

الاضطرابات النفسية وأداء بعض العمليات المعرفية لدى مريضة بالصداع النصفي - دراسة حالة
Psychological disorders and the performance some cognitive processes in a migraine patient -
Case Study

نسيمة علي تودرت

جامعة الجزائر2

Nassima Ali Toudert

University of Algiers 2

nassima.alitoudert@univ-alger2.dz

تاريخ النشر: 2022/09/29

ريمة دمدموم*

جامعة الجزائر2

Rima Demdoum

University of Algiers 2

rima.demdoum@univ-alger2.dz

تاريخ الاستلام: 2020/12/21

تاريخ القبول: 2021/09/07

- الملخص: يعاش الصداع النصفي كخبرة حسية غير سارة يترتب عنها تغير في الحالة النفسية كما قد تكون هذه الأخيرة عاملا مفجرا للصداع، ويتعدى تأثير الصداع النصفي إلى الحالة المعرفية للفرد، الحالة الاجتماعية والمهنية، تصل بالأفراد المصابين به إلى عدم القدرة على أداء مهامهم اليومية، لذلك جاءت هذه الدراسة بهدف الكشف عن الاضطرابات النفسية التي تعاني منها مريضة بالصداع النصفي والكشف أيضا عن أداء بعض العمليات المعرفية لديهم، ولتحقيق أهداف الدراسة تم إتباع المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة، واستخدام مجموعة من الأدوات: المقابلة نصف موجهة، النسخة العربية لـ MMPI-2 من ترجمة عبد الله محمود سليمان، واختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) ترجمة آل سلمان (Al Salman, 2013). أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- وجود ارتفاع في العديد من المقاييس الإكلينيكية لاختبار (MMPI2) متمثلة في: البارانويا، الهستيريا، الفصام، توهم المرض، الاكتئاب، الانحراف السيكوباتي.
- وجود ارتفاع في بعض مقاييس الاضافية المتمثلة في: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وسوء التوافق الأكاديمي.
- وجود ارتفاع في بعض مقاييس المحتوى المتمثلة في: المشاكل العائلية، الاهتمامات بالصحة، الغضب، الانزعاج الاجتماعي، الخوف وأفكار غريبة.
- أظهرت الصفحة النفسية ميول ذهانية.
- انخفاض الحالة المعرفية لدى الحالة وانخفاض أداء بعض العمليات المعرفية المتمثلة في: الانتباه، الذاكرة واللغة والتي تزداد تدهورا أثناء نوبة الصداع.
- وقد أوصت الدراسة بضرورة تصميم برامج علاجية تعمل على التخفيف من المعاناة النفسية والمعرفية لمرضى الصداع النصفي.

*- المؤلف المرسل

- الكلمات المفتاحية: الاضطرابات النفسية؛ العمليات المعرفية؛ الصداع النصفي؛ الانتباه؛ الذاكرة؛ اللغة.

Abstract: The migraine headache is treated as an unpleasant sensory experience, which results in a change in the psychological state, and the latter may also be an alarming factor for headache. Migraine goes beyond the cognitive state of the individual, social and professional status, it makes individuals unable to perform their daily tasks. Hence, this study came with the aim of detecting mental disorders that a migraine patient suffers from and also to reveal the performance of some cognitive processes that it has, and to achieve the objectives of the study, the clinical approach that is based on the case study was followed, and a set of tools were used: the semi-directed interview. Moreover, the Arabic version of MMPI-2 was used from Abdullah Mahmoud Suleiman's translation and the Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised (ACE-R) translated by Al Salman (2013). The results of the study are as follow :

- An increase in several clinical measures of MMPI2 : Paranoia, hysteria, schizophrenia, Hypochondrie, depression, psychopathic deviation.
- The presence of an increase in some additional measures, namely: post-traumatic stress disorder and academic maladjustment
- There was an increase in some content measures, represented in : family problems, health concerns, anger, social discomfort, fear and strange thoughts
- The psychological page showed psychotic tendencies
- Decreased cognitive status in the case and a decrease in the performance of some cognitive processes represented in : attention, memory and language, which deteriorate during a headache.

The study recommended that treatment programs should be designed to alleviate the psychological and cognitive suffering of migraine patiente.

Keywords: Psychological disorders- Migraines- Attention- Cognitive processes- Memory - The language.

- مقدمة:

الألم المزمن هو تجربة حسية يعيش كخبرة غير سارة وبمشاعر سلبية كالقلق والاكتئاب، يؤثر على حياة الأفراد الاجتماعية والاقتصادية، فينقطعون عن ممارسة نشاطاتهم الاجتماعية والمهنية نتيجة لألامهم، حيث تشير دراسة وبائية أجريت في 15 دولة أوروبية، أفاد 19٪ من المشاركين أنهم يعانون من ألم متوسط أو شديد لمدة ستة أشهر على الأقل، في هذه الدراسة كان انتشار الألم المزمن بنسبة 12٪ في إسبانيا، 13٪ في المملكة المتحدة وإيرلندا 26٪، 27٪ في إيطاليا وبولندا و30٪ في النرويج (O'Reilly, 2011, pp.126-127)

الصداع النصفي هو أحد أنواع الألم المزمن تم تصنيفه بالإضافة إلى كافة أنواع الصداع في دراسة العبء العالمي للأمراض ((Global Burden of Disease Study (GBD) لعام 2015 باعتباره السبب الرئيسي الثالث للإعاقة في العالم للرجال والنساء دون سن 50 (GBD 2016) 955 p. (Headache Collaborators, 2018).

يشير الصداع النصفي إلى نوبات متكررة من الصداع في جانب واحد من الرأس وعادة ما ترتبط بفقدان الشهية، الغثيان والقيء، يؤثر الصداع النصفي ويتأثر بالحالة النفسية، فحسب العديد من الأبحاث والدراسات توجد علاقة بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية ذات اتجاهين، فكلاهما يمكن أن يكون سببا أو نتيجة للآخر، في ثلاث دراسات طولية قائمة على السكان لبريسلاو وآخرين (2003، 2001، 1995، Breslau et al) تم التوصل فيها إلى ارتباط ثنائي الاتجاه بين الصداع النصفي والاكتئاب واضطرابات الهلع.

اضطرابات القلق والمزاج هي أكثر الاضطرابات المصاحبة والمرتبطة بالصداع النصفي حيث ذكرت الدراسات أن اضطرابات المزاج والقلق هي مرتين إلى عشر مرات أكثر انتشارا في الصداع النصفي منه في عموم السكان (Peres et al, 2017, p.1)، كما أن تأثير الصداع يتعدى الحالة المزاجية إلى الحالة المعرفية التي تتجلى في العمليات المعرفية، تلك العمليات المعرفية المهمة التي تساعد الفرد في نشاطاته الأدائية والتفكيرية. فالانتباه عملية معرفية تعمل على ترشيح المعلومات وتقديمها للذاكرة لتخزين ويعاد استعمالها عند الحاجة لتظهر في شكل لغة أو تفكير، يرى 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.6).

انطلاقا مما جاءت به الدراسات السابقة حول ارتباط الصداع بالاضطرابات النفسية وتأثيره على العمليات المعرفية جاءت هذه الدراسة للكشف على هذه الجوانب النفسية والمعرفية

لدى مرضى الصداع النصفي في بيئة جزائرية، بغية بناء برامج علاجية مستقبلا لمساعدة هذه الفئة.

1- الاشكالية:

يشكل الصداع النصفي إعاقة كبيرة للمصابين به، فهو يعيقهم عن أداء مهامهم ونشاطاتهم اليومية فيتغيب التلميذ عن المدرسة والامتحان، كما يتغيب العامل عن عمله وتهمل المرأة بيتها وأولادها أثناء نوبات الصداع، صنفت منظمة الصحة العالمية الصداع النصفي على أنه ثالث أكبر حالة طبية منتشرة وثاني أكثر الاضطرابات العصبية تعطيلا في عالم (, Dodick, 2018, p.1316).

يؤثر الصداع على الحالة المزاجية للفرد فتضطرب، كما قد تؤدي الحالة المزاجية للفرد إلى بدء أو تفاقم الصداع النصفي. في دراسة لبريسلاو وآخرين (Breslau et al, 1991) كان الأشخاص المصابون بالصداع النصفي أكثر عرضة للاضطراب الاكتئاب، الهوس، الرهاب، اضطراب القلق، اضطراب تعاطي المخدرات والاعتماد على النيكوتين، كما ارتبط القلق المتعايش الذي يسبق الصداع النصفي، بزيادة ملحوظة في احتمالات الإصابة بالاكتئاب الشديد.

