحالات بسبب عدم الثقة والشك على المستوى العلائقي لديهم.

الميكانيزمات الدفاعية: مثل إنكار الاضطرابات النفسية من درجات عالية في المقاييس الإكلينيكية التالية:

مقياس توهم المرض (HS) الذي يصف الأفراد الذين ينسبون سبباً جسدياً إلى صعوباتهم النفسية. لديهم توقعات طبية وبالتالي احتمال ضئيل للتغيير، يضاف إلى ذلك ارتفاع مقياس الهستيريا (Hy) الذي يشير إلى الأفراد الذين لا يدركون الطبيعة النفسية لانزعاجهم ويبحثون باستمرار عن حلول طبية. وبالتالي ينكرون مصدر الصراع الداخلي، وترجع الصعوبة الرئيسية في ذلك إلى التشكيك النوايا وعدم الثقة لدى هؤلاء الأفراد، مما يمنع الاستثمار الحقيقي في العلاقة العلاجية والذي تجسد من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس البارانويا.

ملخص نتائج اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية 2-MMPI:

1- صدق البرتوكول:

ما يميز برتوكول ياسمينه هو عدد معتبر من الإجابات الغير مجاب عليها والذي كان أقل من 30 عبارة، وتجدر الإشارة أنه برتوكول مقبول مدام لم يتجاوز الحد الأقصى، وهذا إشارة إلى دفاعية وانعدام الثقة وتشكيك في نوايا الآخرين اتجاهها، كذلك من خلال تحليل نتائج مقاييس الصدق نجد أن معظمها كانت منخفضة إلا بعض الارتفاع على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) (T=69) الذي يعبر عن الاضطراب العاطفي، وعموما كانت مقاييس الصدق مقبولة وتشير إلى برتوكول صادق ووجود معاناة وأعراض نفسية وجسدية.

2- عرض وإظهار الذات:

كانت درجة المقياس عدم التواتر أو الندرة (F) متوسطة وتشير إلى استعداد ياسمينه إلى الاعتراف بمعاناتها النفسية وهذا ما دل عليه الارتفاع القليل على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) والذي يعبر عن مستوى كبير من الاضطراب العاطفي.

3- مستوى المعاناة:

هناك العديد من المقاييس التي تقيس درجة الكرب والمعاناة مثل ارتفاع مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb)، وارتفاع مقياس توهم المرض (HS)، وارتفاع مقياس الاهتمامات الصحية (HEA) على مقاييس المحتوى ومن خلال انخفاض المقاييس الإضافية قوة الأنا (Es) ومقياس السيطرة (Do)، وارتفاع مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PK)، كلها تشير لمدى المعاناة المعاشة.

4- الجانب العاطفي:

إن وجود وجدانات اكتئابية يترجمه ارتفاع مقياس الإكتئاب (D) الذي عبر عنه ارتفاع مقياس الخلل الوظيفي للجسم (D3)، كما يظهر القلق من خلال الدرجة المتوسطة على مقياس القلق (A) للمقاييس الإضافية، ويظهر الخوف من خلال الدرجة المتوسطة لمقياس الخوف (FRS).

5- الجانب المعرفي:

يمكن تقييم التوظيف المعرفي في MMPI- 2 عن طريق مجموعة من المقاييس فمثلا ارتفاع مقياس الاهتمامات الصحية (HEA) يشير إلى سيرورة عصبية، كما يقيس MMPI- 2 عدد كبير من المحتويات المعرفية مثل الإضطهاد الذي يظهر من خلال ارتفاع مقياس البارانويا (Pa)، والنظرة التشاؤمية نجدها عبر ارتفاع مقياس الإكتئاب (D).

6- تصور الذات:

يشير انخفاض مقياس العزلة الشخصية (Pd5) إلى انخفاض في تقدير الذات.

7- العلاقات مع الآخرين:

حصول ياسمينه على درجات متوسطة على كل من المقاييس إنكار القلق الإجتماعي (Hy1=53)، هدوء اجتماعي (Pd3=52) والهدوء (Ma3=63) تشير إلى وجود مستوى معتدل من الانبساط ويمكن ملاحظة نوع من السطحية ونقص النضج يظهران من خلال الدرجات التي تراوحت بين المرتفعة والمتوسطة على المقاييس الهستيريا (Hy)، إنكار القلق الإجتماعي (Hy1)، الحاجة للعاطفة (Hy2)، كبح العدوانية (Hy5)، السذاجة (Pa3).

8- مشاكل خاصة:

نجد الاهتمامات بالصحة ظاهرة لدى ياسمينه من خلال المقاييس التالية: توهم المرض (Hs) الاهتمامات الصحية (HEA)، الخلل الوظيفي للجسم (D3)، الشكاوي الجسمية (Hy4).

4- خلاصة الحالة:

من خلال النتائج تظهر الحالة بأنها تركز انشغالها على الخوف من الإصابة بمرض خطير بناء على تفسيرات لأعراض جسدية خاطئة تعيش ذلك بمشاعر من الحزن واليأس وتكرر التفسيرات

النفسية لذلك، مما يجعلها مقاومة جدا وغياب الدافعية للعلاج النفسي، لا تدرك نزواتها وعواطفها السلبية، إجتماعية وتكون علاقات شخصية واستعراضية تتلاعب بالآخرين من خلال شكاوي جسدية، يهيمن عليها العداء الكامن والسعي العاطفي القوي، تتميز بالاستجابات العاطفية المفرطة سعياً للفت الإنتباه، تعاني من الإخفاق والإحباط وتحتاج إلى أن تكون محبوبة، وتقدير ذاتها منخفض تقدم خدمات للآخرين لكن تبقى سطحية العلاقة لحساسيتها المفرطة اتجاه الآخرين. كما تميز المعاش النفسي للصداع بتواجد المظاهر العيادية للقلق والإكتئاب، مما ساهم في زيادة معاناتها النفسية وانشغالاتها الصحية. كما تعاني من انخفاض في الحالة المعرفية وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الإنتباه، الذاكرة ، الطلاقة اللفظية واللغة.

نجد أن التوظيف النفسي للحالة هو توظيف عصابي من النوع الهستيري.

الحالة الخامسة:

1- عرض وتحليل نتائج المقابلة

"يوسف" رجل قصير القامة مكتنز الجسم، متزوج وأب لأربعة أولاد، يبلغ من العمر (42) سنة مستوى جامعي، موظف، يحتل الرتبة الخامسة بين ذكر وستة إناث، لا يوجد في عائلته من يعاني من الصداع النصفي وهو من عائلة مرموقة وذات مكانة اجتماعية.

يعاني من الصداع النصفي منذ حوالي تسع سنوات حيث تزامنت إصابته بالصداع مع مرض أمه بسرطان الثدي وكانت رحلة علاجها شاقة، كذلك بقيام يوسف بعملية نزع كيس خلف الأذن. تسبق نوبة الصداع بعض الأعراض كالتثاؤب وتغير في الإحساسات: حساسية من الضوء والأصوات، بينما أثناء الصداع الارتجاف مع تغير في نفس الإحساسات: حساسية من الضوء والأصوات. شخص من طرف طبيب مختص على أنه يعاني من الصداع النصفي، يأتي ألم الصداع في الجانب الأيمن دائما ويعاني منه يوميا تقريبا.

الحالة النفسية لليوسف قبل نوبة الصداع تتميز ب: المزاج الحزين، فقدان المتعة من الأنشطة فقدان الطاقة، قلة النوم، تثاقل نفس حركي، صعوبة في التركيز والتفكير واتخاذ القرار، إحساس بالارتعاش والارتجاف، قلق، ضغط، تستمر هذه الأعراض كذلك أثناء نوبة الصداع بالإضافة إلى فقدان الشهية.

يعاني من تسلط الأفكار يتضمن محتواها الإصابة بالأمراض المزمنة كضغط الدم أو السكري يزور كثيرا الأطباء بسبب الصداع النصفي حيث قصد حتى أطباء في فرنسا "روح بزاف لأطباء على راسي"، يبالغ في الشكوى عن ألم الصداع النصفي "تبالغ في الشكوى على راسي"

عاش يوسف طفولته مع أمه لأن أباه كان مغتربا والذي تربطه به علاقة يسودها الإحترام أكثر من العاطفة، ومزال يعيش رفقة عائلته الصغيرة مع والديه أين تقوم الزوجة ذات اختيار تقليدي بشؤون البيت وأنه راضي عن زواجه "راضي جدا"، ولديه بعض المشاكل الأسرية والتي يصفها بأنها لا تستحق الذكر.

بالنسبة لعلاقاته الإجتماعية يصفها يوسف بالكثيرة لكن يتأثر بكلام الناس المتضمن الإساءة والتجريح خاصة في فترة انتخابات نواب المجلس الأخيرة "مثلا في هذه المرحلة مع تعييني مندوب للسلطة التنفيذية المستقلة أسمع كلاما كثيرا عن تحيزي لفئة معينة وأنني غير عادل في قائمة المؤطرين"، كان شديد الحزن والغضب من نظرة الناس إليه ووصف ردة فعله على ذلك بأنه يسودها الصمت واضطراب النوم وتذبذب في الشهية، كما يسبب الوزن الزائد ليوسف انشغالا كبيرا وقلقا على الصحة، رغم ذلك لا يتبع حمية لإنقاصه، إضافة إلى ذلك يسبب له عمله ضغوطا تؤدي إلى تفاقم نوبات الصداع النصفي والذي قد يغيره مستقبلا "طبعا يرجع الأمر للشقيقة لأنني مع ألام الرأس لا أستطيع تحمل الضغط".

بصفة عامة كان يوسف يتحدث باللغة الفصحى أثناء المقابلة رغم إخبار الباحثة له أنه بإمكانه استخدام الدارجة، كما حاول إظهار نفسه بصورة جيدة، على الرغم من تعابير الحزن البادية على وجهه وحيرته وانشغاله بآلام الصداع النصفي لديه وعبر عن رغبته في الحصول على علاج نهائي للصداع.

كما تبين من خلال المقابلة المعاش المكتتب للصداع النصفي من خلال تواجد كافة أعراض الإكتئاب حسب DSMV لدى الحالة المتمثلة في: المزاج الحزين، فقدان المتعة في الأنشطة، فقدان الطاقة، قلة النوم، فقدان الشهية، تناقل نفس حركي، صعوبة في التركيز والتفكير واتخاذ القرار، قلق تناقل نفس حركي.

بالإضافة إلى انشغاله الزائد بآلامه الجسدية والسمنة، وتأثره الشديد بكلام الناس المسيء خاصة في فترة انتخابات النواب الأخيرة أين عايش ذلك بمشاعر من الحزن، والتي تزامن وقت إجراء المقابلة بعد انتهائها بفترة قصيرة.

ومن الناحية العاطفية تبين أنه راضي جدا عن علاقته الزوجية ولديه بعض المشاكل الأسرية أما بالنسبة للجانب المعرفي فكانت قدراته المعرفية منخفضة من خلال القدرة على التذكر والتركيز وإدراكه للإطار والمكاني وكان جيدا في إدراكه للإطار الزمني. ويصف علاقاته الإجتماعية بأنها كثيرة ولكن الصداقات قليلة.

2- عرض وتحليل نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R):

جدول 50:

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة الخامسة

الأبعاد	الدرجة	الدرجة المعيارية
الانتباه والتوجه	17	18
الذاكرة	17	26
الطلاقة اللفظية	10	14
اللغة	23	26
القدرات الإبصارية الفراغية	16	16
الدرجة العامة لاختبار ACE-R	83	100

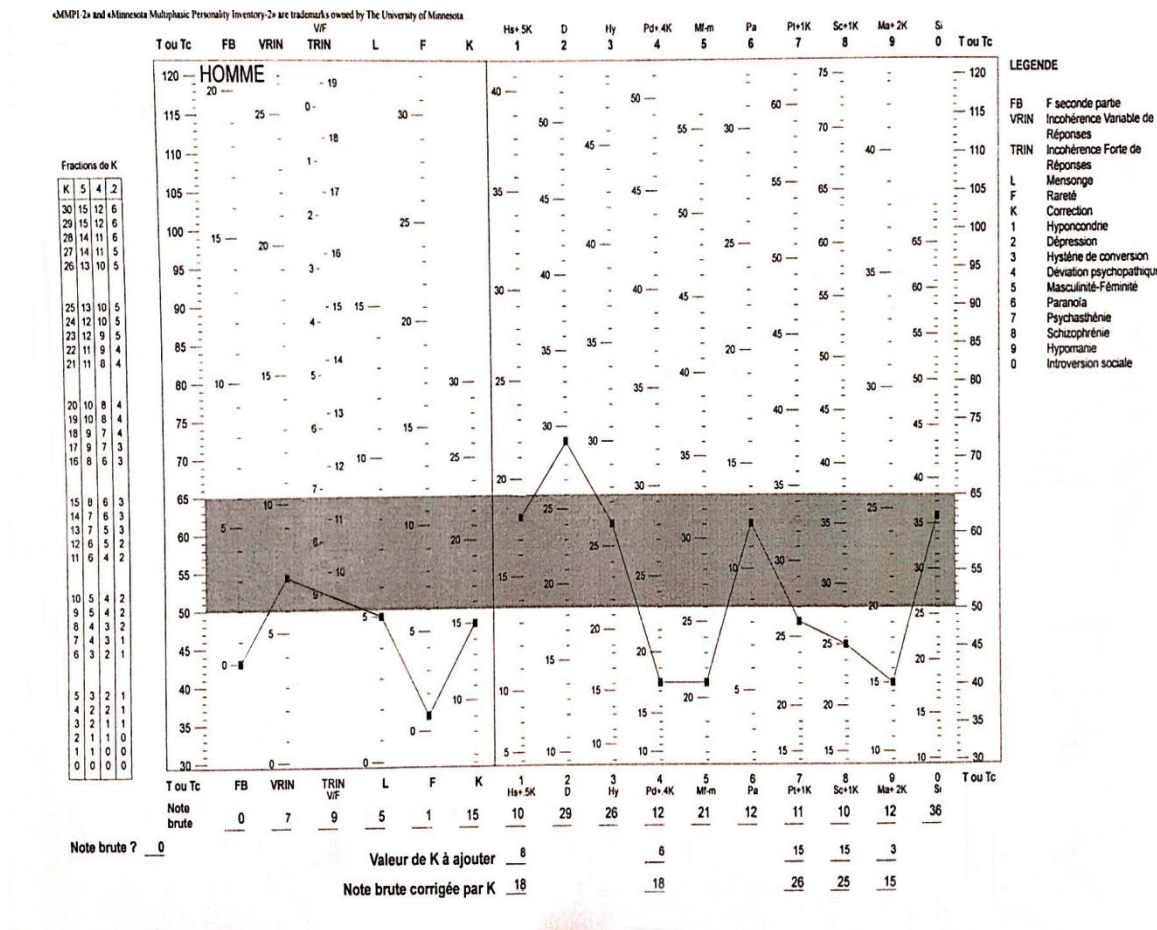
من خلال الجدول يتضح أن الحالة تعاني من انخفاض في الحالة المعرفية حيث تحصلت في الدرجة العامة للاختبار على (83) وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الانتباه (17)، الذاكرة (23)، الطلاقة اللفظية (10) واللغة (23) ومستوى جيد من القدرات الإبصارية الفراغية (16).

3- عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI- 2:

بعد إجراء المقابلة بمحاورها، تم شرح اختبار MMPI- 2 والهدف من تطبيقه للحالة ثم مباشر بالإجابة عليه ونظرا لكثرة عدد عبارات الاختبار وعدم تفرغه، تم تسليم اختبار MMPI- 2 للحالة ليجيب عليه في البيت ويحضر الإجابة بناء على طلبه، وتتمثل نتائج مقياس الصدق والمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 فيما يلي:

شكل 14

نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة الخامسة



موقف الحالة إزاء الإختبار:

نجد في البروفيل الغياب التام للإجابات على المقياس لا أدري (؟) = 0 أين أجاب على كافة العبارات، مما يشير إلى تعاونه أو محاولة منه للظهور بصورة جيدة لكن يعتبر البرتوكول صادق، كما كانت الدرجة منخفضة على مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) (T=36) تعبر على أنه يتجنب الإعتراف بالمضمون غير المقبول اجتماعيا أو المثير للاضطراب، يضاف إلى ذلك انخفاض الدرجة على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) (T=43) وهي مقبولة، بينما تشير الدرجة المتوسطة على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (VRIN) (T=54) إلى فرد متوتر جدًا أو الذي يحاول عمدًا المبالغة في متاعبه، ومستوى منخفض على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN) (T= 52) يشير إلى برتوكول مقبول، بالإضافة إلى الدرجة العادية على مقياس التصحيح (K) (T=48) تعبر على أنه يحتفظ بتوازن مناسب بين الكشف عن الذات ووقاية الذات، ولديه مصادر شخصية كافية لأن

يرغب في تدخل سيكولوجي ولأن يتقبله وتشير الدرجة المنخفضة على مقياس الكذب (L) ($T=49$) على أنه واثق من ذاته ومستقل قادر على مواجهة صعوباته.

عموما البروتوكول مقبول وبالتالي يمكن تحليل نتائج المقاييس الإكلينيكية والمقاييس الإضافية ومقاييس المحتوى.

المقاييس الإكلينيكية:

نلاحظ من خلال الصفحة النفسية ليوسف وجود ارتفاع ملحوظ على مستوى واحد هو: الإكتئاب (D) ($T=72$) عبر على أن يوسف متشائم وحزين تنقصه الطاقة، خجول، غير قادر على التركيز لديه شكاوي جسدية واضطرابات في النوم، وبالرجوع إلى المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس ارتفاع مقياس ارتفاع الخلل الوظيفي للجسم (D3) بدرجة تائية مقدارها (72)، مما يدل على أنه تشكو من علل بدنية ومنتشغل بذاته.

نجد أيضا مستوى متوسط على مقياس توهم المرض (Hs) ($T=62$) يصف هذا المستوى بأنه حزين ومتذمر وسريع الإنفعال كما لديه مخاوف كافية بشأن العدد المحدود من الأعراض الجسدية منتشغل بوظائفه الجسدية وبوزنه الزائد، ويشير المستوى المتوسط على الهستيريا (Hy) ($T=61$) إلى الأنانية والسطحية وإنكاره للمشكلات، كما عبرت الدرجة المتوسطة على مقياس البارانونيا (Pa) ($T=61$) على أنه قد يكون مفرط في الحساسية اتجاه النقد وينظر إلى تصرفات الآخرين باعتبارها ذات صلة شخصية به، بينما تشير الدرجة المتوسطة على مقياس الانطواء الاجتماعي (Si) ($T=62$) إلى أنه يفضل أن يكون مع مجموعة صغيرة من الأصدقاء. كما تشير إلى جديته وحذره ولديه ضبط نفس مفرط.

الرمز النموذجي للبروفيل:

يظهر الرمز النموذجي من النمط "2" معبرا عن اضطراب الإكتئاب وبنية عصابية، فمن المحتمل أن تكون الزيادة على المقياس الإكتئاب وحده مؤشرا على اكتئاب استجابي خفيف، كذلك بلغت مقياس الهوس (40) وهي أقل من 45، مما يشير إلى احتمالية كبيرة للإصابة بالإكتئاب الشديد كما يُظهر يوسف خصائص اكتئابية أين يميل إلى الانسحاب وعزل نفسه في حالات الصراع أو التوتر، مما يؤدي إلى تفاقم أعراض الإكتئاب لديه وهو تقليدي جدا.

تشخص الحالة بوجود اكتئاب استجابي خفيف والذي يمكن أن يزداد شدة بمرور الوقت.

مقاييس المحتوى:

*الأعراض الداخلية:

كل المقاييس جاءت منخفضة ما عدا مقياس الخوف (FRS) ($T=65$) كان ذو مستوى متوسط والذي يعبر على بعض المخاوف، انخفاض مقاييس المحتوى يشير إلى غياب السمات المرضية وتميز بالتوازن.

المقاييس الإضافية:

تشير الدرجة المنخفضة على مقياس القلق ($A=51$) إلى فرد يستمتع بالمنافسة ومغامر اجتماعيًا وقد لا يتمكن من تحمل الإحباط، كما تشير الدرجة المنخفضة على مقياس الكبت ($R=57$) إلى فرد قد يكون عاطفياً، وسريع الانفعال، وعدواني، وذكي ومتسلط، نجد كذلك الشعور بالكف وعدم القدرة على مواجهة الضغوطات وعلى التكيف مع التغيرات الحاصلة في المحيط تظهر بشكل واضح عبر الدرجة جد منخفضة على مقياس قوة الأنا ($Es=33$)، إضافة إلى ذلك تشير الدرجة المنخفضة على مقياس السيطرة ($Do=45$) إلى فرد يميل إلى الخضوع، وليس حازم، ويسهل تأرجحه من قبل الآخرين. يفتقر إلى الثقة بالنفس ويشعر أنه لا يستطيع مواجهة مشاكله.

التوظيف النفسي للحالة:

* الموارد النفسية:

من خلال المقاييس الإضافية قوة الأنا (Es) ومقياس السيطرة (Do)، تحصل يوسف على درجة منخفضة على المقياسين، مما يدل على نقص الموارد السيكولوجية لديه.

* **الدافعية:** تشير الدرجة المنخفضة على مقياس الهوس الخفيف ($Ma<45$) إلى غياب الدافعية بشكل عام بسبب غزو الأفكار المتشائمة وقلة الآفاق المستقبلية.

* عوامل المقاومة: من خلال ما يلي:

الصلابة: من خلال الدرجة المنخفضة على مقياس الانحراف السيكوباتي ($Pd<45$) وهي إشارة على توظيف صارم وتقليدي مع احتمال ضئيل بالاستبصار بالمعاناة النفسية.

ملخص نتائج اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية 2- MMPI :

1- صدق البرتوكول:

من خلال تحليل النتائج المتحصل عليها على مستوى مقاييس الصدق التي جاءت تتراوح بين متوسطة ومنخفضة وأشارت إلى بروفيل صادق ومقبول للتحليل إلا أنه قد يكون يوسف يحاول الظهور بصورة جيدة ومقبولة اجتماعيا حفاظا على مكانته الاجتماعية لذلك فقد تجنب التصريح بمضامين غير مقبولة.

2- عرض وإظهار الذات:

كانت الدرجة على المقاييس عدم التواتر أو الندرة (F) ومقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) منخفضة وهي دلالة على أنه يتجنب الاعتراف بالمضمون غير مقبول اجتماعيا أو المثير للاضطراب وهو يحاول أن يعطي صورة حسنة عن نفسه.

3- مستوى المعاناة:

يظهر ارتفاع مقياس الإكتئاب (D) مستوى الكرب أو الضائقة النفسية التي يعيشها الفرد يضاف على ذلك المستوى المتوسط على مقياس توهم المرض (Hs)، الهستيريا (Hy) والبارانويا (Pa) وانخفاض المقاييس الإضافية قوة الأنا (Es) ومقياس السيطرة (Do)، كلها مؤشرات ودلالة على حجم المعاناة النفسية التي يحاول يوسف إخفاءها.

4- الجانب العاطفي:

ما ميز برتوكول يوسف هو هيمنة التوظيف الإكتئابي من خلال ارتفاع مقياس واحد الإكتئاب (D) الذي ظهر أكثر من خلال ارتفاع مقياس الخلل الوظيفي للجسم (D3).

5- الجانب المعرفي:

ما يميز الجانب المعرفي ليوسف هو النظرة التشاؤمية نجدها عبر ارتفاع مقياس الإكتئاب (D) والتي تشير إلى سيرورة عصابية، تظهر كذلك نوع من مشاكل الذاكرة والانتباه والتركيز من خلال مقاييس الانسداد العقلي (D4=60)، نقص التحكم في الأنا على المستوى المعرفي (Sc3=48)، نقص التحكم في الأنا على المستوى العاطفي (Sc4=47) التي تحصل فيها على درجات متوسطة.

6- تصور الذات:

يشير انخفاض العزلة الشخصية ($Pd5=40$) إلى وجود تقدير ذات منخفض.

7- العلاقات مع الآخرين:

يظهر نوع من الخجل ونقص تقدير الذات وأحيانا الفوبيا الإجتماعية من خلال الدرجات المتوسطة على مقاييس الإنطواء الإجتماعي ($Si=61$)، الخجل /الضيق ($Si1=63$)، العزلة عن الذات والآخرين والانزعاج الإجتماعي ($SOD=53$)، كما تشير الدرجة المتوسطة على مقياس الإنطواء الإجتماعي (Si) إلى فرد متحفظ وحذر ولديه ضبط النفس المفرط.

8- مشاكل خاصة:

تظهر بعض المشكلات العائلية والزوجية من خلال الدرجة المتوسطة على المقاييس (FAM) و($Pd1$).

4- خلاصة الحالة:

انطلاقا مما تم استعراضه من نتائج يتضح أن الحالة يعاني من المظاهر العيادية للاكتئاب المتمثلة في الشعور بالحزن والتباطؤ النفس حركي بالإضافة إلى تقدير ذات منخفض، وانشغاله ومبالغته في الشكاوى البدنية، كما تميز المعاش النفسي للصداع بتواجد المظاهر العيادية للقلق والإكتئاب مما ساهم في زيادة مظاهر الإكتئاب لديه، كما يستجيب للتوتر وضغوط المحيط بأعراض اكتئابية مما يشير إلى الكف وعدم القدرة على المواجهة وهي مؤشرات على فرد متحفظ ولديه ضبط زائد للنفس وخاضع، ينكر معاناته النفسية واستبصار قليل بها ولديه محدودية الدافعية للخضوع لعلاج نفسي. كما نجد انخفاض في الحالة المعرفية وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الإنتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية واللغة. كما عبر عن علاقاته الإجتماعية الكثيرة أثناء المقابلة وعلى عدد محدود من الصداقات المقربة وأنه استجاب خلال فترة الإكتئاب بالعزلة الإجتماعية، بينما أظهرت نتائج اختبار MMPI-2 نوع من الخجل والعزلة الإجتماعية مما يشير إلى أنه يوظف كثيرا ميكانيزم الإنكار وسطحي في علاقته الإجتماعية ويتجنب استثمار علاقات جدية بسبب حساسيته للنقد. يضاف إلى ذلك تميز المعاش النفسي للصداع بتواجد المظاهر العيادية للقلق والإكتئاب، مما ساهم في زيادة معاناتها النفسية وانشغالاتها الصحية.

نجد أن التوظيف النفسي الأنسب هو التوظيف الإكتتابي.

الحالة السادسة:

1- عرض وتحليل نتائج المقابلة

"مرام" شابة طويلة بيضاء البشرة مكنتزة الجسم، تبلغ من العمر (26) سنة عازبة وذات مستوى جامعي، تحتل المرتبة الرابعة بين ذكركين وأربعة إناث، جدتها من جهة الأب وعمها أيضا مصابان بالصداع النصفي.

تعاني من الصداع النصفي منذ إحدى عشرة سنة تقريبا. شخصت من طرف أخصائي على أنها مصابة بالصداع النصفي. تسبق نوبة الصداع بعض الأعراض كالإغماء وتغير في الإحساسات: حساسية من الضوء والأصوات والروائح، بينما أثناء الصداع القيء والإغماء وتغير في نفس الإحساسات: حساسية من الضوء والأصوات والروائح، يأتي ألم الصداع من الجانبين الأيمن والأيسر تصاب بالصداع النصفي من مرتين إلى ثلاثة مرات في الشهر، تدوم النوبة ليومين بالأدوية لكن بدونها تستمر عشرون يوما.

الحالة النفسية للحالة قبل نوبة الصداع تتميز ب: قلة النوم، بكاء، خفقان في القلب، غثيان وتلبك في المعدة، ودوران وإغماء، قلق، ضغط، تستمر هذه الأعراض أثناء نوبة الصداع بالإضافة إلى المزاج الحزين، فقدان المتعة في الأنشطة، فقدان الطاقة، فقدان الشهية، تثاقل نفس حركي، بكاء صعوبة في التركيز والتفكير واتخاذ القرار، تثاقل نفس حركي، ارتعاش وارتجاف، غثيان وتلبك في المعدة، دوران وإغماء، قلق، ضغط.

تعاني مرام من ارتجافات في الرجلين "ماتخلنيش نرقد"، وتشنج في الأصابع "كي نكتب يحبسو أصابعي"، ومن عدة مشاكل في العينين (حساسية، نقص النظر...).

عاشت في طفولتها مشاعر النكران والرفض من طرف الوالدين "كان بابا يشري لخواتاتي حوايج وأنا مايشرليش"، فهي الفتاة غير المحبوبة لديهما "وسطاني مهوش باين مغنديش بلاصة مميزة لا عند بابا لا عند ماما"، فبذلت كل جهدها في السعي من أجل الحصول على مكانة لديهما فلما يحدث شجار بين الوالدين تتلاعب بهما للحصول على مكانة عند أحدهما "نقول لماما نقولو لجدي يضربو ونقولو لبابا نزوجك بإمرأة أخرى". كان معظم حديثها أثناء المقابلة على تعليمها

الابتدائي وانتقالها من ابتدائية إلى أخرى وانفصالها عن صديقاتها، وأكثر انفصال عانت منه هو انفصالها عن أختها الأقل منها التي كانت تدرس معها في نفس القسم ونتيجة لتغير المدرسة أصبحت تدرس في قسم منفصل عن أختها والذي نتج عنه قلق الانفصال لديها، كما كانت وما زالت تحب الاستعراض الفكري حيث تحب أن تتال مكانة لدى المعلمين والأساتذة، كذلك في طفولتها كانت من النوع المسيطر في اللعب "أنا لي نغض". تعيش صراعات داخل أسرتها فالأب يعاني من وساوس فحسب تصريحها "موسوس يسكر علينا بالمفتاح ويروح"، ويعتزل العائلة فلا يتحدث معهم ولا يأكل الطعام في المنزل بسبب شكوكه، يعيشون في عزلة لا زيارات عائلية ولا اجتماعية لا يوجد احتكاك مع الناس". خلال الحجر الصحي 2020 زادت الشكوك لديه "ماعدش يشوف حتى حاجة طبيعية" وأصبحت هذه الشكوك لا تحتل، مما أدى بمرام إلى الحديث معه رفقة أختها الكبرى "زحف مني ومازعفش من أختي"، كما كانت لها مواجهة ثانية مع والدها بسبب غلق الباب "كان خويا يروح يقر الكور يرجع يلقي باب مسكر حتى يجي بابا ويحل عليه"، حاليا العلاقة بينها وبين والدها منقطعة لا يحدثها ولا يأكل الطعام الذي تحضره، بالإضافة إلى ذلك تلوم الحالة أمها لأنها استمرت في زواجها من والدها "تلومها علاه استمرت في علاقة مستحيلة".

عن علاقتها الاجتماعية لديها صداقات كثيرة ولا تسعى لأن ترجع العلاقات المنتهية إلا إذا كان الشخص يهتمها، لم تدخل في أي علاقة عاطفية ولم تعجب بأي رجل "طفلة كي تقعد مع طفل عندي دارت إثم كبير معندين ميول عاطفية لأنه كان عندي التزام كبير بقوانين بابا".

وبصفة عامة تميزت المقابلة بالمقاومة في بدايتها والحديث بعمومية ثم انتقلت إلى إسهاب كبير وحديث على أدق التفاصيل وانتهت بتأثر الحالة وبكائها.

كما تبين من خلال المقابلة المعاش المكتئب والقلق للصداع النصفي من خلال تواجد كافة أعراض الإكتئاب حسب DSMV وأعراض القلق لدى الحالة المتمثلة في: المزاج الحزين، فقدان المتعة في الأنشطة، فقدان الطاقة، فقدان الشهية، قلة النوم، تثاقل نفس حركي، بكاء، صعوبة في التركيز والتفكير واتخاذ القرار، قلق، تثاقل نفس حركي، ارتعاش وارتجاف، غثيان وتلبك في المعدة، دوران وإغماء، قلق.

بالإضافة إلى ذلك عبرت مرام على العديد من المشاكل الصحية بالإضافة إلى الصداع النصفي تتمثل في مشاكل في العينين وارتجافات في الأرجل وتشنجات في اليدين.

كما تجلى من خلال المقابلة بحثها عن المكانة العائلية والاكاديمية، حيث عانت الحالة من مشاعر النكران والرفض من طرف الوالدين، مما أدى بها إلى التلاعب بالآخرين من أجل كسب رضاهم وتحقيق المكانة المرجوة، والتمسنا أيضا علاقة صراعية مع الأب الذي يعيش اضطراب نفسي أثر على أفراد العائلة.

نجد من الناحية الاجتماعية كثرة العلاقات الاجتماعية لديها مع سطحية العلاقة. ومن الناحية العاطفية نجد أنها ترفض أي تقارب عاطفي، أما بالنسبة للجانب المعرفي فكانت قدراتها المعرفية منخفضة قليلا من خلال القدرة على التذكر والتركيز وإدراكها للإطار الزمني والمكاني.

2- عرض وتحليل نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R):

جدول 51:

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACR- R) للحالة السادسة

الأبعاد	الدرجة	الدرجة المعيارية
الانتباه والتوجه	16	18
الذاكرة	24	26
الطلاقة اللفظية	14	14
اللغة	23	26
القدرات الإبصارية الفراغية	16	16
الدرجة العامة لاختبار ACE- R	93	100

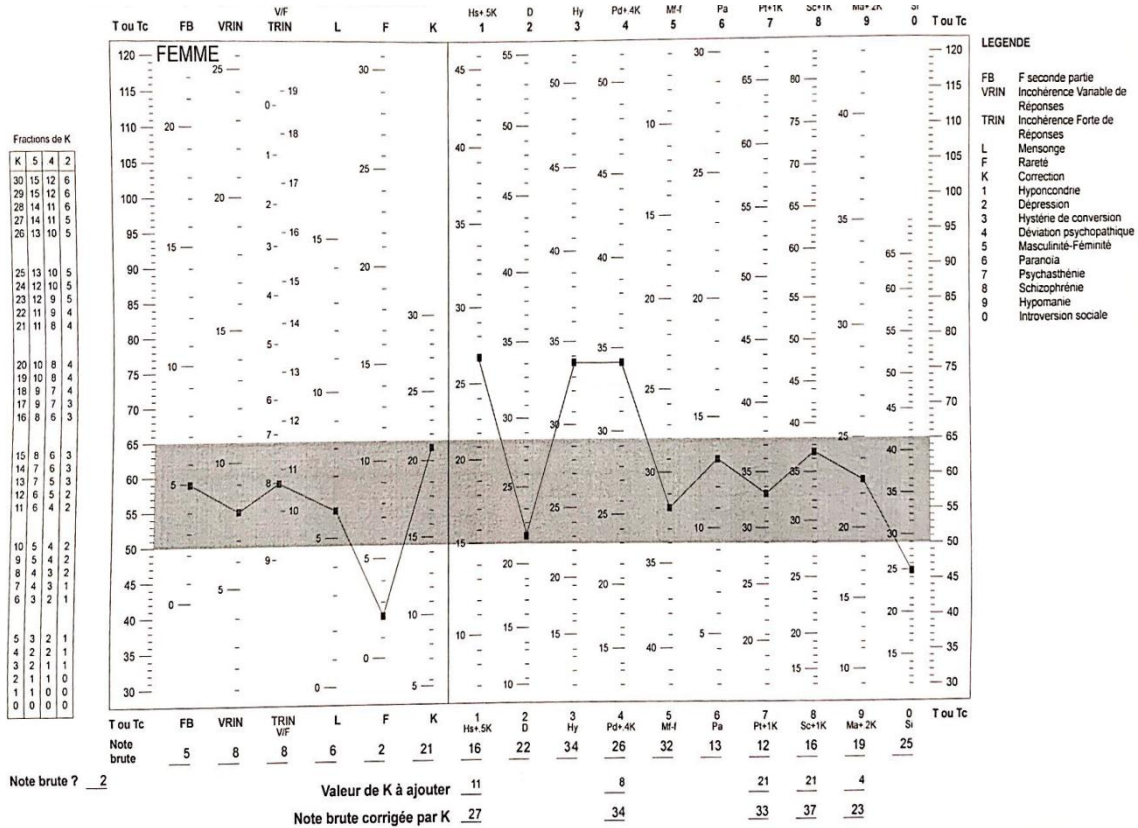
يلاحظ من خلال الجدول يتضح أن الحالة تعاني من انخفاض قليل في الحالة المعرفية وفي بعض العمليات المعرفية الانتباه (16) والذاكرة (24) واللغة (23) بينما مستوى جيد على كل من الطلاقة اللفظية والقدرات الإبصارية الفراغية.

3- عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI- 2 :

تم تسليم اختبار MMPI- 2 للحالة لتجيب عليه في البيت وتحضر الإجابة، وتتمثل نتائج مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 فيما يلي:

شكل 15

نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 للحالة السادسة



موقف الحالة إزاء الإختبار:

أجابت المبحوثة على كل بنود الإختبار ماعدا بندين هما العبارة (12): "حياتي الجنسية مرضية" والعبارة (189): "أحب أن أغازل"، وهذا لأن مرام عازية وليس لها علاقات عاطفية، ودرجة منخفضة على مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) (T=40) تعبر على موقف من الاستخفاف بالمشاكل الشخصية كما توصف مرام بالهدوء، والسرية، ونجد مستوى متوسط على مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) (T=59) يعبر عن إنكار للمشكلات والمعاناة المعاشة، وتشير الدرجة المتوسطة على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (VRIN) (T=55) وعلى مقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN) (T=) إلى بروتوكول مقبول، بينما تعبر الدرجة المتوسطة على مقياس التصحيح (K) (T=64) على أن الحالة دفاعية وقد تتميز بالدفاعات الهستيرية، وواثقة من نفسها، لا تبحث عن طلب للمساعدة. وتشير الدرجة المتوسطة على مقياس الكذب (L) (T=55) إلى أنها قادرة على تحقيق توازن مناسب بين الاعتراف بالعيوب الإجتماعية البسيطة وإنكارها وتحاول تطوير صورة ذات مقبولة.

ما ميز مقاييس الصدق هي الدرجات المتوسطة، مما دل على دفاعية الحالة وانكارها لمعاناتها النفسية والاجتماعية ومحاولتها لتكوين صورة ذات مقبولة وعموما يعتبر صادقا ويمكن تحليل باقي المقاييس.

المقاييس الإكلينيكية:

نلاحظ من خلال الصفحة النفسية لمرام وجود ارتفاع ملحوظ على مستوى المقاييس التالية:

1- توهم المرض (Hs) (T=77)؛ 3- الهستيريا (Hy) (T=77)؛ 4- الانحراف السيكوباتي (Pd) (T=76).

تحصلت مرام على درجة مرتفعة في مقياس توهم المرض (Hs) (T=77) تشير إلى أنها متدمرة، تبحث عن الاهتمام، وبشكل عام سلبية ومتشائمة، يمكن أن تستخدم أعراضها للتلاعب بالآخرين أو السيطرة عليهم، منشغلة بشكل مفرط بأعراض جسدية غامضة. تركيزها على هذه الأعراض يقاوم أي محاولة لحلها. ونجد أن الدرجة المرتفعة ومساوية لمقياس توهم المرض على مقياس الهستيريا (Hy) (T=77) تعبر أن مرام قابلة للإيحاء، تعاني من نوبات مفاجئة من القلق والذعر، عدم القدرة على تثبيط، نوبات الغضب الطفولية، تتفاعل مع الخجل بإظهار أعراض جسدية مع الميل للاستجابة للتوتر بأعراض جسدية مثل الصداع وآلم الصدر والضعف العام. تظهر هذه الأعراض وتخفي فجأة. ومن خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس نجد ارتفاع مقياس الشكاوي البدنية (Hy4) (T=70)، مما يشير إلى أن مرام تشكو من علل بدنية من النوع الذي يشير إلى الكبت وتحول الوجدان والمواقف العدائية اتجاه الآخرين. ودرجة متوسطة على مقياس إنكار القلق الاجتماعي (Hy1) (T=64)، مما يعبر عن الارتياح في التفاعلات الاجتماعية وتأثر بسيط بالأعراف الاجتماعية والانبساطية الاجتماعية.

كذلك مستوى مرتفع ومقارب لمقياس الهستيريا نجد مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) (T=76) يعبر عن أن مرام لا تحتل الملل والكسل، ردود فعلها العاطفية سطحية، السعي للإشباع الفوري لرغباتها، متمردة لرموز السلطة، ووجود علاقات أسرية متوترة، وللحصول على المكانة المرجوة تتلاعب بالآخرين ومن خلال نتائج المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس أن الحالة تكافح ضد الضبط العائلي والصراعات والمشاكل الأسرية والتي عبرت عليها الدرجة المرتفعة على مقياس الخلاف العائلي (Pd1) (T=65) يضاف إلى ذلك المستوى المتوسط على مقياس الجمود الاجتماعي (Pd3) (T=64) الذي يشير إلى مقاومة المطالب والأعراف الاجتماعية والمعايير الوالدية.

الرمز النموذجي للبروفيل:

يظهر الرمز النموذجي للحالة من النمط "134"، مشيراً إلى الشكاوى الجسدية والسلوكيات الإندفاعية والتدمير الذاتي للحد من التوتر. على الرغم من شكاوى العجز الجسدي، يمكن أن يكون هؤلاء الأفراد عنيدين أو متطلبين أو جدلين أو حتى عدوانيين. تتنبأ إضافة مقياس الانحراف السيكوباتي المرتفع إلى رمز 31/13 بالغضب، والاعتماد المتلاعب والإندفاع العرضي، وعدم الثقة العاطفي، قد يُظهر هؤلاء الأفراد خصائص معينة من الرمز 43/34 مثل التفجير والتلاعب، بالإضافة إلى بعض سمات الرمز 31/13 مثل اللامبالاة تجاه أعراضهم ولعب الأدوار من أجل الموافقة الاجتماعية، واستخدام العديد من الأعراض الجسدية للتلاعب بالآخرين لتلبية احتياجاتهم من التعلق.

خوفهم من الهجر وبحثهم عن الإهتمام يؤدي إلى صراعات قرب-تجنب في علاقاتهم، هؤلاء الأفراد يفتقرون إلى البصيرة لفهم كيف ينفرون من الآخرين، يميلون للتعبير عن الغضب بالنوبات العرضية أو بشكل غير مباشر من خلال الوسائل العدوانية السلبية.

إن مرام لديها شعور بالحساسية للرفض، كما أنها عانت منذ الطفولة من الرفض، ووالدين متحكمين أو تعسفيين، وتعلمت منذ سن مبكرة كيف تتلاعب بالآخرين بمهارة من أجل تلبية احتياجاتها. مدفوعة بمستوى عالٍ من العداء الذي يتم التعبير عنه بطريقة عدوانية سلبية. هذا العداء متجذر في الشعور بالرفض من قبل أفراد الأسرة.

يمكن استخلاص صياغة تشخيصية من كل ما سبق بتواجد توظيف حدي وشخصية نرجسية.

مقاييس المحتوى:

*الأعراض الداخلية:

نجد أن مرام تعاني من مشاكل التأقلم أو القلق أو العصبية أو نقص الطاقة، هذه الشكاوى تمثل ضائقة نفسية عبرت عليها من خلال ارتفاع درجة مقياس الاهتمامات الصحية (HEA) (T=70).

*الصعوبات المعاشة:

تبين أن مرام تعاني من مشاعر الرفض وصراعات أسرية وعائلية وعاشت طفولة صعبة في ظل برود أسري من خلال الدرجة المتوسطة على مقياس المشاكل العائلية (FAM=53).

المقاييس الإضافية:

تظهر الاستثارة والاندفاعية والطاقة عبر الدرجة المتوسطة المتحصل عليها على مستوى مقياس الكبت ($R=61$). نجد كذلك الشعور بالكف وعدم القدرة على مواجهة الضغوطات وعلى التكيف مع التغيرات الحاصلة في المحيط تظهر بشكل واضح عبر الدرجة المتوسطة على مقياس قوة الأنا ($Es=58$).

نجد ارتفاع قليل فوق المتوسط على مقياس المسؤولية الاجتماعية (Re) ($T=66$) وهو يشير إلى شكل من أشكال الصلابة، وإحساس أخلاقي قوي لدى الفرد يمكن الإعتماد عليه بطريقة أخرى ويلتزم بالقيم الجماعية. كما تشير الدرجة المرتفعة قليلا عن المتوسط على مقياس (GF) ($T=68$) إلى الالتزام بالقوالب النمطية لأدوار الجنسين.

التوظيف النفسي للحالة:

* الموارد النفسية:

من خلال المقاييس الإضافية قوة الأنا ($Es=58$) ومقياس السيطرة ($Do=43$)، تحصلت مرام على درجة منخفضة على المقياسين، مما يدل على نقص الموارد السيكلوجية لديها.

* الدافعية:

من خلال ارتفاع مقياس الهستيريا على المقاييس الإكلينيكية ($Hy > 64$) الذي يشير إلى أن لدى مرام دوافع محدودة للغاية ولا يمكن أن تستمر إلا من خلال أهداف ملموسة، ولدى الحالات الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس الانحراف السيكوباتي ($Pd > 65$) يقلل الميكانيزم النفسي للخارج من مستوى الدافعية للتغيير، كما تصف الدرجات على المقياسين القلق ($A < 50$) والكبت ($R > 59$) الحالات التي تنكر وجود مشاكل نفسية.

* عوامل المقاومة: من خلال ما يلي:

الميكانيزمات الدفاعية: مثل إنكار الاضطرابات النفسية من درجات عالية في المقاييس الإكلينيكية التالية:

نجد أن الدرجة المرتفعة على مقياس الهستيريا (Hy) تعبر عن حالات لا يدركون الطبيعة النفسية لمعاناتهم ويبحثون باستمرار عن حلول طبية. وهكذا يتم إنكار مصدر الصراع الداخلي.

يضاف إلى ذلك يعتبرون سلوكهم ضمن القاعدة، لذا فهم غير مهتمين باحتمال العمل العلاجي. إذا انخرطوا في العلاج النفسي ربما يكون ذلك بسبب إجبارهم على ذلك من قبل هيئات خارجية وهذا ما عبر عنه المستوى المرتفع على مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd).

ملخص نتائج اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية 2 - MMPI:

1- صدق البرتوكول:

ما ميز بروتوكول مرام هو الدرجات المنخفضة والمتوسطة على مقاييس الصدق تعبر على موقف من الاستخفاف وإنكار المشكلات الشخصية، والمعاناة المعاشة، وتتميز بالدفاعات الهستيرية وعدم طلبها للمساعدة، وبالرغم من ذلك كان البروفيل صادق.

2- عرض وإظهار الذات:

كانت الدرجة على المقياس عدم التواتر أو الندرة (F) منخفضة وعلى مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb) متوسطة وهي دلالة على أنها تنكر وجود اضطراب أو معاناة نفسية.

3- مستوى المعاناة:

هناك العديد من المقاييس التي تقيس درجة الكرب والمعاناة مثل وارتفاع مقياس توهم المرض (Hs) الهستيريا (Hy) ومقياس الانحراف السيكوباتي (Pd)، وارتفاع مقياس الاهتمامات الصحية (HEA) وعلى مقاييس المحتوى ومن خلال انخفاض المقاييس الإضافية قوة الأنا (Es) ومقياس السيطرة (Do=43)، كلها تشير لمدى المعاناة المعاشة.

4- الجانب العاطفي:

ظهر وجود وجدانات اكتئابية من خلال مستوى متوسط على كل من مقياس الإكتئاب (D=51) ومقياس الإكتئاب الذاتي (D1=51)، ومقياس التباطؤ الحسي الحركي (D2=62)، ومقياس العزلة العاطفية (Sc2=54) ومقياس الإكتئاب (DEP=56) لكن تبقى متوسطة، ويظهر الغضب وصعوبات التحكم من خلال ارتفاع مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd).

5- الجانب المعرفي:

يمكن تقييم التوظيف المعرفي في MMPI- 2 عن طريق مجموعة من المقاييس فمثلا ارتفاع مقياس الاهتمامات الصحية (HEA) يشير إلى سيرورة عصابية، كما نجد مستوى متوسط من مشاكل الذاكرة والانتباه والتركيز من خلال الدرجة المنخفضة على مقياس الإنسداد العقلي (D4=49) ومقياس نقص التحكم في الأنا على المستوى المعرفي (Sc3=42) ومقياس نقص التحكم في الأنا على مستوى العاطفي (Sc4=51).

6- تصور الذات:

يظهر مستوى متوسط من تقدير الذات من خلال الدرجات المنخفضة على مقياس انخفاض تقدير الذات (LSE=44) والدرجة المتوسطة على مقياس العزلة الشخصية (Pd5=54).

7- العلاقات مع الآخرين:

نجد مستوى متوسط من الإنبساطية ونقص التثبيط الاجتماعي من خلال الدرجات المتوسطة على المقاييس إنكار القلق الاجتماعي (Hy1=64)، هدوء اجتماعي (Pd3=64)، الهدوء (Ma3=56) وانخفاض مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si=46)، ويمكن ملاحظة نوع من السطحية ونقص النضج يظهران من خلال الدرجات التي تراوحت بين المرتفعة والمتوسطة على المقاييس الهستيريا (Hy=77) وإنكار القلق الاجتماعي (Hy1=64) والحاجة للعاطفة (Hy2=60) وكبح العدوانية (Hy5=61) والسذاجة (Pa3=60).

8- مشاكل خاصة:

نجد الاهتمامات بالصحة ظاهرة لدى مرام من خلال المقاييس التالية: توهم المرض (Hs=77) الاهتمامات بالصحة (HEA=70) و (Hy4=70) ودرجة متوسطة على (D3=60).

4- خلاصة الحالة:

انطلاقا مما تم استعراضه نجد القابلية للإيحاء مع الميل للإستجابة للتوتر بأعراض جسدية تظهر وتختفي فجأة، تشير إلى الكبت وتحول الوجدان والمواقف العدائية اتجاه الآخرين، تميل للاستجابات العاطفية المفرطة سعياً للفت الانتباه، وظهر عليها قلق الانفصال، كما تميز المعاش النفسي للصداع بتواجد المظاهر العيادية للقلق والإكتئاب، مما ساهم في زيادة معاناتها النفسية، بينما

نجد مستوى تقدير ذات مرتفع ومستوى منخفض قليلا من الذاكرة والانتباه والتركيز، ذات شخصية انبساطية ولديها نوع من السطحية ونقص النضج في علاقاتها مع الآخرين. يضاف إلى ذلك عانت من مشاعر النكران والنبذ من طرف الوالدين خلال طفولتها مما جعلها تتلاعب بالآخرين للحصول على المكانة التي تبحث عنها أين تتطلب إعجابا مفرطا ومستغرقة في خيالات عن النجاح اللامحدود ولديها شعور بالصدارة والتفوق، كما تعاني من مشاكل وصراعات أسرية، مما جعلها تثور على ذلك محاولة إيجاد حلول لأسرتها، يضاف على ذلك تواجد أعراض الإكتئاب القلق كمعاش نفسي يميز الصداع النصفي لديها، بالرغم من ذلك يلاحظ استخفاف بمشكلاتها الشخصية ودفاعات هستيرية اتجاه الضغوط والتوتر وعدم طلبها للمساعدة وصعوبات علائقية.

نجد أن التوظيف النفسي للحالة يتميز بتوظيف حدي من نوع نرجسي وتواجد اضطراب الشخصية النرجسية.

الفصل السابع

تفسير النتائج

- تفسير النتائج حسب الفرضية الأولى
- تفسير النتائج حسب الفرضية الثانية
- تفسير النتائج حسب الفرضية الثالثة
- تفسير النتائج حسب الفرضية الرابعة
- تفسير النتائج حسب الفرضية الخامسة
- تفسير النتائج حسب الفرضية السادسة
- تفسير النتائج حسب الفرضية السابعة
- تفسير النتائج حسب الفرضية الثامنة
- تفسير النتائج حسب الفرضية التاسعة

➤ تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الأولى التي تنص على أنه "يوجد ارتفاع في درجات أفراد العينة على الثالوث العصابي: توهم المرض، اكتئاب، هستيريا حسب المقاييس الإكلينيكية وارتفاع في الغضب، الاهتمامات بالصحة، الخوف وأفكار غريبة على مقاييس المحتوى وارتفاع في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في المقاييس الإضافية لاختبار MMPI-2"

تم حساب المتوسطات لدى درجات فئة الذكور والإناث وإجمالي العينة على المقاييس الإكلينيكية والمقاييس الإضافية ومقاييس المحتوى، فأظهرت النتائج ما يلي:

- يوجد ارتفاع في درجات أفراد العينة على مقياس البارانويا (Pa) حسب المقاييس الإكلينيكية
- الملمح النفسي لعينة الدراسة من نمط "6"، والذي يمثل تواجد أعراض البارانويا لدى أفراد العينة
- يتوزع مرضى الصداع النصفي على سمات شخصية متنوعة تتمثل في: الشخصية البارنودية الفصامية، الاكتئابية، المتوهمة للمرض، السيكاثنينية، الهوسية الخفيفة والشخصية المنحرفة السيكوباتية، بالإضافة إلى انتشار الشخصية الهستيرية لدى الإناث.
- يوجد ارتفاع في درجات الإناث على مقياس الاهتمامات بالصحة (HEA) بمتوسط حسابي مقداره (68.67)، أفكار غريبة (BIZ) بمتوسط حسابي مقداره (67.89) والخوف (FRS) بمتوسط حسابي مقداره (66.69)، بينما لدى الذكور ارتفاع في مقياس أفكار غريبة (BIZ) بمتوسط حسابي مقداره (67.6)، ومؤشر العلاج السلبي (TRT) بمتوسط حسابي مقداره (65.30) حسب مقاييس المحتوى.
- يوجد ارتفاع في درجات الإناث على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PK) بمتوسط حسابي مقداره (65.31) حسب المقاييس الإضافية.

واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من دراسة لشيفاني وآخرين (Shivani et al., 2014) التي أظهرت نتائجها ارتفاع مقياس البارانويا لدى مرضى الصداع النصفي مقارنة بالأصحاء من خلال اختبار MMPI-2، ودراسة لمونجيني وآخرين (Mongini et al., 2000 b) التي بينت وجود ارتفاع على مقياس الأفكار الغريبة لمقاييس المحتوى لدى مرضى الصداع النصفي باستخدام اختبار MMPI-2

واختلفت مع نتائج دراسة كل من مونيز وآخرين (Muñoz et al., 2015)، التي كشفت عن ارتفاع مقاييس الثالوث العصابي: توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا لدى مرضى الصداع النصفي، من خلال اختبار MMPI-2، ودراسة لوكوني وآخرين (Luconi et al., 2007) التي خلصت إلى ارتفاع كل

من مقياس توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا والفصام لدى مرضى الصداع النصفي باستخدام اختبار MMPI-2 ودراسة بيغال وآخرين (Bigal et al., 2003) التي بينت نتائجها ارتفاعاً في كل من مقياس توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا والسيكاثينيا، الفصام والإنطواء الاجتماعي لدى الصداع النصفي المزمن مع إفراط في استخدام المسكنات ومرض الصداع النصفي المزمن دون استخدام المسكنات من خلال اختبار MMPI-2.

يمكن إرجاع اختلاف نتائج الدراسات على الرغم من استخدام نفس الأداة والتطبيق على نفس العينة، أي مرضى الصداع النصفي إلى الأنواع الكثيرة من الصداع النصفي، حيث تشير نتائج دراسة (Fan & Zhou, 1999) إلى أن وجود متلازمات مختلفة في الصداع النصفي أحد الأسباب التي جعلت نتائج الدراسات عن الصداع النصفي باستخدام MMPI-2 مختلفة.

كذلك ترجع الباحثة اختلاف نتائج الدراسة الحالية عن نتائج الدراسات السابقة إلى اختلاف بيانات أفراد العينة التي تحصلت عليها الباحثة من خلال الاستمارة، حيث اختلف أفراد العينة في مدة نوبة الصداع (ساعات، يوم، ثلاثة أيام، 15 يوم فأكثر) وتكرار النوبات خلال الشهر أو الأشهر (كل أسبوع، من مرتين إلى ثلاثة أشهر، فصلية، ليس هناك تكرار منتظم)، الإزمان، أي سنوات الإصابة بالصداع النصفي (عام، أقل من خمس سنوات، أكثر من خمس سنوات،...، أكثر من ثلاثين سنة) من حيث وجود أو عدم وجود أعراض الهالة (الأورة)، والعوامل المفجرة للصداع (الطقس، الشعر المبلل، تغير في نمط الحياة، عوامل نفسية).

أما بالنسبة لارتفاع مقياس البارنويا بمتوسط يقدر ب: (65.86)، (68.88)، (68.03) لدى الذكور والإناث وإجمالي العينة على التوالي والذي يقع ضمن مجال الدرجة الاعتدالية (60-69)، التي تشير إلى مبحثين حساسين في علاقاتهم الشخصية (Castro, 2016, p. 367)، ويشعرون بالحساسية حول نظرة الآخرين نحوهم، عادة ما يكون الشك موجوداً عند ارتفاع هذا المقياس يفسر على أن المبحثين قد يعتقدون أن هناك أشخاصاً آخرين يلاحقونهم (Duckworth & Anderson, 2015, p. 226)، كما يتصفون بالصلابة والعناد ويميلون إلى التفكير كثيراً، ويميلون إلى التعبير عن الغضب والاستياء بطريقة غير مباشرة (Dorfman & Leonard, 2001, p. 152)، كما أنه في توهم المرض، نحن قريبون جداً من البنية البارنودية للشخصية الشكوى الرأسية تعبر عن الشعور الوهمي بالإضطهاد الداخلي مع

إلحاق أضرار جسيمة بالرأس، يتهم المريض غيره إما بتسببه أو عدم النجاح في تحريره منه (Henry et al., 1997, p. 24).

بالرجوع إلى المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانويا، نجد ارتفاعا على مقياس أفكار الإضطهاد (Pa1) لدى الذكور بمتوسط حسابي مقداره (73.30) لدى الإناث بمتوسط حسابي مقداره (70.50)، ولدى إجمالي العينة بمتوسط حسابي مقداره (69.97) والتي تشير إلى أن المبحوثين يميلون إلى رؤية العالم و / أو الأشخاص الآخرين على أنهم مصدر تهديد، ويلومون الآخرين على مشكلاتهم (Duckworth & Anderson, 2015, p. 227)، يشعرون بالاستياء، ويعاملون بشكل غير عادل، ويساء فهمهم، ويدانون، ويعاقبون ظلما، قد يعكس أيضا أفكارا صريحة بجنون العظمة، مثل الحديث عنهم والتآمر ضدهم، وما إلى ذلك (Dorfman & Leonard, 2001, p. 163).

بالإضافة إلى ذلك أظهرت النتائج ارتفاعا على مقياس الحساسية (Pa2) بمتوسط حسابي مقداره (65.62) لدى الإناث، والتي تعبر عن مبحوثات ذوات ذات حساسة وشديدة التوتر (Duckworth & Anderson, 2015, p. 227)، الحساسية للنقد، يشعرون بأنهن بحاجة إلى التعاطف يبدو عليهن الغضب وعادة ما يتلاعبن في جذب الإنتباه والتعاطف من الآخرين (Dorfman & Leonard, 2001, p. 163).

كما أظهرت النتائج أن الملمح (البروفيل) النفسي من نمط "6" ، وبالرجوع إلى مقاييس الصدق (F,L,K) فهي تشير إلى بروتوكول "مفتوح"، لأن مقياس (F) مرتفع، والمقاييس (L) و (K) منخفضة يبرز الملمح النفسي وجود محنة كبيرة وصعوبات في التعامل معها من طرف الفرد (Chudzik, 2010, p.21)، كما يشير نمط "6" إلى اضطراب البارانويا (Duckworth & Anderson, 2015, p. 220) يوصف الأفراد من هذا النمط بأنهم متشككون، لا يثقون بالآخرين ويلومونهم على مشكلاتهم (مليك، 2000، ص. 93).

أشارت دراسة كل من (Boucebci 1975; Darrot 1972) نقلا عن (بن عبد الله، 2010) إلى الشيوع النسبي بالمجتمع الجزائري للحالات الهذيانية في صفوف الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين سن العشرين والثلاثين، وتتميز متضمناتها الإكلينيكية بالهذيانات الإضطهادية، وكذلك أفكار العظمة وجنون العظمة.

يفسر بوسبسي هيمنة المواضيع الإضطهادية في النوبات الهذيانية بعملية التأويل المرتبطة بالتصورات التقليدية السائدة في المجتمع المغربي التي تنسب كل اضطراب وكل إصابة وكل ألم إلى

الغير، وكذلك أسلوب الجماعة في التكفل بالفرد في وقت مبكر وبصفة دائمة، قد تمتد من الميلاد إلى الموت (بن عبد الله، 2010، ص. 172).

كما أظهرت النتائج أن سمات الشخصية الأكثر انتشارا لدى مرضى الصداع النصفي هي: الشخصية البارنودية، الفصامية، الاكتئابية، المتوهمة للمرض، السيكاثينية، الهوسية الخفيفة والشخصية المنحرفة السيكاوثائية، بالإضافة إلى انتشار الشخصية الهستيرية لدى الإناث.

بالرجوع إلى خصائص الصداع النصفي الذي كان يعتبر مرضا نفسيا جسديا مرتبطا بقمع التأثيرات، لكن هذه الفرضية الآن مهمة (Radat, 2011, p. 51)، حيث أدى التأثير الواسع للعوامل البيئية على الصداع النصفي إلى اعتبار الصداع النصفي حالة بيولوجية نفسية اجتماعية ناجمة عن عوامل معرفية وعاطفية وبيئية، فضلا عن العوامل البيولوجية (Guidetti et al., 2016, p. 5).

كما يرى كيركالدي وآخرون (Kirkcaldy et al., 1993) أنه: " قد تتسبب التغيرات المرتبطة بالصداع النصفي في حدوث اضطرابات في الشخصية، بحيث يمكن تفسير الصعوبات التي يبلغ عنها مرضى الصداع بغض النظر عن الألم وعدم الراحة، على أنها استجابة لتجربة الألم المزمن، وما يترتب على ذلك من اضطراب في حياتهم ومسؤولياتهم " (Kirkcaldy et al., 1993, p. 881).

وناهيك عن ذلك، أكد العديد من الباحثين على وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين الاضطرابات النفسية والصداع النصفي، فكلاهما يمكن أن يكون سببا أو نتيجة للآخر، حيث أكدت نتائج ثلاث دراسات طولية لبريسلاو وآخرين (Breslau et al., 1995, 2001, 2003) إلى وجود ارتباط ثنائي الاتجاه بين الصداع النصفي والاكتئاب واضطرابات الهلع.

كما يمكن اعتبار الجسم وسيطا للضغوط البيئية والعوامل النفسية، وقد يكون الميل إلى الإصابة بألم في الرأس عند مواجهة محفزات حسية قوية أو إجهاد بدني أو عاطفي نتيجة لتطور آلية الدفاع (Guidetti et al., 2016, p.5)، فالإنسان المغاربي يفضل استخدام جسمه للتعبير عن معاناته. الأمر الذي يبرر شيوع الظاهرة المعروفة بـ "كلشي" "Koulchialgies" في الواقع المغاربي الذي يعبر المريض من خلاله عن شكاواه الجسمية والصداع والألم، وغيرها (بن عبد الله، 2010، ص. 162).

أما بالنسبة لظهور الشخصية الهستيرية لدى النساء يرى بيير بريكيه (Pierre Brique) أن: "الصداع هو أحد تشوهات الأحاسيس التي توجد في أغلب الأحيان عند النساء الهستيريات...." بينما

يشير باراكير فيريه (Barraquer Ferré) (1948) إلى أن: "العديد من تواريخ الأفراد الذين أظهروا مظاهر هستيرية أو مرضية عاطفياً وما إلى ذلك كجزء من دورة نوبات الصداع النصفي، عندما تستمر هذه الحالة، قد تظهر على المرضى بين الحين والآخر علامات خلل التوتر العضلي الهستيري، وفي جميع الحالات تكون عابرة (García-Albea, 2012, p. 133).

فالتعبير عن الألم من خلال لغة الجسد يمكن تفسيره من خلال قول بناني (Bennani): "إن العزل خارج أماكن الحياة والمتعة والمنع من التعبير عن الذات وبالكلمة الخاصة والإخفاء المتزايد للصراعات والإحباطات لا يترك لبعضهم إلا جسمهم للعيش في حيز محدود. ومن ثم فإن المطلب الأخير للاعتراف بوجودهم يأتي بالتعبير عن ذلك من خلال الجسم ومن خلال المرض" (بن عبد الله، 2010، ص. 175).

كذلك أظهرت النتائج أنه يوجد ارتفاع في درجات الإناث على مقياس الاهتمامات بالصحة (HEA) بمتوسط حسابي مقداره (68.67) ولدى إجمالي العينة بمتوسط حسابي مقداره (67.25) يشير إلى العديد من الأعراض الجسدية المتعلقة بالعديد من وظائف الجسم، قد تكون هذه أعراض معدية معوية، مثل: (الإمساك، الغثيان، القيء واضطراب المعدة)، والاضطرابات العصبية (النوبات الدوخة الإغماء، والشلل)، والمشاكل الحسية (ضعف السمع أو الرؤية)، وأعراض القلب والأوعية الدموية (ألم في القلب أو الصدر)، مشاكل جلدية، ألآم (صداع أو ألآم في الرقبة) ومشاكل في التنفس (سعال حمى القش، ربو) (Hathaway & McKinley, 1993, p. 55)، استناداً إلى ذلك أكد الباحثون أن المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي يظهرون درجة مرتفعة من الشكاوى الجسدية والاكنتاب والقلق (Antonaci et al., 2011, p. 118).

وبالرجوع إلى البيانات التي أدلى بها أفراد العينة من الإناث حول العديد من الانشغالات حول الصحة والاحتياجات التي يقوم بها أفراد العينة من أجل تجنب نوبة الصداع، كالتقليل من غسل الشعر وعدم ترك الشعر بدون غطاء، تجنب بعض الأطعمة المسببة للصداع، زيادة الاهتمام بالصحة والرغبة الشديدة في التخلص من الألم، بالإضافة إلى نوبات القيء والتحسس من الضوء والأصوات والروائح التي قد تسبق نوبة الصداع، أو تكون مصاحبة لها، أو الإثنين معاً، يتبين ارتفاع انشغالات أفراد العينة بالصحة، والأعراض التي تتنبأهم.

كما بينت النتائج وجود ارتفاع على مقياس الأفكار الغريبة (BIZ) بمتوسط حسابي مقداره: (67.89) لدى الإناث، وبمتوسط حسابي مقداره (67.60) لدى الذكور، وإجمالي العينة بمتوسط حسابي مقداره (67.81) تشير إلى أن عمليات التفكير ذات الطبيعة الذهانية تميز الأفراد الذين حصلوا على درجة عالية على هذا المقياس، قد يبلغون عن هلوسات سمعية أو بصرية أو شمعية، وقد يدركون أن أفكارهم غريبة، يمكن أيضا التعبير عن أفكار جنون العظمة (على سبيل المثال، يعتقدون أنهم تم التخطيط ضدهم، أو أن شخصا ما يحاول تسميمهم)، كما قد يشعر هؤلاء الأفراد بأنهم مستثمرون في مهمة، أو من قبل سلطات معينة (Hathaway & McKinley, 1993, p. 55)، وفي نفس الصدد نجد مرضى الصداع النصفي يعانون من وجود هالات بصرية وسمعية وشمعية، حيث تتميز الهالة البصرية الكلاسيكية للصداع النصفي بهلوسة أحادية الجانب (Dahlem & Chronicle, 2004, p. 351).

واستنادا للمعطيات التي أدلت بها عينة البحث يظهر الفكر الكارثي (التهويل أو المأساوية) في عدم تصديقهم بأنهم مصابون بالصداع النصفي، وأن هناك شيئا في رؤوسهم، وأن هناك وربما دماغيا وتفسيرا لذلك يعرف الفكر الكارثي على أنه استجابة معرفية وعاطفية سلبية مستمرة للأحاسيس المؤلمة؛ المرضى الذين يعانون من الفكر الكارثي لديهم ميل إلى المبالغة في التقدير أو المبالغة في خطر الألم أو شدته (Alvarez-Astorga et al., 2021, p. 25)، فعندما يؤمن الفرد بالتهديد أو الضرر المحتمل الناتج عن الألم، أكثر مما هو موجود بالفعل، فإنه يعتقد أن لديه إصابة كبيرة، وفي بعض الأحيان ينسى كيفية التعامل بشكل صحيح، في هذه الظروف قد يستخدم المريض أسلوب تعامل غير مناسب، مثل التهويل، بسبب الخوف والقلق الناجم عن الفكر الكارثي في محاولة السيطرة على الألم في المستقبل (Nasiri et al., 2017, p. 271)، وأكدت نتائج دراسة لجيل - مارتينيز وآخرين (Gil-Martínez et al., 2016) أنه لدى النساء المصابات بالصداع النصفي المزمّن مستوى مرتفع من الفكر الكارثي (المأساوي).

لاحظ جوبيبرت وزملاؤه (Goubert et al.) أن كلا من الخوف المرتبط بالألم والتفكير الكارثي يتوسط العلاقة بين العصابية والحذر من الألم، وأن الحذر من الألم يعتمد على كل من الخوف المرتبط بالألم والتفكير الكارثي (Roth et al., 2005, pp. 1151-1152)، وهذا ما بينته نتائج الدراسة من خلال ارتفاع مقياس الخوف (FRS) بمتوسط حسابي مقداره (66.69) لدى الإناث ولدى إجمالي العينة

بمتوسط حسابي مقداره (65.61)، يشير ذلك إلى أن مبحوثات يشعرن بالخوف وعدم الإرتياح معظم الوقت لديهن عدة مخاوف أو رهاب، يملن إلى أن يكن خجولات وتفتقرن إلى الثقة بالنفس (Butcher et al., 2001, p. 34).

