وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم الأمراض الباطنية

اضطرابات القلق عند مرضى الصداع المزمن

Anxiety disorders in chronic headache patients

بحث علمي اعد لنيل شهادة الدراسات العليا (درجة الماجستير) في الأمراض الباطنة

إعداد: د. هبة سليمان

إشراف: أ. د. ياسر أحمد صالح

رئاسة القسم: أ. د. حسام الدين شبلي

فهرس المحتويات

الباب الأول : القسم النظري .
المقدمة :
الفصل الأول : الصداع:
ماهية الصداع:
تصنيف الصداع:
أنواع الصداع البدئي:
أنواع الصداع الثانوي:
الصداع المنسوب لآفات الأعصاب القحفية:
الفصل الثاني : اضطرابات القلق:
تصنيف اضطرابات القلق
اضطراب الهلع:
اضطراب رهاب الميادين :
اضطراب القلق المعمم :
الباب الثاني : القسم العملي .
الفصل الأول : هدف البحث وطريقة إجرائه .
الفصل الثاني : نتائج البحث .
الفصل الثالث : مناقشة النتائج والمقارنة مع دراسات مشابهة .

الباب الأول

القسم النظري

مقدمة :

تبين من الإحصاءات العالمية زيادة انتشار الاضطرابات النفسية بشكل عام عند مرضى الصداع المزمن ، وعلى الرغم من أن كثيراً من الدراسات أشارت إلى الميل لحدوث الاكتئاب لدى مريض الصداع إلا أن أبحاثاً متعددة رجحت خطر المعاناة من اضطرابات القلق المختلفة بنسب أعلى عند هؤلاء المرضى، فمثلاً إمكانية حدوث القلق عند مرضى الشقيقة هو أعلى بعشر مرات من حدوثه لدى الأشخاص السليمين .

لذا كان من المهم سريرياً وضع تفريق واضح بين متلازمات القلق المتنوعة ومعرفة شيوع كل منها، وأرجحية نمط على الآخر حسب نوع الصداع الموجود.

وبناءً على ما سبق سنتناول موضوع اضطرابات القلق بأبرز أشكالها عند مريض الصداع وذلك في إطار بحثي معتمدين على بيانات إحصائية قمنا بجمعها وفق أسس علمية مستقاة من دراسات سريرية عالمية منشورة وموثقة.

الفصل الأول :

الصداع Headache:

يعتبر الصداع من أكثر أنواع الآلام شيوعاً وإزعاجاً وله تأثير مباشر وسلبي على نمط الحياة اليومية كما قد يؤثر على مستوى الإنتاجية ونوعية الحياة للفرد المصاب والمجتمع على وجه العموم. وهو ينتج عن تنبيه البنى الحساسة للألم في الرأس والوجه **(1)**، تشمل هذه البنى:

أ- التراكيب خارج القحف: العين، الأذن، الأسنان، الجيوب الانفية، المفصل الصدغي الفكي السفلي، ومفاصل الفقرات الرقبية.

ب- فروة الرأس: الجلد والعضلات وسمحاق العظم.

ت- البنى داخل القحف: السحايا في الحفرتين الأمامية والخلفية، الأوعية الدموية، الأعصاب القحفية (2-5-7-9-10) أما النسيج الدماغي بحد ذاته فهو غير حساس للألم.

يختلف تصنيف الصداع حسب شدته وتواتره وأسبابه ونمطه ومن أهم ما يميز أنماطه جميعاً هو العامل الزمني ويقسم وفقه الصداع إلى:

1- الصداع الحاد (حديث أو مفاجئ ويعتبر الأخطر إنذاراً): **(2)** أهم أسبابه التهاب السحايا، النزف تحت العنكبوتي، صداع الأخماج الحموية، النزف داخل الدماغ أو الأورام النازفة، التهاب الجيوب الوريدية للدماغ، الزرق مغلق الزاوية، إضافة للصداع الجنسي الحميد. ويعتبر الصداع الحاد حالة إسعافية تحتاج مباشرة للتقييم بالاستقصاءات المناسبة ..

2- الصداع تحت الحاد **(2)**: وهو صداع حديث بدأ من أسابيع فقط (2-4)أسابيع ومن مسبباته: ارتفاع التوتر داخل القحف، التهاب الشريان الصدغي، النزف تحت الجافية، أيضاً التهاب السحايا والدماغ،..

3- الصداع المزمن: وهو بدوره قد يكون إما: **(3)**

أ- متردد يأتي بشكل نوب لها تواتر معين: الشقيقة، الصداع العنقودي، ارتفاع الضغط الشرياني النوبي في سياق ورم القواتم، آلام مثلث التوائم.

ب- أو مزمن مستمر: التوتري، الصداع المعتمد على المسكنات، صداع ما بعد الرض، آلام الوجه المبهمة المنشأ (اللا نمطية).

ويصنف الصداع حسب معايير الجمعية الدولية للصداع **(4)**، والتي تنتهجها معظم الأبحاث العلمية ومجالات العمل والممارسة السريرية، يصنف إلى بدئي مجهول السبب، وثانوي المنشأ، والصداع الناجم عن اعتلال عصبي ذاتي في بعض الأعصاب القحفية.

الصداع البدئي:

1 _ الشقيقة Migraine :

صداع بدئي شائع يصاب به وسطياً حوالي 10% من الأشخاص **(5)**، اعتبرته المنظمة العالمية للصحة في الرتبة 19 ضمن كل الأمراض المسببة للعجز الوظيفي في العالم **(4)**. يحدث لدى النساء ضعف حدوثه عند الرجال. يبدأ بعمر البلوغ غالباً ونادراً بعد الخمسين. يعرف بأنه نابض، أحادي الجانب، وغالباً جبهي صدغي التوضع، يترافق مع غثيان، رهاب الضوء والصوت. يمكن تقسيم مرضى الشقيقة إلى صنفين رئيسين الشقيقة بدون نسمة aura والشقيقة مع نسمة.

قد يشتكي بعض المرضى من ظهور مرحلة بادرية prodrome تستمر بضعة ساعات أو أيام قبل الصداع أو النسمة تتصف بشدة الحركة أو قلتها، شعور بالكآبة، تثاؤب متكرر، إلحاح بولي، رغبة ملحة في تناول بعض الأطعمة الخاصة ولا سيما الحلويات والشوكولا، صعوبة في التركيز، شحوب الوجه، تصلب العضلات الرقبية، أعراض أخرى أقل نموذجية.

الشقيقة بدون نسمة: أو (الشقيقة الشائعة common migraine)، تشخص حسب هيئة التصنيف الدولي **(4)** :

أ – على الأقل 5 نوبات تحقق المعايير من ب إلى د

ب_ تدوم كل نوبة من 4-72 ساعة

ج _ للصداع صفتان على الأقل:1- أحادي الجانب 2- نابض النوع 3- متوسط إلى شديد

4- يتفاقم إثر جهد جسدي

د_ يرافق الصداع واحدة على الأقل: 1- الغثيان و/أو الإقياء 2- رهاب الضوء والصوت

ه_ لا يوجد سبب آخر يمكن عزو الصداع إليه.