يعد اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية من أهم الاختبارات للكشف عن الاضطرابات النفسية وخصائص الشخصية، كما يعد الاختبار الأكثر استخداما في العالم، لذلك عمد الكثير من الباحثين إلى تطبيقه على مرضى الألم المزمن بما فهم مرضى الصداع النصفي، حسب العديد من الدراسات البروفيل النفسي MMPI-2 لمرضى الصداع النصفي مشابه للبروفيل النفسي لمرضى الألم المزمن، الذي يتميز بملح "عصابي" مع ارتفاع المقاييس السريرية الثلاثة الأولى: توهم المرض، الاكتئاب والهستيريا (Silberstein et al, 1995, p.7)

هذا ما أكدته دراسة مونيوز وآخرون (Muñoz et al, 2015) التي أظهرت أنه لدى مرضى الصداع النصفي المزمن باستخدام (MMPI-2) ارتفاع في مقاييس الثالث العصابي، حيث استوفى 16 مريضاً 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.

هذه النتيجة أكدتها دراسة لشيفاني وآخرين (Shivani et al, 2014)) أين تم فيها العثور على ارتفاعات في مقاييس توهم المرض، الاكتئاب والهستيريا، السيكاينيا والفصام، كما أن لدى مرضى الصداع النصفي درجات أعلى من العصابية والانطوائية على اختبار MMPI-2 مقارنة بالأشخاص الأصحاء.

في دراسة لتان وآخرين (Tan et al, 2007)، باستخدام اختبار MMPI كانت سمات الشخصية الاكتئابية والقلق مرتفعة بشكل ملحوظ لدى مرضى الصداع النصفي، كما أظهرت بعض الدراسات نتائج مخالفة لما تم تعرضه من أنواع الاضطرابات النفسية التي كشف عنها اختبار MMPI لدى مرضى الصداع النصفي، ففي دراسة لرزاي وآخرين (Rezaei et al, 2006) كانت أعراض توهم المرض، الهستيريا والوسواس القهري أكثر بروزاً عند النساء.

كما قد يؤثر الصداع النصفي على المجالات المعرفية للمصابين به وهذا ما أثبتته دراسة دو أراوجو وآخرون (De Araújo et al, 2012) حيث أن مرضى الصداع النصفي وخاصة المتابعون في عيادات طب الأعصاب، يظهرون ارتفاعاً في مخاطر حدوث تغييرات طفيفة في العديد من المجالات المعرفية، وهذا ما أكدته دراسة كاي وآخرون (Cai et al, 2019) التي توصلت إلى زيادة خطر التدهور المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي المزمن.

هناك بعض الدراسات ترى أن الاختلالات المعرفية التي تصيب مرضى الصداع النصفي تختلف حسب نوع الصداع النصفي مثل دراسة لو بونو وآخرين (Lo Bueno et al, 2019) التي أسفرت نتائجها على أن مرضى الصداع النصفي بدون هالة أظهروا فرقاً كبيراً مقارنة بالأصحاء في الطلاقة اللفظية الدلالية وتأخر الذاكرة، بينما أظهر مرضى الصداع النصفي المصحوب بالهالة فرقاً كبيراً في تأخر الذاكرة مقارنة بالأصحاء.

توصل مارتينز وآخرون (Martins et al, 2020) أنه على الرغم من أن الصداع النصفي المستمر والصداع غير المصحوب بالصداع النصفي قد أظهرنا انخفاضاً على مقاييس الأداء التنفيذي، فإن هذان النوعان من الصداع لا يرتبطان بزيادة خطر التدهور المعرفي، مما يشير إلى أن نوبات الصداع النصفي المتكررة ليس لها تأثير طويل المدى على العمليات المعرفية، ومع ذلك يميل المرضى الذين يعانون من الصداع النصفي إلى الإبلاغ عن شكاوى معرفية ذاتية أكثر أثناء الشيخوخة. تعد الدراسات التتبعية ضرورية لتأكيد هذه النتائج.

هناك بعض الدراسات التي فندت وجود تأثير الصداع النصفي على العمليات المعرفية مثل دراسة بيرسون وآخرين (Pearson et al, 2005) التي أسفرت نتائجها على أنه لا يؤثر التاريخ الطويل من الصداع النصفي على الوظائف المعرفية.

تظهر نتائج الدراسات السابقة التي تم عرضها والتي استخدمت (MMPI2) بعض الاختلافات حول نوع الاضطرابات التي يعاني منها مرضى الصداع النصفي، كما تناقضت نتائج الدراسات التي تناولت الحالة المعرفية في وجود اختلالات في العمليات المعرفية لدى مرضى

الصداع النصفي أو لا. وهذا ما أدى بنا إلى التطرق إلى هذه الدراسة لمحاولة إزالة اللبس وتأكيد بعض النتائج، من خلال التساؤلات التالية:

- هل يعاني مريض الصداع النصفي من أعراض الاضطرابات النفسية؟
- هل يعاني مريض الصداع النصفي من انخفاض في أداء بعض العمليات المعرفية؟

2- الفرضيات

- يعاني مريض الصداع النصفي من مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تقع ضمن الثالوث العصابي مع ارتفاع المقاييس الإكلينيكية الثلاثة الأولى: الاكتئاب، توهم المرض، الهستيريا.

- يعاني مريض الصداع النصفي من انخفاض في أداء بعض العمليات المعرفية: الانتباه، الذاكرة، اللغة.

3- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى وضع تشخيص من الناحية النفسية والمعرفية لمريضة بالصداع النصفي من خلال الكشف عن جملة الاضطرابات النفسية التي تعاني منها وكذلك الكشف على الانخفاض الذي قد يمس أداء بعض العمليات المعرفية.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في تناولها فئة مرضى الصداع النصفي ومحاولة إبراز معاناتهم ومدى الإعاقة التي يسببها لهم المرض في حياتهم الاجتماعية، كما تكمن أيضا أهمية الدراسة في تناولها الجانب النفسي والمعرفي ومدى الاختلالات فيهما لدى مرضى الصداع النصفي بغية بناء برامج علاجية مستقبلا لمساعدتهم والتخفيف من ألامهم

5- مصطلحات الدراسة:

1-5- الاضطرابات النفسية: عرف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM V (2013) الاضطراب النفسي على أنه هو متلازمة تتميز ب: "اضطراب ذو معنى إكلينيكيًا، اضطراب في معارف الفرد أو تنظيم المشاعر أو السلوك، الذي يعكس وجود خلل في العمليات النفسية أو البيولوجية أو النمائية الكامنة في الأداء العقلي"

إجرائيا: الدرجة التي تساوي أو تفوق 70 درجة والتي تحصل عليها الحالة في مقياس من المقاييس التي يقيسها اختبار MMPI2 الممثلة لعدة اضطرابات منها الذهانية والعصابية والحديدية.

2-5- العمليات المعرفية: تعرف العمليات المعرفية على أنها: "العمليات والمهارات التي تسمح للفرد بوضع الأهداف وحفظها في الذاكرة النشطة، ومراقبة الأداء، ومنع الأفكار غير المرتبطة بالهدف من التداخل عند تحقيقه" (مرسي، 2017، ص.93).

العمليات المعرفية المعتمدة في هذه الدراسة:

الانتباه: يرى سترنبرغ (Sternberg, 2003): "أن الانتباه 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).

إجرائياً: الدرجة التي تحصل عليها الحالة على بعد الانتباه من خلال اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).

الذاكرة: يعرف عبد الله محمد قاسم (2005) الذاكرة على أنها: "القدرة على تمثيل الانتقائي للمعلومات التي تميز بشكل فريد خبرة معينة والاحتفاظ بتلك المعلومات بطريقة منظمة في بنية الذاكرة الحالية، وإعادة انتاج بعض او كل هذه المعلومات في زمن معين بالمستقبل" (قاسم، 2005، ص.20).

إجرائياً: الدرجة التي تحصل عليها الحالة على بعد الذاكرة من خلال اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).

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

إجرائياً: الدرجة التي تحصل عليها الحالة على بعد اللغة من خلال اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R).

3-5- الصداع النصفي: تم الاتفاق على التعريف التالي من قبل الاتحاد 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 الاضطرابات العصبية والمزاجية (Stephen, Silberstein, 1984, p.68)

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

6- حدود الدراسة:

1-6- الحدود المكانية: أجريت الدراسة على مستوى مركز المساعدة النفسية لجامعة المسيلة.
2-6- الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال الفترة الممتدة من شهر سبتمبر 2020 إلى غاية شهر ديسمبر 2020

7- الدراسة الميدانية:

1-7- المنهج: تم استخدام المنهج الإكلينيكي الذي يعتمد على دراسة الحالة التي تهدف إلى الدراسة المتعمقة للفرد

2-7- العينة: حالة واحدة أنثى تبلغ من العمر (22)، شخصت من طرف طبيبة عامة على أنها مصابة بالصداع النصفي، تم اختيارها بناء على مجموعة الأعراض النفسية والمعرفية التي ظهرت عليها خلال المقابلات.