يمكن تفسير ذلك من خلال البيانات التي أدلى بها أفراد العينة من الإناث حول العديد من المخاوف التي تعاني منها: كالخوف من الخروج في البرد أو الشمس ومن السفر، لأن كل ذلك يحفز نوبة الصداع، الخوف من الذهاب إلى الأعراس، لأن الصوت الصاخب للموسيقى في الأعراس يثير نوبة الصداع، الخوف من تناول بعض الأطعمة المسببة للصداع، الخوف من نوبات الصداع المفاجئة، الخوف من الحركة أثناء نوبة الصداع، كل ذلك يجعل مستوى المخاوف لدى النساء المصابات بالصداع النصفي يرتفع، بالإضافة إلى طبيعة المرأة الأنثوية الحساسة تجعلها عرضة لكثير من المخاوف، كالحوانات والحشرات، ...، كل هذا ساهم في ارتفاع مقياس الخوف لدى النساء.

ولا بد من الإشارة إلى أن الخوف من الألم (أو "القلق من الألم") يشير بشكل عام إلى الخوف من الشعور بالألم والمثيرات المرتبطة بالألم. الخوف من الألم هو استجابة وظيفية لمحفزات معينة لمعظم الأفراد، هذا الخوف من الألم يدفع الأفراد إلى تجنب المواقف والأنشطة الخطرة المحتملة وبالتالي منع الإصابة المحتملة، ومع ذلك فإن الأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة، مثل الصداع النصفي، قد يصبح هذا الإجراء الوقائي غير قادر على التكيف عندما تكون المنبهات المرتبطة بالألم سلوكيات صحية، مثل التمارين أو التفاعل الاجتماعي. فيرتبط الخوف من الألم وسلوكيات التجنب الناتجة مع استمرار الألم وزيادة الإعاقة المرتبطة بالألم (Foote, 2013, p. 8).

وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Peres et al., 2007) على 12 مريضة بالصداع النصفي لديهن سلوكيات تجنب الرهاب مرتبطة بنوبات الصداع، واللاتي صنفن من قبل الباحثين على أنها رهاب مرض محدد، وأطلقوا عليها اسم: رهاب رأسي (Cephalalgiphobia)، أين كانت المريضات يعانين إما من رهاب نوبة صداع أثناء الفترة الخالية من الصداع، أو رهاب من أن الألم يزداد سوء أثناء نوبات الصداع الخفيفة، مما أدى بهم إلى الإفراط في استخدام الأدوية الحادة، كتجنب رهابي.

بينما أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتفاع في مقياس مؤشر العلاج السلبي (TRT) لدى الذكور بمتوسط حسابي مقداره (65.30) حسب مقاييس المحتوى، مما يشير إلى مبحوثين لديهم موقف سلبي تجاه الأطباء وعلاج الصحة العقلية، يعتقدون أنه لا أحد يستطيع فهمهم أو مساعدتهم، لديهم مشاكل

لا يمكنهم بسهولة إخبار أي شخص عنها، قد لا يرغبون في تغيير أي شيء في حياتهم، ولا يعتقدون أن التغيير ممكن في هذا الشأن، يفضلون الاستسلام على مواجهة أزمة أو صعوبة (Hathaway & McKinley, 1993, p. 56).

وقد يرجع كذلك إلى طبيعة الرجل الذكورية التي تفرض عليه الظهور بقوته وسلامته البدنية تجعله يعتبر الذهاب إلى الأطباء ينتقص من رجولته ويضعف من قوته، فنجد كثيرا من الرجال يتحملون الألم ويرفضون الذهاب إلى زيارة الأطباء، وتزداد اتجاهاتهم السلبية أكثر حدة حول من يمثلون الصحة النفسية والعقلية، فزيارة أو التردد على من يمارسون مهنة الصحة العقلية والنفسية يعاش كوصمة عار لديهم ويجعلهم يشعرون بالخجل، وفي نفس الصدد أكدت نتائج دراسة لواتو وسويفت (Wahto & Swift, 2016) ارتباط المستويات المرتفعة من الصراع بين دور الجنس والوصمة الاجتماعية والوصمة الذاتية بمزيد من المواقف السلبية تجاه طلب المساعدة النفسية، فضلا عن ذلك توصلت إليه نتائج دراسة ياماواكي وآخرون (Yamawaki et al., 2011) إلى أن الخوف من وصمة العار هو أحد تفسيرات المواقف السلبية تجاه العلاج النفسي.

كذلك أظهرت النتائج ارتفاعا في درجات الإناء على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PK) حسب المقاييس الإضافية بمتوسط حسابي مقداره (65.49) ولدى إجمالي العينة بمتوسط حسابي مقداره (65.31) والذي يشير إلى القلق والتوتر واضطراب النوم والاكتئاب والشعور بالذنب والأفكار غير المرغوب فيها والمزعجة، وجميع مؤشرات الاضطراب العاطفي (Butcher, 2001, p. 39)، وتجدر الإشارة إلى أن الصداع النصفي واضطراب ما بعد الصدمة ينتشر لدى النساء أكثر بثلاث مرات من الرجال، الذي قد يكون بسبب ارتفاع معدلات الصدمات الشخصية (على سبيل المثال، الاعتداء الجسدي والجنسي) الذي يحدث عند النساء بالمقارنة مع الرجال (Peterlin et al., 2011, p. 860).

يضاف إلى ذلك؛ يعد الصداع أحد أكثر الاضطرابات شيوعا بعد الصدمة

(Schaumann-von Stosch et al., 2013, Février)، حيث ارتبط تاريخ إساءة المعاملة بزيادة خطر الإصابة بالصداع النصفي (Friedman et al., 2017, p. 6)، وهذا ما أكدته نتائج دراسة طولية لـ (Mao-Hsuan et al., 2019) أن المرضى الذين يعانون من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أكثر عرضة للإصابة بالصداع النصفي، كما قد تترافق شدة أعراض ضغط اضطراب ما بعد الصدمة مع ارتفاع خطر الإصابة بالصداع النصفي، وقد يؤدي تأثير أعراض الصداع النصفي إلى تغييرات

تفاضلية بين الرجال والنساء: قد تعاني النساء من صدمة نفسية أكبر نتيجة للصداع المتكرر (Kirkcaldy et al., 1993, p. 881)، فالمرأة قد تنتظر إلى أعراض الصداع كوصمة عار تخجل من إظهارها، وقد تكون مانعا لعدم زواجها أو نفور الزوج منها، خاصة مع تكرار نوبات الصداع الشهرية، والتي تجعل منها طريحة الفراش، كما يعوقها الصداع عن أداء نشاطاتها اليومية وممارسة حياتها الجنسية، في ظل غياب علاج نهائي للصداع، ومن هذا المنطلق تعيش المرأة الصداع كمعاش صدمي.

بالإضافة إلى ذلك تم تفسير العلاقة بين الصدمة النفسية والصداع النصفي من عدة وجهات نظر، فهناك من أرجع العلاقة بين الصدمة والصداع النصفي إلى السن وقت التعرض للصدمة والجنس والعوامل الوراثية (Karşıkaya et al., 2013, p. 266).

وهناك من أرجعها إلى العديد من الآليات البيولوجية والكيميائية العصبية المحتملة للارتباط بين الصداع النصفي واضطراب ما بعد الصدمة، وتشمل هذه العلامات البيوكيميائية السيروتونين والكورتيزول؛ في هذا الإطار ثبت أن المصابين بالصداع النصفي لديهم اختلالات في السيروتونين وارتبط اضطراب ما بعد الصدمة بوظيفة السيروتونين، كما ارتبط المحور الوطائي - النخامي - الكظري (The hypothalamic-pituitary-adrenal axis) ومستويات الكورتيزول المرتبطة بالصداع النصفي واضطراب ما بعد الصدمة (Friedman et al., 2017, p. 6).

إن ظهور العديد من الاضطرابات وظهور أعراض البارانويا لدى أفراد العينة قد يرجع كذلك إلى الفترة الزمنية للدراسة، فهي فترة انتشار وباء كورونا الذي حصد الكثير من الأرواح البشرية وزرع الخوف والرعب والإضطهاد بين الأفراد، فقد ساهم الوباء بطريقة أو أخرى في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية أو زيادة في شدتها، كما ساهم في زيادة تواتر نوبات الصداع لدى مرضى الصداع النصفي، حيث أدلى العديد من الأشخاص المصابين بالصداع النصفي عن زيادة في وتيرة شدة الصداع خلال عام 2020 بسبب التحديات التي واجهوها نتيجة لوباء كوفيد19 . وتماشيا مع ما تم ذكره أظهر استطلاع عبر الإنترنت تأثير كوفيد19 على المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي، أقر حوالي (60 %) من المستجوبين بأن لديهم زيادة في وتيرة الصداع النصفي وأفاد (16 %) عن انخفاض في وتيرة الصداع النصفي، وأفاد ما يزيد قليلا عن (10 %) عن تطور من الصداع النصفي العرضي لديهم إلى الصداع النصفي المزمن (Kuruvilla, 2021, May 12).

وفي نفس السياق أظهرت نتائج دراسة لـ ما وآخرين (Ma et al., 2020) أن انتشار الاضطرابات النفسية بين المصابين بالصداع النصفي له مستوى أعلى بكثير منه مقارنة بغير المصابين بالصداع النصفي أثناء وباء كورونا، وأن تكرار نوبات الصداع النصفي في خلال شهر جوان 2020، كان مرتبطا بضيق نفسي شديد بين المصابين بالصداع النصفي أثناء تفشي فيروس كورونا المستجد 2019، وفسر الباحثون ذلك بأن نوبة الصداع النصفي تسبب الصداع النصفي الشديد، مما قد يؤدي إلى زيادة القلق، مثل الخوف من الألم أو نوبة أخرى، وكانت مواجهة تفشي وباء كورونا في حد ذاتها تثير القلق والذعر، تفاعل هذه العوامل ساهم في زيادة تواتر نوبات الصداع والإحساس بالضيق النفسي.

بالإضافة إلى ذلك تلعب العوامل النفسية دورا رئيسيا في ظهور الصداع وتطوره واستمراريته (Rousseau-Salvador & Amouroux, 2014, p. 49)، حيث ترتبط شدة الاضطرابات النفسية بتكرار الصداع والمخاطر المستقبلية للإصابة بالصداع النصفي المزمن، من الممكن أن تكون هناك آلية مشتركة هي الأساس في الارتباط بين العوامل النفسية والصداع المزمن (Cho & Chu, 2015, p. 3) لكن مازالت الأبحاث لم تصل إلى شرح لهذه الآلية المشتركة.

واعتبارا أن الصداع النصفي هو اضطراب بيو نفسي اجتماعي (Govender, 2016, p.1) (Hamedi et al., 2013, p. 1850)، حيث يتمثل النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في أنه يأخذ في الاعتبار العلاقات متعددة الاتجاهات بين العوامل البيولوجية (الفسولوجية) والنفسية (السلوكية) والاجتماعية (البيئية) في تفسير المرض (Robert et al., 2007, p. 2)، أين تساهم العوامل النفسية مثل الحالات العاطفية السلبية في تطور الصداع النصفي والحفاظ عليه، بالإضافة إلى عوامل الخطر البيئية مثل الصدمات والإجهاد في مرحلة الطفولة والتأثيرات الجينية، مثل الأسس العصبية أو البيولوجية المشتركة يمكن أن تكون وراء ارتفاع معدلات الإعتلال المشترك بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية (Mcdermott, 2015, p. 3).

أظهرت النتائج كذلك أن الاضطرابات النفسية أكثر تواترا وشدة لدى الإناث منه لدى الذكور من أفراد العينة؛ ترجع الباحثة ذلك إلى عدة أسباب، فقد يرجع سبب ظهور عدد أكثر من اضطرابات لدى الإناث دون الذكور أو مستوى أعلى للاضطرابات المتواجدة لدى الجنسين لصالح الإناث، إلى أنهن أكثر عرضة للأعراض النفسية، والذي أيده ارتفاع مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) لدى الإناث، والذي

يشير إلى معاناة مرضية، كذلك قد يرجع إلى طبيعة المرأة الهرمونية من حيض ونفاس، والتي تغير في مزاج المرأة وتجعلها أكثر عرضة للاضطرابات النفسية، وفضلا عن ذلك الدور الاجتماعي الذي يفرض على المرأة عدم الخروج من البيت فلا تجد متنفسا تروح به عن نفسها، ولا يؤخذ بأرائها فيجعل منها ذلك حبيسة أفكارها، وينجم عن ذلك الشعور بالحساسية لديها اتجاه عناصر السلطة الأسرية الذكورية بصفة خاصة، والمجتمع بصفة عامة، والقيود المفروضة من قبلهم.

وفي نفس الصدد نجد أن المرأة في المجتمع المغربي توصف بأنها مقهورة ومنقوصة، وتحتل المرتبة الثانية بعد الرجل وأنها مسخرة لراحته ونشوته، وأنها تعيش مغمورة محرومة من الحرية ومن الإرث، وأن دورها محصور في الأمومة والإنجاب وإدارة شؤون المنزل (بن عبد الله، 2010، ص. 64).

كذلك قد تتبنى النساء المصابات بالصداع النصفي موقفا متمردا اتجاه القوالب النمطية التقليدية لأدوار الجنس، ويؤيدون عبارات اختبار MMPI المرتبطة بالسلوك "الغريب وغير التقليدي" (مثل Pa و Pt و SC)، كما قد يكن أكثر صدقا في ردهن وأنها أقل ميلا للإجابة عن الأسئلة بطريقة مرغوبة اجتماعيا (Kirkcaldy et al., 1993, p. 881).

يمكن إرجاع السبب أيضا إلى أن الإناث هن الفئة الأكثر إصابة بالصداع النصفي، وما يترتب عن هذا المرض من تأثير على الحالة المزاجية والانفعالية، فقد أدلت كافة الإناث من أفراد العينة بأنهن يشعرن بمشاعر الحزن والاكتئاب والقلق خلال نوبة الصداع، وفي بعض الأحيان تسبق هذه المشاعر نوبة الصداع.

إن عدم ظهور اضطرابات لدى فئة الذكور من عينة الدراسة قد يرجع إلى محاولة هؤلاء الظهور بصورة اجتماعية مقبولة، كذلك قد يرجع إلى صغر حجم العينة.

➤ تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الثانية، والتي تنص على أنه: "يوجد انخفاض في درجات أداء بعض العمليات المعرفية: الانتباه، الذاكرة، اللغة حسب اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R)".

للتحقق من صحة الفرضية الثانية تم تطبيق اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) على أفراد العينة، وأظهرت النتائج ما يلي:

وجود انخفاض في درجات أداء بعض العمليات المعرفية: بعد الإنتباه بمتوسط حسابي مقداره (16.31) بعد الذاكرة بمتوسط حسابي مقداره (18.72)، بعد اللغة بمتوسط حسابي مقداره (14.96) وانخفاض في درجات بعد الطلاقة اللفظية بمتوسط حسابي مقداره (20.53) وبعد فراغي إحصاري بمتوسط حسابي مقداره (10.19) والدرجة الكلية بمتوسط حسابي مقداره (80.72) لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).

اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من تشانغ وآخرون (Zhang et al., 2020)، كاي وآخرون (Cai et al., 2019)، للوبونو وآخرون (Lo Buono et al., 2019)، هوانغ وآخرون (Huang et al., 2017) بيتروسك وآخرون (Petrusic et al., 2016)، سانتانجيلو وآخرون (Santangelo et al., 2016) التي أظهرت كلها وجود انخفاض في الأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي.

واختلفت مع نتائج دراسة كل من مارتينز وآخرون (Martins et al., 2020)، باشي وآخرون (Baschi et al., 2019)، ون وآخرون (Wen et al., 2016) والتي فندت جميعها وجود انخفاض في الأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي.

يرى بعض الباحثين أن النتائج المختلفة للدراسات السابقة قد تكون بسبب الاختلافات في مدة وتكرار وشدة الصداع النصفي (Zhang et al., 2020, p. 3)، كما قد تكون هذه التناقضات بين نتائج الدراسات ناتجة عن مشكلات منهجية، بما في ذلك طرق تقييم الصداع النصفي المختلفة، خاصة طريقة الإبلاغ الذاتي (Wen et al., 2016, p. 1)، ويمكن أن تكون النتائج المتباينة أيضا بسبب عدم تجانس الأساليب المستخدمة في تقييم الوظائف المعرفية لدى الأفراد الذين يعانون من الصداع النصفي (Vallesi et al., 2020, p. 1)، واستنادا إلى ما سبق أشارت معظم الدراسات المستندة إلى العيادة أن مرضى الصداع النصفي خلال نوبة الصداع يظهرون ضعفا في الوظيفة المعرفية، في حين لم تكشف الدراسات المسحية عن أي اختلافات في الوظيفة المعرفية بين مرضى الصداع النصفي والأصحاء (Lee et al., 2021, p. 1).

أما بالنسبة لنتائج الدراسة، فقد يفسر الضعف المعرفي في الصداع النصفي اعتمادا على شدة المرض (مثل مدة المرض، تواتر الصداع النصفي، وشدة الصداع النصفي) (Mathu et al., 2015, p. 347). فكلما زادت مدة المرض بالصداع النصفي وتكرر نوباته وشدتها أدت إلى الضعف المعرفي العام وضعف أداء العمليات المعرفية.

كما بينت المعطيات التي أدلى بها أفراد العينة أن أغليبيتهم يعانون من صعوبات في التركيز والتفكير وضعف في الإنتباه والذاكرة قبل نوبة الصداع، والتي قد تستمر أثناء نوبة الصداع وتضطرب كذلك لديهم اللغة أثناء النوبة، تصل إلى درجة أن لا توجد لغة أثناء النوبة (أي التزام الصمت وعدم الرغبة في الحديث لشدة الألم).

مما لا شك فيه أن الصداع يسبب إعاقة نفسية واجتماعية ومهنية واقتصادية لدى الأفراد المصابين به، فأتثناء نوبة الصداع يعجز المريض المصاب بالصداع النصفي عن ممارسة أي نشاط لشدة الألم وخوفا من تفاقمه، فضلا عن ذلك تعاش نوبة الصداع بمشاعر من الحزن والاكتئاب والقلق والضغط، بل حتى قد تسبق هذه المشاعر النوبة في معظم الأحيان، وتزداد شدة أثنائها، كما تؤثر نوبة الصداع على شهية ونوم المريض، وفي هذا الصدد أثبتت العديد من الدراسات أن المستويات العالية من الإعاقة المرتبطة بالنوبات ترتبط بانخفاض الأداء المعرفي، وترتبط شدة الألم، وارتفاع مستويات الاكتئاب والقلق، وضعف جودة النوم وقلة مدة النوم، بالتدهور المعرفي لدى الفرد (Vuralli et al., 2018, p. 1)، بالإضافة إلى الجنس (خاصة أثناء الحمل أو سن اليأس)، الأدوية الوقائية، والسن (Lee et al., 2021, p. 7).

ومن هذا المنطلق بينت نتائج دراسة تشو وآخرون (Chu et al., 2020) أن الدرجة الكلية لشكاوى الذاكرة الذاتية تساهم في زيادة تكرار نوبة الصداع النصفي لدى المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي المصحوب بأورة؛ كما تساهم درجات الخرف المؤكد في زيادة تكرار نوبة الصداع لدى النساء المصابات بالصداع النصفي المصحوب بأورة، وأظهرت النتائج أيضا وجود ارتباط دال إحصائيا بين نوعية النوم الرديئة والدرجة الكلية لشكاوى ذاكرة ذاتية مرتفعة، والخرف المؤكد.

وتجدر الإشارة إلى أنه قد تسبق نوبة الصداع النصفي أعراض الهالة: التحسس من الضوء والصوت والروائح، والتي تستمر أثناء نوبة الصداع فتضعف قدرة المريض على التركيز والتفكير والإنتباه. فحسب مارتينز وآخرون (Martins et al.) "يكون مرضى الصداع النصفي حساسين لجميع المحفزات الحسية ويعانون من أعراض معرفية، غالبا ما تبدأ من قبل الصداع نفسه، ويشعرون بالتشتت وعدم القدرة على التركيز أو التفكير بسرعتهم المعتادة، ويواجهون صعوبة في أداء المهام لعقلية واسترجاع الأسماء" (Martins et al., 2012, p.1)، وأثبتت دراسة لوانج وآخرون (Wang et al., 2016) وجود تأثير الدوار المرتبط بالصداع النصفي على الحالة المعرفية للمرضى ونوعية حياتهم.

أما من الناحية البيولوجية والعصبية والفيزيولوجية فقد وضع الباحثون عدة تفسيرات للضعف المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي، حيث ارتبط الصداع النصفي بزيادة خطر الإصابة بالسكتة الدماغية وزيادة انتشار آفات الدماغ وفرط كثافة المادة البيضاء. كما أن السكتة الدماغية وآفات الدماغ الهيكلية مرتبطة بزيادة خطر التدهور المعرفي، وتأسيسا على ذلك فقد تم الافتراض أن الصداع النصفي قد يكون اضطرابا تدريجيا في الدماغ ومرتبطة بزيادة خطر الإصابة بالضعف المعرفي (Rist & Kurth, 2012, p. 589)، فضلا عن ذلك فإن الصداع النصفي هو في المقام الأول اضطراب في الدماغ بمشاركة الأوعية الدموية، مع زيادة خطر التدهور المعرفي، يرتبط فرط كثافة المادة البيضاء بمخاطر الإصابة بمرض تصلب الشرايين الوعائي وخطر الإصابة بالسكتة الدماغية والضعف المعرفي، ومن هذا المنطلق بينت الأبحاث أن خطر تشوهات المادة البيضاء يبلغ أربعة أضعاف تقريبا لدى أولئك الذين يعانون من الصداع النصفي، كما قد يكون الألم سببا محتملا آخر للضعف المعرفي المرتبط بالصداع النصفي (Chu et al., 2020, p. 323)، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة جيلجوفيا وآخرون (Gil-Gouveia et al., 2014) إلى وجود خلل وظيفي في الدماغ قابل للإنعكاس أثناء نوبات الصداع النصفي بدون هالة، والتي يمكن أن تتعلق على وجه التحديد بالصداع النصفي أو تكون نتيجة لمعالجة الألم الحاد من قبل الدماغ، ومن زاوية أخرى بينت نتائج دراسة طولية لفيريرا وآخرين (Ferreira et al., 2018) إلى أن الأداء اللفظي الضعيف لدى مرضى الصداع النصفي من المحتمل أن يكون ناتجا عن الهجمات التراكمية للصداع النصفي.

إلا أنه على الرغم من التفسيرات المقدمة، فإن الآليات الكامنة المفسرة لعلاقة الصداع النصفي وانخفاض الأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي ما زالت غير واضحة، وتحتاج إلى المزيد من الدراسات المفسرة.

➤ تفسير النتائج حسب الفرضية الثالثة، والتي تنص على: "يوجد انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية لأفراد العينة حسب اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B)"

وللتحقق من صحة الفرضية الثالثة تم تطبيق اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) على أفراد العينة وبينت النتائج ما يلي:

أن أغلبية أفراد العينة لديهم انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية، عدا فئة (السن 60-69 مستوى تعليمي 7-10 سنوات) ليس لديها انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية.

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من لي وآخرون (Lee et al., 2021)، كاي وآخرون (Cai et al., 2019)، لوبونو وآخرون (Lo Buono et al., 2019)، هوانغ وآخرون (Huang et al., 2017)، سانتانجيلو وآخرون (Santangelo et al., 2016) التي خلصت جميعها إلى وجود انخفاض في الوظيفة التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي.

واختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من مارتينز وآخرون (Martins et al., 2020)، باشي وآخرون (Baschi et al., 2019) وون وآخرون (Wen et al., 2016) التي أشارت كلها إلى عدم وجود انخفاض في الوظيفة التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي.

تفسر الباحثة الاختلافات بين نتائج الدراسات على أنها قد ترجع إلى اختلاف نوعية الدراسات واختلاف المنهجية المعتمدة (دراسات مسحية، دراسات طولية، دراسات عيادية)، وإلى الاختلافات في حجم العينة والأدوات المطبقة في الدراسات السابقة، بالإضافة إلى الأنواع الكثيرة للصداع النصفي. كما قد ترجع الاختلافات إلى فترة تطبيق الاختبارات على مرضى الصداع النصفي من حيث: قبل نوبة الصداع، أثناء النوبة، بعد النوبة.

أما نتائج الدراسة الحالية، فيمكن تفسيرها بالرجوع إلى المعطيات التي أدلى بها أفراد عينة الدراسة، فأتثناء نوبة الصداع لا يمكنهم القيام بأية عملية تنفيذية، أو يستغرقون وقتاً طويلاً لأدائها نتيجة لشدة الألم.

كما قد يرجع إلى طبيعة خصائص العينة التي كانت أغلبيتها من فئة الإناث بنسبة: (71.95%)، وغالبا ما تتسبب نوبات الحياة الهرمونية (البلوغ، الحمل، الدورة الشهرية، منع الحمل انقطاع الطمث) في حدوث مسار الصداع النصفي. ولتوضيح ذلك نجد أن الصداع النصفي غالبا ما يظهر في البلوغ، ويتحسن في ثلثي الحالات خلال فترة الحمل، يزداد سوءاً أثناء الحيض، وفي بعض الأحيان قد تسبب حبوب منع الحمل الصداع النصفي، خاصة مع جرعة عالية، وتتلاشى نوبات الصداع في حوالي ثلثي الحالات بعد انقطاع الطمث (Guevara, 1998, p. 63)، وما هو معروف أن هرمون البروجسترون يتحكم في الدورة الشهرية لدى النساء، وقدمت نتائج دراسة (سليمان والفار 2008) دليلاً على علاقة هرمون البروجسترون بالأداء في الاستخدام اليومي للوظائف التنفيذية.

كذلك أثبتت الدراسات ارتباطا بين الوظيفة المعرفية وشدة أو تكرار نوبات الصداع النصفي (Chu et al., 2020, p. 320)، كما أن الخلل الوظيفي المعرفي يتم تمييزه في كثير من الأحيان في المراحل الأولى للصداع، ومرحلة ما بعد الصداع (Gil-Gouveia et al., 2016, p. 138).

ويمكن تفسير النتائج أيضا حسب نتائج دراسات التصوير العصبي، الوظيفية التي أظهرت أن نوبات الصداع النصفي التي يسببها النيتروجليسرين (Nitroglycerin) عن زيادة النشاط في المناطق القشرية ذات الصلة بالوظيفة التنفيذية مثل القشرة الحزامية (Cingulate Cortex)، ومنطقة الجزيرة (Insula)، وقشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex)، والأقطاب الزمنية (Temporal Poles)، وفي نفس الصدد حددت فحوصات التصوير العصبي والفحوصات النفسية العصبية تشوهات الدماغ المرتبطة بالفص الجبهي والضعف المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي خلال فترة النوبة، على الرغم من أن العلاقة بين تشريح الدماغ والوظيفة المعرفية غير واضحة (Lee et al., 2021, p. 1-2) كما بينت نتائج دراسة كالاندر وآخرون (Calandre et al., 2002) أنه تم العثور على تشوهات في الدماغ، ومعظمها مناطق نقص تدفق الدم في (43%) من مرضى الصداع النصفي.

كما أظهرت النتائج أنه لا يوجد انخفاض الوظيفة التنفيذية لدى فئة (السن 60-69، مستوى تعليمي 7-10 سنوات)، وقد يكون بسبب قلة الأفراد في هذه المجموعة (03) من مرضى الصداع النصفي، كذلك قد يرجع السبب أن هذه الفئة تقل عندها نوبات الصداع، وتصبح أقل شدة وتكرارا فحسب نتائج دراسة مارتينز وآخرون (Martins et al., 2020) لم يكن هناك انخفاض في الوظيفة التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي في سن الستين فما فوق.

➤ تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الرابعة: والتي تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية لدى المصابين بالصداع النصفي حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 تعزى إلى المتغيرات التالية (السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي)"

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير السن، عدا مقياس الاكتئاب (D) توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن، وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (05). لصالح فئة (<40) سنة، ومقياس الإنطواء

الاجتماعي (Si) توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن، وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لصالح فئة (<40) سنة.

وتفسيرا لذلك تشير الدراسات الطولية إلى أن العلاقة بين الصداع النصفي، والاكتئاب ثنائية الاتجاه، أي أن الصداع النصفي يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب، والاكتئاب يزيد من خطر الإصابة بالصداع النصفي (Gudmundsson et al., 2013, p. 2138).

قد يرجع ذلك أيضا إلى أن أغلبية العينة من الإناث، ومن المعروف أن النساء أكثر عرضة للاكتئاب، خاصة بسبب الطبيعة الهرمونية (حيض، نفاس)، يضاف عليها التزامن الكثير بين نوبة الصداع ودورة الحيض، فتعاش نوبة الصداع بمشاعر اكتئاب مضاعفة، وتأسيسا على ذلك يقدر معدل انتشار اضطراب الاكتئاب الجسيم (MDD) على مدى الحياة بأنه أعلى بمرتين لدى النساء مقارنة بالرجال (Gordon-Smith et al., 2021, p. 1)، وفي دراسة لجوردون سميث وآخرون (Gordon-Smith et al., 2021) أظهرت النتائج ارتباطا بين تاريخ الصداع النصفي واكتئاب ما بعد الولادة بين النساء المصابات باضطراب الاكتئاب الجسيم، وفسر الباحثون هذا الارتباط على أنه ناتج عن تفاعل معقد بين العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية، قد تشمل العوامل النفسية والاجتماعية، على سبيل المثال صعوبات التعايش مع أعراض الصداع النصفي في فترة ما بعد الولادة التي تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب، وتشمل العوامل العصبية الحيوية المحتملة آليات متورطة في الفيزيولوجيا المرضية لكل من الصداع النصفي، واكتئاب ما بعد الولادة، بما في ذلك المحور الوطائي - النخامي - الكظري، جهاز المناعة، دوائر الناقل العصبي وهرمونات الجنس (Gordon-Smith et al., 2021, p. 5).

كذلك هناك الكثير من العوامل المشتركة بين الصداع النصفي والاكتئاب التي تفسر تواجدهما معا لدى الأفراد، حيث أن بيئة الطفولة والصدمات قد تكون عاملا محددًا مشتركًا في كل من الصداع النصفي والاكتئاب (Gudmundsson et al., 2013, p. 2143).

كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) تعزى لمتغير السن لصالح فئة (<40) سنة وتجدر الإشارة أن هذا المقياس ليس مقياس مرضى بل يعبر عن سمات الشخصية.

يرتبط وجود الصداع النصفي والاضطرابات النفسية بزيادة خطر الإصابة بالعجز المرتبط بالصداع النصفي (Mcdermott, 2015, p. 2) قد يكون هذا العجز متمثلا في تجنب الأنشطة

الإجتماعية نتيجة لنوبات الصداع المعطلة، أو بسبب الضوضاء والفوضى التي تميز المناسبات الإجتماعية؛ يعمل كل هذا على تحفيز نوبات الصداع النصفي، مما يؤدي بمرضى الصداع النصفي إلى الانسحاب والعيش في عزلة.

وفي نفس الصدد يؤثر الصداع النصفي على غرار الأمراض المزمنة الأخرى على الأداء النفسي الإجتماعي للمرضى، إنه ينقص من قدرات المريض أثناء الألم وبين النوبات، كما تؤثر الأعراض الحادة من العلاقات الإجتماعية، بالإضافة إلى القدرة على أداء الأعمال المنزلية في الفترة الفاصلة بين النوبات، يحاول المرضى غالبا التخلص من مسببات الألم المحتملة؛ ومن ثم فإنهم غالبا ما يضعون قيودا على حياتهم الخاصة، والمهنية (Talarska et al., 2014, p. 1).

إضافة إلى ذلك إن الأفراد الأكبر من أربعين سنة تكون لديهم التزامات مهنية وأسرية أكثر من سن الأقل من الأربعين، فتفرض عليهم التزاماتهم عدم المشاركة في العديد من المناسبات والأنشطة الإجتماعية.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية (متزوج/غير متزوج)، عدا مقياس الإنطواء الإجتماعي توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لصالح المتزوجين.

يمكن تفسير ذلك بنفس التفسيرات المعطاة في النتيجة السابقة على اعتبار أن الفئة العمرية الأكبر من 40 سنة هي فئة المتزوجين، تفرض عليها التزاماتها العائلية الغياب عن العديد من المناسبات والأنشطة الإجتماعية.

كما تجدر الإشارة إلى أن الدراسة أجريت في ظروف انتشار وباء كورونا وإجراءات الحجر المنزلي المفروضة من طرف السلطات، وما ترتب عنها من انخفاض في التفاعل الإجتماعي والعيش في عزلة اجتماعية وانخفاض في عدد الزيارات العائلية والتواجد في المناسبات الإجتماعية، كإجراء وقائي ضد انتشار وباء كورونا. ساهمت كلها في ارتفاع مستوى الإنطواء الإجتماعي، خاصة لدى المتزوجين باعتبارهم الفئة الأكثر وعيا، ولديهم مسؤوليات اتجاه عائلاتهم.

كذلك بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير الإصابة العائلية عدا مقياس (D) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لصالح وجود إصابة عائلية.

يفسر ذلك انطلاقاً من الارتباط الوراثي بين الصداع النصفي واضطراب الاكتئاب الجسيم الذي يقدر بنسبة (40-50%) (Jahangir et al., 2020, p.1)، كما أن هناك انتقالاً مشتركاً لهذه الاضطرابات داخل العائلات (Radat & Swendsen, 2005, p. 175)، وفي دراسة لدحلوفاً وليند (Dahlöf & Linde, 2001) ذكر (64%) من مرضى الصداع النصفي، أنه لدى أقاربهم من الدرجة الأولى (الآباء، الأشقاء الأطفال) صداع نصفي.

إلى جانب العوامل الوراثية المشتركة المحتملة التي تؤثر على الصداع النصفي والاكتئاب، قد تكون العوامل الخاصة بالاكتئاب مسؤولة عن تطور الاكتئاب لدى مرضى الصداع النصفي (Pelzer et al., 2016, p. 234)، فحسب دراسة ماجنوسون وبيكر (Magnusson & Becker, 2002) يمكن أن يكون الاكتئاب أحد العوامل التي قد تؤدي إلى تحول الصداع النصفي إلى نمط صداع يومي مزمن.

يمكن تفسير ذلك أيضاً بأن الفرد يرى معاناة أفراد عائلته الأكبر سناً يعاني لمدة سنوات من نوبات الصداع النصفي، في ظل عدم توفر علاج، والإعاقة المترتبة عن نوبات الصداع النصفي من انقطاع عن ممارسة الأنشطة اليومية والمهنية والتزام الفراش واتباع طقوس معينة، من الانعزال في الظلام والهدوء، كسلوكيات تجنبية للصداع. فيعرف مصيره المستقبلي مع مرض الصداع النصفي، فيعيش ذلك بمشاعر الحزن والاكتئاب.