الشقيقة مع نسمة أو (الشقيقة التقليدية classic migraine):

ظهور نوبات تشمل علامات عصبية بؤرية قابلة للتراجع تكون بصرية، حسية و/أو اضطراب في الكلام ، تبدأ تدريجياً وتدوم أقل من ساعة، تحتوي على علامات سريرية إيجابية أو سلبية. تزول الأورة تماماً ويليها صداع له كامل الصفات السابقة. عناصر التشخيص: **(4)**

أ – وجود نوبتين على الأقل تحقق المعايير من ب حتى د

ب_ تشمل النسمة واحدة على الأقل بدون ضعف عضلي:

1- علامات بصرية تتراجع بشكل تام، إيجابية (ارتعاش الضوء والخطوط) و/أو سلبية (مثل فقد البصر)
2- علامات حسية تزول بشكل تام، إيجابية (حس وخز الدبوس أو الإبر) و/أو سلبية (مثل الخدر)
3- عسرة في الكلام واللفظ قابلة للتراجع بشكل كامل

ج _ وجود على الأقل علامتين: 1- عمى نصفي مماثل و/ أو أعراض حسية أحادية الجانب

2- واحدة من علامات النسمة تبدأ تدريجياً أثناء خمسة دقائق أو أكثر و/أو كل علامات النسمة تظهر بشكل متوالي أثناء خمسة دقائق أو أكثر

د_ يظهر الصداع الشقيقي أثناء النسمة أو أثناء الستين دقيقة التي تعقبها

ه_ لا يوجد سبب ثانوي آخر يفسر الصداع

تعتبر النسمة البصرية الأكثر شيوعاً **(6)**، وتأخذ اشكالاً مختلفة مثل زوغان بصر، رؤية ضباب، أشكال لولبية تمتد تدريجياً لليمين أو اليسار، نقاط لامعة، عتمة بصرية في منتصف الساحة البصرية مع محيط ضوئي مشرشر، بقعة عمياء تتسع تدريجياً وقد تتطور للعمى في عين واحدة تتراجع خلال ربع ساعة، غالباً ما تبدأ النسمة بالعلامات البصرية تليها الأعراض الحسية التي قد تشمل جانباً كاملاً من الجسم ثم اضطرابات الكلام وهي نادرة جداً.

لوحظ وجود عوامل مثيرة للصداع تسرع ظهوره وتزيد من حدته منها الشدة النفسية، الأغذية الغنية بالتيرامين (الشوكولا والكاكاو والجبن المخمر، الموز..)، الدورة الطمثية، حبوب منع الحمل، فترة الإياس، فرط الضغط الشرياني، فقر الدم، الأسبارتام، تناول الكحول، التعرض لأشعة الشمس، التحريض البصري..

غالباً يشتد الصداع بحركة الرأس الشديدة أو العطاس أو الإجهاد الجسدي، مما يفسر ميل المريض للنوم في غرفة هادئة ومظلمة.

كما يصنف تحت بند الشقيقة مع نسمة **(6)**: الشقيقة الفالجية العائلية، وشقيقة الشريان القاعدي.

الشقيقة الفالجية العائلية(familial hemiplegic migraine): شقيقة مع نسمة تشمل فشل عضلي عند مريض له على الأقل واحد من أفراد عائلته من الدرجة الأولى أو الثانية يشكو من نفس المرض.

سمحت المعطيات الجينية بالتعرف على عدة طفرات على مستوى الصبغي 19 وأخرى على مستوى الصبغي 1قد تكون المسبب لهذا النوع من الصداع.

الشقيقة القاعدية النمط (basilar-type migraine): يظهر عند الشباب غالباً، ثبت أن مصدر علامات هذا النوع من الشقيقة هو جذع الدماغ أو/و نصفي الكرة المخية وتتضمن النسمة هنا أحد الأعراض: اضطراب في الكلام- دوار- طنين- ضعف السمع- شفع- رنح- ضعف بمستوى الوعي- تنميل على مستوى جانبي الجسم بصفة متزامنة- أعراض بصرية تخص الحقلين الأنفي والصدغي لكلتا العينين.

الشقيقة المزمنة chronic migraine: تعتبر من مضاعفات الشقيقة **(6)**، يمتد الصداع مدة 15 يوماً أو أكثر في الشهر الواحد لمدة أطول من ثلاثة أشهر وذلك بدون الاستعمال المفرط للأدوية، أغلبية الحالات تبدأ على شكل شقيقة بدون نسمة.

الحالة الشقيقية المستمرة status migrainosus: من المضاعفات أيضاً، نوبة شقيقية منهكة تدوم أكثر من72ساعة، لا تتوقف بالنوم ولا بعد استعمال الأدوية.

الشقيقة الشالة للعين ophthalmoplegic migraine: تعتبر من مضاعفات الشقيقة **(6)**، إلا أنها تصنف ضمن آفات الاعصاب القحفية المسببة للصداع. وهي نوبات متكررة من الصداع شبه الشقيقي مصحوبة بشلل الأعصاب العينية الثالث و/أو الرابع و/أو السادس وذلك خلال أربعة أيام من الصداع مع عدم وجود أي آفة داخل الجمجمة حسب التصوير بالرنين المغناطيسي، وقد يعود السبب إلى اضطراب المحركة الوعائية للشريان السباتي الباطن داخل الجيب الكهفي وتأثيره على الأعصاب العينية المجاورة.

هناك المتلازمة الدورية عند الطفولة المنذرة عادة بالشقيقة: الإقياءات الدورية، الشقيقة البطنية، الدوار

الانتيابي الحميد، إضافة إلى شقيقة شبكية العين، والشقيقة المقدحة للصرع.. وهي نادرة المشاهدة.

الآليات الإمراضية (7): فسرت النظرية الوعائية الشائعة آلية الشقيقة بوجود اضطراب في آليات التنظيم الوعائي العصبي للدماغ، حيث يحدث نقص في الجريان الدموي في المنطقة الدماغية التي تخص النسمة يليها التوسع الوعائي الذي يلعب الدور الهام في الصداع النابض الوصفي وبعدها يعود الشريان لحالته الطبيعية ويختفي الصداع.

النظريات الحديثة تقترح اضطراباً بدئياً في جذع الدماغ يسبب تفعيل المجموعة الوعائية مثلث التوأمية وبالتالي تفعيل وعائي حركي غير ثابت ضمن القحف وأخيراً تتفعل النواة الذيلية لعصب مثلث التوائم والتي تحرر بدورها ببتيدات عصبية أهمها المادة P والببتيد المرتبط بجين الكالسيتونين CGRP والتي تلعب دوراً في حدوث الألم والتوسع الوعائي.

نظرية السيروتونين المتحرر من الدماغ المتوسط وتأثيره المباشر على الوعائية الدماغية عن طريق الاستطالات القشرية ما تزال موضع بحث، كما ويحدث أثناء الهجمة فرط فعالية ودية تفسر القيء وعدم الاستجابة للأدوية المجهضة للنوبة فموياً أحياناً وغيرها من العلامات الودية الأخرى من شحوب وبرودة أطراف وتشوش رؤية.

كما تلعب العوامل الوراثية والبيئية والهرمونية دوراً مشاركاً في الآلية الإمراضية.

المعالجة (8):

تستجيب نوب الشقيقة الشائعة للمسكنات البسيطة: paracetamol 1غ، opioids (كودئين، سيتاكودئين) أو مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية: aspirine 600-900مغ مع أو بدون مضادات الإقياء (Metoclopramide ، prochlorperazine).