3-7- الأدوات: تتمثل أدوات الدراسة في:

- المقابلة نصف الموجهة: تتضمن خمسة محاور، محور الأول: بيانات شخصية، المحور الثاني: خصائص الصداع، المحور الثالث: الحالة النفسية والمعرفية، المحور الرابع: أثر الصداع على حياة الفرد، المحور الخامس: العلاج

- اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية الثانية (MMPI2): مقياس نفسي للشخصية يعتمد على التقرير الذاتي الذي يعطيه الفرد عن نفسه، حيث يجيب على عباراته بوضع علامة تحت رقمها في ورقة الإجابة أمام "صحيح" إن كانت العبارة تنطبق عليه، أو أمام "خطأ" إن كانت العبارة لا تنطبق عليه، أو لا يضع أية علامة على الإطلاق إذا لم يستطع أن يقرر ما إذا كانت العبارة تنطبق عليه أم لا، ألفه هاثاواي وماكينلي (Hathaway & Mckinley) ونشر عام 1943، أجريت عليه عدت تعديلات فأصبحت الصيغة النهائية للطبعة الثانية تحتوي على 567 بنداً (علي تودرت سليمان، 2015، ص ص. 64، 68).

وقد صنفت هذه العبارات في:

- مقاييس الصدق، مقاييس الصدق الإضافية، مقاييس إكلينيكية، مقاييس المحتوى، المقاييس الإضافية (علي تودرت سليمان، 2016، ص ص. 111-112)، المقاييس الثانوية لهارس ولنجوس، المقاييس الثانوية لفينر وهارمن (علي تودرت سليمان، 2015، ص ص. 84-86). تم استخدام النسخة العربية لـ MMPI-2 من ترجمة عبد الله محمود سليمان والمعتمدة من طرف جامعة مينسوتا.

- اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R): تم تطوير اختبار أدبروكس المعرفي ل (ACE) من قبل هودجز وآخرين (Hodges et al) ثم تم تطويره إلى اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) من قبل موشي وآخرين (Mioshi et al, 2006)، تمت ترجمته وتكييفه على البيئة العربية من قبل آل سلمان (Al Salman, 2013)، يحتوي على خمسة أبعاد: بعد الانتباه والتوجيه، بعد الذاكرة، بعد الطلاقة اللفظية، بعد اللغة وبعد القدرات الإبصارية الفراغية.

8- نتائج الدراسة

1- تقديم الحالة :

الحالة (س) حسنة المظهر متوسطة القامة نحيفة جدا تبلغ من العمر 22 سنة طالبة جامعية سنة ثالثة ليسانس، تحتل المرتبة الرابعة بين أربعة ذكور وثلاث إناث، كما لديها أربعة إخوة وأربعة أخوات من الأب لم تخضع الحالة إلى أي علاج نفسي، تعاني من مجموعة من الأمراض: القولون العصبي، نقص في الكالسيوم فقر الدم، نقص النظر "قالي طبيب راكي غير تخيلي عينيك لا بأس بهم"

أول مرة بدأ صداع لديها عندما كان عمرها ست سنوات وظهر أكثر أثناء الباكلوريا، شخصت من طرف طبيبة عامة بأنها مصابة بالصداع النصفي، والدتها مصابة أيضا بالصداع النصفي، تتراوح مدة نوبات الصداع لدى الحالة من ساعة إلى خمس ساعات على الأكثر، بمعدل يتراوح من 3 إلى 4 مرات في الشهر، لكن في حالات القلق تزداد النوبات تكرارا" كي نتقلق تجيني يوميا تقريبا"، الفترة الممتدة بين نوبة وتكرارها من خمسة أيام إلى أسبوع في الحالات العادية، بينما في الحالات غير عادية(القلق) يوم واحد. قبل نوبة الصداع تعاني الحالة من تغير في الإحساسات: الإضاءة، الأصوات والروائح، نادرا ما تعاني من القيء والإغماء، بينما أثناء النوبة تعاني من تغير في الإحساسات بالإضافة إلى القيء والإغماء ونقص في الرؤيا.

الحالة النفسية للحالة قبل نوبة الصداع: الاختناق، مرات بكاء "نفس أعراض الاكتئاب"، تعاني الحالة من استثارة هوسية كبيرة تدوم من ساعة إلى ثلاث ساعات لا تطيل الجلوس في مكان واحد بعدها مباشرة تصاب بنوبة صداع، فقدان الشهية، صعوبة في التركيز والتفكير، تكرار التفكير في الموت، قلق "حاجة مميزة في حياتي"، تعرق، ارتعاش وارتجاف نادرا، احساسات بقصر النفس أو الاختناق، غثيان وتلبك في البطن الإحساس بالدوران، ضغط.

الحالة النفسية للحالة أثناء نوبة الصداع: المزاج الحزين، فقدان المتعة في الأنشطة، فقدان الشهية، صعوبة في التركيز والتفكير، تكرار التفكير في الموت، قلق، تعرق، ارتعاش

وارتجاف، احساسات بقصر النفس أو الاختناق، غثيان وتلبك في البطن، الاحساس بالدوران، ضغط.

تعاني الحالة من تسلط أفكار حول الإصابة بالأمراض في أحلام اليقظة "50% أحلام يقظة في اليوم"، في أحلام اليقظة ولي عندي مرض كونسار وتخييل روجي بريت أو موتت ومن بعد وليت ديما نهاية سعيدة"، مؤخرا أصبحت تهتم بصحتها وتعتني بجسمها نتيجة لنقد الناس لنحافتها "ضعيفة معندكش لاطاي، تباني مريضة" كما تصاب بإغماءات متكررة "منفيقش روجي نلقى روجي متغاشية"، ارتجافات في اليدين، الرجلين ووسط الجسم، تنميل الرجلين، نوبات من الهيجان "لعياط تكسار ما نقدرش نتحكم في روجي".

تعرضت الحالة لعدة صدمات تمثلت في تحرشات جنسية أولا من قبل الوالد وهي في عمر ستة سنوات وثانيا من قبل الأستاذ الذي يقدم دروس الدعم؛ حيث أرسلها أخوها من الأب له ليقدم لها دروس الدعم عندما كانت تدرس سنة الثالثة ثانوي، الذي اتضح لها فيما بعد أنه كان متفقا مع أخوها على ذلك، إضافة لمشاهدتها لممارسات أبيها الجنسية مع زوجة الأخ ومحاولة أخوها من أبيها الكشف عن عورة أختها الرضيعة.

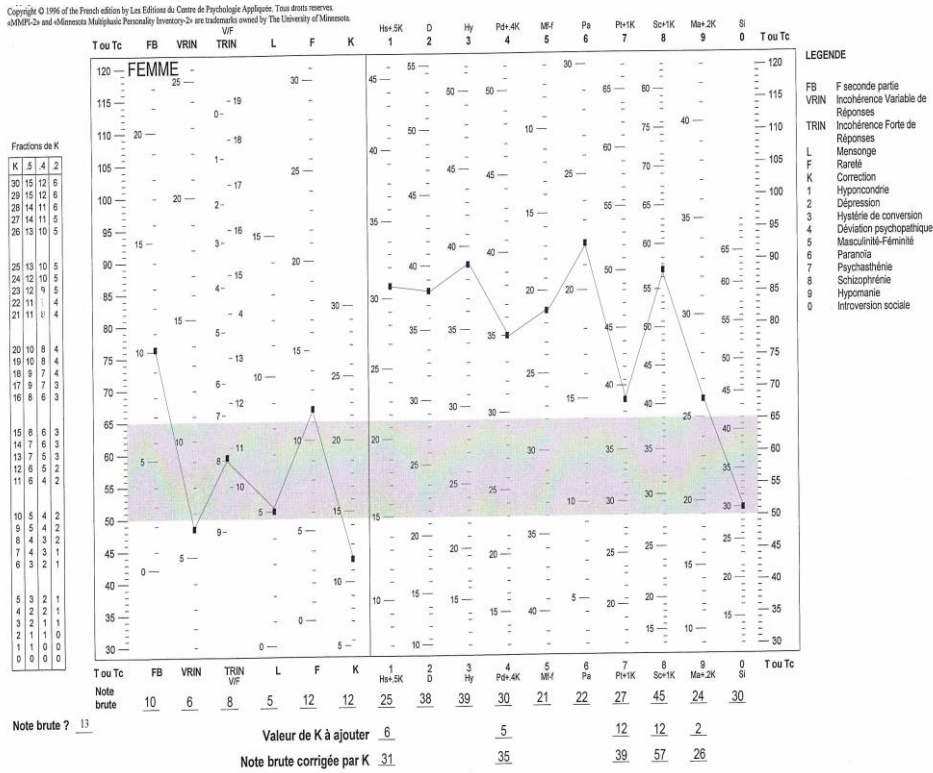
بالنسبة للحالة المعرفية تعاني الحالة من النسيان الكثير "خاصة من العام الماضي"، اضطراب اللغة" يلصق لساني كي نكون تعبانة أو راسي يوجع، نتعلم في الهدرة"، شخصت من طرف طبيب على أنه نقص في الكالسيوم، تعاني أيضا من تشتت الانتباه والتركيز وتزداد الحالة المعرفية تدهورا خلال نوبة الصداع.

يؤثر الصداع على الحالة بحيث لا يمكنها أداء مهامها المعتادة كما لا يمكنها الصوم أو الصوم بمشقة تتأثر والدتها بمرضها كثيرا" ماما كي تشوفني يوجعني راسي تتقلق أنها هي تولي تمرض"، "طبيب يعطينا نفس الدواء"، "ماما دايرة فيها ارتباط كبير"

لعلاج الصداع النصفي تتناول الحالة مسكنات كلما اشتد الألم، بالإضافة إلى شرب الزنجبيل والنوم في مكان هادئ بدون إضاءة، كل هذا ينقص ألم الرأس لديها، في نهاية الصداع تشعر الحالة بالتعب ونادرا ما تشعر بالراحة.