كما قد يكون هذا الاختلاف ناتجاً عن تأثير سلوك الوالدين على تجارب الألم لدى الأطفال، لأن الأطفال المصابين بالصداع النصفي قد يعانون من رد فعل والديهم تجاه الألم ويتعلمون الشكوى من الألم في وقت مبكر، وبالتالي تقديم تجربة مبكرة العمر عند بداية الصداع النصفي، مقارنة بالصداع النصفي بدون تاريخ عائلي (Hsu et al., 2020, p. 10).

وبالرجوع إلى أعراض تشخيص الاكتئاب حسب DSM V التي تشير إلى المزاج الحزين وفقدان المتعة في الأنشطة المعتادة، قلة النوم، إعاقة أو تثاقل في الجهاز النفسي الحركي، فقدان الوزن أو تغير الشهية، فقدان الطاقة، صعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار، نجد هذه الأعراض

مجتمعة لدى مرضى الصداع النصفي خلال نوبة الصداع، وفي بعض الأحيان يمكن أن تسبق النوبة.

بالإضافة إلى العلاقة الثنائية الاتجاه بين الصداع النصفي والاكتئاب، فحسب دراسة لمودجيل وآخرون (Modgill et al., 2012) أن الذين يعانون من الصداع النصفي كانوا أكثر عرضة بنسبة (60%) للإصابة بنوبة اكتئاب شديدة، مقارنة بمن لا يعانون من الصداع النصفي، كما أن الأفراد الذين يعانون من نوبة اكتئاب شديدة أكثر عرضة بنسبة (40%) للإصابة بالصداع النصفي مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من نوبة اكتئاب شديدة.

وفي نفس الصدد، فإن الأفراد الذين لديهم تاريخ من الاكتئاب الشديد لديهم مخاطر متزايدة للإصابة بالصداع النصفي، من خلال متابعة لمدة عامين كانت نسبة الإصابة بالصداع النصفي (9.3%) لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ من الاكتئاب، ولكن (2.9%) فقط لدى الأفراد الذين ليس لديهم تاريخ من الاكتئاب. على العكس من ذلك كان الأفراد المصابون بالصداع النصفي الأكثر احتمالاً بأن يصابوا بالاكتئاب الشديد خلال فترة المتابعة مقارنة بالأفراد الذين يعانون من صداع شديد أو بدون صداع (Foote, 2013, p. 6).

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي)، عدا في مقياس الفصام (Sc) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى المتوسط ومقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى المتوسط.

إن العديد من الدراسات كشفت عن تواجد اضطراب الفصام لدى مرضى الصداع النصفي أو تواجد الصداع النصفي لدى المصابين باضطراب الفصام، مثل دراسة بيغال وآخرون (Bigal et al., 2003) باستخدام MMPI-2 أظهرت النتائج وجود ارتفاع على مقياس الفصام لدى مرضى الصداع النصفي المزمن، بينما أظهرت نتائج دراسة لكونوتون وواند (Connaughton & Wand, 2017) أن الصداع شائع لدى الأشخاص المصابون بالفصام / الاضطراب الفصامي العاطفي، وهذا ما أكدته نتائج دراسة جيفالي وآخرون (Guveli et al., 2014) التي كشفت عن تواجد الصداع النصفي بنسبة

(2%) لدى المصابين باضطراب الفصام، أما دراسة لاباتيستا وآخرين (Baptista et al., 2012) كشفت عن تواجد الصداع النصفي لدى اضطراب الفصام بنسبة (8.3%).

كذلك تشير الدراسات الوبائية إلى وجود علاقة سريرية عكسية بين الفصام والصداع النصفي (Van der Auwera, 2016, p. 1)، حيث هناك بعض الأدلة على نشاط مستقبلات الدوبامين في الصداع النصفي وصداع التوتر. كما أن الدوبامين هو ناقل عصبي مثبط يشارك في اضطرابات الفصام (Tazikiet al., 2014, p. 3).

ومن جهة أخرى أظهرت الدراسات المسحية عن زيادة خطر الإصابة بالصداع اليومي المزمن أو صداع متكرر لدى الأفراد الذين يعانون من انخفاض الحالة الاجتماعية والاقتصادية، مثل انخفاض مستوى التعليم، وانخفاض الدخل، وضعف الحالة الاجتماعية، وانخفاض الطبقة الاجتماعية حسب المهنة (Cho & Chu, 2015, p. 35). وفي نفس الصدد غالبا ما يرتبط الفصام بدخول المستشفى المتكرر وضعف الأداء الاجتماعي والتعليم المنخفض ومعدلات البطالة المرتفعة (Hakulinen et al., 2019, p.1344)، وهذا ما أكدته نتائج دراسة لسوانسون وآخرون (Swanson et al., 1998) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأعراض الذهانية لصالح المستوى التعليمي المنخفض.

ومع ذلك فمن غير الواضح إلى أي مدى يمكن تفسير هذا الاعتلال المشترك العكسي بالآليات الجينية أو بالعوامل السلوكية المرتبطة بالفصام (Van der Auwera, 2016, p. 1).

يشير مقياس الفصام في اختبار MMPI-2 إلى الجوانب المختلفة لمرض انفصام الشخصية بما في ذلك: الخبرات الانفصالية وفقدان السيطرة، والتفكير بجنون العظمة، وتجارب الهلوسة، وكذلك اليأس، واللامبالاة والانسحاب، ومشاكل التركيز والذاكرة (Sultan & Chudzik, 2010, p. 45).

وما يميز اللائحة الإكلينيكية للفصام هو الحضور الواسع للتجارب الهلوسية، وبخاصة البصرية التي يكشف المريض من خلالها عن تصورات وآماله، وكذلك عن القلق الذي يعاني منه (بن عبد الله، 2010، ص. 169)، وقد تتجسد الهلوسات البصرية في الصداع النصفي بالهالة (الأورة)، (Van der Auwera, 2016, p. 1).

وبالرجوع إلى البيئة التي أجريت فيها الدراسة، تشير الدراسات إلى أن الفصام في المغرب العربي يتميز بعدة خصائص إكلينيكية، تتمثل في: هيمنة هذيانات الإضطهاد والتسميم السحري

والاستحواذ من قبل الجن وإلى المضامين الدينية والكونية والسياسية وإلى الشكاوى الجسمية وأعراض أخرى تنتشر في الهستيريا (بن عبد الله، 2010، ص. 168).

أما بالنسبة للفروق في مقياس الإنطواء الاجتماعي تدعمه عدة دراسات، مثل دراسة لكاراكوروم وآخرون (Karakurum et al., 2004) التي بينت ارتباط الإنطواء الاجتماعي والصداع النصفي المزمن كذلك في دراسة لهوبر وهينريش (Huber & Henrich, 2003) ودراسة بيغال وآخرون (Bigal et al., 2003) باستخدام اختبار MMPI-2 أظهرت النتائج مستوى مرتفعاً من الإنطواء الاجتماعي لدى مرضى الصداع النصفي، واستخدم المرضى استراتيجيات التأقلم مع المرض التي تتميز بتطور الأعراض الجسدية والعزلة الاجتماعية والانشغال بالضغط.

يشير مقياس الإنطواء الاجتماعي في اختبار MMPI-2 إلى الانسحاب الاجتماعي، وعلى وجه الخصوص، صعوبة التعامل مع المواقف الاجتماعية (مجموعة، لقاء جديد، إلخ) (Sultan & Chudzik, 2010, p. 45).

وفي نفس الصدد يتميز الصداع النصفي بمستويات مرتفعة من نقص في الأداء في جميع أنحاء العالم، فغالبا ما يؤدي الصداع النصفي إلى عواقب سلبية في مكان العمل، مما يؤدي إلى تكاليف باهظة على المستويين الفردي والمجتمعي، بما في ذلك وصمة العار والانسحاب الاجتماعي (Seng et al., 2018, p. 1)، وتأسيسا على ذلك، أكد مرضى الصداع النصفي على أن صداعهم يتعارض مع التزاماتهم الاجتماعية والأسرية ويمنعهم من التخطيط المسبق خوفا من نوبة الصداع النصفي (Govender, 2016, p. 4).

يضاف إلى ذلك حسب دراسة مايو وشولت (May & Schulte, 2016) يعتبر المستوى التعليمي المنخفض من عوامل الخطر لتحول الصداع النصفي إلى صداع نصفي مزمن، ومن جهة أخرى فالأفراد ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر مشاركة في النشاطات والمناسبات الاجتماعية، حيث يفرض المحيط الجامعي على طلبة الجامعة الالتقاء ومشاركات طلابية تزيد من التفاعل الاجتماعي كما تفرض المهنة على العاملين المشاركات المهنية ذات منحى اجتماعي، لذلك انخفض مقياس الإنطواء لديهم مقارنة بذوي التعليم المتوسط.

➤ تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الخامسة، والتي تنص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي حسب اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى أفراد العينة تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي) "

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) وكذلك في الدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس، مما يشير إلى مستويات متقاربة في أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) لدى الجنسين (ذكور/إناث)، وأن متغير النوع الاجتماعي (ذكور/إناث) لا يؤثر في أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي الأربعين سنة، أكبر من الأربعين سنة)، مما يشير إلى أن متغير السن (أقل أو يساوي الأربعين، أكبر من الأربعين) لا يؤثر في أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي.

كذلك بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج/ غير متزوج)، عدا في بعد الانتباه لصالح المتزوجين وبعد فراغي إبصاري لصالح غير المتزوجين عند مستوى دلالة (0.05).

قد ترجع الفروق في بعد الانتباه لصالح المتزوجين إلى أن المتزوجين لديهم أنماط حياة صحية ولديهم شخص يشجعهم على اتخاذ خيارات صحية، حيث قالت لورا فييس من مركز أبحاث الزهايمر في المملكة المتحدة (Alzheimer's Research UK)، في تعليقها على أبحاث جامعة لندن: " قد يساعد الأزواج في تشجيع العادات الصحية، والبحث عن صحة شريكهم وتقديم دعم اجتماعي

مهم " (McKenna, 2017, Decembre 08).

كما قد يكون الأفراد المتزوجون أكثر عرضة لمشاركات معرفية واجتماعية أكثر من غير المتزوجين، ويمكن للآثار التراكمية للعلاقات الزوجية أن تحميهم من الضعف الإدراكي في أواخر العمر، كما قد يعاني الفرد المتزوج من ضغوط نفسية ومشاعر الوحدة قليلة بسبب الدعم العاطفي المتاح من طرف الزوج، بالإضافة إلى الأدوار المهمة التي يجب أن يلعبها الرجل أو المرأة المتزوجان والتي تصبح لهم هدفاً أكبر في الحياة، كل هذا يوفر حماية إضافية، بالإضافة إلى الأنشطة المعرفية (Feng et al., 2014, p. 381).

بينما يمكن إرجاع الفروق في بعد فراغي إبصاري لصالح غير المتزوجين بالأخذ بعين الاعتبار أن هذا البعد يعتمد بالدرجة الأولى على البصر، وأن غير المتزوجين هم من الفئة الأصغر سناً من أفراد العينة قد يمتلكون مستوى من الرؤية جيد، لذلك كان أدائهم أفضل من عينة المتزوجين.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، اللغة، فراغي إبصاري) وفي الدرجة الكلية للأداء المعرفي تعزى لمتغير الإصابة العائلية، عدا في بعد الطلاقة اللفظية وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح عدم وجود إصابة عائلية.

وتفسر ذلك بالرجوع إلى المعطيات التي أدلى بها أفراد العينة أن الصداع النصفي يؤثر على اللغة اللفظية لديهم، بحيث أنهم أثناء نوبة الصداع لا يستطيعون الكلام من شدة الألم واعتقاداً منهم أن أي حركة حتى ولو كانت لغة لفظية تزيد من شدة الصداع.

ومن جهة أخرى أظهرت الدراسات وجود تغيير في الإتصال الوظيفي في الصداع النصفي لدى مرضى الصداع النصفي بالهالة مقارنة بمرضى الصداع النصفي بدون الهالة والأصحاء (Vuralli et al., 2018, p. 2)، حيث قد يتغير التنظيم الوظيفي لشبكات الدماغ المرتبطة بالألم والعمليات المعرفية في الصداع النصفي (Vuralli et al., 2018, p. 11)، كما أن الطلاقة الدلالية تعتمد على الوصول إلى الذاكرة الدلالية وسلامتها أكثر من اعتمادها على العمليات التنفيذية، مع تنشيط الفص الصدغي بشكل أكبر. ففي الطلاقة اللفظية تتطلب عملية البحث إنشاء استراتيجيات غير معتادة تعتمد على التمثيل المعجمي، وكذلك مع تنشيط الفص الجبهي بشكل أكبر (Costa-Silva et al., 2016, p. 50)، وقد

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أنه لدى أفراد عينة الدراسة ضعف في أداء الذاكرة، مما قد يساهم في ضعف الطلاقة اللفظية لدى العينة.

كما أن التباين الفردي في توليد الكلمات هو نتاج التأثيرات الجينية والبيئية (Taporoski et al., 2019, p.1)، بالإضافة إلى تأثير الجانب الوراثي للصداع، مما أدى إلى الضعف المعرفي في الطلاقة اللفظية لدى عينة الدراسة بوجود إصابة عائلية، وكان أفراد عينة الدراسة بدون إصابة وراثية أحسن أداء في الطلاقة اللفظية.

أظهرت النتائج كذلك:

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في كل من بعد الإنتباه وبعد الفراغي إبصاري تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الذاكرة عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الطلاقة اللفظية عند مستوى دلالة (0.01) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد اللغة عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للأداء المعرفي عند مستوى دلالة (0.01) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح مستوى الجامعي.

أظهرت العديد من الدراسات أن سنوات التعليم هي عامل وقائي قد يقلل من فرص الضعف المعرفي، مما يشير إلى أن الأفراد الذين لديهم مدة تعليم أطول هم أقل عرضة للإصابة بالضعف المعرفي (Bao et al., 2020, p. 182)، وفي نفس الصدد أظهرت البيانات النفسية العصبية وجود ارتباط بين التعليم العالي والوظيفة المعرفية الكلية الحسنة (Swanson et al., 1998, p. 744).

ومن جهة أخرى فإن المشاركات الإجتماعية والأنشطة المختلفة، وخاصة التي تعتمد على الفكر والذكاء، تعمل على تحسين العمليات المعرفية من ذاكرة وانتباه ولغة وطلاقة لفظية، حيث تجعلها في حالة نشاط وعمل، وهذا ما نجده عند أصحاب المستوى الجامعي.

كما تم تقديم العديد من المقترحات لشرح تأثير التعليم على الأداء المعرفي. يرتبط أحد المقترحات بالحالة الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرها على سعة احتياطي الدماغ في الحياة المبكرة. واقترح تفسير آخر لتأثير التثقيف على الأداء المعرفي، هو أن مستوى التعليم يزيد احتياطي الدماغ عن طريق زيادة الكثافة المشبكية في قشرة المخية. هذه الفرضية مدعومة بحقيقة أن زيادة كثافة المشابك متوقعة لدى الأفراد المتعلمين تعليماً عالياً، هذا الاحتياطي الدماغي المتزايد قد يؤخر ظهور الخرف بحوالي 4 إلى 5 سنوات (De Souza-Talarico et al., 2007, p. 279).

➤ تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية السادسة والتي تنص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى المصابين بالصداع النصفي تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وجود إصابة عائلية، المستوى التعليمي)"

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث) لصالح الإناث عند مستوى الدلالة (0.05) وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث).

ويمكن تفسير النتائج من خلال نتائج دراسة مالكي وآخرون (Maleki et al., 2012) التي تشير إلى أن الدماغ يتأثر بشكل مختلف بالصداع النصفي عند الإناث مقارنة بالذكور، وتفسيرا لذلك تنطوي الفروق بين الجنسين على كل من بنية الدماغ، بالإضافة إلى الدوائر الوظيفية، وأن الإناث المصابات بالصداع النصفي أكبر درجة من حيث المشاركة بالمعالجة الحسية مقارنة بالذكور، يضاف إلى ذلك أن هناك احتمالا كبيرا بأن الصداع النصفي قد يمارس تأثيرات متنوعة على المعالجة المعرفية بين الذكور والإناث (Guo et al., 2019, p. 2).

ومن هذا المنطلق تظهر الإناث تفوقا في الطلاقة اللفظية، وسرعة الإدراك الحسي، والدقة والمهارات الحركية الدقيقة، بينما يتفوق الذكور على الإناث في القدرات المكانية والذاكرة العاملة والقدرات الرياضية. كذلك لدى الإناث تختلف المهارات العقلية خلال المراحل المختلفة من الدورة الشهرية، حيث تم الإبلاغ عن أن المستويات العالية من المنشطات التناسلية الموجودة خلال مرحلة انتهاء التكييس (The luteal phase) من الدورة الشهرية قد تسهل المهارات التي تفضل الإناث (Upadhyay & Guragain, 2014, p. 12).

كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي الأربعين سنة/ أكبر من الأربعين سنة) لصالح الأكبر من الأربعين سنة عند مستوى الدلالة (0.01)، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي الأربعين سنة/ أكبر من الأربعين سنة).

وهذا ما أكدته دراسة مارتينز وآخرون (Martins et al., 2020) وجود ارتفاع في أداء الوظيفة التنفيذية بمرور الوقت، كما أن نشاط الصداع النصفي ينخفض مع التقدم في العمر، فتقل تكرار النوبات وشدة الألم بعد الأربعين سنة، بينما تبلغ الذروة قبل سن الأربعين، لذلك يرتفع أداء الوظائف التنفيذية بعد سن الأربعين، ففي دراسة مارتينز وآخرين (Martins et al., 2020) خلصت إلى أن سمات الصداع النصفي تغيرت على مدى 5 سنوات، ففي عينة الدراسة (31%) من مرضى الصداع النصفي الذين أعيد تقييمهم لم يكن لديهم نوبات الصداع في العام الذي سبق التقييم، و(65%) ممن تعرضوا لنوبات الصداع مستمرة لديهم أقل من نوبة واحدة شهريا، وفي(55%) من الأفراد توقفت النوبات عن أن تكون مصحوبة بالغثيان، وفي (30%) لم يعد رهاب الضياء موجودا و(35%) كان لهم تأثير نوبات أكثر اعتدالا، وأصبحوا قادرين على العمل حتى أثناء النوبات. تم إرجاع هذه التغيرات في خصائص الصداع النصفي إلى التقدم في السن.

وبالرجوع إلى خصائص عينة الدراسة الحالية يظهر أن أغلبية أفراد عينة البحث هم نساء بنسبة (95.71%) والمعروف عنهم انخفاض النشاط الهرموني (حيض، حمل، نفاس) بعد سن الأربعين وبداية الدخول في سن اليأس، حيث وجدت الكثير من الأبحاث ارتباطا بين الصداع النصفي والنشاط الهرموني لدى الإناث، وانخفاض النشاط الهرموني يؤدي إلى تناقص نوبات الصداع النصفي، سواء من ناحية التكرار أو الشدة، وتناقص نوبات الصداع قد يحسن من أداء الوظائف التنفيذية، فحسب نتائج دراسة (سليمان والفار، 2008) هناك تأثير دال إحصائيا لمعدلات هرمون البروجسترون في أداء أفراد العينة على قائمة الوظائف التنفيذية.

بينت النتائج كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على جزئي اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج/ غير متزوج)، وأظهرت النتائج أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية/ عدم وجود إصابة عائلية).

كما بينت النتائج:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (0.05) وفقا للمستوى التعليمي لصالح مستوى جامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (0.05) وفقا للمستوى التعليمي لصالح مستوى جامعي.

تعزى هذه النتائج إلى أن التعليم العالي عامل وقائي من الضعف المعرفي، كما يعمل على تطوير وتحسين أداء الوظائف التنفيذية، حيث أظهرت الدراسات السابقة أن كبار السن الذين حصلوا على درجات أعلى في القراءة يؤدون أداء أفضل في الوظائف التنفيذية ومهام الذاكرة (Marcio et al. , 2021,p. 1).

كما يرى عمرو السامرائي أن: "طلبة الجامعة لديهم القدرة والإمكانية على تنظيم المعلومات والمفاهيم ومعالجتها وتوظيفها، فضلا على حل المشكلات وتطبيقها في مواقف تعليمية جديدة فالوظائف التنفيذية هي عمليات وإجراءات متعددة الأبعاد تتضمن تخطيط الأهداف وتنظيمها وتحقيقها وتنفيذها وتقييمها، وتعمل جنباً إلى جنب مع الوظائف العقلية والمعرفية" (عمرو السامرائي، 2019، ص. 196).

وفي نفس الصدد فإن أفراد العينة ذوي مستوى جامعي، إما هم أصحاب مهن أو طلبة جامعة يحضون بالكثير من التفاعل الاجتماعي الذي يحافظ على أداء الوظائف التنفيذية، حيث أن الاحتياطي المعرفي هو المصطلح المستخدم لوصف قدرة الشخص على الحفاظ على الوظيفة الإدراكية الطبيعية على الرغم من أمراض الدماغ، ويتم زيادتها من خلال التعليم والعمل في المهن التي تتطلب معرفة معرفية والحصول على مستويات أعلى من التفاعل الاجتماعي (McKenna, 2017, Decembre).

(08).

➤ تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية السابعة والتي تنص على أنه: " توجد علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 وأداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى مرضى الصداع النصفي".

أظهرت النتائج:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الاكتئاب وبعد الطلاقة اللفظية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) وبعد اللغة لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس البارانونيا (Pa) وبعد اللغة وبعد فراغي إبصاري، والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس السيكاثينيا (Pt) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الفصام (Sc) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الهوس الخفيف (Ma) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الهوس الخفيف (Ma) وبعد فراغي إبصاري لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).

- عدم وجود علاقة بين كل من مقياس: توهم المرض (Hs)، الهستيريا (Hy) والأبعاد (الانتباه الذاكرة الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى مرضى الصداع النصفي.

اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة لنتشو وآخرين (Chu et al., 2019) التي أشارت إلى وجود ارتباط دال إحصائي بين الاكتئاب الأكثر شدة وارتفاعا الدرجة الكلية شكاوى الذاكرة الذاتية ودرجات الخرف المؤكد.

واختلفت هذه النتائج مع نتائج دراسة سانتانجيلو وآخرون (Santangelo et al., 2016) التي بينت عدم وجود علاقة بين الأعراض النفسية والأداء المعرفي، ونتائج دراسة لوبونو وآخرون (Lo Bueno et al., 2019) التي خلصت إلى عدم وجود ارتباط بين الوظائف المعرفية والمزاج والقلق والاكتئاب.

إن ارتباط الاضطرابات النفسية مع انخفاض أداء العمليات المعرفية لدى مرضى الصداع النصفي يمكن تفسيره من عدة جهات نظر، حيث أظهرت نتائج دراسة مكرابين (McCracken, 1997) أن الأفراد الذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة، والذين يبدون انتباها أكبر للألم يبلغون أيضا عن زيادة شدة الألم والضيق العاطفي والإعاقة النفسية والإجتماعية واستخدام الرعاية الصحية المرتبطة بالألم.

فالألم هو تجربة حسية متعددة الأبعاد ينطوي على أبعاد جسمية، نفسية، معرفية وسلوكية واجتماعية، فحسب الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP) الألم هو تجربة حسية وعاطفية، أي أنه يتم معاشته وتفسيره بواسطة نفسيتنا التي سوف تتسبب إليها صفة غير سارة، وأهمية أكبر أو أقل وبالتالي فإن الألم ليس مجرد "إحساس" أو حتى "عاطفة"، بل هو "إدراك"، ووفقا لوران دينيزو (Laurent Denizeau) أن تصور الألم هو: "المعنى الذي نعطيه وفقا لخيالنا الإجتماعي والثقافي" (Senon, 2016, pp. 57-58).

وانطلاقا من ذلك فإن الأداء المعرفي لمرضى الآلام المزمنة مرتبط بالعوامل الإجتماعية والثقافية، وكذا التاريخ الشخصي والعائلي للمريض، أين تعتمد العلاقة التي تربط أي مريض بالألم بشكل كبير بتربيته، أي المحيط العائلي والإجتماعي الذي نشأ فيه، والاهتمام الذي يوليه هذا المحيط للحوادث المؤلمة التي تعرض لها في طفولته، ومن ناحية أخرى طبيعة العاطفة المرتبطة بالألم تتحكم أيضا في العمليات المعرفية (Grisart, 2008, p. 350).

وفي نفس الصدد فإن الألم المتكرر أو المزمن يسبب الإعاقة والتغيرات السلوكية، غالباً ما ينسحب المرضى من الأنشطة الاجتماعية والعائلية والجسدية والمهنية، مما يؤدي في النهاية إلى تقليل التحفيز المعرفي والاضطراب العقلي والعجز المكتسب والاكتئاب، اضطرابات النوم، وتناول المسكنات أو تناول مضادات الالتهاب، وبالتالي قد تؤثر هذه العوامل المختلفة على الأداء المعرفي من خلال آليات مختلفة، وقد تؤدي في النهاية إلى تغييرات في الدماغ (Martins et al., 2012, p. 9).

واستناداً على ذلك فإن الصداع النصفي هو اضطراب بيو- نفس- اجتماعي، حيث تتمثل العوامل البيولوجية في الوراثة والنشاط الهرموني وتغيرات الدماغ، وتشمل العوامل النفسية الجانب النفسي والمعرفي والسلوكي، حيث أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية، ووجود انخفاض في الأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي.

كما يؤثر الصداع على الجانب السلوكي الذي يظهر في إعاقة الأفراد المصابين به على أداء نشاطاتهم اليومية، والبقاء في الفراش لساعات أو أيام، بالإضافة إلى المكاسب الثانوية التي تتجم عن الألم كتغيب عن الدراسة والعمل تساهم في تكرار نوبات الألم. بينما تتمثل العوامل الاجتماعية في أن الألم يحدث في سياق أسري، وسلوك الأفراد الذين يعانون من الألم يتشكل من خلال البيئة الأسرية التي يعيشون فيها، فاستجابات الآباء لآلام أبنائهم، وكذلك استجابات الزوج لآلام زوجته تؤثر وبشكل كبير جداً في تشكيل الآلام التي يعانون منها (أحمد، 2011، ص. 102).

➤ تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الثامنة، والتي تنص على أنه: " توجد علاقة بين بعض الاضطرابات النفسية حسب المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI- 2 والوظائف التنفيذية حسب اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي".

أظهرت النتائج:

وجود علاقة بين كل من الانحراف السيكوباتي، البارانونيا، السيكاثينيا، الفصام والهوس الخفيف والوظائف التنفيذية.

وعدم وجود علاقة بين كل من توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا، والوظائف التنفيذية.

تختلف هذه النتائج مع نتائج دراسة (Santangelo et al., 2016) التي بينت عدم وجود ارتباط بين الوظائف المعرفية والمزاج والقلق والاكتئاب.

وبالرجوع إلى التفسيرات البيولوجية، نجد أن الصداع النصفي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بأجزاء مختلفة من الدماغ، بما في ذلك اللوزة، والحصين، والقشرة الأمامية المدارية، والجزيرة، المسؤولة عن الإدراك والعاطفة المرتبطة بالألم (Kim et al., 2021, p. 6)، يضاف على ذلك بينت الأبحاث أن شدة الألم ترتبط بارتفاع مستويات القلق، وضعف جودة النوم وقلة مدة النوم، بالتدهور المعرفي (Vurali et al., 2018, p.1).

ومن جهة أخرى يعتبر تفسير الألم والاستجابة له على أنها ذاتية، وتتنوع حسب الإدراك الفردي للألم، فنتيجة للعمليات المعرفية غير المناسبة يمكن أن يعاني المرضى من ألم يتجاوز أساس الظروف الجسدية. قد يكون الإدراك المعزز للألم أو الحساسية عامل خطر كبير في إزمان الألم، حيث يساهم الخوف أو القلق من الألم المرتبط بالتنبؤ المفرط للألم في المستقبل لدى بعض المرضى بشكل كبير في الأعراض الجسدية والإعاقة، كما أن الاعتقاد بأن الألم الحالي سيستمر أو الإيمان الأعمى أن له تأثيراً سلبياً على التأقلم والتكيف، وأنه غامض وغير قابل للتفسير يرتبط بنتائج سيئة، وضيق نفسي وجسدي (Kim et al., 2021, p. 1).

وفي نفس السياق فإن الأداء المعرفي "البارد" يشير إلى معالجة المعلومات بدون التأثير العاطفي (مثل التحكم في الإنتباه) والأداء المعرفي "الساخن" معالجة المعلومات ذات التأثير العاطفي (على سبيل المثال، التحيز المتعمد المطابق للمزاج). يفترض النموذج المعرفي الساخن والبارد أن الاختلالات المعرفية الباردة غير العاطفية تساهم في تطوير الإدراك الساخن (مثل الأفكار / المعتقدات السلبية / الكارثية)، مما يؤدي لاحقاً إلى أعراض نفسية ويزيد من تفاقم الخلل المعرفي البارد، يمكن الافتراض أن الأعراض النفسية يمكن أن تنشأ أيضاً من العجز المعرفي البارد من خلال الإدراك الساخن (Chavez-Baldini et al., 2021, p. 5).

يضاف إلى ذلك الاستعداد النفسي الذي يجعل الفرد ينتقي المعلومات المشوهة ويتعامل معها بصفة خاطئة عموماً، يجعل كذلك الفرد ينتقي من ضمن المعلومات الصادرة في محيطه معلومات مشوهة حول موضوع الألم ويتعامل معها بطريقة خاطئة من جهة أخرى، الأمر الذي يشير إلى "المنطق الخاص" الذي يميز مرضى الآلام المزمنة، كما عبر عنه شابلين (Chaplin, 1989) (بلقاسم، 2000، ص. 270).

➤ تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية التاسعة التي تنص على أنه: " لمرضى الصداع النصفي
توظيفات نفسية متنوعة: ذهان، عصاب، حالات حدية "

أظهرت النتائج توزع الحالات المستعرضة على توظيفات نفسية متنوعة تتمثل في: التوظيف
الذهاني، التوظيف العصابي والتوظيف الحدي، بالإضافة إلى ذلك ظهر تواجد كل من اضطراب
ضغط ما بعد الصدمة، المحاولات الانتحارية والإدمان على المخدرات لدى بعض الحالات.

فبالرغم من تواجد مرض مشترك لدى الحالات (الصداع النصفي) تباينت التوظيفات النفسية
لديهم، وهذا ما تدعمه نتائج الدراسات السابقة باستخدام اختبار MMPI- 2 التي أظهرت اضطرابات
نفسية مختلفة لدى مرضى الصداع النصفي، ومن جهة أخرى أيضا تتنوع العوامل المتدخلة في حدوث
الصداع النصفي التي تتمثل في العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، فالحالات المستعرضة من
خلال المقابلات تبين جليا الحياة النفسية والاجتماعية المختلفة للحالات بالإضافة إلى تواجد أو غياب
الإصابات العائلية بالصداع النصفي، وهذه النتائج تدعم النظرية القائلة بأن الصداع النصفي هو
مشكلة بيولوجية نفسية اجتماعية.

فالرجوع إلى شخصية المريض بجميع مكوناته، وإلى تاريخه الخاص والمميز وإلى ارتباطاته
الأسرية والاجتماعية الثقافية ضروري لاستجلاء مدلول الأعراض، لأن المهمة الأساسية بالنسبة
للسيكوباتولوجيا تكمن بالدرجة الأولى في التأويل ولا تهتم إلا في حالات نادرة بالتفسير (بن عبد الله
2010، ص. 44)، وفي نفس السياق ترى حجازي (2006): " أن نشوء الصداع النصفي مرتبط
بطريقة معقدة بتطور الشخصية في معظم الحالات، فالطاقة النفسية المكفوفة والتي كانت مكلفة
بالتعبير للحفاظ على الذات، نظرا لضيق مساحة التعبير، ونظرا للتحريم النفسي، فإن هذه الطاقة تفرغ
في معظم أعضاء الجسم لتتحول إلى لغة جسدية (أعراض)، وهكذا يظهر الصداع النصفي باعتباره
صدى لانفعالات مكبوتة بالغة الشدة".

ويظهر تأثير العوامل النفسية والاجتماعية كذلك من خلال نتائج العديد من الدراسات التي
خلصت إلى وجود ارتباط بين خبرات الطفولة، مثل أحداث الحياة، الطلاق، الاعتداء الجسدي
والجنسي، والتي تعتبر كعوامل خطر للصداع وأزماته (Guidetti et al., 2016, p. 5)، وفي نفس السياق
قد تتدخل العلاقة بين الأم والطفل في المكون المزاجي الغريب للطفل والعكس صحيح، وتلعب دورا في
حدوث نوبات الصداع النصفي، ففي دراسة أبلغت أمهات الأطفال المصابين بالصداع النصفي عن

الشعور بالضائقة النفسية أثناء الولادة، وأثناء فترة ما بعد الولادة والمزيد من الصعوبات في التكيف مع احتياجات الطفل (Guidetti et al., 2016, p. 4)، وأكدت ذلك أيضا نتائج دراسة لكرستين وآخرين (Chambers et al., 2002) المتمثلة في أن سلوك الأم له تأثير مباشر على تقارير البنات الشخصية للألم، حيث شعرت الفتيات اللواتي تفاعلت أمهاتهن معهن بطريقة معززة للألم بألم أكبر من بنات الأمهات في المجموعة الضابطة اللواتي لم يخضعن للتفاعل، اللاتي أبلغن بدورهن عن ألم أكبر من الفتيات اللواتي تفاعلت أمهاتهن معهن بطريقة مسكنة للألم.

بالإضافة إلى ذلك قام جيلدنبرج وآخرون (Gildenberg et al., 1985) نقلا عن (بلفاسم، 2001) بدراسة الخصائص النفسية لمرضى الآلام المزمنة بالاعتماد على الأسلوب الذي يعبر به المرضى عندما يتكلمون عن دور الألم المزمن في حياتهم، وصنفهم إلى أربعة أنواع: 1- مرضى يستجيبون بالألم مزمن لما يواجهون مشاكل مرهقة. 2- مرضى تعودوا اعتماد الألم في أسلوبهم الحياتي 3- مرضى يعتقدون أن الألم هو الاستجابة المناسبة المنتظرة منهم من طرف الأطباء. 4- مرضى يعانون من اضطرابات نفسية مقنعة: قلق، اكتئاب...تظهر على شكل ألم مزمن.

كما أن ظهور السلوك الانتحاري والإدمان على المخدرات لدى بعض الحالات المستعرضة قد يعكس عوامل بيئية، مثل أحداث الطفولة السلبية والعنف المنزلي وسوء المعاملة الوالدية والاكتئاب أدت إلى الفشل في مواجهة الصراع النفسي، وانتهاج السلوك الانتحاري وإدمان المخدرات كحل للهروب من المشكلات الأسرية والاجتماعية، وتأكيدا على ذلك يرى فولر - طومسون وآخرون (Fuller-Thomsom et al.) أن العلاقة الثنائية الاتجاه بين الصداع النصفي والاكتئاب قد تمتد أيضا لتشمل متغيرات أخرى مثل تعاطي المخدرات والكحول (Karimi et al., 2020, p. 11).