في الشقيقة التقليدية تعتبر مشابهات السيروتونين (5- هدروكسي تربتامين) فعالة: مثل ergotamine ويعطى تحت اللسان (0,5 -1مغ) أو تحاميل أو بخاخ أنفي أو حقناً. قد يتسبب بحدوث غثيان و إقياء متكرر ويكون مسؤولاً عن حدوث ظاهرة الاعتياد بحالات غير قليلة..sumatriptan ويعطى تحت الجلد بجرعة 6مغ على ألا تتجاوز جرعته12 مغ باليوم، يمكن أن يعطى فموياً100 مغ من دون تجاوز 200مغ أو يعطى إرذاذاً وهو مجهض للنوبة في 80%من الحالات.

العلاج الوقائي (8): ونلجأ إليه في حال كانت النوب كثيرة التواتر وتنعكس سلباً على حياة المريض ونشاطه اليومي، أهم الأدوية المستعملة:

- حاصرات بيتا (Inderal)propranolol 40-80 مغ 3 مرات يومياً
- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة amitriptyline 10-25مغ ليلاً
- مضادات السيروتونين pizotifen أو methysergide ويستخدم في الحالات المعندة 1-2 مغ 3 مرات باليوم
- حاصرات الكلس verapamil 120- حتى 640 مغ
- مضادات الاختلاج valproate sodium، carbamazepine600- حتى 1200 مغ
- مضادات الالتهاب NAIDS - مضادات الهستامين - الستروئيدات..

2 _ الصداع توتري النمط Tension-type headache:

أطلق عليه أيضاً صداع التقلص العضلي، الصداع النفسي العضلي. يعتبر هذا النمط من الصداع الأكثر شيوعاً ضمن أنواع الصداع الأولي ويتراوح انتشاره في المجتمع حسب العديد من الدراسات بين 30-78% ولكنه أقل تسبيباً للعجز الوظيفي مقارنة بالشقيقة **(5)**. صنف حسب تواتر نوباته إلى عرضي ومزمن.

الصداع التوتري العرضي المتكرر frequent episodic:

معايير التشخيص: **(4)**

أ _ ظهور عشرة نوب على الأقل لمدة أقل من يوم واحد وأقصر من 15 يوم في الشهر الواحد وأثناء أقل من 3 أشهر وتفي بالعناصر التالية:

ب _ يدوم الصداع بين الثلاثين دقيقة والسبعة أيام

ج _ للصداع صفتان على الأقل: 1- ثنائي الجانب 2- ضاغط أو قابض (غير نابض) النمط

3- ضعيف أو متوسط الحدة 4- لا يتفاقم بالمجهود الجسمي (المشي،صعود الأدراج،...)

د _ الصفتان التاليتان: 1- عدم ظهور الغثيان أو الإقياء 2- رهاب الضوء أو رهاب الصوت

ه _ غير منسوب لاضطراب آخر.

أما الصداع التوتري المزمن (4) له نفس الصفات إلا أن الصداع يدوم ساعات عديدة وقد يكون مستمراً، يحدث لمدة تفوق الخمسة عشر يوماً في الشهر الواحد ولأكثر من ثلاثة أشهر، ومن المقبول ترافقه بغثيان بسيط.

عندما تتأكد ظاهرة الاستعمال المفرط للأدوية، يجب الانتظار شهرين كاملين بعد الإقلاع عن تناول الدواء قبل تقييم المريض.

قد يترافق الصداع بشكل بارز بإيلام حول الجمجمة، في مناطق الرأس المعرضة للشد العضلي، فهو يكون قفوياً عند الذين يجهدون عضلات العنق كما في الجلوس المديد أمام شاشة الكمبيوتر، أو جبهي التوضع عند الشخص العبوس، أو في مناطق أخرى وإجمالاً يشبه بطوق ضاغط حول الرأس، وعند إجراء التخطيط

الكهربي للدماغ لدى هؤلاء المرضى يكون غنياً بالفعالية العضلية الدائمة والتي يمكن إظهارها بتخطيط العضلات أيضاً.

يلاحظ أن الصداع التوتري يلازمه حالة شدة نفسية انفعالية قد تكون المسؤولة عن ظهوره دون وجود علاقة مؤكدة بينها حتى الآن.

بناءً على ما سبق اقترحت الفرضيات القديمة الآلية النفسية والعضلية لتفسير المرض حيث أن التقلص العضلي سيؤدي إلى تقبض وعائي ونقص في التروية تسبب هذه الآلام الرأسية، في حين تؤكد الدراسات الحديثة على الدورالبيولوجي العصبي والنظام الوعائي العصبي مثلث التوائم كسبب رئيس**(9)**، ولا تلعب القصة العائلية دوراً كبيراً في هذا النوع مقارنة بالشقيقة أو العنقودي.

المعالجة: **(9)** تعتمد على - فهم المريض ماهية صداعه وتجنب العوامل المؤهبة

- المعالجة الفيزيائية والتدليك والمرخيات العضلية بحال وجود توتر عضلي
- العلاج السلوكي والنفسي والادخال التدريجي والمضبوط لمضادات الاكتئاب أو حالات القلق.

3 - الصداع العنقودي: (4)

هجمات ناكسة من الألم الشديد، وحيد الجانب يشمل منطقة الحجاج أو فوق الحجاج أو المنطقة الصدغية أو كل هذه المناطق حسب تركيبات مختلفة، يدوم هذا الألم بين 15و180 دقيقة وتتكرر مرة إلى ثمانية مرات باليوم الواحد، تكون هذه الهجمات مصحوبة بواحدة أو أكثر من العلامات التالية وفي نفس جهة الألم: احتقان ملتحمة، دماع وهو الأشيع في 73%من المرضى، احتقان أنف، سيلان أنف، تعرق وجهي وجبهي، تضيق الحدقة، انسدال جفن، وذمة حول العين. أغلبية المرضى في حالة انفعال وهيجان خلال النوبة قد تمنعهم من النوم أو الاستلقاء. تحدث النوبات عادة بتسلسل عنقودي بنفس التوزع الزماني تدوم عدة أسابيع حتى أشهر مفصولة بفترات هدأة غالباً تستمر من أشهر لسنوات. السن عند البداية يكون بين 20-40 سنة. ويصيب الرجال بنسبة 3إلى 4أضعاف إصابته للنساء ومعظم المرضى من المدخنين (5). قد تثار النوب بتناول الكحول، الهستامين، أو النتروغليسيرين كما قد ينتقل الألم في 15% من الحالات إلى الجهة المقابلة من الرأس.

معايير التشخيص: (4) أ – خمسة نوبات على الأقل تتضمن العناصر التالية:

ب _ألم أحادي الجانب حاد في المنطقة حول حجاج العين، فوق الحجاج و/أو المنطقة الصدغية يدوم بين 15و180 دقيقة في حالة عدم العلاج.