2- نتائج اختبار MMPI-2

- نتائج المقاييس الإكلينيكية: كما هي موضحة في الشكل التالي:



الشكل 1: نتائج المقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI2 للحالة

النتائج الموضحة في الشكل (1) هي كالآتي:

Echelle	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Numéro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Note T	51	67	44	86	85	89	80	82	92	68	89	68	51

- موقف الحالة إزاء الاختبار:

طبق الاختبار على الحالة للمرة الأولى فكان ارتفاع في مقاييس الصدق ممثلة في (F) بدرجة ثنائية مقدرة ب (76) و (FB) بدرجة ثنائية مقدرة ب (93) وتدل هذه الأخيرة على أن مقاييس المحتوى والمقاييس الإضافية مشكوك فيها فلا بد من إلغائها وتحليل فقط المقاييس الإكلينيكية، وترجع هذه النتائج إلى تعب وعدم تركيز الحالة خاصة وأنها في فترة الامتحانات، مما اضطرنا إلى إعادة

الاختبار للمرة الثانية بعد مرور شهرين من التطبيق الأول، حيث كانت الحالة أكثر ارتياحا في الإجابة عن الاختبار الذي دام قرابة الساعتين تخللته استفسارات قليلة جدا حول بعض عبارات الاختبار مع ذلك بلغ المقياس لا أدري (13=?). وهذا الارتفاع نتيجة تجنب الحالة الإجابة على العبارات المتعلقة بالجنس، وكانت نتائج مقاييس الصدق كالتالي:

- الكذب (L): بلغت الدرجة التائية (51) وهي متوسطة، أي أن الحالة قادرة على تحقيق توازن مناسب بين التصريح بالأخطاء الاجتماعية وانكارها.

- عدم التواتر أو الندرة (F): بلغت الدرجة التائية (67) وهي مرتفعة قليلا، يمثل الارتفاع شدة المعاناة ووجود ميول سيكوباتولوجية، كما تفتقد الحالة التركيز وتتميز بالعصبية وتعاني من الأرق والاكنتاب.

- مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان (Fb): بلغت الدرجة التائية (76) وهي درجة مرتفعة، التي تدل على وجود اضطرابات نفسية.

- التصحيح (K): بلغت الدرجة التائية (44) وهي منخفضة، يدل الانخفاض على أن الحالة ليست دفاعية بل تعترف بمصادرها المحدودة للتعامل مع المشكلات التي تعاني منها، مما يشير إلى معاناتها من بعض السمات السيكوباتولوجية

- مقياس التضارب الكبير للأجوبة (VRIN): بلغت الدرجة الخامة (6) والدرجة التائية (48) وهي درجة منخفضة وبما أن (Fb) مرتفع و (F) مرتفع قليلا فهذا يدل على أن هذا الارتفاع راجع لوجود اضطراب نفسي عند الحالة.

- مقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN): بلغت الدرجة الخامة (8) والدرجة التائية (59) وهي تقع ضمن المتوسط، وبما أن الدرجة الخامة أقل من 13 فالبروتكول مقبول.

بصفة عامة تعاملت الحالة "س" مع الاختبار بطريقة صريحة حيث اعترفت بوجود معاناة وأعراض نفسية ومشاكل سلوكية. البروتكول إذن مقبول وبالتالي يمكن تحليل نتائج المقاييس الإكلينيكية والمقاييس الإضافية ومقاييس المحتوى.

- نتائج المقاييس الإكلينيكية:

- البارانونيا (Pa) بدرجة تائية مقدره ب(92): تشير إلى أن الحالة متشككة في نوايا الآخرين اتجاهها، عدائية ومفرطة الحساسية، تنزع إلى لوم الآخرين وتعبر عن عدائيتها بصورة ظاهرة، وتبرر ذلك بأنه نتيجة لما فعله الآخرين بها، وقد يكون ذلك نتيجة تمركزها حول ذاتها وتمسكها الشديد بالأخلاقيات.

جدول 1: يوضح المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانويا

المقاييس الفرعية الدرجة	أفكار الاضطهاد (Pa1)	الحساسية (Pa2)	السذاجة (Pa3)
الدرجة الخام	9	5	5
الدرجة T	88	66	55

من خلال الجدول (1) يتبين أن ارتفاع مقياس البارانويا يرجع إلى ارتفاع في أفكار الاضطهاد (Pa1) ويفسر ذلك على أن لدى الحالة أفكار عن مؤثرات خارجية، وهي تلقي اللوم لمشكلاتها واحباطاتها وفشلها على الخارج، مما يدل على أن لديها أفكار اضطهادية.

- الهستيريا (Hy) بدرجة تائية مقدرة ب(89): تعبر الدرجة المرتفعة على أن الحالة متمركزة حول ذاتها وينقصها النضج وتطلب الاهتمام، تنتابها نوبات مفاجئة من القلق والذعر والغضب، وتتميز بخوف شديد من الألم الانفعالي وعند الضغط تقدم شكاوى بدنية مثل الصداع، آلام في الجسد وتشنجات.

جدول 2: يوضح المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الهستيريا

المقاييس الفرعية الدرجة	إنكار القلق الاجتماعي (Hy1)	الحاجة إلى للعاطفة (Hy2)	الإعياء- المرض (Hy3)	الشكاوى البدنية (Hy4)	كف العدوان (Hy5)
الدرجة الخام	2	4	14	13	5
الدرجة T	43	43	92	80	61

من خلال الجدول (2) يتبين أن ارتفاع مقياس الهستيريا يرجع إلى ارتفاع في كل من الإعياء-المرض (Hy3) والشكاوى البدنية (Hy4) ويفسر ذلك على أن الحالة تشكو من علة بدنية من النوع الذي يشير إلى الكبت وتحول الوجدان، وتعمل بدنيا وعقليا بمستوى منخفض تجاهد لتحافظ على واجهة جيدة لكنها تحتاج إلى الاهتمام.

- الفصام (Sc) بدرجة تائية مقدرة ب(89): تشعر الحالة بالاغتراب والذي قد يعكس انضغاطا موقفيا أو شخصيا، ويظهر عليها سلوكيات غريبة وانسحاب اجتماعي وصعوبة في التركيز.

جدول 3: بوضح المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الفصام

المقاييس الفرعية الدرجة	الاغتراب الاجتماعي (Sc1)	الاغتراب الانفعالي (Sc2)	نقص التحكم في الأنا معرفيا (Sc3)	نقص التحكم في الأنا عاطفيا (Sc4)	نقص التحكم الأنا لعدم وجود الكبت (Sc5)	خبرات حسية غريبة (Sc6)
الدرجة الخام	15	6	6	11	6	8
الدرجة T	88	86	77	92	72	71

من خلال الجدول (3) يتبين أن هناك ارتفاع في كافة المقاييس الفرعية ويفسر ذلك على أن الحالة لديها نقص في العلاقات مع الآخرين وتغير في ادراكها لذاتها ولصورة جسمها كما تدرك ذاتها كما لو أنها مغترية وتعترف بأن لديها أفكار غريبة ومضطربة وشعور بالضعف السيكولوجي كما تظهر قصورا ذاتيا وكفا كليا ونكوصا، تشعر الحالة بأنها عاجزة في التحكم في دفعاتها وتخبر انفعالاتها كما لو كانت غريبة ويظهر عليها تفكك في الوجدان.

- توهم المرض (Hs) بدرجة تائية مقدرة ب(86): تعبر عن انشغال زائد بشكاوى جسدية غامضة تستخدمها الحالة للتحكم فيمن حولها يتطلب اهتمام الآخرين بها.

- الاكتئاب (D) بدرجة تائية مقدرة ب(85): الحالة تعاني من درجة مرتفعة من الاكتئاب، تعبر هذه الدرجة عن حزن عام ومزاج اكتئابي إما بالنسبة للذات أو الحياة يصاحب بزيادة التشاؤم واليأس اللذين يعمان حياة الحالة.

جدول 4: بوضح المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الاكتئاب

المقاييس الفرعية الدرجة	الاكتئاب الذاتي (D1)	التباطء الحسي حركي (D2)	الخلل الوظيفي للجسم (D3)	الانسداد العقلي (D4)	الاحتراز (D5)
الدرجة الخام	22	8	10	10	7
الدرجة T	79	62	94	80	67

من خلال الجدول (4) يتضح أن ارتفاع مقياس الاكتئاب راجع إلى ارتفاع في كل من الاكتئاب الذاتي (D1)، الخلل الوظيفي للجسم (D3) والانسداد العقلي (D4) هذا يعني أن الحالة

لا تستمتع أثناء القيام بالأشياء ومتشائمة، تشكو من قصور ذاتي نفسي تنقصها الطاقة لمواجهة المشاكل، كما أنها تشكو من علة في وظائفها البدنية ومنشغلة بذاتها.