الواضح والمؤكد إذن هو وجود نوع من الانسجام والاستمرارية بين الذات العضوية والذات النفسية، فالترابط الذي يجمع بينهما ليس ميكانيكيا ولكنه ديناميكي يتحقق على جميع مستويات النمو بواسطة التفاعل الذي يتم بين أفعال الفرد وردود أفعاله وبين المحيط، ومن ثم فإننا ندرك بأن للوسط دورا كبيرا في تشكيل الشخصية وبنائها (بن عبد الله، 2010، ص. 45).

دون أن ننسى الإشارة إلى العامل الدخيل الذي لا يمكن نكران تأثيره على الحياة الصحية والنفسية والاجتماعية للأفراد، والمتمثل في وباء كورونا ومساهمته في نشر الاضطرابات النفسية أو تفاقم شدة الاضطرابات المتواجدة سابقا لدى الفرد، وهذا ما أكدته نتائج دراسة لسميث وآخرين

(Smith et al., 2021) أن الصحة النفسية لمرضى الصداع النصفي تأثرت بانتشار وباء كورونا، مما ساهم في انتشار قلق جديد واكتئاب جديد واضطرابات في النوم.

وتأسيساً على ما سبق نجد أيضاً أن دراسة مينتس وإدواردز (Meints & Edwards, 2018) خلصت إلى أن وجود الألم المزمن له عدد من العواقب النفسية والاجتماعية والوظيفية في مجالات متعددة من الوظائف - الإدراك والعاطفة والسلوك. نظراً لأن الألم المزمن يستمر مع مرور الوقت، فإن كل مجال من هذه المجالات سيؤثر بدوره على التجربة والإبلاغ عن الألم والأعراض ذات الصلة. بالإضافة إلى ذلك فإن السياق الذي يقيم فيه الأفراد يكون له أيضاً دور مهم. فحسب مبادئ النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، فإن مجموعة واسعة من المتغيرات النفسية الاجتماعية تعمل كعوامل خطر أو مرونة، مما يؤثر على احتمالية الإصابة بحالة الألم المزمن، ويؤكد أن العوامل النفسية والاجتماعية ليست مجرد ردود فعل ثانوية للألم المستمر؛ بل إنها تشكل مجموع تفاعلية من العمليات البيولوجية النفسية الاجتماعية التي تميز الألم المزمن عبر التشخيصات البيولوجية، والمجموعة المتنوعة من العوامل النفسية والاجتماعية والسياقية في أدوارها، كعوامل خطر محتملة وعوامل وقائية ومتغيرات عملية داخل النظام الديناميكي للقوى التي تشكل حالة ألم مزمن.

استنتاج

الاستنتاج:

في ضوء الدراسة الميدانية بشقيها الكمي والكيفي وبناء على الهدف الرئيسي للدراسة في محاولة الكشف عن الاضطرابات النفسية وأداء العمليات المعرفية ، ونوعية التوظيف النفسي لدى مرضى الصداع النصفي، ومحاولة منا للوصول إلى تشخيص نفسي لمرضى الصداع النصفي يساعد القائمين على العلاجات النفسية، ومن أجل تحقيق ذلك تم اتباع المنهج الوصفي، وتطبيق مجموعة من الأدوات المتمثلة في استمارة من إعداد الباحثة، واختبار الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا النسخة الثانية (MMPI- 2) واختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) واختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) على عينة قوامها (82) مريض ومريضة بالصداع النصفي، والمنهج العيادي أين تم تطبيق المقابلة نصف موجهة واختبار الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا النسخة الثانية (MMPI- 2) واختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) على مجموعة بحث قوامها (6) حالات.

كانت النتائج المتحصل عليها كما يلي:

- يوجد ارتفاع في درجات أفراد العينة على مقياس البارانويا (Pa) حسب المقاييس الإكلينيكية.
- الملح النفسي لعينة الدراسة من نمط "6"، والذي يمثل تواجد أعراض البارانويا لدى أفراد العينة.
- يتوزع مرضى الصداع النصفي على سمات شخصية متنوعة تتمثل في: الشخصية البارنودية الشخصية الاكتئابية، الشخصية الفصامية، الشخصية المتوهمة للمرض، الشخصية السيكاثنينية الشخصية الهوسية الخفيفة والشخصية المنحرفة السيكوباتية بالإضافة إلى انتشار الشخصية الهستيرية لدى الإناث.
- يوجد ارتفاع في درجات الإناث على مقياس الاهتمامات بالصحة (HEA)، أفكار غريبة (BIZ) والخوف (FRS) بينما لدى الذكور ارتفاع في مقياس أفكار غريبة (BIZ) ومؤشر العلاج السلبي (TRT) حسب مقاييس المحتوى.
- يوجد ارتفاع في درجات الإناث على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PK) حسب المقاييس الإضافية.
- وجود انخفاض في درجات أداء بعض العمليات المعرفية: الانتباه، الذاكرة، اللغة الطلاقة اللفظية فراغي إبصاري والأداء الكلي لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).

- أغلبية أفراد العينة لديهم انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية ماعدا فئة (السن 60-69، مستوى تعليمي 7-10 سنوات) ليس لديها انخفاض في درجات الوظائف التنفيذية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير السن ماعدا مقياس الاكتئاب (D)، توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لصالح فئة (<40) سنة ومقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لصالح فئة (<40) سنة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج/غير متزوج) ماعدا مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لصالح المتزوجين.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير الإصابة العائلية ماعدا مقياس الاكتئاب (D) وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الإصابة عائلية عند مستوى دلالة (0.05) لصالح وجود إصابة عائلية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد العينة على المقاييس الإكلينيكية تعزى لمتغير المستوى التعليمي (متوسط، ثانوي، جامعي) ماعدا في مقياس الفصام (Sc) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى المتوسط ومقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى المتوسط.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) وكذلك في الدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث)
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي الأربعين، أكبر من الأربعين).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي إبصاري) والدرجة الكلية للأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج/ غير متزوج)، ماعدا في بعد الإنتباه لصالح المتزوجين وبعد فراغي إبصاري لصالح غير المتزوجين عند مستوى دلالة (0.05).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أداء بعض العمليات المعرفية (الانتباه، الذاكرة، اللغة، فراغي إبصاري) وفي الدرجة الكلية للأداء المعرفي تعزى لمتغير الإصابة العائلية ماعدا في بعد الطلاقة اللفظية وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح عدم وجود إصابة عائلية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من بعد الإنتباه وبعد الفراغي إبصاري تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الذاكرة عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الطلاقة اللفظية عند مستوى دلالة (0.01) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد اللغة عند مستوى دلالة (0.05) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للأداء المعرفي عند مستوى دلالة (0.01) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الجامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث) لصالح الإناث وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي الأربعين سنة/ أكبر من الأربعين سنة) لصالح الأكبر من الأربعين وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير السن (أقل أو يساوي الأربعين سنة/ أكبر من الأربعين سنة).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على جزئي اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج/ غير متزوج).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على اختبار (TMT A/B) لدى مرضى الصداع النصفي تعزى لمتغير الإصابة العائلية (وجود إصابة عائلية/ عدم وجود إصابة عائلية)
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (A) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (0.05) وفقا للمستوى التعليمي لصالح مستوى جامعي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف التنفيذية على الجزء (B) من اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B) عند مستوى دلالة (0.05) وفقا للمستوى التعليمي لصالح مستوى جامعي.
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الاكتئاب وبعد الطلاقة اللفظية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) وبعد اللغة لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس البارانويا (Pa) وبعد اللغة وبعد فراغي ابصاري والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس السيكاثينيا (Pt) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الفصام (Sc) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين مقياس الهوس الخفيف (Ma) وبعد اللغة والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الهوس الخفيف (Ma) وبعد فراغي ابصاري لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R).

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين مقياس الإنطواء الاجتماعي (Si) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).

- عدم وجود علاقة بين كل من مقياس: توهم المرض (Hs)، الهستيريا (Hy)، الذكورة والأنوثة والأبعاد (الانتباه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، فراغي ابصاري) والدرجة الكلية لاختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R) لدى مرضى الصداع النصفي.

- وجود علاقة بين كل من الانحراف السيكوباتي، البارانويا، السيكاثينيا، الفصام والهوس الخفيف والوظائف التنفيذية، وعدم وجود علاقة بين كل من توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا، الذكورة والأنوثة والإنطواء الاجتماعي والوظائف التنفيذية.

رغم أن نتائج الدراسة الكمية أظهرت أن الصفة النفسية المميزة لمرضى الصداع النصفي تمثل أعراض البارانويا فإن الدراسة الكيفية أظهرت توزع مجموعة البحث من مرضى الصداع النصفي على توظيفات نفسية متنوعة: ذهانية، عصابية وحدية، مما يشير إلى التكامل بين الدراسة الكمية والكيفية، بالإضافة إلى ذلك بينت نتائج الحالات المعروضة تواجد أعراض الاكتئاب والقلق قبل نوبة الصداع، ويستمران أثناءها وجود كل من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، الإدمان على المخدرات والمحاولات الانتحارية لدى مرضى الصداع النصفي.

خاتمة

خاتمة:

تم في هذه الدراسة دمج الطريقة الكمية والكيفية للكشف عن الاختلالات النفسية والمعرفية التي يعاني منها مرضى الصداع النصفي، وقد بينت النتائج التكامل بين الطريقتين من خلال إظهار الصفحة النفسية المميزة لمرضى الصداع النصفي المتمثلة في أعراض البارانويا والتي كشفت عنها الدراسة الكمية، بينما جاءت الدراسة الكيفية لتباين أكثر تفاصيل من خلال عرض لتوظيفات نفسية متنوعة: ذهانية، حدية وعصابية تميز مرضى الصداع النصفي، هذا وأكدت كلا الطريقتان وجود انخفاض في الأداء المعرفي وفي الوظائف التنفيذية لدى مرضى الصداع النصفي.

مما يشير إلى إن العوامل النفسية والاجتماعية ليست مجرد ردود فعل ثانوية للألم المستمر للصداع النصفي بل فإنها تشكل مجموع تفاعلية من العمليات البيولوجية النفسية الاجتماعية التي تميز الألم المزمن عبر التشخيصات البيولوجية، وفي ضوء ذلك خرجت الباحثة بمجموعة من التوصيات:

- بناء برامج علاجية للتخفيف من المعاناة النفسية لمرضى الصداع النصفي
- إجراء المزيد من الدراسات النفسية التي تهتم بالعوامل النفسية المتدخلة في الصداع النصفي كالقلق والضغط.
- إجراء دراسات لتقييم معاناة مرضى الصداع النصفي أثناء نوبات الصداع.
- إجراء دراسات تشخيصية مقارنة بين مرضى الصداع النصفي والأصحاء.
- إجراء دراسات تتناول الجوانب المعرفية كالتفكير الكارثي وأثره في تحفيز نوبات الصداع.
- محاولة فهم معاناة مرضى الصداع النصفي وعذرهم أثناء التغيب عن الدراسة أو العمل
- إجراء إحصاءات وطنية دقيقة حول انتشار الصداع النصفي في الجزائر.
- القيام بدراسات تتبعية تكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من الاضطرابات النفسية، العمليات المعرفية والصداع النصفي.

المراجع

المراجع

- أبو علام، رجاء محمود (2012). *سيكولوجية الذاكرة وأساليب معالجتها*. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أحمد، حسانين أحمد (2011). *سيكولوجية الألم*. إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- أحمد، حسانين أحمد (2007). *مدي فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة المنيا.
- أحمد، حسانين أحمد (2013). *المناحي النفسية المفسرة للألم المزمن وتطبيقاتها العملية*. دراسات نفسية، 4(8)، 11-85.
- أحمد، حسانين أحمد (2010). *العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المبادئ والاستراتيجيات*. دراسات نفسية، 1(1)، 157-139.
- أبو الديار، مسعد نجاح (2017). *الرؤى القديمة والحديثة في علم النفس الإكلينيكي*. دار الكتاب الحديث.
- الشرقاوي، أنور محمد (2003). *علم النفس المعرفي المعاصر* (ط. 2). مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم، سليمان عبد الواحد يوسف (2010). *علم النفس العصبي المعرفي*. إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- أندرسون، جون روبرت (2016). *علم النفس المعرفي وتطبيقاته* (مفيد نجيب حواشين وفاضل محمود خشاوي ومحمد صبري السليط، ترجمة). دار الفكر. (2005).
- أبو غزال، معاوية محمود (2015). *علم النفس العام* (ط. 2). دار وائل للنشر و التوزيع.
- إبراهيم، مروان عبد المجيد (2000). *الأسس العلمية لإعداد الرسائل الجامعية*. الوراق.
- أحمد، عبد الباقي دفع الله، وإبراهيم، ابتسام ساتي، والرحمن، أسماء سراج الدين فتح، وعبد الرحمن، منار الشيخ (2018). *انتشار الأمراض النفسية في السودان*. دراسات نفسية، 9(1)، 175-152.
- اسماعيل، بشرى (2004). *ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- بيدس، اميل خليل (1993). *الصداع والمايغرين*. دار الافاق الجديدة.
- بومرانتز، أندريو (2018). *علم النفس الاكلينيكي العلوم والممارسة والثقافة* (تيسير إلياس شواش وأحمد اسماعيل هاشم، ترجمة). دار الفكر. (2017).
- بن عبد الله، محمد (2010). *سيكوباتولوجيا الشخصية المغربية*. ديوان المطبوعات الجامعية.
- بن زطة، بلدية (2019). *مدخل إلى علم النفس المعرفي*. محاضرات جامعة المسيلة.
- البقاعي، هيفاء تيسير (2016). *تقنين اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية (النسخة الثانية) على طلبة المرحلة الثانوية والجامعية في مدينة دمشق*. مجلة جامعة طيبة للعلوم التربوية، 11(2)، 219-199.

- بلقاسم، حورية (2001). *العوامل المعرفية في الآلام المزمنة منظور علم النفس المعرفي* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.
- بن عبد الله، محمد (2019). *علم النفس المعرفي*. ديوان المطبوعات الجامعية.
- البكوش، خيرية عبد الله (2014). *العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان*. *المجلة الجامعية*، 2(16). 152-133.
- ديفي، جراهام (2016). *علم النفس المرضي البحث، التقييم، والعلاج في علم النفس الإكلينيكي* (فيصل محمد خير الزراد ومحمد صبري سليط، ترجمة). دار الفكر ناشرون وموزعون. (2014).
- دايلي، ناجية (2018). *معايير السواء ومؤشرات الصحة النفسية-دراسة نظرية تحليلية*. *مجلة العلوم الاجتماعية*، 15(27)، 192-174.
- ديسون، سو (2006). *كيف تتغلب على الصداق النصفي؟* (دار الفاروق، ترجمة). دار الفاروق للنشر والتوزيع. (1998).
- الوناس، محمد (2016). *التمثيلات الاجتماعية للاضطرابات النفسية لدى الطفولة*. *المجلة الجزائرية للطفولة والتربية*، 4(3)، 216-189.
- زرواتي، رشيد (2007). *مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية*. دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزهران، حامد عبد السلام (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. عالم الكتب.
- الزيات، فتحي مصطفى (1999). *الأسس البيولوجية والنفسية للنشاط العقلي المعرفي: المعرفة والذاكرة والابتكار*. دار النشر للجامعات.
- الزغول، رافع النصير، والزغول، عماد عبد الرحيم (2011). *علم النفس المعرفي*. دار الشروق للنشر والتوزيع حقي، ألفت (1995). *الإضطراب النفسي*، الجزء 2. مركز الاسكندرية للكتاب.
- حجازي، مي إبراهيم أحمد (2006). *دراسة نفسية لبعض مرضى الصداق النصفي*. [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. كلية الآداب. جامعة المنصورة.
- حمود، محمد عبد الحميد، وعبد الله، محمد قاسم (2014). *علم النفس العيادي وتطبيقاته الإرشادية*. دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع.
- حافزي، زهية غنية (2016). *مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس: علم النفس المرضي*. جامعة سطيف.
- حمودة، سليمة، وأونيس، جمال، ووازي، طاوس (2020). *البروفيل النفسي لدى الطالب الجامعي المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي (الفيس بوك نموذجاً) من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2)*. *مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية*، 12(1). 164 - 155.

حافظ، نيفين محمد محمد (2017). أثر اختلاف لغة التدريس على تطور الوظائف التنفيذية المعرفية والتحصيل الدراسي لدى تلاميذ التعليم الأساسي [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة حلوان.

طه، فرج عبد القادر، وأبو النيل، محمود السيد، وقنديل، شاكر عطية، ومحمد، حسين عبد القادر، وكامل، عبد الفتاح مصطفى (2005). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

يوسف، سليمان عبد الواحد (2011). المرجع في علم النفس المعرفي: العقل البشري وتجهيز ومعالجة المعلومات. دار الكتاب الحديث.

اليقوي، شريف (2008). تغلب على... الصداغ النصفي. دار الأمل للنشر والتوزيع.

لمين، نصيرة (2015). محاضرات في علم النفس المعرفي. جامعة المسيلة.

لنيدساي، ستان ، وبول، جراهام (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (صفوت فرج، ترجمة). مكتبة الأنجلو المصرية. (1994).

ماكغريغور، آن (2013). الصداغ النصفي وأنواع الصداغ الأخرى (مارك عبود، ترجمة). دار المؤلف. (2010).

معمرية، بشير (2017). إسهامات علماء النفس العرب في التنظير في مجال العمليات المعرفية - النموذج الرباعي للعمليات المعرفية لفؤاد أبو حطب نموذجاً- دراسات نفسية، 8(14). 1-21.

المليجي، حلمي (2004). علم النفس المعرفي. دار النهضة العربية.

مليكة، لويس كامل (2000). اختبار الشخصية المتعدد الأوجه دليل الاختبار (ط.6). مكتبة الأنجلو المصرية.

مخلوفي، أمل (2021). مشكلات قياس الوظائف التنفيذية في علم النفس العصبي العيادي: بين المدارس التقليدية والاتجاهات المعاصرة. مجلة الروائر، (1)، 265-283.

موسوعة علم النفس للتربية والتعليم: الاضطرابات العقلية (2001). الجزء 5. CREPS.

منظمة الصحة العالمية (2019، نوفمبر). الاضطرابات النفسية. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

محمد، شذى عبد الباقي ، وعيسى، مصطفى محمد (2011). اتجاهات حديثة في علم النفس المعرفي. دار المسيرة للنشر والتوزيع.

محمود، نهاد عبد الوهاب (2016). علم النفس الإكلينيكي بين النظرية والتطبيق. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

محسن، خليل (1988). الصداغ عند الأطفال والأولاد أسبابه وطرق علاجه. دار الكتب العلمية.

السري، أسماء محمد، والبحيري، محمد رزق، ومحسن، ولاء محمد (2015). بعض الوظائف التنفيذية وعلاقتها بالقلق لدى عينة من الأطفال ذوي نقص الانتباه وفرط الحركة، مجلة البحث العلمي في التربية، (16). 104-125.

- سوانسون، دايفيد (2000). *مايو كلينك حول الألم المزمن* (مركز التعريب والبرمجة، ترجمة). الدار العربية للعلوم. (1999).
- سليمان، سناء محمد (2008). *الأمراض النفسية والأمراض العقلية بين الحقيقة والخيال*. عالم الكتب.
- سليمان، عبد ربه مغازي، والفار، رانيا محمد (2008). *إضطراب الوظائف المعرفية التنفيذية أثناء الدورة الشهرية للمرأة*. مجلة بحوث كلية الآداب، (75)، 161-203.
- سولسو، روبرت (2000). *علم النفس المعرفي* (محمد نجيب الصبوة ومصطفى محمد كامل ومحمد الحسانين الدق، ترجمة؛ ط. 2). دار الفكر. (1996).
- السنائي، بشرى خطاب عمر، والسامرائي، عباس عبد الرحمن جاسم (2019). *الوظائف التنفيذية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة*. المؤتمر العلمي الدولي للدراسات الإنسانية الذكاء والقدرات العقلية. مجلة العلوم النفسية، (عدد خاص)، 173-202.
- عبد الخالق، أحمد محمد (1996). *قياس الشخصية*. جامعة الكويت.
- عز، إيمان (2015). *تقنين رانز مينسوتا MMPI-2*. مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، 13 (4)، 142-179.
- العياصرة، وليد رفيق (2011). *التفكير واللغة*. دار اسامة للنشر والتوزيع.
- عبد الله، مجدي أحمد محمد (2000). *علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والإضطراب*. دار المعرفة الجامعية.
- عبد الله، محمد قاسم (2003). *سيكولوجية الذاكرة*. عالم المعرفة.
- علي تودرت، نسيم (2015). *تقويم تكافؤ النسختين العربية والأمريكية لاختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (MMPI2)* - دراسة عبر ثقافية في البيئة الجزائرية [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.
- عبد التقوى، سامي (2011). *علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم* (ط. 2). مكتبة الأنجلو المصرية.
- العيصوي، عبد الرحمن محمد (1999). *علم نفس الشواذ والصحة النفسية*. دار راتب الجامعية.
- العتوم، عدنان يوسف (2004). *علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق*. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- العدل، عادل محمد (2010). *العمليات المعرفية وتجهيز المعلومات*. دار الكتاب الحديث.
- علي، فهمي (2010). *علم النفس المرضي نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها*. دار الجامعة الجديدة.
- عادل، فاخر (1979). *علم النفس* (ط. 6). دار العلم للملايين.
- عامر، حدة، وبغول، زهير (2018). *الوظائف التنفيذية ... قائد الأوركسترا*. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، 9 (1)، 89-108.

العاسمي، رياض نايل (2016). علم نفس الصحة الإكلينيكي، الجزء 1. دار الاصدار العلمي للنشر والتوزيع
عبد الحافظ، ثناء عبد الودود (2016). الإنتباه التنفيذي والوظيفة التنفيذية. دار من المحيط إلى الخليج للنشر
والتوزيع.

فوضيل، محمد فؤاد (2018). إشكالية تحديد السواء واللاسواء وعلاقتها بالمعتقدات الاجتماعية [بحث مقدم].
الملتقى الوطني حول علم النفس المرضي في الجزائر - تاريخ، وحاضر، ومستقبل -، جامعة قالمه
صالح، صافي عمال (2018 أ). سيكولوجية الإخفاقات المعرفية. دار صفاء للنشر والتوزيع.

صالح، صافي عمال (2018 ب). الإخفاقات في العمليات المعرفية. 1-33،
https://www.researchgate.net/publication/322939196_The_psychology_of_cognitive_failure_s_sykwlwjyt_alakhfaqat_almrft

صالح، علي عبد الرحيم (2014). علم نفس الشواذ الإضطرابات النفسية والعقلية. دار صفاء للنشر والتوزيع.
القرني، محمد سالم ، والكشي، مجده السيد ، وخياط، عيبر حسين ، وعرب، أروى حسين (2016). التشخيص
الكلينيكي والممارسة العلاجية. جامعة الملك عبد العزيز.

ربيع، محمد شحاته (2014). قياس الشخصية (ط. 5). دار المسيرة.

رسلان، شاهين (2010). العمليات المعرفية للعاديين وغير العاديين. مكتبة الأنجلو المصرية.

شروخ، صلاح الدين (2003). منهجية البحث العلمي. دار العلوم للنشر والتوزيع.

تايلور، آن، ويسلوسلاكن، وليد، وديفر، د. ر.، وريزون، ج. ت.، وتومسون، ر.، وكولمان، أ.م. (1996).

مدخل إلى علم النفس العام (عيسى سمعان، ترجمة؛ ط. 2)، الجزء 1. منشورات وزارة الثقافة. (1982).

التويجري، ي. والسبيعي، أ. والحيب، أ. (2019). التقرير التقني للمسح الوطني السعودي للصحة النفسية.
مركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة.

التميمي، محمود كاظم (2014). علم النفس المعرفي. دار صفاء للنشر والتوزيع.

تريكت، شيرلي (2005). كيف تتغلب على الصداغ؟ (دار الفاروق، ترجمة). دار الفاروق للنشر والتوزيع.
(1999).

الخولي، إيمان عبد الهادي السيد (2016). بعض العمليات المعرفية لدى مرضى الصداغ النصفي والصداغ
التوتري (دراسة مقارنة). [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة طنطا.

الختانة، سامي محسن وأبو سعد، أحمد عبد اللطيف والكركي، وجدان خليل (2015). مبادئ علم النفس (ط.
4). دار المسيرة للنشر والتوزيع.

غانم، محمد حسن (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. مكتبة الأنجلو المصرية.

غانم، محمد حسن (2015). الدليل المختصر في الاضطرابات السيکوسوماتية. مكتبة الأنجلو المصرية.

- Annequin, D., Tourniaire, B., & Amouroux, R. (2014). *Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0235-0>.
- Aguila, M. E. R. (2017). *Understanding Migraine*. [Unpublished doctoral dissertation]. The University of Sydney.
- Annequin, D., Boussier, M.-G., de Lignieres, B., Fabre, N., Massiou, H., Pradalier, A., & Radat, F. (1998). *Migraine : la clinique*. Inserm
- Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (1999). *Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. Service des Recommandations et Références Professionnelles.
- Arumugam, M., & Narayan, S. K. (2019). Rethinking of the concepts : Migraine is an autoimmune disease?. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 31, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2018.11.003>.
- Antonaci, F., Nappi, G., Galli, F., Manzoni, G. C., Calabresi, P., & Costa, A. (2011). Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *The journal of headache and pain*, 12(2), 115–125. <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0282-4>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Arlington, VA: Author.
- Amoozegar, F., Patten, S. B., Becker, W. J., Bulloch, A. G. M., Fiest, K. M., Jephtha Davenport, W., Carroll, C. R., & Jette, N. (2017). The prevalence of depression and the accuracy of depression screening tools in migraine patients. *General Hospital Psychiatry*, 48, 25-31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.06.006>.
- Ayele, B. A., & Yifru, Y. M. (2018). Migraine-related disability and co-morbid depression among migraineurs in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Neurol.*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1095-3>.
- Arruda, R., Anunciacao, L., & Arruda, M. (2020). Executive Function in Adolescents with Chronic Headache: A Population Study. *Neurology*, 94 (15 Supplement) .
- Ashitha, S., Suresh, K. M., & Anjali, S. N. (2018). Executive function and its clinical correlates among migraineurs. *Indian Journal of Pain*, 32 (3), 167-172. DOI: 10.4103/ijpn.ijpn_38_18.
- Al Salman, A.S.A. (2013). *The Saudi Arabian Adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised (Arabic ACER)*. [Unpublished doctoral dissertation]. University of Glasgow.
- Alvarez-Astorga, A., García-Azorín, D., Hernández, M., de la Red, H., Sotelo, E., Uribe, F., & Guerrero, A. L. (2021). Catastrophising in a population of patients with migraine. *Pain*, 36(1). 24-28. DOI: 10.1016/j.nrleng.2018.10.021.
- Bigal, M. E., Sheftell, F. D., Rapoport, A. M., Tepper, S. J., Weeks, R., & Baskin, S. M. (2003). MMPI personality profiles in patients with primary chronic daily headache: a case-control study. *Neurol Sci.* 24(3). 103-110. doi: 10.1007/s10072-003-0094-2.

- Breslau, N., & Davis, G.C. (1993). Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiologic study in young adults. *J Psychiatr Res.*, 27(2), 211-221. doi : 10.1016/0022-3956(93)90009-q.
- Breslau, N. (1992). Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology*. 42(2), 392-395. doi : 10.1212/wnl.42.2.392.
- Breslau, N., Lipton, R. B., Stewart, W. F., Schultz, L. R., & Welch, K. M. (2003). Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* ,60(8), 1308-1312. doi:10.1212/01.wnl.0000058907.41080.54.
- Breslau, N., Schultz, L. R., Stewart, W.F., Lipton, R., & Welch, K.M. (2001). Headache types and panic disorder: directionality and specificity. *Neurology*. 56(3), 350-354. doi : 10.1212/wnl.56.3.350.
- Breslau, N., Davis, G. C., Schultz, L. R., & Peterson, E. L. (1994). Migraine and major depression: a longitudinal study. *Headache* ; 34(7), 387–393. DOI:10.1111/j.1526-4610.1994.hed3407387.x
- Breslau, N., & Andreski, P. (1995). Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. *Headache*, 35(7), 382–386. DOI:10.1111/j.1526-4610.1995.hed3507382.x.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1991). Migraine, Psychiatric Disorders, and Suicide Attempts: An Epidemiologic Study of Young Adults. *Psychiatry Research*, 37(1), 11-23. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(91\)90102-U](https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90102-U).
- Barfety-Servignat, V. (2018). La question du diagnostic psychologique en clinique de la douleur. *Ann Med Psychol (Paris)*, 177(4), 352–357. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.011>
- Baars, M.A., Van Boxtel, M.P., & Jolles, J. (2010). Migraine does not affect cognitive decline: results from the Maastricht aging study. *Headache*. 50(2), 176-184. doi : 10.1111/j.1526-4610.2009.01572.x.
- Baschi, R., Monastero, R., Cosentino, G., Costa, V., Giglia, G., Fierro, B., & Brighina, F. (2019). Visuospatial learning is fostered in migraine: evidence by a neuropsychological study. *Neurol Sci*, 0(11), 2343-2348. doi : 10.1007/s10072-019-03973-6.
- Blayau, P. (2008). Migraines et répression. *Revue française de psychosomatique*, 34(2), 121-136. <https://doi.org/10.3917/rfps.034.0121>.
- Boureau, F. (1999). Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique. *Doul. et Analg.* 12(265) .269-272 <https://doi.org/10.1007/BF03008493>.
- Blanc, N., & Brouillet, D. (2003). *Mémoire et compréhension*. In press editions.
- Bruno, D., & Schurmann Vignaga, S. (2019). Addenbrooke's cognitive examination III in the diagnosis of dementia: a critical review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 441–447. <https://doi.org/10.2147/NDT.S151253>.

- Butcher, J. N. (2004). Personality Assessment Without Borders: Adaptation of the MMPI-2 Across Cultures. *Journal of personality assessment*, 83(2), 90–104. doi: 10.1207/s15327752jpa8302_02.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 Manual For Administration, Scoring, and Interpretation Revised Edition*. University of Minnesota Press.
- Berankova, D., Janousova, E., Mrackova, M., Eliasova, I., Kostalova, M., Skutilova, S., & Rektorova, I. (2015). Addenbrooke's Cognitive Examination and Individual Domain Cut-Off Scores for Discriminating between Different Cognitive Subtypes of Parkinson's Disease. *Parkinsons Dis*. 2015. doi: 10.1155/2015/579417.
- Bao, J., Ma, M., Dong, S., Gao, L., Li, C., Cui, C., Chen, N., Zhang, Y., & He, L. (2020). Early Age of Migraine Onset is Independently Related to Cognitive Decline and Symptoms of Depression Affect Quality of Life. *Current Neurovascular Research*, 17(2). DOI : 10.2174/1567202617666200207130659.
- Baptista, T., Uzcátegui, E., Arapé, Y., Serrano, A., Mazzarella, X., Quiroz, S., Ramirez, C. I., & Padrón de Freytez, A. (2012). Migraine life-time prevalence in mental disorders: concurrent comparisons with first-degree relatives and the general population. *Invest Clin*. 53(1), 38-51.
- Cai, X., Xu, X., Zhang, A., Lin, J., Wang, X., He, W., & Fang, Y. (2019). Cognitive Decline in Chronic Migraine with Nonsteroid Anti-inflammation Drug Overuse: A Cross-Sectional Study. *Pain research & management*. 2019, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2019/7307198>.
- Chu, H.T., Liang, C.S., Lee, J.T., Lee, M.S., Sung, Y.F., Tsai, C.L., Tsai, C.K., Lin, Y.K., Ho, T.H., & Yang, F.C. (2020). Subjective cognitive complaints and migraine characteristics: A cross-sectional study. *Acta Neurol Scand*, 141(4), 319-327. doi: 10.1111/ane.13204.
- Claude, M. (2015). *Migraine et cepheles*. URML Normandie.
- Grisart, J. (2008). *Traité de psychopathologie cognitive*. Tome 2. SOLAL Editeur.
- Charles, A., & Brennan, K. C. (2010). The neurobiology of migraine. *Handbook of clinical neurology*, 97, 99–108. [https://doi.org/10.1016/S0072-9752\(10\)97007-3](https://doi.org/10.1016/S0072-9752(10)97007-3).
- Cousins, S., Ridsdale, L., Goldstein, L. H., Noble, A. J., Moorey, S., & Seed, P. (2015). A pilot study of cognitive behavioural therapy and relaxation for migraine headache: a randomised controlled trial. *J Neurol*, 262, 2764–2772. <https://doi.org/10.1007/s00415-015-7916-z>.
- Chaverneff, F. (2016). *Crowdsourcing to Better Understand Migraine*. <https://www.clinicalpainadvisor.com/author/florence-chaverneff-ph-d/page/19/>
- Cynthia, P., & Gilles, O. (2013). *Memory*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/ed/precollege/topss/lessons/memory.pdf/>
- Calandre, E. P., Bembibre, J., Arnedo, M. L., & Becerra, D. (2002). Cognitive disturbances and regional cerebral blood flow abnormalities in migraine patients: their relationship with the

clinical manifestations of the illness. *Cephalalgia*. 22(4), 291-302. doi: 10.1046/j.1468-2982.2002.00370.x.

Champagne-Ardenne, R. (2012). *Livret douleur en psychiatrie*. http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Guide_Douleur_VERSION_26_04_13_copiepdf.pdf.

Chudzik, L. (2010). Chapitre 2. Stratégies d'interprétation du MMPI-2. In S. Sultan & L. Chudzik (Eds.), *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2* (pp. 39-66). Mardaga.

Graham, J.R. (1993). *MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology* (2 ed.). OXFORD UNIVERSITY PRESS.

Castro, D. (2016). Chapitre 4. Le MMPI-2. In D. Castro (Ed.), *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte: Approches intégratives* (pp. 343-423). Dunod.

Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Methodes Qualitatives, Quantitatives et Mixtes*. Les Presses de l'Université du Québec.

Cho, S. J., & Chu, M. K. (2015). Risk factors of chronic daily headache or chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 19(1). doi: 10.1007/s11916-014-0465-9/.

Connaughton, J., & Wand, B. (2017). Prevalence, characteristics and management of headache experienced by people with schizophrenia and schizoaffective disorder: a cross sectional cohort study. *Australas Psychiatry*. 25(4), 381-384. doi: 10.1177/1039856217695703.

Costa-Silva, M. A., Prado, A., de Souza, L. C., Gomez, R. S., & Teixeira, A. L. (2016). Cognitive functioning in adolescents with migraine. *Dementia & neuropsychologia*, 10(1), 47–51. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642016DN10100009>.

Chambers, C. T., Craig, K. D., & Bennett, S. M. (2002). The Impact of Maternal Behavior on Children's Pain Experiences: An Experimental Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3), 293– 301. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.3.293>.