ج _ الصداع مصحوب بواحدة على الأقل من:

1- احمرار الملتحمة و / أو دماع بنفس جهة الصداع
2- احتقان أنفي / سيلان أنف بنفس الجهة
3- وذمة في الجفن بنفس الجهة
4- تعرق جبهي ووجهي في نفس الجهة
5- تضيق الحدقة / انسدال الجفن في نفس الجهة
6- حالة تململ أو هياج

د – تتكرر النوبات بمعدل نوبة كل يومين إلى ثمانية نوب في اليوم الواحد

ه – غير منسوب لسبب آخر

هناك شكل آخر للصداع هو الصداع العنقودي المزمن يحدث بنسبة 5 -10% من المرضى وفيه تدوم نوبات الصداع أكثر من سنة كاملة بدون هوادة أو بفترات هجوع تدوم أقل من شهر. هذا وقد يتحول أحد الصداع المزمن إلى الشكل العرضي والعكس بالعكس.

الصداع العنقودي يمكن أن يورث (صبغي جسدي سائد) في5 بالمئة من الحالات. يحتمل أن يفسر النظام الوعائي العصبي مثلث التوائم سبب الصداع كما في الشقيقة **(4)**. وقد تبين تنشيط المادة الرمادية للوطاء أثناء النوبات الحادة مما يشير إلى الدور الذي يلعبه الوطاء غالباً في الصداع خاصة أن تناوب الهجمات أوالعنقود يتأثر بالنظم الساعي البيولوجي المتوضع في النواة فوق التصالب البصري في المهاد الأمامي.

المعالجة: **(8)** يعتبر حقن sumatriptan بجرعة 6مغ تحت الجلد أو 20مغ عبر الأنف أو استنشاق تيار أكسجيني 100% عبر القناع بتركيز 8-10ل/د لمدة 10-15د ، أو الحقن الوريدي

لMetoclopramide وDihydroergotamine فعال في وقف الهجمة، ويمكن أن نطبق نفس المعالجة الوقائية المتبعة في الشقيقة.

يصنف الصداع العنقودي ضمن مجموعة آلام الرأس المرتبطة بالعصب مثلث التوائم اللاإرادي التي تشتمل على صداع وعلامات نظيرة ودية رأسية بارزة.

وتضم أيضاً **الصداع النصفي الانتيابي (4)** paroxysmal hemicrania وهو يشبه العنقودي من الناحية السريرية والعلامات المصاحبة إلا أن النوبات تكون أقصر زمناً (2-30) دقيقة، وأكثر تواتراً بمعدل 5 نوبات يومياً على الأقل، يصيب النساء أكثر من الرجال ويستجيب بشكل مطلق للأندوميتاسين بجرعة 150مغ بالفم أو المستقيم أو بجرعة 100مغ حقناً.

ضمن نفس المجموعة **هناك نوبات صداع نصفية شبيهة بالألم العصبي** short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival and tearing (SUNCT) تمتاز بأنها أقصر في الأمد من الأشكال السابقة (5-240) ثانية وبمعدل (3-200) مرة باليوم الواحد. قبل التسليم بالتشخيص يجب نفي أي آفة مرضية بالحفرة الخلفية أو الغدة النخامية قد تكون سبباً لهذه النوبات.

أنواع أخرى للصداع البدئي : (10)
Other primary headach

1- صداع طعني بدئي (primary stabbing headache): سمي أيضاً بألم معول الجليد، يندلع بشكل تلقائي على شكل طعنة واحدة أو عدة طعنات متتالية تدوم لبضعة ثواني في مواضع توزع الفرع الأول للعصب مثلث التوائم. يظهر بصفة أكثر شيوعاً لدى مرضى الشقيقة والعنقودي. يستجيب معظم المرضى للأندوميتاسين.

2- صداع السعال (primary cough headache): يظهر عقب السعال أو إثر مناورة فالسالفا. يحدث بأعمار أكبر من 40سنة غالباً. يجب نفي أمراض الشريان السباتي أو القاعدي الفقري أو أمهات دم دماغية أو تشوهات أرنالد كياري نمط أول. يبدي أيضاً استجابة جيدة للأندوميتاسين.

3- صداع الإجهاد (primary exertional headache): نابض، يظهر بأي نوع من الإجهاد، وخصوصاً عند اشتداد الحر أو بالارتفاعات العالية. يجب نفي النزف تحت العنكبوتي أو التسلخ الشرياني. مثل الأنواع السابقة يعتبر الأندوميتاسين فعالاً في العلاج عند غالبية المرضى.

4- صداع مرافق للنشاط الجنسي (associated with sexual activity...): يبتدئ عادة بألم ثنائي الجانب بطيء يشتد مع تصاعد الإثارة الجنسية ويصبح فجأة حاداً إنفجارياً عند الإيغاف orgasm. لابد من نفي النزف تحت العنكبوتي أو التسلخ الشرياني عند حدوث الصداع للمرة الأولى. وتعتبر حاصرات بيتا أدرنرجية الفعل معالجة وقائية فعالة.

5- الصداع النعاسي (hypnic headache): يظهر فقط خلال النوم ويوقظ المريض. ويحدث عند الأشخاص الأكبرسناً من 50 سنة. بينت مادتا الكافيين والليتيوم فعاليتهما في العلاج.

6- صداع قصفة الرعد (primary thunderclap headache): شديد مفاجئ، نادر الحدوث بصفة بدئية لذا يجب نفي أمراض الأوعية الدموية داخل القحف.

7- الصداع النصفي المستمر (hemicrania continua): له نفس صفات الصداع النصفي الانتيابي إلا أنه صداع مستمر لمدة أكثر من ثلاثة أشهر بدون هوادة.

8- الصداع اليومي المتجدد المواظب (new daily-persistent headache NDPH): صداع يومي غير متقطع منذ البداية (ضمن حدود 3 أيام على الأقل) يستمر لثلاثة أشهر أو أكثر، ثنائي الجانب، ضاغط وغير نابض، لا يتحرض بالنشاط الروتيني اليومي، معتدل أو متوسط الشدة. يترافق بواحدة من رهاب الضوء أو الضجيج أو احساس غير شديد بالغثيان دون اقياء.

الصداع الثانوي : (3) (4)

5 _الصداع بعد الرض (post traumatic headache) (3)

قد يمثل الصداع أحد الأعراض المهمة بعد إصابة في الرأس أو العنق أو الدماغ. كثيراً ما يكون هذا الصداع مصحوباً بأعراض أخرى مثل الدوار، صعوبة في التركيز، العصبية، اضطراب في الشخصية، اكتئاب، اضطرابات في النوم. تعرف مجموعة هذه الأعراض بمتلازمة ما بعد الرض وعادة يكون الصداع العلامة الأبرز في هذه المتلازمة.

يحدث بعد الرض عدد كبير من أنماط الآلام ويمكن أن تشابه الصداع البدئي وغالباً الصداع التوتري عند أكثر من 80 بالمئة من المرضى. هذا ولا توجد بالضرورة علاقة بين شدة الرض الرأسي وشدة الصداع الثانوي. قد تكون الإصابة خفيفة تتسبب في ظهور مركبة تتضمن خلل في المعرفة والإدراك، واضطراب في السلوك والوعي مع تقديرعلى سلم غلاسكو للوعي مساوي أو أكثر من13. وقد تحدث مع أو بدون علامات عند الفحص السريري للجهاز العصبي أو في التصوير الشعاعي العصبي أو التخطيط الكهربائي للدماغ أو الاستقصاءات الأخرى. أما الإصابة المتوسطة أو الشديدة تترافق مع واحد على الأقل من الشروط التالية: غيبوبة أطول من 30 دقيقة، تقدير على سلم غلاسكو أقل من 13، فقدان للذاكرة بعد الرض لمدة أطول من 48 ساعة، تصوير الدماغ يكشف عن ضرر ناجم عن الرض (ورم دموي دماغي- نزف دماغي أو تحت عنكبوتي- تكدم دماغ- كسر في الجمجمة). يظهر الصداع المنسوب للرض خلال السبعة أيام التالية أو بعد استرجاع الوعي. يعتبرالصداع مزمناً في حال استمر أكثر من ثلاثة أشهر.