- الذكورة والأنوثة (Mf): بدرجة تائية مقدره ب(82): درجة مرتفعة تدل على أن الحالة لها اهتمام بالسلوك طبقا للدور الذكري التقليدي، وهي عدائية في سلوكياتها.

- الانحراف السيكوباتي (Pd): بدرجة تائية مقدره ب(78): تدل القيمة المرتفعة أن الحالة تواجه صراع مع نماذج السلطة(الوالدية)، ولكن تفعيل الصراع بصورة ظاهرة ليس أمرا حتميا، إلا أن التمرد والعدائية نحو نماذج السلطة كانا واضحين.

جدول 5: يوضح المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الانحراف السيكوباتي

المقاييس الفرعية الدرجة	الخلاف العائلي (Pd1)	صراع السلطة (Pd2)	الجمود الاجتماعي (Pd3)	الاعتراب الاجتماعي (Pd4)	الاعتراب الذاتي (Pd5)
الدرجة الخام	7	2	3	8	8
الدرجة T	76	45	46	69	73

من خلال الجدول (5) يتبين أن ارتفاع مقياس الانحراف السيكوباتي يرجع إلى ارتفاع في كل من الخلاف العائلي (Pd1) والاعتراب الذاتي (Pd5) ويفسر على أن الحالة ينقصها التكامل الذاتي وتشعر باليأس والقنوط وتكافح ضد الضبط الاجتماعي.

- السيكاثينيا (Pt) بدرجة تائية مقدره ب(68): درجة معتدلة تشير إلى أن الحالة تتميز بالقلق والصرامة لكنها دقيقة في الوفاء بالتزاماتها في مواعيدها، وهذا ما لوحظ عليها أثناء المقابلات التي أجريت عليها من خلال عدم تغييرها عن الموعد والقدوم في الوقت المحدد.

- الهوس الخفيف (Ma) بدرجة تائية مقدره ب(68)، تدل على أن الحالة نشيطة وذات طاقة، وقد تثور وتعبّر بصورة ظاهرة عن عدم الشعور بالرضا.

جدول 6: يوضح المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الهوس الخفيف

المقاييس الفرعية الدرجة	اللاأخلاقية (Ma1)	الاسراع الحسي حركي (Ma2)	الهدوء (Ma3)	تضخم الأنا (Ma4)
الدرجة الخام	0	8	4	6
الدرجة T	35	69	56	69

من خلال الجدول (6) يظهر ان ارتفاع مقياس الهوس الخفيف يرجع إلى تضخم الأنا (Ma4) والإسراع الحسي الحركي (Ma2) أي ان الحالة تعاني من نشاط زائد هروبا من الحياة

الداخلية، وقلق واستجابة ظاهرة لضغوط الفعل، كما تشعر أنها مهمة إلى درجة الشعور اللاواعي بالعظمة.

- الانطواء الاجتماعي (Si) بدرجة تائية مقدره ب(51) وهي درجة متوسطة تدل على أن الحالة متوازنة في سلوكياتها الاجتماعية بين الانطواء والانبساط.

- نتائج المقاييس الإضافية:

الجدول 7: يوضح نتائج المقاييس الإضافية

الدرجة التائية (T)	الدرجة الخام	المقاييس
65	24	القلق (A)
55	20	الكبت (R)
0	20	قوة الأنا (Es)
47	18	إدمان الكحول (MAC-R)
38	11	الضبط الزائد العداء (O-H)
43	14	السيطرة (Do)
54	22	المسؤولية الاجتماعية (Re)
85	32	سوء التوافق الأكاديمي (Mt)
/	23	النوع الاجتماعي (Gf)
84	33	اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PK)
83	38	اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PS)
71	8	الخلافات بين الأزواج (MDS)
39	17	الإدمان الكامن (APS)
54	2	الإدمان الصريح (AAS)

من خلال الجدول (7) نلاحظ ارتفاع في مقياس سوء التوافق الأكاديمي (Mt) بدرجة تائية (85) ومقاييس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PK) بدرجة تائية (84)، و(PS) بدرجة تائية (83)، ومقياس الخلافات بين الأزواج (MDS) بدرجة تائية (71). هذه النتائج أكدت الحالة أثناء المقابلة من خلال الأحداث الصادمة التي تعرضت لها أو شاهدها، بالنسبة لسوء التوافق الدراسي الحالة غير راضية على التخصص الذي تدرسه وتتمنى لو درست الطب، ويرجع ارتفاع مقياس الخلافات الزوجية إلى الوضع الأسري الذي تعيشه الحالة فالأم والأب منفصلين عاطفياً بسبب سلوك الأب المنحرف.

- نتائج مقاييس المحتوى:

الجدول 8: يوضح نتائج مقاييس المحتوى

الدرجة T	الدرجة الخام	المقاييس
67	15	القلق (ANX)
68	13	الخوف (FRS)
50	6	الاستحواذ (OBS)
67	17	الاكتئاب (DEP)
78	21	الاهتمامات الصحة (HEA)
71	8	أفكار غريبة (BIZ)
73	12	الغضب (ANG)
64	16	السخرية (CYN)
42	5	الممارسة المضادة للمجتمع (ASP)
56	11	سلوك النمط (TPA)
41	3	انخفاض تقدير الذات (LSE)
72	17	الانزعاج الاجتماعي (SOD)
81	18	المشاكل العائلية (FAM)
61	15	العمل (WRK)
67	13	مؤشر العلاج السلبي (TRT)

من خلال الجدول (8) يلاحظ لدى الحالة ارتفاع على مقياس مشاكل عائلية (FAM) بدرجة تائية مقدرة بـ(81) تعاني الحالة من خلافات عائلية مع أفراد أسرتها خاصة الأب وأختها من الأب، ارتفاع على مقياس الانشغال بالصحة (HEA) بدرجة تائية مقدرة بـ(78) يشير إلى أن الحالة تعاني من مجموعة من الشكاوى الجسدية ولديها انشغال زائد بأعراضها الجسدية والصحة. ارتفاع على مقياس الغضب (ANG) بدرجة تائية مقدرة بـ(73) مما يعني أن لدى الحالة صعوبة في التحكم بغضبها، سريعة الانفعال، لا تسيطر على نفسها. كذلك ارتفاع مقياس الانزعاج الاجتماعي (SOD) بدرجة تائية مقدرة بـ(72) تفضل الحالة أن تكون لوحدها وارتفاع على مقياس غرابية التفكير (BIZ) بدرجة تائية مقدرة بـ(71)، وارتفاع على مقياس الخوف (FRS) بدرجة تائية مقدرة بـ(68) مما يدل على أن الحالة تعاني من الفوبيا، وارتفاع على مقياس موقف سلبي اتجاه العلاج (TRT) بقيمة تائية مقدرة بـ(67) لدى الحالة اتجاه سلبي نحو الأطباء والأدوية في مجال الصحة العقلية لديها

مشكلات لا يمكنها إخبار أي شخص عنها بسهولة، وهذا ما صرحت به في آخر مقابلة حول تعرضها لتحرشات جنسية لم تخبر أحدا عنها، ارتفاع على مقياس القلق (ANX) بدرجة تائية مقدره ب(67) مما يدل على أن الحالة تعاني من أعراض القلق العام تتمثل في مشاكل الجسدنة والأرق وصعوبة في التركيز، وارتفاع على مقياس الاكتئاب (DEP) بدرجة تائية مقدره ب(67) مما يدل على امتلاك الحالة لأفكار اكتئابية متشككة بشأن مستقبلها.

3- نتائج اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R)

جدول 9: يمثل نتائج اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R)

الأبعاد	الدرجة	الدرجة المعيارية
الانتباه والتوجه	17	18
الذاكرة	23	26
الطلاقة اللفظية	9	14
اللغة	17	26
القدرات الإبصارية الفراغية	16	16
الدرجة العامة لاختبار ACE-R	78	100

من خلال الجدول (9) يتضح أن الحالة تعاني من انخفاض في الحالة المعرفية حيث تحصلت في الدرجة العامة للاختبار على (78) وانخفاض على مستوى العمليات المعرفية الانتباه (17)، الذاكرة (23)، الطلاقة اللفظية (9) واللغة (17).

9- مناقشة النتائج

- تنص الفرضية الأولى على أن: "يعاني مريض الصداع النصفي من مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تقع ضمن الثالث العصابي مع ارتفاع المقاييس الإكلينيكية الثلاثة الأولى: توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا".