Chavez-Baldini, U., Nieman, D., Keestra, A., Lok, A., Mocking, R., De Koning, P., Krzhizhanovskaya, V. V., Bockting, C. L.H., Rooijen, G. V., Smit, D.J. A., Sutterland, A. L., Verweij, K. J. H., G. V. Wingen, Wigman, Vulink, N. C., J. T.W. & Denys, D. (2021). The relationship between cognitive functioning and psychopathology in patients with psychiatric disorders: A transdiagnostic network analysis. *Psychological Medicine*, 1-10. doi:10.1017/S0033291721001781.

De Araújo, C. M., Barbosa, I. G., Lemos, S., Domingues, R. B., Teixeira, A. L. (2012). Cognitive impairment in migraine: A systematic review. *Dementia & neuropsychologia*, 6(2), 74–79. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642012DN06020002>.

Dodick, D. W. (2018). Migraine. *Lancet*, 391(10127), 1315-1330. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30478-1.

Dresler, T., Caratozzolo, S., Guldolf, K., Huhn, J. I., Loiacono, C., Nüberg-Pikksööt, T., Puma, M., Sforza, G., Tobia, A., Ornello, R., & Serafini, G. (2019). European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Understanding the nature of psychiatric comorbidity

in migraine: a systematic review focused on interactions and treatment implications. *J Headache Pain*, 20(1). doi: 10.1186/s10194-019-0988-x.

Delorme, T. (2000). La douleur. Un mal à combattre. *Les Cahiers du MURS*. (38). 17-35.

Dahlöf, C., & Linde, M. (2001). One-Year Prevalence of Migraine in Sweden: A Population-Based Study in Adults. *Cephalalgia*, 21(6), 664–671. doi:10.1046/j.1468-2982.2001.00218.x.

Dinn, W. M., Aycicegi-Dinn, A., Robbins, N. C., & Harris, C. L. (2005). Migraine Headache and Obsessive-Compulsive Symptoms in a Student Sample. *bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 15(4), 174-181.

Diamond, A. (2014). Understanding Executive Functions: What Helps or Hinders Them and How Executive Functions and Language Development Mutually Support One Another. *Perspectives on Language and Literacy*. 7-11.

Diamond A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>.

Dorfman, W.I., & Leonard S. (2001). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (mmpi-2). In W.I. Dorfman, & M. Hersen (Eds.). *Understanding Psychological Assessment. Perspectives on Individual Differences*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1185-4_8.

Duckworth, J. C, & Anderson, W. P. (1995). *MMPI & MMPI-2 Interpretation manual for Counselors and Clinicians* (4 ed.). Taylor & Francis group.usa.

Dahlem, M.A., & Chronicle, E.P. (2004). A computational perspective on migraine aura. *Prog Neurobiol*, 74(6), 351-361. doi: 10.1016/j.pneurobio.2004.10.003.

De Souza-Talarico, J. N., Caramelli, P., Nitrini, R., & Chaves, E. C. (2007). The influence of schooling on working memory performance in elderly individuals without cognitive decline. *Dementia & neuropsychologia*, 1(3), 276–281. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642008DN10300009>.

French, D.J., Holroyd, K.A., Pinell, C., Malinoski, P.T., O'Donnell, F., & Hill, K.R. (2000). Perceived self-efficacy and headache-related disability. *Headache*. 40(8), 647-56. doi: 10.1046/j.1526-4610.2000.040008647.x.

Fève, A. (2008). Aspects psychologiques des migraines et des céphalées : Repérages neurologiques. *Revue française de psychosomatique*, (34), 141 – 150.

Friedman, L. E., Aponte, C., Perez Hernandez, R., Velez, J. C. Gelaye, B., Sánchez, S. E., Williams, M. A. , & Peterlin, B. L. (2017). Migraine and the risk of post-traumatic stress disorder among a cohort of pregnant women. *J Headache Pain*, (67). <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0775-5>.

Fuller-Thomson, E., Baker, T. M., & Brennenstuhl, S. (2010). Investigating the association between childhood physical abuse and migraine. *Headache*, 50(5), 749-760. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01626.x.

- Fasmer O. B., & Oedegaard, K. J. (2002). Laterality of pain in migraine with comorbid unipolar depressive and bipolar II disorders. *Bipolar Disorders*, 4(5), 290-295. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2002.01226.x>.
- Fitzpatrick, S., & Baum, C. (2012). 15 Executive functions In L. M. Carey (Ed.). *Stroke Rehabilitation: Insights from Neuroscience and Imaging* (pp.208-220). OXFORD.
- Foote, H. L. W. (2013). *Psychological Flexibility In Migraine Patients: The Role Of Acceptance And Values-Based Action* (Electronic Theses and Dissertations). University of Mississippi. <https://egrove.olemiss.edu/etd/826>.
- Ferreira, K. S., Teixeira C. T., Cáfaró, C., Oliver, G. Z., Carvalho, G. L. P., Carvalho, L. A. S. D., Silva, B. G., Haes, F. B. B., & Ciciarelli M. C. (2018). Chronic migraine patients show cognitive impairment in an extended neuropsychological assessment. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 76(9), 582-587. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180085>.
- Feng, L., N., X. T., Yap, P., Li, J., Lee, T. S., Håkansson, K., Kua, E. H., & Ng, T. P. (2014). Marital Status and Cognitive Impairment among Community-Dwelling Chinese Older Adults: The Role of Gender and Social Engagement. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 4(3), 375–384. <https://doi.org/10.1159/000358584>.
- Fan, A. Y., & Zhou, A.-N. (1999). MMPI Manifestations of Chinese Migraine Syndromes: A Control Study. *The American Journal of Chinese Medicine*. 27(1), 37-42, <https://doi.org/10.1142/S0192415X99000069>.
- Govender, C.O. (2016). Biopsychosocial correlates of health-related quality of life in migraine without aura. [Unpublished doctoral dissertation]. University of South Africa.
- Guevara, R. F., Oliveras, J. L., Carteron, H., & Janiaud, P. (1998). *La migraine : connaissances descriptives, traitements et prévention*. INSERM.
- Gil, R. (2018). *Neuropsychologie* (7 ed.). Elsevier Masson SAS.
- GBD 2016 Headache Collaborators. (2018). Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurolog*, 17(11), 954-976. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30322-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30322-3).
- Green, M. W. (2011). Headaches: Psychiatric Aspects. *Neurologic Clinics*, 29(1), 65-80. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2010.10.004>.
- García-Albea, E. (2012). Migraine associated with conversion symptoms (Babinski's migraine): Evaluation of a series of 43 cases. *Neurología*, 27(3), 125—135. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2012.04.001>.
- Gil-Gouveia, R., Oliveira, A. G., & Martins, I. P. (2014). Cognitive dysfunction during migraine attacks: a study on migraine without aura. *Cephalalgia*, 35(8), 662-674. doi: 10.1177/0333102414553823.

- Gatchel, R. J. (2006). The Role of MMPI-2 in Assessment of Chronic Pain. *Practical pain management*, 6(3).
- Graham, J.R. (1993). *MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology* (2 ed.). Oxford University Press.
- Gass, C.S., & Daniel, S.K. (1990). Emotional impact on trail making test performance. *Psychol Rep*, 67(2), 435-438. doi: 10.2466/pr0.1990.67.2.435.
- Gil-Martínez, A., Grande-Alonso, M., La Touche, R., Lara-Lara, M., López-López A., & Fernández- Carnero, J. (2016). Psychosocial and Somatosensory Factors in Women with Chronic Migraine and Painful Temporomandibular Disorders. *Pain Research and management*. <https://doi.org/10.1155/2016/3945673>.
- Gil-Gouveia, R., Oliveira, A. G., & Martins, I. P. (2016). Subjective Cognitive Symptoms During a Migraine Attack: A Prospective Study of a Clinic-Based Sample. *Pain Physician*, 19(1), 137-150.
- Gudmundsson, L. S., Scher, A. I., Sigurdsson, S., Geerlings, M. I., Vidal, J. S., Eiriksdottir, G., Garcia, M. I., Harris, T. B., Kjartansson, O., Aspelund, T., van Buchem, M. A., Gudnason, V., & Launer, L. J. (2013). Migraine, depression, and brain volume: the AGES-Reykjavik Study. *Neurology*, 80(23), 2138–2144. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318295d69e>.
- Gordon-Smith, K., Ridley, P., Perry, A., Craddock N., Jones, I., & Jones, L. (2021). Migraine associated with early onset postpartum depression in women with major depressive disorder. *Arch Womens Ment Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01131-6>.
- Guveli, H., Bahceci, B., Kirbas, S., Hocaoglu, C., Kandemir, G., Alibasoglu, H., Celik, F. H., Aslan, M., Koroglu, A., Polat, S., & Yeloglu, C. H. (2014). The evaluation of headache in patients with schizophrenia: a case-control study. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 204–210. doi:10.5350/dajpn2014270303.
- Guo, Y., Xu, S., Nie, S., Han, M., Zhang, Y., Chen, J., Hou, X., Hong, Y., & Liu, X. (2019). Female versus male migraine: an event-related potential study of visual neurocognitive processing. *J Headache Pain*, 38 (2019). <https://doi.org/10.1186/s10194-019-0995-y>.
- Guidetti, V., Faedda, N., & Siniatchkin, M. (2016). Migraine in childhood: biobehavioural or psychosomatic disorder?. *J Headache Pain*, 82(2016). <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0675-0>.
- Huang, L., Dong, H. j., Wang, X., Wang, Y., & Xiao, Z. (2017). Duration and frequency of migraines affect cognitive function: evidence from neuropsychological tests and event-related potentials. *The Journal of Headache and Pain*. 54 (2017). 1-7. DOI 10.1186/s10194-017-0758-6.
- Henry, P., Michel, P., Brochet, B., Dartigues, J. F., Tison, S., & Salamon, R. (1992). A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia*, 12(4), 229-237. doi: 10.1046/j.1468-2982.1992.1204229.x.
- Henry, P., Tzourio, C., Dausset, V. E., & Michel, P. (1998). *Epidémiologie de la migraine*. INSERM

- Henryk-Gutt, R., & Rees, W. L. (1973). Psychological aspects of migraine. *J Psychosom Res.* 17(2), 141-53. doi: 10.1016/0022-3999(73)90015-9.
- Han, M., Hou, X., Xu, S., Hong, Y., Chen, J., Ma, Y., Nie, S., & Liu, X. (2019). Selective attention network impairment during the interictal period of migraine without aura. *Journal of Clinical Neuroscience*, 60, 73–78, <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2018.10.002>.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J. C. (1996). *MMPI-2 Manuel*. Centre de psychologie Appliquée
- Horton, A. M., & Roberts, C. (2003). Demographic effects on the Trail Making Test in a drug abuse treatment sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(1), 49-56. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(01\)00183-4](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(01)00183-4).
- Huang, M. H., Chan, Y. E., Hsu, J. W., Bai, Y. M., Huang K. L., Tsai S. J., Su, T. P., Li, C. T., Lin, W. C., Chen, T. J., & Chen, M. H. (2019). Risk of developing migraine among patients with posttraumatic stress disorder: A nationwide longitudinal study. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 33(4). 192-197. DOI: 10.4103/TPSY.TPSY_40_19
- Hsu, Y-W., Liang, C-S., Lee, J-T., Chu, H-T., Lee, M-S., Tsai, C-L., Lin, G.-Y., Lin, Y.-K., Ho, T.-H., & Yang, F.-C. (2020). Associations between migraine occurrence and the effect of aura, age at onset, family history, and sex: A crosssectional study. *PLoS ONE*, 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228284>.
- Huber, D., & Henrich, G. (2003). Personality traits and stress sensitivity in migraine patients. *Behav Med.* 29(1), 4-13. DOI: 10.1080/08964280309596169.
- Hakulinen, C., McGrath, J. J., Timmerman, A., Skipper, N., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., & Agerbo, E. (2019). The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1343–1351. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01756-0>.
- Henry, P., Brochet, B., & Daubech, J. F. (1997). Aspects psychologiques des migraines et céphalées. *Doul. et Analg.* 10. 21–26. <https://doi.org/10.1007/BF03003121>.
- Hougaard A. (2015). Investigations of functional and structural changes in migraine with aura by magnetic resonance imaging. *DANISH MEDICAL JOURN.* 62(8). 1-14.
- Hulla, R., Brecht, D., Stephens, J., Salas, E., Jones, C., & Gatchel, R. (2019). The biopsychosocial approach and considerations involved in chronic pain. *Healthy Aging Research*, 1-6. DOI: 10.12715/har.2019.8.6.
- Hamed, V., Asghari, A., & Sheeri, M. R. (2013). An Investigation of The Effectiveness of a Composed Model of Cognitive- behavior Headache Management on the Treatment of Anxiety, Depression, Stress and Migraine Symptoms. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1850 – 1855.
- Hart, R. P., Wade, J. B., & Martelli, M. F. (2003). Cognitive impairment in patients with chronic pain: the significance of stress. *Curr Pain Headache Rep.*, 7(2), 116-126. doi: 10.1007/s11916-003-0021-5.

- International Headache Society (2018). The International Classification of Headache Disorders (3 ed.). *Cephalalgia*, 38(1), 1–211. DOI: 10.1177/0333102417738202.
- Jelicic, M., Martin, P. J. van, B., Peter, J., & Houx, J. J. (2000). Does Migraine Headache Affect Cognitive Function in the Elderly? Report From the Maastricht Aging Study (MAAS. *Headache*, 40(9), 715-719. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2000.00124.x>.
- Jahangir, S., Adjepong, D., Al-Shami, H. A., & Malik, B. H. (2020). Is There an Association Between Migraine and Major Depressive Disorder?. *A Narrative Review*. 12(6). DOI:10.7759/cureus.8551.
- Kurth, T., Mohamed, S., Maillard, P., Zhu, Y. C., Chabriat, H., Mazoyer, B., Boussier, M. G., Dufouil, C., & Tzourio, C. (2011). Headache, migraine, and structural brain lesions and function: population based Epidemiology of Vascular Ageing-MRI study. *BMJ*, 1-9. DOI:10.1136/bmj.c7357.
- Kayhan, F., & Ilik, F. (2016). Prevalence of personality disorders in patients with chronic migraine. *Compr Psychiatry*. 68. 60-4. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.04.007.
- Kalaydjian, A., Zandi, P. P., Swartz, K. L., Eaton, W. W., & Lyketsos, C. (2007). How migraines impact cognitive function: findings from the Baltimore ECA. *Neurology*. 68(17), 1417-1424. DOI: 10.1212/01.wnl.0000268250.10171.b3.
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Karam, A. N., Fayyad, J. A., Nasser, S. C., Chatterji, S., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet*, 367(9515), 1000–1006. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68427-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68427-4).
- Koolwal, A., & Rohiwal, S. (2018). Obsessive compulsive symptoms in migraine compulsive symptoms in migraine with aura and without aura –A comparative study. *International Journal of Scientific Research*, 7(5), 37-39. DOI : 10.36106/IJSR.
- Karşıkaya, S., Kavakci, Ö., Kuğu, N., & Güler, A. S. (2013). Post-Traumatic Stress Disorder in Migraine Patients: Migraine, Trauma and Alexithymia. *Noro psikiyatri arsivi*, 50(3), 263–268. <https://doi.org/10.4274/npa.y6611>.
- Kuruvilla, D. E. (2021, May 12). How Has COVID-19 Affected People With Migraine?. <https://www.medscape.com/viewarticle/950452>.
- Karkurum, B., Soylu, Ö., Karatas, M., Giray, S., Tan, M., Arlier, Z., & Benli, S. (2004). Personality, Depression, And Anxiety As Risk Factors For Chronic Migraine. *International Journal of Neuroscience*, 114(11), 1391-1399. DOI:10.1080/00207450490476002.
- Kim, S., Bae, D. W., Park, S. G., & Park, J. W. (2021). The impact of Pain-related emotions on migraine. *Sci Rep* 11, 577 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80094-7>.
- Karimi, L., Hoppe, D., Burdick, C., Buultjens, M., Wijeratne, T., & Crewther, S. G. (2020). Recent Evidence Regarding the Association Between Migraine and Suicidal Behaviors: A Systematic Review. *Front. Neurol*, 11 doi: 10.3389/fneur.2020.00490.

- Kirkcaldy, B. D., Kobylinska, E., & Furnham, A. F. (1993). MMPI profiles of male and female migraine sufferers. *Social Science & Medicine*, (7), 879-882. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90141-P](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90141-P).
- Lo Buono, V., Bonanno, L., Corallo, F., Palmeri, R., Allone, C., Lo Presti, R., Grugno, R., Di Lorenzo, G., Bramanti, P., & Marino, S. (2019). Cognitive functions and psychological symptoms in migraine: a study on patients with and without aura. *Int J Neurosci*, 129(6), 588-592. doi: 10.1080/00207454.2018.1554658.
- Luconi, R., Bartolini, M., Taffi, R., Vignini, A., Mazzanti, L., Provinciali, L., & Silvestrini, M. (2007). Prognostic significance of personality profiles in patients with chronic migraine. *Headache*, 47(8), 1118-11124. doi: 10.1111/j.1526-4610.2007.00807.x.
- Lee, S. H., Lee, Y., Song, M., Lee, J. J., & Sohn, J. H. (2021). Differences in Frontal Lobe Dysfunction in Patients with Episodic and Chronic Migraine. *J. Clin. Med.*, 10, 2779. <https://doi.org/10.3390/jcm10132779>.
- Lana-Peixoto, M. A. (2014). Complex visual hallucinations in mentally healthy people. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 72 (5). <https://doi.org/10.1590/0004-282X20140050>.
- Lieury, A. (2008). *Psychologie cognitive*. Dunod.
- Lorena, C. J., Marta, R. M., Introzzi, M. I., & Sebastián, A. M. L. U. (2013). Development patterns of executive functions in children. *The Spanish Journal of Psychology*, 16 (41), 1-13
- Lwhaibi, M., Meraya A. M., & AlRuthia, Y. (2021). Healthcare Expenditures Associated With Comorbid Anxiety and Depression Among Adults With Migraine. *Front. Neurol.* 12(658697). doi: 10.3389/fneur.2021.658697.
- Mcdermott, M. J. (2015). *Attentional Bias Toward Pain-Related Pictorial Stimuli Among Individuals With Migraine Following Negative Mood Induction*. [Unpublished doctoral dissertation]. The University of Mississippi.
- Merikangas, K. R., Angst, J., & Isler, H. (1990). Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 47(9), 849-853. doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810210057008.
- Merikangas, K. R., & Merikangas, J. R., Angst, J. (1993 a). Headache syndromes and psychiatric disorders: association and familial transmission. *J Psychiatr Res*. 27(2), pp.197-210. doi: 10.1016/0022-3956(93)90008-p.
- Martins, I. P., Maruta, C., Alves, P. N., Loureiro, C., Morgado, J., Tavares, J., Gil-Gouveia, R. (2020). Cognitive aging in migraine sufferers is associated with more subjective complaints but similar age-related decline: a 5-year longitudinal study. *J Headache Pain*, 21(1). doi: 10.1186/s10194-020-01100-x.
- Mongini., F., Barbalonga, E., & Raviola, F. (2000 b). The MMPI-2 in women with headache or facial pain. A comparative study. *J Headache Pain*, 105–110.

- Muñoz, I., Domínguez, E., Hernández, M.S., Ruiz-Piñero, M., Isidro, G., Mayor-Toranzo, E., Sotelo, E.M., Molina, V., Uribe, F., & Guerrero, Á. L. (2015). Personality traits in patients with chronic migraine: a categorial and dimensional study in a series of 30 patients. *Rev Neurol*, 61 (02), 49-56 doi: 10.33588/rn.6102.2015133.
- Maizels, M., Smitherman, T.A., & Penzien, D. B. (2006). A review of screening tools for psychiatric comorbidity in headache patients. *Headache*, 46(Suppl3), 98-109. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00561.x.
- Mongini, F., Ibertis, F., Barbalonga, E., & Raviola, F. (2000 a). MMPI-2 profiles in chronic daily headache and their relationship to anxiety levels and accompanying symptoms. *Headache*. 40(6), 466-472. doi: 10.1046/j.1526-4610.2000.00070.x.
- Maizels, M., & Burchette, R. (2004). Somatic Symptoms in Headache Patients: The Influence of Headache Diagnosis, Frequency, and Comorbidity. *The journal of head and face pain*, 44(10). <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2004.04192.x>.
- Merikangas, B. K. R., Stevens, D. E., & Angst, J. (1993 b). Headache and personality: results of a community sample of young adults. *J Psychiatr Res*, 27(2), 187-196. doi:10.1016/0022-3956(93)90007-o.
- Martin, P. R., Nathan, P. R., Milech, D., & Van Keppel, M. (1988). The relationship between headaches and mood. *Behaviour Research and Therapy*, 26(4), 353–356. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90090-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90090-3).
- Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Dunod.
- Maleki, N., Becerra, L., & Borsook, D. (2012). Migraine: Maladaptive Brain Responses to Stress. *Headache*, 52(2), 102–106. doi:10.1111/j.1526-4610.2012.02241.x.
- Monestès, J. L., & Serra, E. (2005). Modèles cognitifs et comportementaux dans la compréhension du phénomène de douleur chronique. *Doleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*. 6 (3), 122 – 129. Doi : DOU-06-2005-6-3-1624-5687-101019-200504036.
- McCracken, L. M., & Iverson, G. L. (2001). Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. *J Pain Symptom Manage*. 21(5), 392-396. doi: 10.1016/s0885-3924(01)00267-6.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J.R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(11), 1078-1085. doi: 10.1002/gps.1610.
- Matarazzo, J. D., Wiens, A. N., Matarazzo, R. G., & Goldstein, S. G. (1974). Psychometric and clinical test-retest reliability of the Halstead impairment index in a sample of healthy, young, normal men. *J Nerv Ment Dis*, 158(1), 37- 49. doi: 10.1097/00005053-197401000-00006.
- Ma, M., Fang, J., Li, C., Bao, J., Zhang, Y., Chen, N., Guo, J., & He, L. (2020). The status and high risk factors of severe psychological distress in migraine patients during nCOV-2019 outbreak in Southwest China: a cross-sectional study. *J Headache Pain* 21, 100 (2020). <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01168-5>.

- Mcdermott, M. J. (2015). *Attentional Bias Toward Pain-Related Pictorial Stimuli Among Individuals With Migraine Following Negative Mood Induction*. (Electronic Theses and Dissertations) University of Mississippi. Retrieved from <https://egrove.olemiss.edu/etd/1135>
- Modgill, G., Jette, N., Wang, J. L., Becker, W. J., Patten, S. B. (2012). A population-based longitudinal community study of major depression and migraine. *Headache*, 52(3), 422-32. doi: 10.1111/j.1526-4610.2011.02036.x.
- Magnusson, J. E., & Becker, W. J. (2002). A comparison of disability and psychological factors in migraine and transformed migraine, *Cephalalgia*, 22(3), 172-178. doi:10.1046/j.1468-2982.2002.00336.x.
- May, A., & Schulte, L.H. (2016). Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol*, 12(8), 455-464. doi: 10.1038/nrneurol.2016.93.
- Marcio, S. A., Norman, L., Claudia, R. F., Verónica, B. H., & Sara, F. G. (2021). Literacy Level and Executive Control in Healthy Older Peruvian Adults. *Frontiers in Neurology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.629048>.
- McCracken, L. M. (1997). Attention to pain in persons with chronic pain: A behavioral approach. *Behavior Therapy*, 28(2), 271-284, [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(97\)80047-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(97)80047-0).
- McKenna, J. (2017, Decembre 08). *Being married is good for your brain*. <https://www.weforum.org/agenda/2017/12/being-married-is-good-for-your-brain/>
- Mathur, V. A., Khan, S. A., Keaser, M. L., Hubbard, C. S., Goyal, M., & Seminowicz, D. A. (2015). Altered cognition-related brain activity and interactions with acute pain in migraine. *NeuroImage. Clinical*, 7, 347–358. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.01.003>.
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 87, 168–182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>.
- Martins, I. P., Gil-Gouveia, R., Silva, C., Maruta, C. & Oliveira, A. G. (2012). Migraine, Headaches, and Cognition. *Headache*, 52(10), 1-12. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02218.x.
- Nasiri, F. S. M., Pakdaman, S., Dehghani, M., & Togha, M. (2017). The Relationship between Pain Catastrophizing and Headache-Related Disability: The Mediating Role of Pain Intensity, *Japanese Psychological Research* 59(4), 266–274. <https://doi.org/10.1111/jpr.12162>.
- Narison.R. (2014). Chapitre 15. Neuropsychologie et douleurs. In S. Montel (Ed.), *Neuropsychologie et santé* (pp. 373 – 408). Dunod.
- Nusbaum, F., Ribes, G., & Gaucher, J. (2010). La douleur chronique : une d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose. *Bulletin de psychologie*. 3(507), 191 – 201.
- Nowaczewska, M., Wiciński, M., Kaźmierczak, W., & Kaźmierczak, H. (2020). To Eat or Not to Eat: A Review of the Relationship between Chocolate and Migraines. *Nutrients*, 12(3). <https://doi.org/10.3390/nu12030608>.

- Negrão, A. B. (2019). Heritability of semantic verbal fluency task using time-interval analysis. *PLOS ONE*, 14(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217814>.
- Ortiz, A., Cervantes, P., Zlotnik, G., van de Velde, C., Slaney, C., Garnham, J., Turecki, G., O'Donovan, C., & Alda, M. (2010). Cross-prevalence of migraine and bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 12(4), 397-403. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2010.00832.x.
- Oumellal, A., Faris, M. El A., & Benabdeljlil, M. (2018). The Trail Making Test in Morocco: Normative Data Stratified by Age and Level of Education. *Open Journal of Medical Psychology*, 7, 1-12. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2018.7100>.
- Pellegrino, B. C., Goulart, A. C., Santos, I. S., Suemoto, C. K., Lotufo, P. A., & Bensenor, I. J. (2017). Migraine and cognitive function: Baseline findings from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health: ELSA-Brasil. *Cephalalgia*, 38(9), 1525-1534. DOI: 10.1177/0333102417737784.
- Petrusic, I., Pavlovski, V., Savkovic, Z., Vucinic, D., Filipovic, B., & Jancic, J. (2017). Addenbrooke's cognitive examination test for brief cognitive assessment of adolescents suffering from migraine with aura. *Acta Neurol Belg*, 117(1), 97-102. DOI: 10.1007/s13760-016-0655-9.
- Pirlot, G., & Cupa, D. (2019). Approche psychanalytique des troubles psychiques. Dunod.
- Pérez-Muñoz, A., Buse, D. C., & Andrasik, F. (2019). Behavioral Interventions for Migraine. *Neurol Clin*, 37(4), 789-813. doi: 10.1016/j.ncl.2019.07.003.
- Peres, M. F. P., Mercante, J. P. P., Tobo, P. R., Kamei, H., & Bigal, M. E. (2017). Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *J Headache Pain*, 18(1), 1-8. doi: 10.1186/s10194-017-0742-1.
- Pompili, M., Serafini, G., Di Cosimo, D., Dominici, G., Innamorati, M., Lester, D., Forte, A., Girardi, N., De Filippis, S., Tatarelli, R., & Martelletti, P. (2010). Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with chronic migraine. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 6(1), 81–91. <https://doi.org/10.2147/ndt.s8467>.
- Peterlin, B. L., Nijjar, S. S., & Tietjen, G. E. (2011). Post-traumatic stress disorder and migraine: epidemiology, sex differences, and potential mechanisms. *Headache*, 51(6), 860-868. doi: 10.1111/j.1526-4610.2011.01907.x.
- Perron, R. (1979). Les problemes de la preuve dans les demarches de la psychologie dites cliniques : plaidoyer pour l'unité de la psychologie. *Revue Psychologie Française*, 24(1). 38-52.
- Peres, M. F., Mercante, J. P., Guendler, V. Z., Corchs, F., Bernik, M. A., Zukerman, E., & Silberstein, S. D. (2007). Cephalalgiaphobia: a possible specific phobia of illness. *J Headache Pain*, 8(1), 56-59. DOI: 10.1007/s10194-007-0361-3.
- Pelzer, N., Louter, M. A., van Zwet, E. W., Nyholt, D. R., Ferrari, M. D., van den Maagdenberg, A.M., Haan, J., & Terwindt, G.M. (2019). Linking migraine frequency with family history of migraine. *Cephalalgia*, 39(2), 229-236. DOI: 10.1177/0333102418783295.

- Robert, A. N., Timothy, T. H., Jamie, L. Rhudy, & Peter, J. N. (2007). Psychological Risk Factors in Headache. *Headache*, 47(3), 413–426. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2006.00716.x.
- Radat, F. (2013). Stress et migraine. *Revue neurologique*, 169, 406-412.
- Rathier, L., & Roth, J. (2015). A Biobehavioral Approach to Headache Management. *Rhode Island Med J.*, 98(2), 26–28.
- Rasmussen, B. K., Jensen, R., Schroll, M., & Olesen, J. (1991). Epidemiology of headache in a general population--a prevalence study. *J Clin Epidemiol.* 44(11), 1147-1157. DOI: 10.1016/0895-4356(91)90147-2.
- Radat, F., & Koleck, M. (2011). Douleur et dépression : les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente. *Encephale*, 37(3), 172-179. DOI: 10.1016/j.encep.2010.08.013
- Rome, T. (2018, March 22). Catastrophizing Worsens the Impact of Chronic Migraine. <https://migrainedisease.org/>.
- Rousseau-Salvador, C. (2013). Céphalées chroniques quotidiennes chez l'enfant : performances intellectuelles, comorbidités anxieuse et dépressive. [Unpublished doctoral dissertation]. Université de Lille 3.
- Rousseau-Salvador, C., Amouroux, R. (2014). Chapitre 4 Céphalées de l'enfant et psychopathologie In D. Annequin, B. Tourniaire & R. Amouroux (Eds.), *Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent* (p p. 49-60). Springer-Verlag.
- Radat, F., Kalaydjian, A., & Merikangas, K. R. (2011). Psychiatric Comorbidity in Migraine. *Blackwell Publishing Ltd*, 1-13.
- Radat, F., & Swendsen, J. (2005). Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia*, 25(3), 165-178. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2004.00839.x.
- Radat, F. (2011). Migraine et comorbidité psychiatrique. *La Lettre du Neurologue*, 15(2), 51-54.
- Rasmussen, B. K. (1992). Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. *IntJ Epidemiol*, 21(6), 1138-1143. DOI:10.1093/ije/21.6.1138.
- Rist, P. M., Kang, J. H, Buring, J. E. M, Glymour, M., Grodstein, F., & Kurth, T. (2012). Migraine and cognitive decline among women:prospective cohort study. *BMJ*, 1-10. DOI: 10.1136/bmj.e5027.
- Reimers, K. (2019). Chapter Three - Evaluation of cognitive impairment, In K. Reimers (Ed.), *The Clinician's Guide to Geriatric Forensic Evaluations* (p p. 65-113). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815034-4.00003-9>.
- Reitan, R. M. (1955). The relation of the trail making test to organic brain damage. *J Consult Psychol.* 19(5), 393-394. doi: 10.1037/h0044509.

- Roth, R.S., Geisser, M.E., Theisen-Goodvich, M., & Dixon, P.J. (2005). Cognitive complaints are associated with depression, fatigue, female sex, and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Arch Phys Med Rehabil*, 86(6), 1147–54. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.10.041>.
- Rist, P. M., & Kurth, T. (2013). Migraine and cognitive decline: a topical review. *Headache*, 53(4), 589–598. <https://doi.org/10.1111/head.12046>.
- Ruchenne, D. (2019). *L'Examen clinique de la personnalité avec le MMPI-2 et le MMPI-A Fondements et Méthode*. Mardaga.
- Schaumann-von Stosch, R., Schmidt, H., & Sprenger T. (2013, Février). *Céphalées post-traumatiques*. https://www.headache.ch/Posttraumatischer_Kopfschmerz?language=fr.
- Senaratne, R., Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Bennett, M. (2010). Prevalence of Migraine Headaches in an Anxiety Disorders Clinic Sample. *CNS Neurosci Ther*, 16(2), 76-82. doi:10.1111/j.1755-5949.2009.00103.x.
- Senon, S. C. (2016). *Factures psychopathologiques chez le patient douloureux chronique*. [Unpublished doctoral dissertation]. Université de Limoges.
- Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (2011). *Cognitive Psychology* (6 ed.). Cengage learning.
- Santangelo, G., Russo, A., Trojano, L. Falco, F., Marcuccio, L., Siciliano, M., Conte F., Garramone, F., Tessitore, A., & Tedeschi, G. (2016). Cognitive dysfunctions and psychological symptoms in migraine without aura: a cross-sectional study. *J Headache Pain*, 76(2017). <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0667-0>.
- Shivani, Ms., Sinha¹, V. K, & Roy, B. (2014). MMPI Profile of Individuals with Migraine. *Journal of Psychiatry*, 17(2), 12-19.
- Silberstein, S. D., Lipton, R. B., & Breslau, N. (1995). Migraine: association with personality characteristics and psychopathology. *Cephalalgia*, 15(5), 358-69. DOI: 10.1046/j.1468-2982.1995.1505358.x.
- Sirol, F. (2004). 100. Les céphalées récurrentes de la grande enfance de l'adolescence. *Presses Universitaires de France*. 1783 - 1797. doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.1783.
- Stephen, D., & Silberstein, M.D. (1984). Treatment of Headache in Primary Care Practice. *The American Journal of Medicine*, 77(13), 65-72. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(84\)80104-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(84)80104-7).
- Shivang, J. (2018, March 4). *Non-Pharmacological Approaches to Migraine Management – Facebook Live Recap*. <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/non-pharmacological-approaches-to-migraine-management/>.
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Celentano, D. D., & Reed, M. L. (1992). Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA*. 267(1), 64-69.