6– الصداع الناجم عن اعتلال الأوعية الدموية في الرأس والعنق: (4)

يتميز الصداع بالحدة والتزامن التام مع العلامات العصبية للمرض كما أنه يتحسن أو يزول خلال فترة قصيرة أو بعد شفاء الاعتلال الوعائي أو بعد مرحلته الحادة. تصنف هذه الأدواء:

_ الاحتشاءات والحوادث الدماغية العابرة.

_ النزف غير الرضي (دماغي أو تحت عنكبوتي ،..)

_ التشوهات الوعائية (أمهات دم، تشوهات شريانية وريدية، أورام وعائية)

_ التهابات الشرايين (أهمها التهاب الشرايين ذي الخلايا العرطلة)

_ ألم الشريان السباتي أو الفقري (بعد تسلخ شرياني أو استئصال بطانة الشريان أو تصوير الأوعية)

_ خثار وريدي في الدماغ

_ آفات أخرى (الحماض اللبني، السكتة النخامية، الاعتلال الشرياني الوراثي)

نذكر منها **النزف تحت العنكبوتي subarachnoid haemorrhage (3):** من الأسباب الأكثر شيوعاً للصداع الحاد ذو البداية المفاجئة رعدي الشكل، حالة خطيرة تتسبب بموت 50% من الحالات، يكون الصداع غالباً أحادي الجانب يترافق بالغثيان أو الإقياء، اضطراب الوعي، وذمة حليمة العصب البصري، صلابة النقرة، أحياناً ترفع حروري واضطراب نظم القلب.

التهاب الشريان ذو الخلايا العملاقة gaint cell arteritis: (4)

يسمى أيضاً داء هورتن، أو التهاب الشريان الصدغي لشيوع اصابته.

يصيب هذا الالتهاب شرايين الرأس عامة وبالأخص فروع السباتي الخارجي. وهو التهاب وعائي شرياني مناعي ذاتي، حبيبي وارتشاحي بالخلايا العرطلة (العملاقة). ليس للصداع صفات محددة

قد يكون أحادي أو ثنائي الجانب، صدغي وأحياناً قفوي التوضع.
يترافق بعلامات موضعية: الشريان الصدغي السطحي مؤلم بالجس، متورم، متسمك وقاس كالحبل مع غياب النبض فيه، وأحياناً تصبح الفروة جزئياً أو كلياً حساسة للمس، وقد يحرض المضغ الألم ويزيده شدة فنجد عسرةً في وظيفة المفصل الفكي الصدغي. يترافق الصداع بسوء في الحالة العامة والآلام المعممة، مع زيادة واضحة في سرعة التثفل و CRP.

يثبت التشخيص بخزعة الشريان الصدغي. يجب وضع التشخيص باكراً والبدء بعلاج هجومي تفادياً لاختلاطات المرض وأخطرها العمى بسبب خثرة الشريان العيني. قد تمتد الإصابة إلى فروع السباتي الأخرى وتترافق بحوادث دماغية وعائية، إصابة الشرايين الإكليلية وإصابات رئوية متنوعة.

يزول الصداع خلال ثلاثة أيام من العلاج الذي يستوجب اعطاء جرعات عالية من الستيروئيدات فور الشك بالمرض، ويجب الاستمرار بإعطائها بأقل جرعة ممكنة لمدة سنتين على الأقل خوفاً من النكس.

7 _ الصداع الناجم عن مرض غير وعائي داخل القحف: (3)

_ فرط ضغط السائل الدماغي الشوكي high cerebrospinal fluid pressure
(مجهول السبب، بسبب موه الرأس، أسباب هرمونية أو استقلابية أو سامة،..)
_ انخفاض ضغط السائل الدماغي الشوكي (مجهول السبب، عقب البزل القطني، وجود ناسور دماغي شوكي)
_ مرض التهابي غير خمجي (الساركوئيد، التهاب سحايا عقيم، التهاب نخامي لمفي،....)
_ ورم داخل الجمجمة intracranial neoplasm
_ صداع منسوب لنوبة صرع epileptic seizure
_ تشوه بود كياري صنف 1و غيره من الأسباب النادرة.

ارتفاع الضغط داخل القحف السليم أو مجهول السبب: (4)

صداع يومي شامل، خفيف إلى متوسط الشدة،غير نابض، يتفاقم بالسعال والإجهاد، يزداد بالاستلقاء ويوقظ المريض من النوم، الفحص العصبي قد يكون سليماً أو يكشف أي من العلامات: وذمة حليمة العصب البصري- توسع النقطة العمياء- خلل متزايد في الساحة البصرية- شلل للعصب القحفي السادس. يشخص بارتفاع ضغط السائل الدماغي الشوكي (أكثر من 200 مم مائي عند لأشخاص غير البدينين وأكثر من 250 عند البدينين). يكون تحليل السائل الكيميائي والخلوي عادي (مع إمكانية نقص في قيمة البروتين). يزول الصداع بعد تخفيض الضغط إلى 120-170 مم مائي بتنقيص كمية السائل. هو نوع نادر للصداع ويظهر غالباً عند الشابات البدينات. يشترط عدم وجود أي مرض قحفي مرافق.

انخفاض الضغط عقب البزل القطني post- dural puncture headache: (4) هو صداع يتفاقم أثناء 15دقيقة بعد الجلوس أوالوقوف ويزول أثناء 15 دقيقة بعد الاستلقاء مع واحدة على الأقل من التالي: صلابة النقرة، طنين، نقص السمع، رهاب الضوء، غثيان. يظهر الصداع أثناء الخمسة أيام بعد البزل ويزول تلقائياً بعد أسبوع واحد أو أثناء يومين من العلاج للثقب المتسرب منه السائل.

قد يحدث انخفاض ضغط السائل بشكل عفوي بعد السعال الشديد، انخفاض في الضغط الجوي، أثناء الوقوف بعد الانتهاء من عملية الجماع، أو بعد تداخل أو رض، تتميز كلها بنفس الصفات السابقة.

الصداع الناتج عن ورم داخل القحف:(4) آلية الصداع هنا بسبب ارتفاع الضغط القحف، أو بسبب التهاب السحايا الورمي المرافق أو ناجم عن التأثير الموضعي المباشر للورم وهنا يكون الصداع متزايد، موضعي، يتفاقم في الصباح، يزداد بالسعال والانحناء للأمام، قد يترافق باضطراب حرارة الجسم، تبدل عاطفي، اضطراب في العطش والشهية، اعتلالات هرمونية في حال الورم الوطائي والنخامي، أو أعراض أخرى متنوعة حسب نوع الورم.