بالرجوع إلى مقاييس الصدق (F,L,K) فهي تشير إلى بروتوكول "مفتوح" لأن مقياس (F) عالي والمقاييس (L) و (K) منخفضة. تبرز الصفحة النفسية وجود محنة كبيرة وصعوبات في التعامل معها من طرف الفرد (Chudzik, 2010, p.21)، كذلك هناك ارتفاع على مقياس عدم التواتر أو الندرة (F) ومستوى متوسط على مقياس التضارب الكبير للأجوبة (Trin)، بالإضافة إلى ارتفاع مقياس عدم التواتر والندرة الخاص بالجزء الثاني من الاختبار (Fb) مما يشير إلى وجود اضطرابات نفسية (Castro, 2016, pp. 96,119)، كما أن الدرجة المنخفضة على مقياس

التصحيح (K)؛ ($T < 45$) تشير إلى الصعوبات في التأقلم والميل إلى الصعوبات النفسية (Chudzik, 2010, p.21)

من خلال المقاييس الإكلينيكية يظهر أن هناك ارتفاع ودرجات متقاربة تقريبا في كافة المقاييس الإكلينيكية بمتوسط يقدر $M=82,5$ ، حسب جوتس وكنودسن (Gotts & Knudsen, 2005)، عندما تكون درجة هذا المؤشر أكبر من أو تساوي 75، فقد نكون في حالة ذهانية حادة أو شخصية حدية (Sultan & Chudzik, 2010, p.57)، فكلما زاد الارتفاع الكلي كلما دل ذلك على أن المبحوث يعترف بمشكلاته ويصرح طالبا العون في حلها (مليكة، 2000، ص.112).

كما تم حساب مؤشر Goldberg الذي يساوي 79، مما يشير إلى سيرورات ذهانية تميز بروفيل الحالة وفقاً لغولديبرغ (Goldberg, 1965)، كلما تجاوزت الدرجة عتبة 45 على مؤشر $L + Pa + Sc - Hy - Pt$ ، يزيد من احتمال تشخيص اضطراب ذهاني، إضافة إلى ذلك درجة مقياس الفصام ($Sc=89$) هي أكبر من درجة المقياس ($Pt=68$) مما يشير إلى عرض ذهاني حاد (Sultan & Chudzik, 2010, p.92)، يدعم ذلك بنتائج الحالة على المقياس ($Pt=68$) ومقياس القلق ($A=65$) في المقاييس الإضافية ومقاييس المحتوى ($ANX=67$)، وبالرجوع إلى مقياس الاكتئاب في المقاييس الإكلينيكية ($D=85$) ومن خلال المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس فإن الارتفاع كان في الخلل الوظيفي للجسم ($D3$) قد يكون بسبب الصداع النصفي، والانسداد العقلي ($D4$) بينما كانت درجة الاكتئاب تزيد قليلا عن المتوسط في المقاييس الإضافية ($Dep=67$)، كل هذا يشير إلى الميول الذهانية لدى الحالة.

أكثر المقاييس ارتفاعا هو مقياس البارانويا ($Pa=92$)، وبالرجوع إلى المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانويا نجد أكبر ارتفاع لأفكار الاضطهاد ($Pa1=88$)، ثم يليها مقياس الهستيريا ($Hy=89$) وبالرجوع إلى المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الهستيريا نجد أكبر ارتفاع في الضيق والتعب ($Hy3=92$) والشكاوي البدنية ($Hy4=80$)، مما يدل على أن الحالة تعبر خلال المواقف الضاغطة بجسدها ويضاف إلى ذلك ارتفاع درجة مقياس توهم المرض ($Hs=86$) والاهتمامات الصحة ($HEA=78$) هذا يؤكد الوجود غير الطبيعي للمخاوف الجسدية و التي قد تكون مرتبطة بألم الصداع النصفي (Rodrigues, 2017, p.457).

يشير الارتفاع على مقياس الفصام إلى الخطر الذهاني، يشمل هذا المقياس على عدة عناصر تتعلق باضطرابات في الفكر، سوء التنظيم، وجود مواقف وأفكار غير عادية، وأوهام، سوء تقدير، وانعدام السيطرة (Sultan & Chudzik, 2010, p.92). بالرجوع إلى المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الفصام نجدها كلها مرتفعة كذلك من بين مقاييس المحتوى، يشير

ارتفاع مقياس غرابة التفكير (BIZ = 71) إلى احتمالية وجود اضطرابات في مسار الفكر، والتفكير بالعظمة والهلوسة (Sultan & Chudzik, 2010, p.93).

يلاحظ ارتفاع مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd=78)، حيث كان هذا الارتفاع في الخلاف العائلي (Pd1=73)، الاغتراب الذاتي (Pd5=69) والاغتراب الاجتماعي (Pd4) مما يشير إلى أن الحالة تواجه صراع مع نماذج السلطة (الوالدية)، يصاحبه وجود أفكار ومشاعر اكتئابية (D1=79)، كل هذا نتيجة تعرض الحالة لصدمة كبيرة من طرف أفراد أسرتها، التي ظهرت من خلال ارتفاع مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PK=90) (PS=80) ما يبرر ارتفاع مقياس المشاكل العائلية (FAM =81)، والانزعاج الاجتماعي (SOD=72) معبرة عن ذلك بنوبات من الغضب (ANG=73).

بالنسبة لمقياس الهوس (Ma=68) كان كذلك مرتفعاً قليلاً، هذا الارتفاع تجلى في الاسراع الحسي حركي (Ma2=69)، الذي يُظهر توظيف الحالة لآليات الإنكار وأنها تهرب من معاناتها الداخلية من خلال نشاط يصرفها عن محتنها الداخلية (Simon & Gillet, 1996, p.47) وتضخم الأنا (Ma4=69) كما تشعر أنها مهمة إلى درجة الشعور اللاواعي بالعظمة (مليكة، 2000، ص.76).

نتائج اختبار MMPI-2 تشير إلى عدم تحقق الفرضية الأولى في شقها الأول الخاص بأن الحالة تعاني من اضطرابات نفسية تقع ضمن الثالث العصبي وتحقق الشق الثاني الذي يشير إلى ارتفاع في كل من توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا لدى الحالة، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من دراسة لكيركالدي وآخرين (Kirkcaldy et al, 1993). من بين عينة من 40 مصاباً بالصداع النصفي الحاد، يظهر كلا الجنسين (ذكور. إناث) درجات عالية على تلك المقاييس السريرية المرتبطة بالعصبية (توهم المرض، الاكتئاب والهستيريا). كما تميزت النساء المصابات بالصداع النصفي بارتفاع درجاتهن على المقاييس الأولية التي تشكل رباعي الذهان (البارانويا، السيكاثينيا، الفصام، الهوس الخفيف). ودراسة لـ فان وتشو (Fan & Zhou, 1999) التي هدفت إلى الكشف عن سمات الشخصية لدى مرضى الصداع النصفي باستخدام مقياس MMPI على عينة قوامها (80) من مرضى الصداع النصفي و(40) فرد يتمتعون بصحة جيدة، أسفرت النتائج على ارتفاع كبير في الدرجات في F، البارانويا، الفصام والانتواء الاجتماعي لدى مرضى الصداع النصفي، بينما في دراسة لـ رزاي وآخرين (Rezaei et al, 2006) هدفت إلى التعرف على خصائص الشخصية لدى مرضى الصداع النصفي باستخدام MMPI على عينة قوامها (96)، كانت أعراض توهم المرض، الهستيريا والوسواس القهري أكثر بروزاً عند النساء.

يمكن تفسير النتائج بالرجوع إلى نتائج الدراسات وآراء الباحثين والأطر النظرية، من خلال النموذج البيو نفس اجتماعي الذي يفسر الصداع النصفي انطلاقاً من تفاعل عوامل بيولوجية كالوراثة، عوامل اجتماعية كالنوع الاجتماعي ونفسية تتمثل في مجموعة الاضطرابات النفسية المصاحبة أو المسببة للصداع النصفي يضاف إليها الجوانب المعرفية والسلوكية، وهذا ما أكده شيفانج جوشي (Shivang Joshi) (2018) الذي يرى أن الصداع النصفي هو: "اضطراب بيولوجي نفسي اجتماعي، مما يعني أنه اضطراب دماغي له أيضاً عوامل بيئية واجتماعية ونفسية تؤثر عليه" (Shivang, 4 March 2018).

بالنسبة لأصحاب النظرية المعرفية، مرضى الألام المزمنة بما فيهم الصداع النصفي يملكون مجموعة من التشوهات المعرفية التي تؤثر على إدراك الألم، الأنشطة التي يجب إنجازها، تنفيذ استراتيجيات المواجهة، وبالطبع على الحالة المزاجية (Monestès & Serra, 2005, p.128) أما بالنسبة لبيار مارتى (Pierre Marty) الصداع النصفي هو تثبيط مؤلم لفعل التفكير: "الصداع هو وسيلة لتثبيط التفكير، أي عدم الأخذ في الاعتبار المشاكل التي تجعل المرء ليس قوياً بما يكفي لنفترض.. لأننا طالما نتألم، نفكر في ألمنا.. وليس بمشاكلنا العاطفية التي نفضل تجاهلها" (Henry et al, 1997, p.25). 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، نظراً لضيق مساحة التعبير، ونظراً للتحريم النفسي، فإن هذه الطاقة تفرغ في معظم أعضاء الجسم لتتحول إلى لغة جسدية (أعراض)، وهكذا يظهر الصداع النصفي باعتباره صدى لانفعالات مكبوتة باللغة الشدة" (حجازي، 2006، ص.312).