- Stewart, W. F., Lipton, R. B., & Liberman, J. (1996). Variation in migraine prevalence by race. *Neurology*, 47(1), 52-59. DOI: 10.1212/wnl.47.1.52.
- Seng, E. K., Buse, D. C., Klepper, J. E., Mayson, J. S., Grinberg, A. S., Grosberg, B. M., Pavlovic, J. M., Robbins, M. S., Vollbracht, S. E., & Lipton, R. B. (2017). Psychological Factors Associated With Chronic Migraine and Severe Migraine-Related Disability: An Observational Study in a Tertiary Headache Center. *Headache*, 57(4), 593–604. <https://doi.org/10.1111/head.13021>.
- Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 260(7), 52-55. <https://doi.org/10.3917/jdp.260.0052>.
- Symvoulakis, E. K., Clark, L. V., Dowson, A. J., Jones, R., Ridsdale, L. (2007). Headache: a 'suitable case' for behavioural treatment in primary care?. *Br J Gen Pract.*, 57(536), 231-237.
- Schmitz, N., Arkink, E. B., Mulder, M., Rubia, K., Admiraal-Behloul, F., Schoonman, G. G., Kruit, M. C., Ferrari, M. D., & Van Buchem, M. A. (2018). Frontal lobe structure and executive function in migraine patients. *Neurosci Lett*, 440(2), 92-96. DOI: 10.1016/j.neulet.2008.05.033.
- Sultan, S. & Chudzik, L. (2010). *Du diagnostic au traitement: Rorschach et MMPI-2*. Mardaga.
- Siciliano, M., Raimo, S., Tufano, D., Basile, G., Grossi, D., Santangelo, F., Trojano, L., & Santangelo, G. (2016). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R) and its sub-scores: normative values in an Italian population sample. *Neurol Sci*, 37(3), 385-392. DOI: 10.1007/s10072-015-2410-z.
- Smith, M., Nakamoto, M., Crocker, J., Morden, F. T., Liu, K., Ma, E., Chong, A., Van, N., Vajjala, V., Carrazana, E., Viereck, J., & Liow, K. (2021). Early impact of the COVID-19 pandemic on outpatient migraine care in Hawaii: Results of a quality improvement survey. *Headachejournal*, 61(1), 149-156. <https://doi.org/10.1111/head.14030>.
- Swanson, C. L., Gur, R. C., Bilker, W., Petty, R. G., & Gur, R. E. (1998). Premorbid educational attainment in schizophrenia: association with symptoms, functioning, and neurobehavioral measures. *Biological Psychiatry*, 44(8), 739–747. DOI:10.1016/s0006-3223(98)00046-8.
- Taziki, S., Saghafi, S., Fathi, D., & Ramezannezhad, A. (2014). Personality characteristics in migraine and tension type headache. *African Journal of Psychiatry*, 17(5), 1–4. DOI: 10.4172/2378-5756.1000135
- Tan, H. J., Suganthi, C., Dhachayani, S., Rizal, A. M., & Raymond, A. A. (2007). The coexistence of anxiety and depressive personality traits in migraine. *Singapore Med J.*, 48(4), 307-10
- The National Institute of Mental Health Information Resource Center. (2021). Mental Illness. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
- Tombaugh, T. N. (2004). Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Arch Clin Neuropsychol*, 19(2), 203-214. DOI: 10.1016/S0887-6177(03)00039-8.

- Talarska, D., Zgorzalewicz-Stachowiak, M., Michalak, M., Czajkowska, A., & Hudaś, K. (2014). Functioning of Women with Migraine Headaches. *The Scientific World Journal*. <https://doi.org/10.1155/2014/492350>
- Taporoski, T. P., Duarte, N. E., Pompéia, S., Sterr, A., Gómez, L. M., Alvim, R. O., Horimoto, A. R. V. R., Krieger, J. E., Vallada, H., Pereira, A. C., von Schantz, M., Taziki, S., Saghafi, S., Fathi, D., & Ramezannezhad, A. (2014). Personality characteristics in migraine and tension type headache. *African Journal of Psychiatry*, 17(5), 1–4.
- Usobiaga, I. (2012). Les conversions de l'hystérique. *Revue française de psychanalyse*, 76(5), 1385 – 1439. DOI:10.3917/rfp.765.1385.
- Upadhayay, N., & Guragain, S. (2014). Comparison of cognitive functions between male and female medical students: a pilot study. *Journal of clinical and diagnostic research*, 8(6). <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7490.4449>.
- Vuralli, D., Ayata, C., & Bolay, H. (2018). Cognitive dysfunction and migraine. *The journal of headache and pain*, 19(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0933-4>.
- Van der Auwera, S., Teumer, A., Hertel, J., Homuth, G., Völker, U., Lucht, M.J., Degenhardt, F., Schulze, T., Rietschel, M., Nöthen, M.M., John, U., Nauck, M., & Grabe, H. J. (2016). The inverse link between genetic risk for schizophrenia and migraine through NMDA (N-methyl-D-aspartate) receptor activation via D-serine. *Eur Neuropsychopharmacol*. 26(9), 1507-1515. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2016.03.019.
- Wen, K., Nguyen, N. T., Hofman, A., Ikram, M. A., & Franco, O. H. (2016). Migraine is associated with better cognition in the middle-aged and elderly: the Rotterdam Study. *Eur J Neurol*, 23(10), 1510-6. DOI: 10.1111/ene.13066.
- Winter, A. C., Berger, K., Buring, J. E., & Kurth, T. (2011). Associations of socioeconomic status with migraine and non-migraine headache. *Cephalalgia, an international journal of headache*, 32(2), 159–170. <https://doi.org/10.1177/0333102411430854>.
- Wang, S. J., Chen, P. K., & Fuh, J. L. (2010). Comorbidities of migraine. *Frontiers in neurology*, 1(16), 1-9. DOI: 10.3389/fneur.2010.00016.
- Wahto, R., & Swift, J. K. (2016). Labels, Gender-Role Conflict, Stigma, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help in Men. *American Journal of Men's Health*, 181-191. DOI:10.1177/1557988314561491.
- Wang, N., Huang, H. L., Zhou, H., & Yu, C. Y. (2016). Cognitive impairment and quality of life in patients with migraine-associated vertigo. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 20, 4913-4917.
- Yamawaki, N., Pulsipher, C., Moses, J. D., Rasmuse, K. R., & Ringger, K. A. (2011). Predictors of negative attitudes toward mental health services: A general population study in Japan. *Eur. J. Psychiat*, 25 (2). <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632011000200005>.

- Yavuz, B. G., Aydinlar, E. I., Dikmen, P. P., & Incesu, C. (2013). Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *J Headache Pain*, 14(53). <https://doi.org/10.1186/1129-2377-14-53>.
- Zhang, L., Chen, Q., Lin, J., Zhou, C., & Pan, Y. (2020). Research on the Relationship Between Vestibular Migraine With/Without Cognitive Impairment and Brainstem Auditory Evoked Potential. *Frontiers in Neurology*, 1-10. DOI: 10.3389/fneur.2020.00159.
- Zeitlin, C., & Oddy, M. (1984). Cognitive impairment in patients with severe migraine, *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 21-35.

الملاحق

- الملحق (1): الإستمارة
- الملحق (02): إختبار أدنبروكس المعرفي المنقح ACE- R
- الملحق (03): طريقة التطبيق والتصحيح لإختبار ACE- R
- الملحق (04): إختبار توصيل الدوائر TMT A / B
- الملحق (05): المعايير المغربية لإختبار TMT A/B
- الملحق (06): دليل المقابلة
- الملحق (07): نتائج الدراسة الكمية
- الملحق (08): نتائج الحالات

الملحق (1): الاستمارة

المحور الأول: البيانات الشخصية

العمر:

الجنس:

الحالة الاجتماعية:

المستوى التعليمي:

هل يعاني أحد أفراد العائلة من الصداع ؟

المحور الثاني: خصائص الصداع النصفي

من قام بتشخيصك بالصداع النصفي؟

منذ متى وانت مصاب بالصداع النصفي؟

ماهي الأعراض التي تظهر عليك قبل نوبة الصداع: تقيؤ، إغماء ، تغير في الإحساسات: الاضاءة،
الروائح، الرؤية

ماهي الأعراض التي تظهر عليك اثناء نوبة الصداع: تقيؤ، إغماء ، تغير في الإحساسات: الاضاءة،
الروائح، الرؤية.

كم مرة في شهر تصاب بالصداع؟

ماهي مدة(عدد الايام) الصداع؟

ما يسبب الصداع النصفي لديك؟

المحور الثالث: الحالة النفسية:

هل تتسلط عليك فكرة الإصابة بالأمراض؟

هل لديك انشغال دائم بالجسم والصحة والعناية الزائدة بها (تجنب غسل الشعر، تجنب بعض
الأطعمة)

هل لديك كثرة التردد على الاطباء وتعدد هم والمبالغة في الشكوى من الاعراض البسيطة؟

هل لديك الأعراض التالية قبل الصداع: المزاج الحزين، فقدان المتعة في الأنشطة المعتادة، قلة النوم،

إعاقة أو تثاقل في الجهاز النفسي الحركي، فقدان الوزن أو تغير الشهية، فقدان الطاقة، صعوبة في

التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار؟

هل لديك الأعراض التالية بعد الصداع: المزاج الحزين، فقدان المتعة في الأنشطة المعتادة، قلة النوم، إعاقة أو تثاقل في الجهاز النفسي الحركي، فقدان الوزن أو تغير الشهية، فقدان الطاقة، صعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار؟

المحور الرابع: الأداء المعرفي

هل تنسى بشكل كبير؟

هل تنسى بشكل كبير أثناء نوبة الصداع؟

هل تضطرب لغتك في حالة عدم وجود الصداع؟

هل تضطرب لغتك أثناء نوبة الصداع؟

هل تفقد انتباهك بدون وجود الصداع ؟

هل تفقد انتباهك أثناء نوبة الصداع؟

هل تطول مدة أداؤك لمهام تعتمد على التفكير (عمليات حسابية مثلا) قبل الصداع أو أثناء الصداع؟

الملحق (02): اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح

اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح النسخة العربية

يستخدم للأغراض الإكلينيكية فقط

The Arabic Addenbrook's Cognitive Examination - Revised

FOR CLINICAL PURPOSES ONLY

Translated & Adapted By
Ahmed Al Salman, Saeed Wahass, & Jonathan Evans



© Ahmed Al Salman, Saeed Wahass & Jonathan Evans

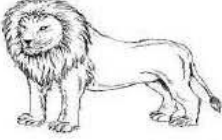
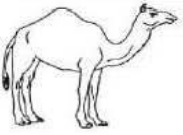
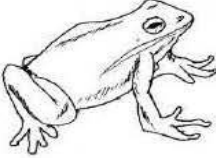
2013

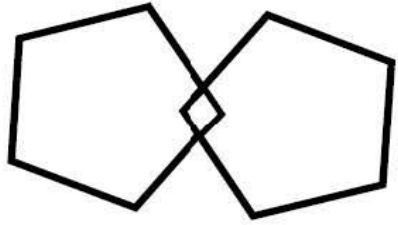
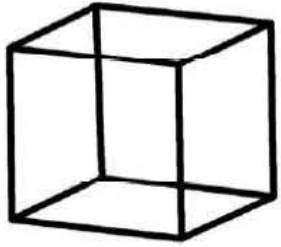


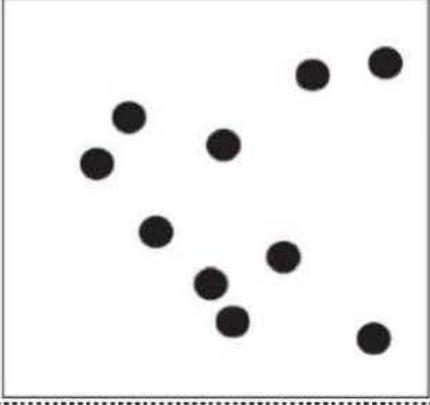
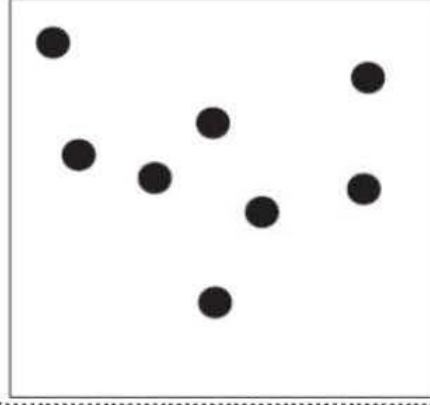
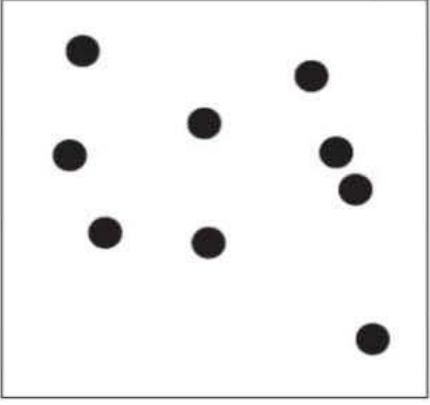
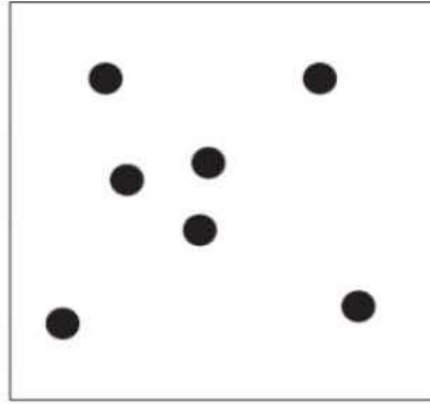
اختبار أدنبروكس المعرفي (ACE-R)
النسخة المنقحة ج (2012)

الاسم: تاريخ الميلاد: رقم الملف الطبي: هل الشخص يعتمد على اليد اليمنى أو اليسرى في العمل؟		تاريخ الاختبار:/...../..... اسم الفاحص: سن ترك التعليم: الوظيفة:					
التوجه							
الانتباه والتوجه	[الدرجة 5-0] 	الفصل الدولة	السنة المنطقة	الشهر مدينة	التاريخ طابق	اليوم مبنى	< اسأل: ما هو < اسأل: أي
	التسجيل						
	[الدرجة 3-0] 	< قل: "سأقوم بإلقاء ثلاث كلمات عليك وأود أن تقوم بتكرارها ورائي: ليمون - مفتاح - كرة". وبعد أن يقوم المفحوص بالتكرار، قل "حاول تذكر الكلمات لأنني سأطرح عليك الأسئلة فيما بعد". سجل فقط درجات المحاولة الأولى (كرر ثلاث مرات عند الضرورة). سجل عدد المحاولات					
	الانتباه والتركيز						
[الدرجة 5-0] 	< اطلب من المفحوص: "هل يمكنك طرح 7 من 100؟ وبعد أن يجيب اطلب من المفحوص طرح 7 من إجمالي خمس عمليات طرح. وإذا قام المفحوص بأي خطأ قم بالمواصلة ثم تحقق من عدد الإجابات الصحيحة. مثلاً لو كانت إجابات المفحوص على النحو التالي (93، 84، 77، 70، 63 - سجل 4) أنظر دليل التلميحات. < اسأل: "هل يمكنك تهجي كلمة مدرسية؟ ثم اطلب من المفحوص القيام بتهجيها بالمتلوب. * * *						
الذاكرة - الاسترجاع							
الذاكرة	[الدرجة 3-0] 	< اسأل: "أي ثلاث كلمات طلبت منك القيام بتكرارها وتذكرها؟"					
	الذاكرة - ذاكرة تقدمية						
	[الدرجة 7-0] 	< سأقوم بذكر اسم وعنوان عليك، وأود منك تكرارها ورائي - سنقوم بذلك ثلاث مرات لذا فإنه لديك الفرصة لتذكرها. وسأقوم بطرح أسئلة عليك فيما بعد. سجل فقط درجات المحاولة الثالثة					
	المحاولة الثالثة		المحاولة الثانية		المحاولة الأولى		ناصر سعد منزل 24 حي السعادة شارع النور باتنة
الذاكرة - الذاكرة الرجعية							
[الدرجة 4-0] 	< ما هي عاصمة الدولة التي تقيم فيها < ما هو اسم الحاكم السابق لبلدك < اسم رئيس الولايات المتحدة الأمريكية < اسم الحاكم الحالي لبلدك						

الطلاقة الشفهية - حرف 'م' والحيوانات				
الخط لاية الخط	الحرف قل: سأقوم بإعطائكم حرف من الحروف الأبجدية وأود منك ذكر أكبر عدد من الكلمات التي يمكنك إعدادها والتي تبدأ بهذا الحرف، ولكن تذكر أنها ليست أسماء أشخاص أو أماكن. هل أنت جاهز؟ لديك دقيقة والحرف هو 'م'			[الدرجة 0-7]
	7	17<		
	6	17-14		
	5	13-11		
	4	10-8		
	3	7-6		
	2	5-4		
	1	3-2		
	0	2>		
	العدد الصحيح	الإجمالي		
الحيوانات قل: هل يمكنك ذكر أكبر عدد من أسماء الحيوانات بقدر الإمكان؟ (يمكنك أن تبدأ بأي حرف تشاء). (لديك دقيقة واحدة فقط).			[الدرجة 0-7]	
7	21<			
6	21-17			
5	16-14			
4	13-11			
3	10-9			
2	8-7			
1	6-5			
0	5>			
العدد الصحيح	الإجمالي			
اللغة - الإدراك				
اللغة	أظهر التعليمات المكتوبة:			[الدرجة 0-1]
	أغلق عينيك			
	أمر مكون من ثلاث مراحل: خذ الورقة بيدك اليمنى. قم بطي الورقة نصفين. وضع الورقة على الأرض			[الدرجة 0-3]
	اللغة - الكتابة اطلب من المفحوص إعداد جملة وكتابتها في الفراغ أدناه: قم بتسجيل 1 إذا كانت الجملة تحتوي على بناء صحيح (انظر الدليل للأسئلة)			[الدرجة 0-1]

اللغة - التكرار	
[الدرجة 2-0] □	أطلب من المفحوص تكرار الكلمات التالية (فسيكفيكم، أسنلزمكموها، فأسقيناكموه، لتستخلفنهم) قم بتسجيل نتيجة كلمتين إذا كانت جميعها صحيحة وكلمة واحدة إذا كانت ثلاث كلمات صحيحة، ولا تقم بتسجيل أي نتيجة إذا كانت الكلمات الصحيحة اثنين أو أقل.
[الدرجة 1-0] □	أطلب من المفحوص تكرار ما يلي: "فوق، إلى ما بعد، وأسفل"
[الدرجة 1-0] □	أطلب من المفحوص تكرار "لا إلا إذا أو أو لكن"
اللغة - التسمية	
[الدرجة 2-0] (قلم مرسوم + ساعة) □	أطلب من المفحوص تسمية الصور التالية:  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □
[الدرجة 4-0] □	باستخدام الصور المذكورة أعلاه اطلب من المفحوص: - أشتر إلى الصورة المرتبطة بإحدى وسائل الحرب القديمة - أشتر إلى الصورة المرتبطة بالحيوان الصحراوي - أشتر إلى الصورة المرتبطة بالكائن الذي يستخدم للصيد - أشتر إلى الصورة المرتبطة بالشئ الذي يستخدم لنقل الماء

اللغة - القراءة	
الكتابة	أطلب من المفحوص قراءة الكلمات التالية [قم بتسجيل درجات واحدة فقط إذا كانت جميعها صحيحة] ★ فَيْمَ يَسْ طَاوُس إِلَه [الدرجة 0-1]
القدرات الإبصارية الفراغية	
الإبصاري فراغي	أطلب من المفحوص نسخ هذا الرسم شكّلين خماسية متداخلة:  [الدرجة 0-1]
	أطلب من المفحوص نسخ هذا الرسم (لتسجيل الدرجات ، انظر دليل التعليمات) مكعب سلكي:  [الدرجة 0-2]
	الساعة: اطلب من المفحوص رسم وجه ساعة بها أرقام وتوجد العقارب على الساعة الخامسة وعشر دقائق. (لتسجيل الدرجات انظر دليل التعليمات : الدائرة = 1، الأرقام = 2، العقارب = 2 إذا كانت جميعها صحيحة) [الدرجة 0-5]

القدرات الإدراكية	
أطلب من المفحوص عد النقاط دون الإشارة إليها:	
[الدرجة 0-4]	
	
	

إحصائي لمرافعة

الفقرات الإدراكية	
الدرجة 0-4	أطلب من المفحوص التعرف على الحروف:

الدرجات العامة لمجموعة المتعلمين:

الدرجات العامة		
	اختبار أُنْتِروكس المعرفي (المنتج) /100	
	الدرجات الفرعية	
	/18	الانتباه والتوجيه
	/26	الذاكرة
	/14	الطلاقة
	/26	اللغة
	/16	القدرات الإحصائية الفراغية

الدرجات العامة لمجموعة الأيمن:

الدرجات العامة		
	اختبار أُنْتِروكس المعرفي (المنتج) /93	
	الدرجات الفرعية	
	/18	الانتباه والتوجيه
	/26	الذاكرة
	/14	الطلاقة
	/23	اللغة
	/12	القدرات الإحصائية الفراغية

الملحق (03): طريقة التطبيق والتصحيح اختبار ACE-R

أختبار أدنبروكس المعرفي المنقح ACE-R

طريقة التطبيق، وتسجيل الدرجات - 2013

أختبار أدنبروكس المعرفي هو اختبار معرفي بسيط يعمل على تقييم خمس قدرات معرفية هي: الانتباه/ التوجه، الذاكرة، الطلاقة اللفظية، اللغة، والقدرات الإبصارية الفراغية. مجموع الدرجات هو 100. الدرجات العالية تشير إلى قدرات معرفية وظيفية عالية. فكلما كانت الدرجة عالية فوق المعدل كلما دل هذا على أن الأداء المعرفي الوظيفي في أفضل حالاته، وكلما أنخفضت الدرجات عن المعدل دل هذا على تدهور في الأداء المعرفي الوظيفي. عند التطبيق يجب مراعاة بعض التنبهات مثل:

- تطبيق الاختبار يحتاج حوالي 15 دقيقة.
- هذه التعليمات مصممة بحيث تجعل الفاحصين يطبقون الاختبار ويلقون الأسئلة ويسجلون درجاتها بشكل ميسر وبسيط. لذا الرجاء قراءتها جيدا قبل تطبيق الاختبار على المفحوصين.
- إذا كان ممكنا، اترك تسجيل الدرجات حتى نهاية التطبيق، حتى لا يشعر المفحوص بالارتباك والقلق حين تسجل عليه الإجابات الخاطئة. الأمر الذي قد يؤثر على استجاباته اللاحقة في الأداء.

التوجه - سجل من (0-10)

- أسأل المفحوص عن: (اليوم، التاريخ، الشهر، السنة، أي فصل من فصول السنة). سجل درجة واحدة لكل إجابة صحيحة.
- أسأل المفحوص عن اسم المستشفى (أو المبنى المتواجد فيه حاليا)، الدور (أو الغرفة)، المدينة التي يجري فيها الاختبار، الدولة التي يقيم فيها. سجل درجة واحدة لكل إجابة صحيحة.
- سجل الاستجابات. يمكن التفاوض عن الأخطاء في التاريخ في حالة كان الخطأ (2 - أو 2 +) يوم. في حالة كان تقييم المفحوص في منزل، اسأل عن اسم المنزل أو من صاحبه. يمكن أن تسأل عن اسم الغرفة لمعرفة إدراك المفحوص لماهية المكان، على سبيل المثال: (مطبخ، غرفة جلوس، غرفة نوم، الخ). لو كان الأمر متعلق
- عندما يجري الاختبار في وقت يكون الطقس فيه في مرحلة انتقالية بين فصلين، مثلا: نهاية شهر أغسطس الميلادي، ولكن المفحوص أعطى إجابة أنه فصل " الخريف " أسأله إذا ما كان لديه إجابة أخرى؟ إذا قال: " الصيف " فهذا جيد وإذا أصر على الخريف فأعطه درجة هذا السؤال كاملة وهي درجة واحدة، لأنه يجب مراعاة أن الفصل في مرحلة انتقالية بين الصيف والخريف. لكن إذا أجاب المفحوص بأن الفصل في " الربيع " أو " الشتاء "، فلا تعطه أي درجة على هذا السؤال، لأن الإجابة أصبحت بعيدة جدا عن الصحة ولا تمت للمرحلة الانتقالية التي ضربنا لها مثال بأي صلة.
- سوف نعتد على التقويم الميلادي في معرفة فصول السنة وهي: " الربيع " وأشهره (مارس، إبريل، مايو)، " الصيف " وأشهره (يونيو، يوليو، أغسطس)، " الخريف " وأشهره (سبتمبر، أكتوبر، نوفمبر)، " الشتاء " وأشهره (ديسمبر، يناير، فبراير).
- وحيث أن الأشهر الميلادية غير مستخدمة في المملكة العربية السعودية من عامة الناس، وحيث أن الأشهر العربية الهجرية تختلف من سنة إلى أخرى وغير متوافقة مع فصول السنة، لذا فإنه الأمر سوف يعود لتقدير وحكم الفاحص عن كون إجابة المفحوص صحيحة أو قريبة للصواب أو بعيدة تماما ولا تمت بصفة نحو احتمالية الصحة.

التسجيل - سجل من (0-3)

أجعل المفحوص بعيد نطق الكلمات (ليمون، مفتاح، وكرة) واطلب منه أن يتذكرها. تكلم ببطء وروية وأنت تنطقها له، قبل أن تطلب منه تكرارها وتذكرها. أعد نطقها مره أخرى في حالة الضرورة ولكن (لثلاث مرات فقط). قل للمفحوص أنك سوف تطلب منه هذه تذكر وتكرار هذه المعلومات لاحقا. سجل عدد المحاولات في الخانة المخصصة، ولكن سجل درجة المحاولة الأولى فقط.

الانتباه والتركيز – سجل من (0 – 5)

- حاصل العملية الحسابية: أسأل المفحوص أن يطرح 7 من 100، سجل النتيجة، بعد ذلك أطلب من المفحوص أن يطرح 7 من نتيجة الطرح الأولى، ثم سجل النتيجة الأخرى. أفعّل هذا الأمر 5 مرات. إذا أعطى المفحوص إجابة خاطئة، وأصل ولا تتوقف، وتحقق من نتائج الطرح المتتالية في الخمس عمليات. سجل الإجابات الصحيحة فقط. (مثلاً: 92، 85، 79، 72، 65، سجل 3). تذكر أن الهدف من هذا السؤال ليس اختبار القدرة الحسابية للمفحوص ولكن قدرته على التركيز والانتباه.
- التهجئة: أسأل هذا السؤال في حالة أن المفحوص قام بأي خطأ في عملية الطرح الحسابية السابقة. أبدأ بالطلب من المفحوص أن يتهجى كلمة (مدرسة). بعد ذلك أطلب منه أن يتهجى الكلمة بشكل عكسي (بالمقلوب). سجل الاستجابة.
- تسجيل نتيجة التهجئة:
- سجل 1 درجة لكل تهجئة حرف صحيحة. سجل الترتيب الصحيح = م د ر س هـ = 5 درجات.
- عد خطأ 1 لكل تقصير أو إهمال. [تبديل الحروف المتجاورة (تبديل حرف مكان حرف آخر)]، [الإدخال أو الإحجام (إحجام حرف جديد)]، أو [تغيير الموضع (نقل حرف من الحروف لأكثر من مسافة)].
- أنظر للجدول التالي التي يعطيك الطريقة الصحيحة لتسجيل الدرجات حين يكون هناك خطأ في التهجئة:

الإسقاط	الانتقال	الإدخال	وضع الحروف في غير محلها
م د س هـ (4)			
م س د هـ (3)	م ر د س هـ (4)		
م د ل س هـ (3)	د م ر س هـ (3)	م د ر ر س هـ (4)	
د م ر س هـ (3)	د ر م س هـ (3)	هـ م د م ر س هـ (3)	د ر س هـ م (4)

- يوجد بإحدى الإجابة مثل < س هـ م د > ر ثلاثة أخطاء (وبعد كل من حرفي < م د > أحرف صحيحة، لذا سيتم تسجيل درجتين لهما). وتتضمن تلك الكلمة نقل الحرفين < م د > وإدخال حرف < م > الزائد ووضع حرف < هـ > في غير محله. إذا أضاف المشارك حرف واحد أو أكثر من نفس الحرف في نهاية الكلمة، فاعتبرها كخطأ واحد (على سبيل المثال، يمكن تسجيل < س هـ ر م م > كخطئين، كعمليتي تحويل وإضافة).
- قم بوضع نقطة واحدة لكل عملية حسابية صحيحة أو على كل حرف تم هجائه بشكل صحيح. وقم فقط بوضع بتسجيل أفضل أداء تم مرة واحدة.

الذاكرة: الاسترجاع – سجل من (0 – 3)

- أسأل المفحوص فيما إذا كان يستطيع أن يسترجع الكلمات التي جعلته من قبل يعيد تكرارها وطلبت منه أن يتذكرها. سجل الاستجابات. سجل درجة 1 لكل إجابة صحيحة.

الذاكرة: الذاكرة التقديمية – سجل من (0 – 7)

- قل للمفحوص: (سوف أقرأ لك اسم وعنوان وأود منك أن تعيد ذكره بعد أن أنتهي. سوف نكرر هذا ثلاث مرات، لذلك سوف يكون لديك فرصة استيعابه جيداً. سوف أسألك عنه لاحقاً). إذا بدأ المفحوص بإعادة العنوان بعد كل مقطع قبل أن تنتهي من ذكر العنوان كاملاً، أخبره أن يتريث حتى تنتهي من ذكر العنوان كاملاً له. سجل الاستجابات لكل محاولة. لكن، فقط المحاولة الثالثة هي التي سوف تسجل كدرجة لهذا السؤال من أجل تقييم حالة المفحوص على اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح.

الذاكرة الرجوعية – سجل من (0 – 4)

- أسأل المفحوص الأسئلة التالية :
- (1) عاصمة الدولة التي يقيم فيها.
- (2) اسم الحاكم السابق لبلده.
- (3) اسم رئيس الولايات المتحدة الأمريكية.
- (4) اسم الحاكم الحالي لبلده.
- سجل درجة واحدة لكل جواب صحيح.
- إقبل إجابات تشير إلى أسماء الحكام السابقين لدولة المفحوص، في السعودية يمكن قبول الملك خالد، الملك فيصل، الملك عبد العزيز على سبيل المثال. لأنه ليس بالضرورة أن يكون الحاكم السابق مباشرة. إسل عن اسم عائلة الحاكم أيضاً.

العلاقة اللغوية

• الحروف – سجل (0 – 7)

- قل للمفحوص: سوف اعطيك حرف من الحروف الهجائية، وأود منك أن تذكر لي أكبر قدر ممكن من الكلمات التي تبدأ بهذا الحرف، على ألا تكون أسماء أشخاص أو أماكن. هل أنت جاهز؟ لديك فقط دقيقة واحدة، والحرف هو حرف الـ (م).
- قد يكرر المفحوص بعض الكلمات ويواظب عليها مثل "مدرسه/ مدراس/ مدرسين". قم بتسجيل تلك الكلمات وقم بإحصائها لإجمالي العدد الكلي للإجابات ولكن لا تضعها في الدرجات النهائية. وبنفس الطريقة، يتم تسجيل المداخلات مثل الكلمات التي تبدأ بحروف أخرى ولكن لا يتم وضع درجات لها. ولا يتم حساب أسماء الأعلام مثل (محمد ومحمدين). وبالنسبة إلى الكلمات مثل "مدن، مدائن"، يكون المجموع = 2، والإجابة الصحيحة = 1. قم باستخدام الجدول الموضوع في صفحة الاختبار الإدراكي المنقح لأدنبروك (ACE-R) للحصول على الدرجة النهائية لهذا الاختبار.

• الحيوانات – سجل (0 – 7)

- قل للمفحوص: "يمكنك الآن ذكر أسماء العديد من الحيوانات بقدر استطاعتك، والتي تبدأ بأي حرف؟" وقد يقوم المفحوص بتكرار الكلمات. قم بتسجيلهم وإحصاءهم لتسجيل إجمالي العدد الكلي للإجابات، ولكن لا يجب وضعهم في الاعتبار بالنسبة للدرجة النهائية. وقد يسيء المفحوص فهم عملية تسمية الحيوانات التي تبدأ بحرف "م" مثلاً، أو المواظبة عليها. كرر التعليمات في غضون 60 ثانية عند الضرورة.
- إذا قال المفحوص مثلاً "سمكة" ثم قال فيما بعد "سلمون" و "تونة" فقم بإحصاء وتسجيل الإجابات كمجموع إجمالي "3"، ولكن لا تقبل كلمة "سمكة"، على أنها الإجابة الصحيحة (وسجل الدرجات فقط (اثنين من الثلاثة) إذا كانت الإجابة على سبيل المثال "سلمون، وتونة") ولكن إذا ذكر الفصيلة فقط مثل السمك بدون أي أمثلة محددة، فقم بوضع درجة واحدة (1) على كلمة سمكة باعتبارها إجابة صحيحة نهائية. وتطبق نفس الطريقة على الثدييات والزواحف والطيور وسلالة الكلاب والحشرات وما إلى ذلك..

اللغة – الفهم – سجل (0 أو 1)

- قل للمفحوص: " إقرأ هذه الجملة وأفعل كما تقول". إذا قرأ المفحوص الجملة بصوت مسموع ولم يتبع تعليماتها، يعطى درجة 0.

اللغة – الفهم – (أمر من ثلاث مراحل) سجل (0 – 3)

- أعطي تعليمات للمفحوص وقل: "خذ هذه الورقة بيدك اليمنى واطوئها من النصف وضعها على الأرض". ولا تسمح للمتقدم للاختبار بأخذ الورقة قبل أن تنتهي من إعطاء التعليمات كاملة.
- سجل نقطة واحدة لكل أمر صحيح، فعلى سبيل المثال إذا قام المفحوص بأخذ الورقة بيده اليمنى ووضعها على الأرض بدون ثنيها، سجل 2، بينما إذا أخذ المفحوص الورقة بيده اليمنى وطواها عدة مرات وتركها على الطاولة، سجل له 1.

اللغة – الكتابة – سجل (0 – 1)

- أطلب من المفحوص كتابة جملة.
- الجملة يجب أن تكون مفهومة ومكتوبة بالطريقة المباشرة السهلة، بمعنى يجب أن تكون قواعدها النحوية اللغوية واضحة. إذا كان المفحوص يواجه صعوبة في التفكير في كتابة شيء، قم بحثه بطريقة لطيفة بطرح سؤال عليه مثل "كيف تبدو حالة الجو اليوم؟"

اللغة – التكرار – سجل (0 – 2)

اطلب من المفحوص تكرار الكلمات بعذك. وقل كلمة واحدة في كل مرة. وقم بعمل دائرة حول الكلمات التي تم تكرارها بطريقة خاطئة. ولا تسجل درجات إلا على المحاولة الأولى. وسجل الإجابات. وتكون الدرجة (2) في حالة إذا كانت جميع الكلمات صحيحة، ويكون مجموع النقاط (1) إذا كان عدد الكلمات صحيحة ثلاثة، ويكون (0) إذا كان عدد الكلمات الصحيحة إثنين أو واحدة.

اللغة – التكرار – سجل (0 – 2)

اطلب من المفحوص تكرار كل جملة. ولا تقبل التكرارات الصحيحة جزئياً، على سبيل المثال "لا تستخدم لا إذا ولكن" و "فوق وأسفل" باعتبارها إجابات صحيحة، بل سجل درجة واحدة لكل جملة كاملة وصحيحة.

اللغة – التسمية –

تسمية (الساعة وقلم رصاص) سجل (0 – 2)

أطلب من المفحوص تسمية كل صورة. الإجابات الصحيحة: قلم رصاص أو قلم مرسوم، ساعة يد أو ساعة.

تسمية (5 حيوانات و 5 أشياء) سجل (0 – 10)

أطلب من المشارك وضع اسم لكل صورة. الإجابات الصحيحة: أسد، جمل، بندقية، حصان/فرس/خيل، سطل/دلو/جرذل، طائرة، عود، صقر، ضفدع، سيف.

أعط درجة واحدة لكل منهم.

اللغة – الإدراك – سجل (0 – 4)

الإدراك:

أطلب من المفحوص أن يشير على الصورة وفقاً لقراءة العبارة في هذه المهمة. سجل درجة واحدة لكل عبارة يشير فيها المفحوص إلى الصورة الصحيحة. اسمح بالتصحيفات الذاتية.