الصداع المنسوب لنوبة الصرع: تحدث لدى50% من مرضى الصرع متلازمة شبيهة بصداع الشقيقة، كما قد تظهر نوبات صرع أثناء أو مباشرة بعد نسمات الشقيقة يطلق عليها الشقيقة الصرعية. معظم المرضى ممن يعانون من الصرع القذالي الغامض السبب، ويفترض أن التفريغ الكهربائي على مستوى الفص القذالي تحدث الصداع عبر آليات جذع الدماغ أو الآليات الوعائية- ثلاثية التوائم.

8 – الصداع ناجم عن استعمال مادة أو سحبها :(3)

HEADACHE ATTRIBUTED TO A SUBSTANCE OR ITS WITHDRAWAL

أبرز أشكاله الصداع الناتج عن فرط استعمال المسكنات Analgesic -overuse headache: سمي أيضاً الصداع الارتدادي، صداع سوء استعمال الدواء. كل الأدوية المسكنة البسيطة ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية إضافة إلى الإرغوتامين والتربتان متهمة بإحداث هذا النوع من الصداع. غالباً يتطور لدى مرضى الصداع البدئي لا سيما الشقيقة والتوتري المعتادين على المسكن بصورة شبه يومية لتخفيف أعراضهم .ويعرف اعتماداً على عدد أيام العلاج بأكثر من 15 يوم في الشهر الواحد لمدة أكثر من 3 أشهر. وهو صداع ثنائي الجانب غالباً، ضاغط، خفيف إلى متوسط الشدة، أو يشابه صفات الشقيقة في حال استعمال التريبتان، أو قد يتظاهر بأشكال سريرية مختلفة حتى خلال اليوم الواحد. يزول صداع المسكنات أو يعود إلى حالته السابقة أثناء شهرين من بداية الاستعمال المتقطع أو إيقاف المسكن كمعيار في التشخيص.

9 _ الصداع الناجم عن خمج (***Headache attributed to infection***): (4)

_خمج داخل القحف (التهاب السحايا الجرثومي، اللمفي، التهاب الدماغ، خراج دماغي، دبيلة تحت الجافية)

_خمج جهازي (خمج جرثومي، فيروسي،....)

_ متلازمة فقد المناعة المكتسب HIV

_ صداع مزمن عقب الخمج (بعد التهاب السحايا الجرثومي)

الصداع هو العلامة الأكثر شيوعاً في الحالات السابقة، وقد تكون الأولى في ظهورها مترافقة مع أعراض أخرى مثل الترفع الحروري، الغثيان و الإقياء، رهاب الضوء أو الضجيج، العلامات السحائية كصلابة النقرة، وأحياناً علامات فرط الضغط داخل القحف. ينتج الصداع عن التخريش السحائي (التنبيه المباشر للنهايات العصبية الحسية الموجودة في السحايا) بالخمج الجرثومي، أو ارتفاع الضغط داخل الجمجمة، أو كرد فعل جهازي لوجود المنتجات السامة للعناصر المخمجة. يبدأ الصداع مع بداية الالتهاب ويكون غالباً

شاملاً معمماً ونابضاً، يزول خلال ثلاثة أشهر من بداية العلاج الناجع والذي يتطلب إجراء إستقصاءات دقيقة كالتصوير العصبي، تخطيط الدماغ، بزل CSF في الحالات الممكنة والمخبريات النوعية لبعض الأخماج ..

تبين بعض الدراسات (Bohr et al ,1983)أن 32 بالمئة من الأشخاص الذين تعافوا من التهاب السحايا الجرثومي يعانون من صداع متواصل شامل مصحوب بطنين، صعوبة في التركيز أو ربما ضعف بالذاكرة يستمر لمدة أطول من 3 أشهر بعد زوال الالتهاب، ولا توجد أدلة لاستمرار الصداع بعد أنواع الخمج الأخرى .

10_ الصداع المنسوب لاضطراب في الاستتباب(*homoeostasis*): (4)

_ نقص الأكسجة أو فرط كربون الدم (المرتفعات، صداع الغوص، صداع انقطاع النفس أثناء النوم)

_ ارتفاع الضغط الشرياني (ورم القواتم، الإرجاج وما قبل الارجاج pre-eclampsia، ارتفاع الضغط مع أو بدون اعتلال دماغي، مادة رافعة للضغط مثل الكوكائين)

_ قصور الدرق _ الصوم _ التحال dialysis _أوجاع رأسية قلبية _أسباب أخرى

بالنسبة لارتفاع الضغط الشرياني، يحدث الصداع في النوب الشديدة بقيم أكبر أو تساوي 160 مم ز للانقباض و120مم زئبقي لقيمة الانبساط، في حين لا يسبب الضغط المزمن الخفيف أو المتوسط صداعاً. ويكون غالباً ثنائي الجانب، نابض الصفات، يتحرض بالمجهود الجسدي، ويزول أثناء ساعة من عودة ضغط الدم للطبيعي. أما الاعتلال الدماغي فقد يترافق فيه الصداع بالتخليط الذهني، تدهور الوعي، اضطرابات البصر وتتضمن العمى بسبب اعتلال الضغط في شبكية العين، ظهور نوبات الصرع.

11_ صداع أو ألم وجهي منسوب لمرض في الجمجمة أو العنق أو البنى الوجهية: (4)

- كسور الجمجمة، التشوهات الخلقية، الأورام والانتقالات، التنكس العظمي، التهابات المفاصل، التهاب وتري خلف البلعوم retropharyngeal tendonitis، خلل توتر العضلات الجمجمية

الرقبية craniocervical dystonia

- اضطراب بالعينين: زرق حاد، أخطاء انكسارية، حول،...
- اضطراب بالأذنين، الأنف والجيوب: التهاب الجيوب الوجهية الحاد: لا يسبب الالتهاب المزمن ألماً إلا عند تحوله إلى حاد
- على مستوى الأسنان والخدين: تسبب ألماً على مستوى الوجه، أما الصداع فيبقى نادراً
- اضطراب على مستوى المفصل الصدغي- الفكي temporomandibular joint: وهو شائع الحدوث، إيلام على مستوى المفصل أحادي أو ثنائي الجانب، عدم القدرة على فتح الفم كاملاً، يتحرض الألم عند تحريك الفك أو المضغ

تعتبر أمراض العمود الفقري الرقبي والبنى الأخرى للرأس والعنق من الأسباب الأكثر شيوعاً للصداع وذلك لأن هذه الأنواع من الصداع تنطلق من العنق أو المناطق القفوية أو تتموضع هناك. كما أن الآفات التنكسية للعمود الفقري الرقبي تكاد تكون أمراً عادياً بأعمار أكبر من 40 سنة.

12_ صداع ناجم عن أمراض نفسية: (4)

إن أغلبية أنواع الصداع التي تظهر مرافقة للمرض النفسي لا تعد ناتجة عنه بل تتواجد معه مرضياً بدون علاقة سببية مؤكدة حتى الآن، وقد تكون لهما نفس الأرضية البيولوجية. لا يصبح الصداع المنسوب لمرض نفسي مؤكداً إلا عندما تزامن حدوثه مع الاضطراب، وفقط عندما يزول الصداع أو يتحسن جيداً بعد علاج المرض النفسي أو زواله تلقائياً. ومن أهمها الاكتئاب، الاضطرابات الجسدية، الهلع والقلق المعمم. كما أن تواجد واحدة من هذه عند مرضى الشقيقة أو الصداع التوتري النوع يؤدي غالباً إلى تفاقم هذا الصداع الأولي حيث يتزايد عدد النوبات ويصبح علاجها أكثر صعوبة.