أما سيغموند فرويد Sigmund Freud فقد وصف الصداع النصفي من خلال رسالة كتبها في عام 1896 إلى فيلهلم فليس Wilhelm Fliess: "وفقاً لهذا، قد يميل المرء إلى الاعتقاد بأن الصداع النصفي هو رد فعل سام تثيره مواد جنسية مثيرة، عندما لا تجد مخرجاً مرضياً. يضاف إليها ربما أيضاً وجود مسارات التوصيل، والتي لا تزال معالمها غير محددة. البحث عن هذا المسارات يرجع إلى البحث عن مكان الصداع النصفي ... " (Annequin et al, 1998, p.85). يضاف إلى ذلك أنه في توهم المرض، نحن قريبون جداً من البنية البارنودية للشخصية، الشكوى الرأسية تعبر عن الشعور الوهمي بالاضطهاد الداخلي مع إلحاق أضرار جسيمة بالرأس، يتهم المريض غيره إما بتسببه أو عدم النجاح في تحريره منه (Henry et al, 1997, p.24).

كذلك فحسب العديد من الباحثين في مجال الصداع النصفي فإن هناك علاقة ثنائية الاتجاه بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية، فالسمة الاكتئابية لدى الأشخاص المصابين بالصداع النصفي هي استجابة نفسية لنوبات الصداع النصفي المعطلة، والعكس صحيح (Tan et al, 2007, p.309).

كما أن المعاش النفسي المؤلم المتكرر كل شهر، يجعل الفرد قلقا ومنشغلا بألامه المستمرة التي تجعله يعيش ضغطا وانفعالا متكررا، كل هذا قد ينعكس على صحته النفسية، فحسب دراسة روبي وبن هني (2018) أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصداع التوتري والصحة النفسية لدى أساتذة التعليم الثانوي.

- تنص الفرضية الثانية على: "يعاني مريض الصداع النصفي من انخفاض في أداء بعض العمليات المعرفية: الانتباه، الذاكرة، اللغة."

بالرجوع إلى نتائج اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) نجدها تشير إلى تحقق الفرضية الثانية وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كاي وآخرون (Cai et all, 2019) التي هدفت إلى الكشف عن الأداء المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي المزمن المصحوب بإفراط في استخدام الأدوية، تم استخدام اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) على عينة قوامها (116) مشارك: 21 مريض صداع نصفي مصحوب بإفراط في استخدام الأدوية، 20 مريض صداع نصفي غير مصحوب بإفراط في استخدام الأدوية، 35 مريض صداع نصفي بدون هالة، 40 شخص غير مريض. توصلت الدراسة إلى أن مستوى التدهور المعرفي لدى مرضى الصداع النصفي مرتفع، حيث كان الانخفاض المعرفي في القيم على النحو التالي: $ACE-R \leq 77$ ، الذاكرة ≥ 20 نقطة، طلاقة اللغة 7 نقاط، اللغة ≥ 18 نقطة، القدرات الإبصارية الفراغية 14 نقطة.

واختلفت مع نتائج دراسة مارتينز وآخرين (Martins et al, 2020) التي هدفت إلى ما إذا كان الصداع النصفي وغيره من أنواع الصداع يقوم بإحداث انخفاض معرفي لدى الأفراد، تم استخدام مجموعة من المقاييس المعرفية المتعلقة بالذاكرة واللغة والوظائف التنفيذية 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 والانخفاض المعرفي لدى عينة الدراسة.

يمكن أن يفسر ذلك أن هناك تداخل بين المسارات المسؤولة على توصيل الألم ومناطق العمليات المعرفية فأثر كليهما على الآخر، حيث أن هناك تداخل بين مسار توصيل الألم والمناطق المعرفية في الدماغ. على سبيل المثال، القشرة الأمامية الحزامية يمكن أن تنظم الانتباه الانتقائي،

العمل، الذاكرة والقدرة على تحديد الأخطاء. يزداد التنشيط المرتبط بالألم للقشرة عندما تراجع الوظيفة المعرفية، وتلف مسار توصيل الألم يمكن أن يؤدي إلى تغيرات في العمليات المعرفية (Cai et al, 2019, p.3).

كما أن بعد سنوات من الإصابة بالصداع النصفي تحدث تغيرات في مناطق الدماغ، حيث يرى كرونكيل ومولينرز (Chronicle & Mulleners): " بأن مناطق الدماغ الخلفية، وخاصة القشرة البصرية الأولية، قد تكون في خطر من الضرر بعد سنوات من الصداع النصفي"، ويتضح من خلال مجموعة واسعة من الأبحاث الفيزيولوجية الأوروبية التي توصلت إلى أن القشرة البصرية الأولية قد تغيرت وظيفيا بين النوبات في الصداع النصفي (Pearson et al, 2005, p.79).

بالإضافة إلى ذلك تؤثر الحالة المزاجية للفرد على العمليات المعرفية، فالفرد المضطرب نفسيا يدرك ويفسر الأمور على حسب اضطرابه، فهو يملك تشوهات معرفية تؤثر على انتباهه للمثيرات وادراكه لها ومن ثم تخزينها، بالنسبة لـ ايسنك (Eysenck 1990) فإن القلق في حد ذاته هو عامل تشتت، لأنه يفضل إدراك الكثير من المنبهات، حتى غير ذات الصلة (Kapsambelis,2015, p.315).

كما أظهرت دراسة الخولى (2016) وجود كفاءة تنبؤية لكل من الانتباه، السرعة الإدراكية والذاكرة البصرية للإصابة بالصداع النصفي، فكلما انخفضت العمليات المعرفية (الانتباه، السرعة الإدراكية والذاكرة البصرية) كلما كانت هناك فرصة لظهور أعراض الصداع النصفي. أسفرت نتائج دراسة تشو وآخرون (Chu et al, 2020) على أنه تميل الشكاوى المعرفية الذاتية إلى الزيادة مع تكرار نوبات الصداع النصفي المصحوبة بأورة، ويتأثر هذا الترابط بشكل كبير بالاكتهاب الشديد واضطرابات النوم، وبإسقاطه على الحالة يظهر جليا أن الحالة تعاني من قلة النوم الذي صرحت به من خلال المقابلة والاكتهاب الذي ظهر كذلك من خلال المقابلة واختبار MMPI-2، كل هذا يؤثر على الحالة المعرفية للحالة.

10- الاستنتاج العام:

بناء على الأدوات العيادية الموظفة في الدراسة من أجل الكشف عن الاضطرابات النفسية وأداء العمليات المعرفية لدى حالة مصابة بالصداع النصفي، تم التوصل إلى ما يلي:
- أولا حسب المقابلة، بعض أعراض الاكتهاب قبل نوبة الصداع: بكاء "نفس أعراض الاكتهاب"، فقدان الشهية، تكرار التفكير في الموت بالإضافة إلى أعراض القلق " حاجة مميزة في حياتي"، تعرق، ارتعاش وارتجاف نادرا، احساسات بقصر النفس أو الاختناق، غثيان وتلبك في البطن، ضغط، استثارة هوسية شديدة بالإضافة إلى صعوبة في التركيز والتفكير، أما أثناء نوبة الصداع

فكل أعراض الاكتئاب المستمدة من DSM5 متواجدة لديها، بالإضافة إلى كافة الأعراض التي سبق ذكرها والتي تكون لدى الحالة قبل نوبة الصداع تستمر خلالها باستثناء الاستثارة الهوسية.

- تعاني الحالة من أعراض توهم المرض " في أحلام اليقظة ولى عندي مرض كونسار وتخييل روجي بريت أو موتت ومن بعد وليت ديما نهاية سعيدة"، والهستيريا "منفيقش روجي نلقى روجي متغاشية"، بالإضافة إلى نوبات من العصبية والهيجان "لعياط تكسار مانقدرش نتحكم في روجي".
- تعرضت الحالة إلى صدمات جنسية تسببت في معاناتها كما قد يكون الصداع النصفي عرض لها.
- بالنسبة للحالة المعرفية، تعاني الحالة من النسيان الكثير "خاصة من العام الماضي"، اضطراب اللغة "يلصق لساني كي نكون تعبانة أو راسي يوجع، نتعلمش في الهدرة"، شخصت من طرف طبيب على أنه نقص في الكالسيوم، تعاني أيضا من تشتت الانتباه والتركيز ويزداد خلال نوبة الصداع.
- ثانيا كافة الاضطرابات النفسية التي تم تشخيصها في المقابلة أكدتها نتائج اختبار MMPI-2، ماعدا القلق الذي ظهر بارتفاع قليل فوق المتوسط، كما كشف اختبار MMPI-2 على العديد من الاضطرابات المتمثلة في:

- البارانويا، الهستيريا، الفصام، توهم المرض، الاكتئاب، الانحراف السيكوباتي.
- وجود ارتفاع في بعض المقاييس الاضافية المتمثلة في: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وسوء التوافق الأكاديمي.

- وجود ارتفاع في بعض مقاييس المحتوى المتمثلة في: المشاكل العائلية، الاهتمامات بالصحة، الغضب، الانزعاج الاجتماعي، الخوف وأفكار غريبة.
- أظهرت الصفحة النفسية للحالة ميول ذهانية وذلك لارتفاع العديد من المقاييس الإكلينيكية لاختبار (MMPI-2).