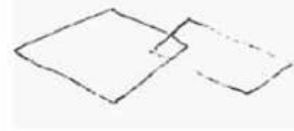
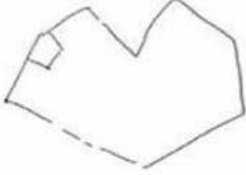
اللغة – القراءة – سجل (0 – 1)

أطلب من المفحوص قراءة الكلمات بصوت مسموع. سجل درجة واحدة فقط لمجموع الكلمات الخمس إذا لفظت بشكل صحيح. سجل الأخطاء اللفظية للتهجئة قدر الإمكان.

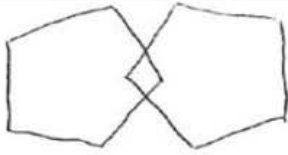
القدرات الإبصارية الفراغية

– الشكلان الخماسيان المتداخلان – سجل (0 أو 1)
الشكلين الخماسيين ينبغي أن تتوفر فيهما الخمسة جوانب بشكل واضح بالإضافة إلى التداخل بشكل جلي

سجل 0



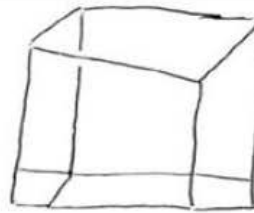
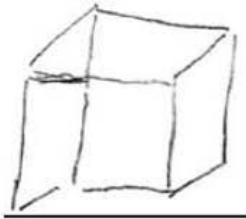
سجل 1



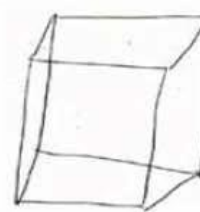
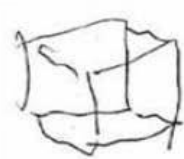
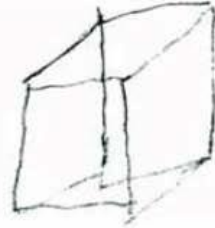
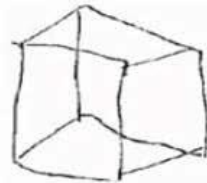
– المكعب السلبي – سجل (0 – 2)

المكعب ينبغي أن يتكون من 12 ضلع مما يقدر بمجموع نقاط 2، حتى وإن كانت النسب غير تامة. ويبلغ مجموع النقاط (1) في حالة إذا تكون المكعب من أقل من 12 ضلع، ولكن يتم الاحتفاظ بشكل المكعب العام. انظر الأمثلة أدناه.

سجل 1

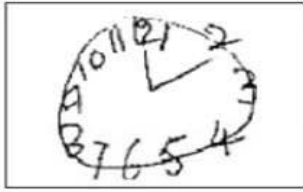
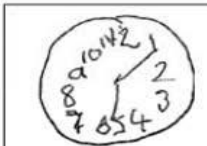
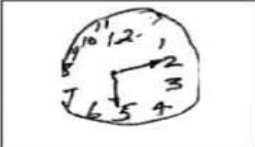


سجل 2



القدرات الإبصارية الفراغية – الساعة – سجل (0 – 5)

اطلب من المفحوص رسم وجه ساعة مع كتابة الأرقام عليها. عندما ينهي أو تنتهي من ذلك، اطلب منهم وضع العقارب على "الخامسة وعشرة دقائق".

الدائرة	• نقطة واحدة كحد أقصى في حالة أن تكون الدائرة مقبولة
الأرقام	• نقطتين في حالة وجود جميع الأرقام وفي حالة توزيعها بطريقة جيدة • نقطة واحدة في حالة وجود جميع الأرقام ولكنها موزعة بشكل غير جيد
العقارب	• نقطتين إذا تم رسم العقارب بشكل جيد، بأطوال مختلفة وموجهة للأرقام الصحيحة (وقد تتساوى أبعدهما الأصغر وأبعدهما الأكبر) • نقطة واحدة إذا تم توجيه العقارب للأرقام الصحيحة ولكن كانت الأطوال خاطئة أو • نقطة واحدة إذا تم توجيه عقرب واحد للرقم الصحيح وكان طولها صحيح أو • نقطة واحدة إذا تم رسم عقرب واحد فقط وتم توجيهه للرقم الصحيح على سبيل المثال 5 بالنسبة لـ "الخامسة وعشرة دقائق"
الدرجة 2	
دائرة (1): عقرب واحد موجه بطريقة صحيحة	دائرة (1): جميع الأرقام متواجدة ولكنها غير موضوعة داخل الدائرة (1)
	
الدرجة 3	
دائرة (1): جميع الأرقام متواجدة ولكنها غير موضوعة داخل الدائرة (1) بنسب صحيحة (1)، مع وجود عقرب واحد موجه بطريقة صحيحة (1)	دائرة (1) لاحظ أن الأرقام خارج الدائرة وتحتوي الساعة على رقم 10 مكرر مرتين (0). والعقارب موجهة بطريقة صحيحة
	
الدرجة 4	
دائرة (1): الأرقام موزعة بدقة (2) وعقرب واحد موجه بطريقة صحيحة	دائرة (1) جميع الأرقام متواجدة ولكنها غير موضوعة بدقة (1): والعقارب موجهة بطريقة صحيحة
	
الدرجة 5	
دائرة (1) الأرقام موزعة بدقة كلا النصفين وجه الساعة (2): والعقارب موجهة بطريقة صحيحة (2)	
	

القدرات الحسية الإدراكية – الدرجة (4 – 0)

عد النقاط :

لا يسمح للمفحوص بالإشارة إلى الصورة. سجل نقطة واحدة لكل إجابة صحيحة. الإجابات الصحيحة من أعلى اليسار باتجاه عقارب الساعة: 8 ، 10 ، 9 و 7

القدرات الحسية الإدراكية – الدرجة (4 – 0)

التعرف على الحروف :

يسمح للمتقدم للاختبار بالإشارة إلى الصورة. سجل نقطة واحدة لكل إجابة صحيحة. الإجابات الصحيحة، من أعلى اليسار لاتجاه عقارب الساعة: ل ، م ، هـ ، و

الاسترجاع – الدرجة (7 – 0)

قل للمفحوص: "والآن أخبرني بما تتذكر من الاسم والعنوان الذين تم تكرارهم من البداية". ضع إشارة وسجل نقطة واحدة لكل عنصر تم استرجاعه باستخدام دليل الدرجات المقدم في الاختبار. يجب الانتباه إلى أن شارع مختلف عن طريق أو ممر. فلو كان في السؤال كلمة شارع فهي تعني شارع فإذا قال المفحوص طريق أو ممر فيجب أن يسجل له درجة (0) صفر.

1+1	أحمد خالد
1	منزل 73
1+1	شارع المتنبي
1	حي الأمل
1	الرياض

مثال 1

	0+1	أحمد عبد الله
	0	منزل رقم 78
مجموع النقاط 7/3	1+1	شارع المتنبي
	0	حي التهاني
		

يقوم الفاحص بسؤال المفحوص كالاتي:

- هل كان اسم الشخص حمد عايد أو أحمد خالد أو أحمد عبد الله؟
- هل كان رقم المنزل 37 أو 73 أو 76؟
- هل كان اسم الحي هو حي الأمانى أو حي التهاني أو حي الأمل؟

مثال 2

	1+1	أحمد خالد
	1	منزل رقم 73
مجموع النقاط 7/5	1+0	طريق المتنبي
	0	
	1	الرياض

يقوم الفاحص بسؤال المفحوص كالاتي:

- هل كان شارع المتنبي أو طريق الأمانة أو شارع السعادة؟
- هل كانت المدينة الرياض أو الجوف أو الخرج؟

مثال 3

	0+1	أحمد عايد
	0	منزل 33
مجموع النقاط 7/2	0+0	طريق الأمانة
	0	حي السعادة
	1	الرياض

يقوم الفاحص بسؤال المفحوص كالتالي:

- هل كان اسم الشخص حمد عايد أو أحمد خالد أو أحمد عبد الله؟
- هل كان رقم المنزل 37 أو 73 أو 76؟
- هل كان اسم الحي هو حي الأماني أو حي الشهابي أو حي الأمل؟

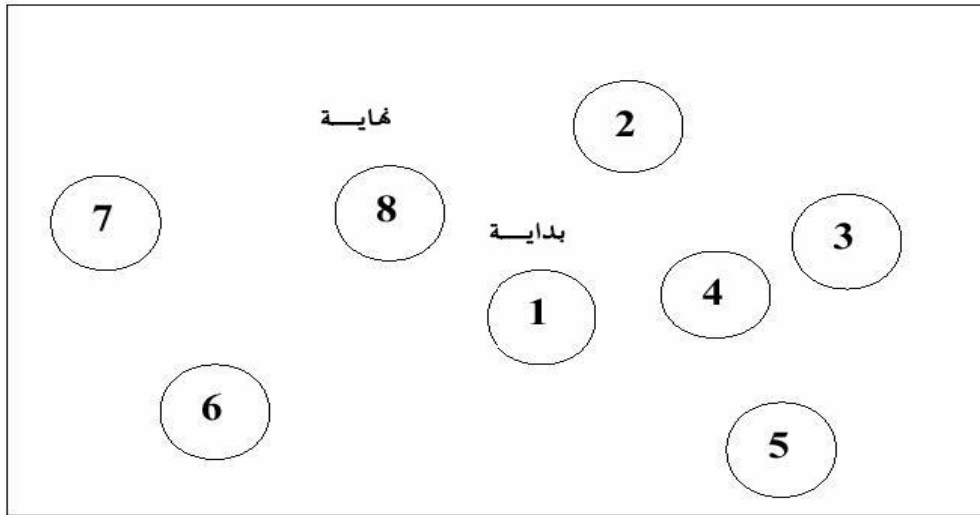
☆ الادراك - سجل (0-5)

لا يتم تقديم عملية التمييز إلا في حالة فشل المتقدم للاختبار في استرجاع عنصر أو أكثر من مهمة الاسترجاع.

ينبغي تقديم هذا العمل لإعطاء المفحوص فرصة لتذكر الفقرات التي لا يستطيع هو أو هي استرجاعها. وفي حالة استرجاع المفحوص للاسم والعنوان بطريقة صحيحة، يكون هذا الاختبار غير ضروري ويكون مجموع نقاط المفحوص (5). وبالرغم من ذلك فسيسترجع العديد من المفحوصين أجزاء فقط. ابدأ بتحديد العناصر التي تم تذكرها بطريقة صحيحة في العمود المظلل (في الجهة اليمنى) ثم أخبرهم "دعوني أقدم لكم بعض التلميحات. هل الرقم (أو أيا كان العنصر المنسي أو غير الصحيح) س أو ص الخ؟ وهكذا. ويتم تسجيل درجة واحدة لكل عنصر يتم تذكره. ويكون الحد الأقصى للدرجات المحرزة هو 5. وبإضافة العناصر المسترجعة لتلك العناصر التي تم تذكرها يظهر مجموع النقاط النهائي لهذا الجزء من الاختبار.

الملحق (04): اختبار توصيل الدوائر TMT A / B

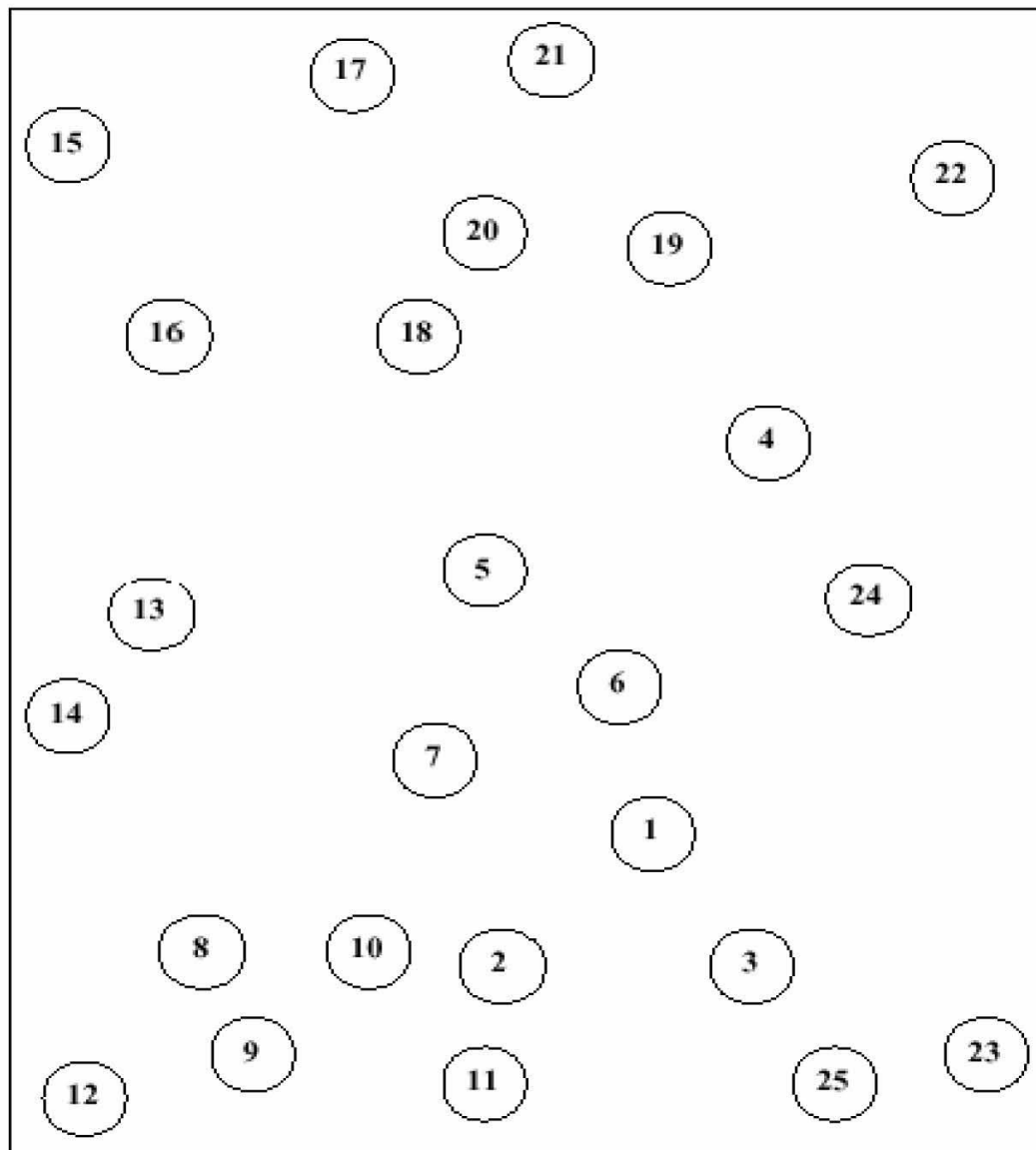
Trail Making Test Part A – *SAMPLE*



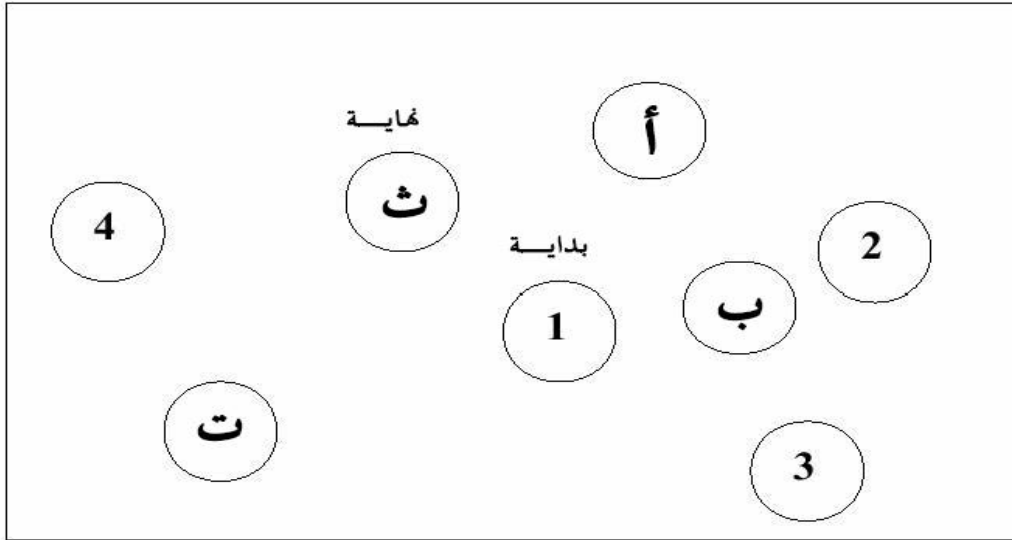
Trail Making Test Part A

Patient's Name: _____

Date: _____



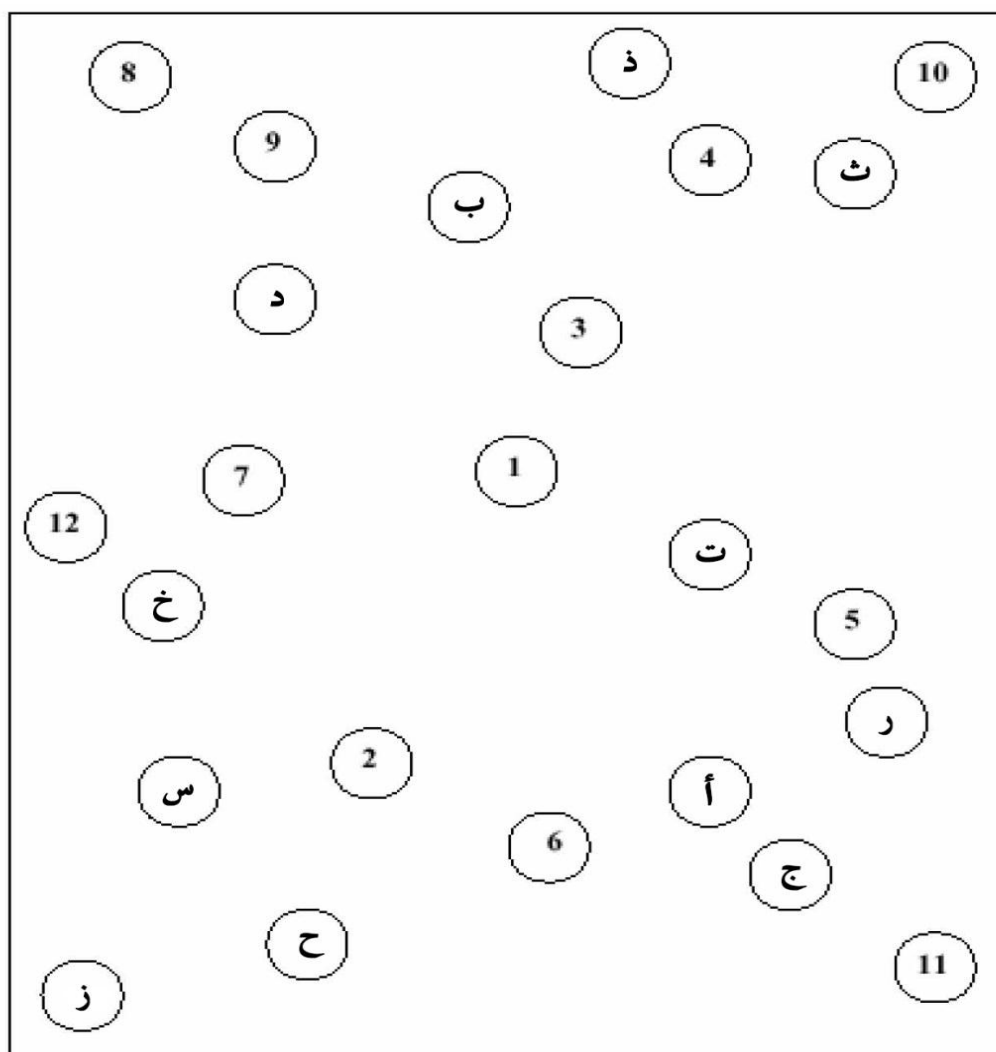
Trail Making Test Part B – *SAMPLE*



Trail Making Test Part B

Patient's Name: _____

Date: _____



الملحق (05): المعايير المغربية لاختبار TMT A/B

Age group (years)	Years of education	TMT-A time (s) Mean (SD)	Moroccan Trail-B time (s) Mean (SD)	Original Trail-B time (s) Mean (SD)	Moroccan Trail B-A time (s) Mean (SD)	Original Trail B-A time (s) Mean (SD)
18 - 39	3 - 6	60.31 (14.93) (n = 32)	139.61 (44.49) (n = 32)	141.04 (47.86) (n = 21)	79.53 (40.37)	72.42 (41.59)
	7 - 10	44.09 (11.89) (n = 32)	111.03 (35.66) (n = 31)	116.96 (34.82) (n = 29)	66.22 (31.34)	72.27 (32.85)
	≥11	38.56 (23.33) (n = 32)	92 (28.89) (n = 31)	89.21 (26.32) (n = 32)	52.83 (23.55)	50.33 (21.25)
40 - 59	3 - 6	66.031 (22.93) (n = 32)	170.96 (68.85) (n = 32)	147.94 (43.29) (n = 17)	106.12 (62.31)	82.17 (40.65)
	7 - 10	57.78 (29.32) (n = 32)	128.2 (48.10) (n = 31)	124.12 (64.30) (n = 25)	69.2 (33.26)	75.84 (58.71)
	≥11	47.71 (12.77) (n = 32)	108 (24.91) (n = 32)	100.03 (30.11) (n = 32)	59.90 (23.53)	50.54 (29.44)
60 - 69	3 - 6	112.16 (82.56) (n = 31)	227.69 (76.32) (n = 31)	189 (61.13) (n = 9)	139.47 (63.13)	110.42 (41.40)
	7 - 10	80.64 (62.72) (n = 28)	154.59 (54.01) (n = 22)	139.95 (2.12) (n = 21)	86.36 (56.74)	70.57 (39.06)
	≥11	65.84 (23.94) (n = 32)	156.96 (61.89) (n = 27)	153.92 (56.87) (n = 28)	93.19 (48.38)	89.07 (41.01)
≥70	3 - 6	120 (84.10) (n = 25)	248.26 (73.59) (n = 19)	245.72 (80.30) (n = 11)	153.42 (71.74)	149.09 (78.22)
	7 - 10	79.33 (30.86) (n = 21)	217.33 (78.74) (n = 18)	214.31 (86.18) (n = 19)	145.4 (79.05)	139.26 (75.07)
	≥11	72.78 (33.72) (n = 19)	184.76 (100.05) (n = 13)	176.94 (101.48) (n = 18)	107.23 (75.57)	103.4 (81.88)

الملحق (06): دليل المقابلة

المحور الاول: البيانات الشخصية

العمر:

الجنس:

عدد الاخوة:

الرتبة بين الاخوة:

الحالة الاجتماعية:

عدد الاولاد:

المستوى التعليمي:

الوظيفة:

هل تعاني من أمراض؟

هل يعاني أحد افراد العائلة من الصداع ؟

المحور الثاني: خصائص الصداع

احكي لي عن صداعك؟

من قام بتشخيصك ؟

متى كانت اول بداية للصداع؟

اين موقع الصداع من رأسك؟

ماهي الأعراض التي تظهر عليك قبل نوبة الصداع: تقيؤ، إغماء ، تغير في الاحساسات: الاضاءة،

الروائح، الرؤية

ماهي الأعراض التي تظهر عليك اثناء نوبة الصداع: تقيؤ، إغماء ، تغير في الاحساسات: الاضاءة،

الروائح، الرؤية

كم مرة في شهر تصاب بالصداع؟

ماهي مدة(عدد الايام) الصداع؟

هل تظهر عليك نوبة الصداع عندما تكون في وضعيات مقلقة(امتحان، خوف، قلق، ضغط، اكتئاب)

ماهي مسببات الصداع لديك؟

ماهي الأدوية المستخدمة لعلاج الصداع؟

المحور الخامس: الحالة النفسية:

ماهي حالتك النفسية قبل الصداع :

- المزاج الحزين
- فقدان المتعة في الأنشطة المعتادة
- قلة النوم أو الإفراط فيه
- إعاقة أو تثاقل في الجهاز النفسي الحركي
- فقدان الوزن أو تغير الشهية
- فقدان الطاقة
- صعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار
- البكاء
- تكرار التفكير في الموت
- قلق
- خفقان وتزايد سرعة القلب
- تعرق
- ارتعاش وارتجاف
- احساسات بقصر النفس أو الاختناق
- غثيان أو ثلثك في البطن
- الاحساس بالدوران او الاغماء
- الضغط

ماهي حالتك النفسية أثناء نوبة الصداع :

- المزاج الحزين وفقدان المتعة في الأنشطة المعتادة
- قلة النوم أو الإفراط فيه
- إعاقة أو تثاقل في الجهاز النفسي الحركي

- فقدان الوزن أو تغير الشهية
- فقدان الطاقة
- صعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار
- البكاء
- تكرار التفكير في الموت
- قلق
- خفقان وتزايد سرعة القلب
- تعرق
- ارتعاش وارتجاف
- احساسات بقصر النفس أو الاختناق
- غثيان أو تلبك في البطن
- الاحساس بالدوران او الاغماء
- الضغط

هل تتسلط عليك فكرة الإصابة بالأمراض؟

هل لديك انشغال ل دائم بالجسم والصحة والعناية الزائدة بها؟

هل لديك كثرة التردد على الاطباء وتعدد هم والمبالغة في الشكوى من الأعراض البسيطة؟

هل تشكو من امراض جسمية محددة وخاصة المعدة والامعاء أو اي جزء آخر من أجزاء الجسم

والاحساس بحركات الاعضاء الداخلية وضربات القلب؟

هل عانيت من الارتجافات المختلفة في الايدي والارجل والجذع والرأس، وتكون بشكل نوبات؟

هل عانيت من الشلل: تام او جزئي؟

هل عانيت من صعوبة البلع والأكل؟

هل عانيت من فقدان الصوت؟

هل خضعت لعلاج نفسي؟

المحور الرابع: العلاقات الأسرية والاجتماعية

كيف كانت طفولتك؟

كيف هي علاقتك بوالديك؟

هل لديك أصدقاء؟

هل تذهب للزيارات العائلية؟

هل تذهب للأعراس؟

كيف هي حياتك العاطفية؟

كيف هي علاقتك بزوجك(ة)؟

الملحق(07): نتائج الدراسة الكمية

نتائج اختبار MMPI- 2

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
?	82	5,87	6,558
L/T	82	55,41	9,805
F/T	82	65,71	14,839
K/T	82	39,24	12,813
FB/T	82	68,43	19,389
Vrain/T	82	57,57	10,580
Train/T	82	64,07	12,313
Hs/T	82	63,38	10,781
D/T	82	62,67	10,201
Hy/T	82	55,80	13,599
Pd/T	82	56,49	11,438
Mf-M/T	82	57,02	14,450
Mf-F/T	59	63,34	9,783
Pa/T	82	68,04	14,274
Pt/T	82	58,49	13,197
Sc/T	82	63,83	13,825
Ma/T	82	59,91	10,732
Si/T	82	57,55	8,439
N valide (liste)	59		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
vide	23	2,39	2,759
L	23	54,87	10,571
F	23	63,61	19,192
K	23	36,83	17,079
Fb	23	60,61	25,958
Vrain	23	55,43	11,425
Train	23	65,09	13,352
Hs	23	60,83	11,134
D	23	60,48	8,251
Hy	23	51,96	9,693
Pd	23	54,70	12,938
Mfm	23	40,83	11,625
Pa	23	65,87	15,250
Pt	23	60,22	16,760
Sc	23	64,65	19,469

Ma	23	13,57	18,245
Si	23	60,43	9,428
N valide (liste)	23		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
vide	59	7,22	7,108
L	59	55,63	9,577
F	59	66,53	12,860
K	59	40,19	10,742
Fb	59	71,47	15,354
Vrain	59	58,41	10,212
Train	59	63,68	11,981
Hs	59	63,97	10,770
D	59	63,53	10,809
Hy	59	57,31	14,644
Pd	59	57,19	10,837
Mff	59	63,34	9,783
Pa	59	68,88	13,919
Pt	59	57,81	11,620
Sc	59	63,51	11,080
Ma	59	60,12	9,601
Si	59	56,42	7,820
N valide (liste)	59		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
Pa1/T	82	71,2927	18,75014
Pa2/t	82	64,2927	11,92931
Pa3/T	82	44,9024	9,56925
N valide (liste)	82		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
Pa1T	23	73,30	23,113
Pa2T	23	60,87	12,200
Pa3T	23	45,74	8,740
N valide (liste)	23		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
Pa1T	59	70,5085	16,91497
Pa2T	59	65,6271	11,65436
Pa3T	59	44,5763	9,92594
N valide (liste)	59		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
ANX/T	82	61,91	10,448
FRS/T	82	66,54	13,982
OBS/T	82	63,88	12,511
DEP/T	82	61,89	10,312
HEA/T	82	67,91	11,171
BIZ/T	82	69,95	15,231
ANG/T	82	57,04	11,573
CYN/T	82	63,84	10,606
ASP/T	82	56,52	9,393
TPA/T	82	56,12	10,220
LES/T	82	52,34	11,843
SOD/T	82	55,52	10,498
FAM/T	82	60,38	10,776
WRK/T	82	62,98	11,476
TRT/T	82	66,33	13,890
N valide (liste)	82		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
A/T	82	64,63	10,653
R/T	82	47,27	11,612
ES/T	82	22,49	19,732
MAC-R/T	82	55,37	10,767
O-H/T	82	45,59	9,395
Do/T	82	35,28	17,920
Re/T	82	47,21	14,536
Mt/T	82	63,38	10,230
GM/T	23	29,70	21,357
GF/T	82	50,82	20,946
PK/T	82	66,90	12,663
Ps/T	82	65,62	12,749
MDS/T	82	58,60	12,164
APS/T	82	41,00	12,326
AAS/T	82	51,96	10,649
N valide (liste)	23		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
ANX	20	61,2000	11,50103
FRS	20	62,6500	14,68359
OBS	20	62,7500	14,41810

DEP	20	59,8000	11,92344
HEA	20	63,3500	13,03951
BIZ	20	67,6000	16,57646
ANG	20	56,1000	13,22239
CYN	20	60,2500	11,61612
ASP	20	55,0500	11,52332
TPA	20	56,1000	12,33694
LES	20	52,7500	13,70315
SOD	20	57,6500	12,87705
FAM	20	60,5500	11,15666
WRK	20	62,2500	14,39984
TRT	20	65,3000	15,53299
N valide (liste)	20		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
A	20	64,00	13,459
R	20	46,10	13,707
ES	20	24,4000	20,98220
MACR	20	54,2000	13,81304
OH	20	43,2500	11,45644
Do	20	34,5000	19,54078
Re	20	45,6000	18,88859
Mt	20	62,5000	11,76301
GM	20	32,4500	20,64863
PK	20	64,8000	14,99333
Ps	20	62,8000	16,47518
MDS	20	58,9000	12,00395
APS	20	42,9500	9,61071
AAS	20	51,8000	9,87074
N valide (liste)	20		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
ANX	55	60,6727	9,41641
FRS	55	66,6909	13,30257
OBS	55	62,2909	11,13997
DEP	55	60,7636	8,63662
HEA	55	68,6727	10,25608
BIZ	55	67,8909	12,17264
ANG	55	55,9273	10,73046
CYN	55	63,9636	9,90317
ASP	55	56,3455	8,34714

TPA	55	54,9636	9,09408
LES	55	50,0545	9,58088
SOD	55	53,8000	9,12343
FAM	55	58,9273	10,05882
WRK	55	61,2727	8,85365
TRT	55	64,0545	11,60048
N valide (liste)	55		

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
A	55	63,1091	8,68518
R	55	48,2909	11,10834
ES	55	24,0545	19,15765
MACR	55	55,0000	8,99794
OH	55	47,0000	8,45905
Do	55	37,8000	16,43325
Re	55	49,0000	11,78826
Me	55	62,1091	8,79746
GF	55	58,7818	14,31225
PK	55	65,4909	10,57753
PS	55	64,5273	10,15045
MDS	55	56,9818	11,96831
APS	55	39,3636	13,26421
AAS	55	51,0727	8,42583
N valide (liste)	55		

نتائج اختبار أدنبروكس المعرفي المنقح (ACE- R)

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart type
intention	82	16,3171	1,32290
mémoire	82	18,6829	3,58625
inflence	82	10,1951	2,31175
langage	82	20,5488	2,44016
visio	82	14,9634	1,41809
tot	82	80,7073	6,97701
N valide (liste)	82		

نتائج اختبار توصيل الدوائر (TMT A/B)

	N	Moyenne	Ecart type
tmta	4	44,2775	16,40792
tmtb	4	116,0450	58,91006

N valide (liste)	4		

Statistiques descriptives			
	N	Moyenne	Ecart type
tmta	49	42,8610	10,36430
tmtb	49	91,8392	30,73870
N valide (liste)	49		

Statistiques descriptives			
	N	Moyenne	Ecart type
tmtA	4	64,5475	21,38551
TmtB	4	136,2275	36,43295
N valide (liste)	4		

Statistiques descriptives			
	N	Moyenne	Ecart type
tmtA	22	50,1086	22,04816
TmtB	22	101,9195	39,17640
N valide (liste)	22		

Statistiques descriptives			
	N	Moyenne	Ecart type
TmTA	3	65,9900	22,94742
TmtB	3	121,0200	46,39812
N valide (liste)	3		

الملحق (08): نتائج الحالات

[illegible]

Echelles de contenu															الجنس	الاسم
TRT/T	WRK/T	FAM/T	SOD/T	LSE/T	TPA/T	ASP/T	CYN/T	ANG/T	BIZ/T	HEA/T	DEP/T	OBS/T	FRS/T	ANX/T		
74	59	57	49	49	56	50	55	52	64	82	62	68	65	61	F	ياسمينه
93	86	85	81	66	73	77	83	80	119	88	85	85	65	82	M	سامي
77	70	75	57	63	77	53	63	80	96	74	72	72	55	70	M	يحي
52	49	53	46	44	39	42	45	38	46	70	56	43	62	46	F	مرام
49	51	55	53	48	47	48	44	50	51	57	45	50	65	59	M	يوسف
43	55	51	64	38	59	59	64	82	67	78	56	50	48	61	F	سرين

	Echelles Supplémentaire																
AAS/T	APS/T	MDS/T	Ps/T	PK/T	GF/T	GM/T	Mt/T	Re/T	Do/T	O-H/T	MAC-R/T	ES/T	R/T	A/T	الجنس	الاسم	
39	43	66	63	66	44		64	51	33	56	60	0	50	65	F	ياسمينه	
108	58	75	96	100		34	84	0	0	43	89	0	37	85	M	سامي	
51	55	84	85	84		34	72	33	30	40	75	0	0	76	M	يحي	
54	39	57	42	51	68		48	66	43	56	57	58	61	46	F	مرام	
45	47	50	55	46		41	57	57	45	50	38	33	57	51	M	يوسف	
46	46	39	74	75	52		67	30	56	38	60	40	42	54	F	سرين	