13 _ ألم الأعصاب القحفية والأسباب المركزية لألم الوجه:(3) (4)
(*cranial neuralgias and central causes*)

يحدث ألم الرأس والعنق عن طريق الألياف العصبية الواردة للعصب مثلث التوائم والعصب الوسطاني والعصبين المبهم واللساني- البلعومي والجذور الرقبية العليا عبر الأعصاب القذالية. إن إثارة هذه الأعصاب بالضغط والالتواء والتعرض للبرودة أو إلى أي شكل من أشكال التهييج أو بوجود آفة على مستوى المسالك المركزية يمكن أن يحدث ألماً على مستوى المنطقة المعصبة.

ألم العصب مثلث التوائم Trigeminal neuralgia: الأساسي منه ألم أحادي الجانب عادة على شكل صدمة كهربائية قصيرة المدة، وتدعى بالألم الرامح أو يشبه طعن السكين، يبدأ وينتهي بشكل مفاجئ من ثواني إلى دقيقتين، ويهم فرعاً أو أكثر من فروع مثلث التوائم عادة الفرعين الثاني والثالث، يتحرض بمنبهات شائعة مثل غسل الوجه وحلق الذقن والتدخين والكلام والمضغ وتنظيف الأسنان وتعرض الوجه لبرودة الهواء وكثيراً ما يحدث تلقائياً. غالباً يمكن تحديد منطقة جلدية على مستوى الطيات الأنفية - الشفوية أو الذقن أو على مخاطية الفم بملامستها يحدث الألم الوصفي تسمى المناطق الزنادية Trigger تتلو مرحلة الألم فترة زمنية متفاوتة يهجع خلالها الألم (فترة العصيان). يترافق الألم بتشنج عضلي في الوجه الأمر الذي أدى لتسميته بعرة الوجه الموجعة. يحدث في 75% بعد سن الخمسين ويصيب النساء أكثر من الرجال ولا تشمل إصابة الفرع الأول إلا أقل من 5% من المرضى ونادراً ما يكون ثنائي الجانب، هنا يجب البحث عن سبب مركزي كالتصلب اللويحي.

كشفت الاستقصاءات عند الكثير من المرضى وجود انضغاط لجذور العصب بأوعية دموية ملتوية أو زائغة. يستجيب الألم بشكل جيد للعلاج بمضادات الاختلاج مثل الكاربامازيبين (تيغريتول)- الفينيتوئين يمكن استعمال الكلونازيبام أو الإيميتربتيلين أو الباكلوفين. في الحالات المستعصية يمكن التداخل جراحياً بقطع العصب خلف عقدته (عقدة gasser) أو بتخريب الألياف C الناقلة للألم بواسطة التخثير الحراري لعقدة غاسر حيث يزول حس الألم مع سلامة حس اللمس.

الشكل الثانوي أو العرضي: يترافق مع إصابة حسية على شكل نقص حس القرنية، نقص أو غياب المنعكس القرني إضافة لعلامات عصبية أخرى تتعلق بمكان الإصابة وانتشارها، من أهم أسبابه أورام الزاوية الجسرية المخيخية، التصلب اللويحي، متلازمة فالنبرغ، الساركوئيد، داء المنطقة، اعتلال الأعصاب السكري).

الألم الوجهي أو الرأسي الناجم عن الحلأ المنطقي (Zona): يصيب العقدة ثلاثية التوائم عند 10-15% بالمائة من الأشخاص وغالباً يصيب الفرع العيني، تتظاهر الإصابة بألم على مستوى مناطق توزيع عصب ما، وهو ألم حاد بارق يزداد باللمس، ويترافق بنقص الحس، يوقظ المريض من نومه يليه بحوالي أسبوع بزوغ الاندفاعات الحلئية (العقبولية). قد يستمر الألم بعد شفاء الطفح الجلدي وغالباً ما يكون مرضاه من المسنين.

الفصل الثاني:

اضطرابات القلق : (11) (12)
Anxiety Disorders

تعد اضطرابات القلق المرض النفسي الأكثر انتشاراً في المجتمع، موجود بنسبة (15-20)% من مرضى العيادات الطبية. ويعرف القلق على أنه إحساس شخصي بالخوف والرهبة والانزعاج، يشير لحالة نفسية بدئية أو قد يكون ارتكاساً لحالة طبية أخرى حيث يعاني قرابة ثلث المرضى القلقين من سببية طبية لأعراضهم النفسية.

صنف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية للجمعية النفسية الأمريكية **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association** بطبعته الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR) اضطرابات القلق إلى: **(11)**

1. اضطراب الهلع Panic disorder مع أو بدون رهاب الميادين
2. رهاب الميادين Agoraphobia مع أو بدون اضطراب الهلع
3. الرهاب النوعي specific phobia
4. الرهاب الاجتماعي social phobia
5. الاضطراب الوسواسي- القهري obsessive- compulsive disorder
6. اضطراب القلق المعمم generalized anxiety disorder
7. اضطراب الشدة (الكرب):
   - اضطراب الشدة الحاد acute stress disorder
   - اضطراب الشدة بعد الرض post traumatic disorder

اضطراب الهلع panic disorder: (11)

أ- تعرف هجمة الهلع على أنها فترة مميزة من الخوف أو الانزعاج الشديدين تتطور فيها 4 أو أكثر من الأعراض التالية بصورة مفاجئة، غير متوقعة لتبلغ الذروة خلال 10دقائق وغالباً تزول خلال ساعة:

1. خفقانات أو تسرع نبض
2. تعرق
3. ضيق نفس
4. ارتجاف، ارتعاش
5. شعور بالاختناق
6. ألم أو عدم ارتياح صدري
7. غثيان أو عدم ارتياح بطني
8. شعور بالدوار أو عدم التوازن
9. خوف من فقد السيطرة أو الجنون
10. خوف من الموت
11. عدم الإدراك للمحيط (تبدد المحيط) أو تبدد الشخصية (انفصال الشخص عن ذاته)
12. احساسات خدر أو تنميل
13. عرواءات أو هبات ساخنة

ب- لا تشخص هذه النوبات بالضرورة اضطراب الهلع **وإنما تستلزم المعايير**:

_ شهراً واحداً على الأقل من الاهتمام أو القلق من حدوث هجمات مستقبلية أو من حدوث مضاعفات جسدية (سكتة- احتشاء قلب-..) أو تغير ملحوظ في السلوك يعود سببه لهجمة الهلع.

_ الاضطراب غير عائد لحالة طبية عامة (فرط درقية مثلاً،..) أو لتأثير فيزيولوجي لمادة معينة (تعاطي مخدرات، دواء ما)

_ لا يمكن أن نعزو الهلع لاضطراب نفسي آخر.

رهاب الميادين Agoraphobia: (11)

عبارة عن خوف غير مبرر من التواجد في أماكن يشعر فيها الشخص أنه غير قادر على الخروج أو الفرار منها، ويؤدي بمرور الوقت لتقييد مترق لفعاليات الحياة. شائع الحدوث عند مرضى اضطراب الهلع وتبعاً لبعض الدراسات النفسية فإن ثلاثة أرباع مرضى رهاب الميادين على الأقل يحققون معايير الهلع السابقة.