- أخيرا أكدت نتائج اختبار أدبروكس المعرفي المنقح (ACE-R) ما جاء في المقابلة من تدهور الحالة المعرفية وانخفاض في أداء بعض العمليات المعرفية متمثلة في الانتباه، الذاكرة واللغة لدى الحالة والتي تزداد انخفاضا أثناء نوبات الصداع النصفي.

إن التناول العيادي للحالة الذي تتجلى أهميته في كون الفرد وحدة قائمة بذاتها كشف على معاناة سيكوباتولوجية للحالة وهشاشة نفسية تستدعي تدخل نفسي مما أدى بنا إلى توجيه الحالة إلى أخصائي نفسي.

- خاتمة:

يظهر جليا من خلال نتائج الدراسة معاناة مرضى الصداع النصفي من الاضطرابات النفسية المتعددة التي ظهرت لدى الحالة والمتمثلة في:

البارانويا، الهستيريا، الفصام، توهم المرض، الاكتئاب، الانحراف السيكوباتي، واضطراب الضغط ما بعد الصدمة. كما أظهرت الصفحة النفسية للحالة ميول ذهانية، إضافة إلى ذلك ظهرت لدى الحالة العديد من المشاكل العائلية التي تؤثر على حياتها بالإضافة على عدم توافقها الدراسي مع التخصص الذي تدرس فيه.

تعدت معاناة مرضى الصداع النصفي من الاضطرابات النفسية إلى معاناة من انخفاض الحالة المعرفية والتي ظهرت لدى الحالة متمثلة في:

- الانخفاض العام للحالة المعرفية لدى الحالة والتي تزداد تدهورا أثناء نوبة الصداع.
- انخفاض أداء العمليات المعرفية المتمثلة في: الانتباه، الذاكرة واللغة.

توصيات واقتراحات:

من خلال نتائج الدراسة نوصي ونقترح ما يلي:

- ضرورة تصميم برامج علاجية تعمل على التخفيف من المعاناة النفسية لمرضى الصداع النصفي مركزة أكثر على اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.
- ضرورة سن قوانين تحمي حقوق هذه الفئة المرضية خاصة خلال تغييمهم عن العمل أو الدراسة بسبب أهمهم.
- القيام بدراسات تتبعية تكشف عن العلاقة بين الصداع النصفي والاضطرابات النفسية.
- القيام بدراسات تتبعية تكشف عن العلاقة بين الصداع النصفي والعمليات المعرفية.

- قائمة المراجع:

- حجازي، مي إبراهيم أحمد. (2006). دراسة نفسية لبعض مرضى الصداع النصفي. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنصورة. مصر.
- مليكة. لويس كامل. (2000). دليل اختبار الشخصية متعدد الأوجه. ط (6). القاهرة.
- مرسي، هيام فتحي. (2017). العمليات المعرفية كدالة لتقويم المتفوقات والمتعثرات دراسيا لطالبات جامعة الجوف. ندوة التقويم في التعليم الجامعي مرتكزات وتطلعات. جامعة الجوف. السعودية.
- عبد الله، محمد قاسم. (2005). سيكولوجية الذاكرة. الكويت: عالم المعرفة.
- العتوم، عدنان يوسف. (2004). علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق. الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- علي تودرت سليمان، نسيمه. (2015). تقويم تكافؤ النسختين العربية والأمريكية لاختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (MMPI2) – دراسة عبر ثقافية في البيئة الجزائرية. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة الجزائر2.
- علي تودرت سليمان، نسيمه. (2016). الخصائص السيكومترية للنسخة العربية لاختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية المعدل (MMPI2) - دراسة عبر ثقافية في البيئة الجزائرية. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية. (1)4. 107-130.
- الخولي، إيمان عبد الهادي السيد. (2016). بعض العمليات المعرفية لدى عينة من مرضى الصداع النصفي والصداع التوترى (دراسة مقارنة). رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة طنطا. مصر
- روي، محمد، وبن هني مونة. (2018). الصداع التوترى وعلاقته بخفض الصحة النفسية لدى أساتذة التعليم الثانوي. مجلة الجامع. (8). 236-267
- Annequin, D., Bousser, M.-G., De Lignieres, B., Fabre, N., Massiou, H., Pradalier, A., Radat, F. (1998). Migraine : la clinique. Inserm
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA : Author
- Al Salman, A.S.A. (2013). The Saudi Arabian Adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised (Arabic ACER). Phd thesis. University of Glasgow. United Kingdom

- 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), p. 350–354. DOI:10.1212/wnl.56.3.350
- Breslau, N., Andreski, P. (1995). Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. *Headache*.35 (7). 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 Res*. 37(1).11-23. doi: 10.1016/0165-1781(91)90102-u.
- 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*. Vol2019.1-9. <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., Castro, D. (2016). Chapitre 4. Le MMPI-2. Dans : D. Castro, *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte : Approches intégratives* (pp. 343-423). Paris. Dunod.
- Chudzik, L. (2010). Chapitre 2. Stratégies d'interprétation du MMPI-2. Dans : Serge Sultan éd., *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2* (pp. 39-66). Wavre, Belgique. Mardaga
- Dodick, D.W. (2018). Migraine. *Lancet*, 391(10127),1315-1330. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30478-1
- 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>

- Fan, A. Y., Zhou, A.-N. (1999). MMPI Manifestations of Chinese Migraine Syndromes : A Control Study. *The American Journal of Chinese Medicine*. 27(01), 37-42, <https://doi.org/10.1142/S0192415X99000069>
- GBD 2016 Headache Collaborators.(2018). Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016 : à systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 17(11). 954-976. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30322-3
- 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., Brochet, B., Daubech, J.F. (1997). Aspects psychologiques des migraines et céphalées. *Doul. Et Analg*. 10. 21–26. <https://doi.org/10.1007/BF03003121>
- Kapsambelis, V. (2015). *Manuel de psychiatre clinique et psychopathologique de l'adulte*. Tome1. Algerie . creapsy
- Kirkcaldy, B.D., Kobylinska, E., Furnham, A.F. (1993). MMPI profile 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)
- Lieury,A..(2008). *psychologie cognitive*. Paris. Dunod
- 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
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., Hodges, J.R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): à brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal Geriatric Psychiatry*. 21(11). 1078-1085. doi: 10.1002/gps.1610.

- Martins, I.P., Maruta, C., Alves, P.N., Loureiro,C., Morgado, J., Tavares, J. and 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. *Journal Headache Pain*. 21(31). <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01100-x>
- Muñoz, I., Domínguez, E., Hernández, M.S., Ruiz-Piñero, M., Isidro, G., Mayor-Toranzo, E., Sotelo, E.M., Molina, V., Uribe, F., Guerrero-Peral, A.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
- Monestès, J.-L., Serra, E.. (2005). Modèles cognitifs et comportementaux dans la compréhension du phénomène de douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*. 6 (3). 122–129. [https://doi.org/10.1016/S1624-5687\(05\)80248-3](https://doi.org/10.1016/S1624-5687(05)80248-3)
- O'Reilly, A.. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 21 (4). 126-131. Doi : 10.1016/j.jtcc.2011.08.003
- Peres, M., Mercante, J., Tobo, P. R., Kamei, H., Bigal, M. E.. (2017). Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *The journal of headache and pain*. 18(1). 1-8. <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0742-1>
- Pearson, A.J., Chronicle, E.P., Maylor, E.A., Bruce, L.A.. (2006). Cognitive function is not impaired in people with a long history of migraine : a blinded study. *Cephalalgia*. 26(1). 74-80. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.01001.x
- Rezaei, A. A., Shamsaei, F., Rezaei, N.. (2006). Personality characteristics in Patients with Migraine Headaches. *Pak J Med Sci*. 22 (4). 480-482.
- Rodrigues, C.. (2017). L'hystérie : Existe-t-il des différences entre les femmes hystériques et les hommes hystériques ? Etude à travers l'épreuve de Rorschach et le MMPI-2. Thèse de doctorat. Université de Lorraine. France

- Shivang, J. (4 March 2018). Non-Pharmacological Approaches to Migraine Management – Facebook Live Recap. Retrieved 10/9/2020. From : <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/non-pharmacological-approaches-to-migraine-management/>
- Stephen, D., Silberstein, M.D.. (1984). Treatment of Headache in Primary Care Practice. The American Journal of Medicine. 77(13). 65-72. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(84\)80104-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(84)80104-7)
- 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.
- Shivani, Ms., Sinha, V. K, Roy, B. (2014). MMPI Profile of Individuals with Migraine. Eastern Journal of Psychiatry. 17(2). 12-19
- Sultan, S., & Chudzik, L. (2010). Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2. Wavre, Belgique. Mardaga.
- Simon. M., Gillet, I. (1996). Inventaire multiphasique de personnalité du minnesota-2 Manuel. France. Les éditions du centre de psychologie appliquée.
- 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). 307-310