المعايير التشخيصية لرهاب الميادين:

1- القلق من التواجد في أماكن يكون الهروب منها صعباً أو قد لا تتوفر فيها المساعدة في حال حدوث هجمة هلع غير متوقعة أو محرضة بالموقف، غالباً هذه الأماكن تشتمل تواجد الشخص خارج المنزل بمفرده، أو ضمن حشد من الناس، الوقوف في طابور، الجسور، الأنفاق، السفر في باص، أو سيارة، أو قطار،....
2- تجنب الأوضاع (مثلاً تجنب السفر)، وإلا التعرض لضيق ملحوظ أو القلق من حدوث هجمة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع.
3- لا يمكن أن نعزو القلق أو التجنب الرهابي بصورة أفضل لاضطراب نفسي آخر مثل الرهاب الاجتماعي (القلق هنا محدود بالمواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الخجل)،
أو رهاب نوعي (تجنب مواقف محددة كالمصاعد مثلاً)، أو الوسواس القهري (تجنب التلوث،..)، أو اضطرابات القلق الأخرى ..

يبلغ انتشار اضطراب الهلع 1-4% على مدى الحياة **(13)**، لا يشترط التصنيف تواتراً معيناً للنوب حيث قد يتنوع تواترها وشدتها بين عدة هجمات باليوم أو نوب محدودة بالسنة. تكون البداية نموذجية في أواخر المراهقة أو البلوغ، ويبدو أن نسبة إصابة الإناث حوالي (2-3) أضعاف الذكور كما أنه مشخص في كافة الأعراق في المناطق المختلفة من العالم دون فرق واضح.

يختلط تشخيص اضطراب الهلع مع أو دون ترافقه برهاب الميادين بجملة متنوعة من الأمراض الجسدية والنفسية الأخرى التي قد تتظاهر بالقلق كعرض رئيسي، من هذه الحالات:

1- أمراض قلبية وعائية: انسدال الصمام التاجي، التسرع الأذيني الانتيابي، قصور القلب الاحتقاني أمراض تنفسية: الربو، الداء الرئوي الانسدادي، الصمات الرئوية

2- أمراض غدية صماوية: فرط أو قصور الدرقية، ورم القواتم ، نقص السكر و الأنسولينوما، داء أديسون
3- أمراض عصبية: الصرع، الشقيقة، التنشؤات، الأخماج، آفات الدهليز، الحوادث الوعائية الدماغية
4- انسمامات دوائية: مضادات الذهان، تيوفيللين، أمفيتامين، كوكائين، نيكوتين، وفي متلازمة السحب لدى متعاطي الكحول والمركنات، وغيرها.

استناداً لإحصائيات الجمعية الأمريكية91% من مرضى الهلع يعانون من اضطراب نفسي آخر على الأقل، حوالي (10-15)% من المرضى يحققون معايير الاكتئاب الكبير، (15-30)% لديهم رهاب اجتماعي، وبنسبة مشابهة يتشارك مع اضطراب القلق المعمم. من هنا تكمن الصعوبة بتشخيص هذا الاضطراب لضرورة نفي جميع الحالات المسببة لهجمات الهلع **(13)**.

الآليات المرضية: (14)

لا توجد أسباب مؤكدة لاضطراب الهلع ولكن يبدو أنها تشتمل على استعداد وراثي، واستجابة ذاتية متبدلة حيث يظهر الاضطراب تجمعاً عائلياً ويكون متواجداً في30-45% من التوائم وحيدة البيضة. يحرض التسريب الوريدي للاكتات الصوديوم حدوث الهجمة عند ثلثي المرضى وكذلك مضاد a2 الأدينرجية، والببتيد الرباعي الكوليسيستوكينين (CCK-4) وتنشق ثاني أكسيد الكربون. يفترض أن كلاً من هذه المنبهات تفعل سبيلاً يشمل العصبونات النورأدرينرجية في الموقع الأزرق (locus coeruleus) والعصبونات السيروتونينية في الرفاء الظهري (dorsal raphe). قد تمنع العوامل التي تحصر عود قبط السيروتونين حدوث الهجمات. كما يمتلك مرضى الهلع حساسية زائدة للأعراض الجسدية التي تحرض انتباهاً زائداً ينهي هجمة الهلع.

معالجة اضطراب الهلع: (14)

الهدف من العلاج إنقاص تواتر هجمات الهلع وإنقاص شدتها. أهم هذه الأدوية:

1- مضادات الاكتئاب:

أ- مثبطات عود استقطاب السيروتونين الانتقائية (SSRIs) ومنها الفلوكسيتين fluoxetine الباروكسيتين paroxetine، السيرترالين sertraline ،...

ب- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (TCAs) منها أميتربتيلين amitriptyline، إيميبرامين Imipramine، دوكسيبين doxepin،..

2- مثبطات المونو أمينوأكسيداز (MAOIs): الفينيلزين phenelzine ، ترانيل سيبرومين tranylcypromine

3- حالات القلق :

أ- البنزوديازيبينات: ديازيبام diazepam، فلورازيبام flurazepam، لورازيبام lorazepam

ب- غير البنزوديازيبينات: بوسبيرون buspiron،..

تعزز المداخلة النفسية العلاجية الباكرة فعالية الأدوية في ضبط الأعراض عن طريق تعليمهم حول التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث في الهجمات وتدريبهم تعريض أنفسهم طواعية للعوامل والمواقف المحرضة في برنامج علاجي سلوكي واجتماعي نفسي. يجب المحافظة على العلاج الدوائي لمدة سنة أو سنتين من بدء الاستجابة المرضية وذلك منعاً للنكس.

اضطراب القلق المعمم GAD:

يعرف على أنه خوف وقلق مستمر مبالغ فيه يترافق بجملة متنوعة من الأعراض الجسدية، ويؤثر سلباً على نشاطات الحياة الاجتماعية والمهنية.

المعايير التشخيصية حسب (DMS-IV): (11)

1. قلق مفرط ، يحدث معظم الأيام لستة أشهر على الأقل يتناول عدة أحداث أو نشاطات في حياة الشخص.
2. يجد المريض صعوبة في السيطرة على هذا القلق.
3. يترافق بثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية:
   - تململ أو نرفزة أو عصبية
   - صعوبة في التركيز
   - سهولة التعب
   - توتر عضلي
   - هيوجية
   - اضطراب نوم
4. يسبب القلق أو الأعراض الفيزيائية كرباً ملحوظاً أو خللاً في نواحي الحياة الاجتماعية أو المهنية
5. النقطة التي يدور حولها القلق لا تعود لاضطراب نفسي آخر كما في الرهابات ونوب الهلع.
6. الاضطراب غير عائد لحالة طبية عامة أو تأثير لمادة أو دواء معين ولا يحدث حصراً أثناء اضطراب مزاج أو اضطراب ذهاني.

يعتبر هذا الاضطراب شائع الحدوث وبسبب أعراض فرط التنبه الودي المرافقة يمكن أن يراجع المرضى عيادات الطب العام أكثر من عيادة الطب النفسي. يقدر انتشاره على امتداد الحياة ب 5%، **(13)** ويبدأ عادة في أواخر المراهقة وقد يحدث في أي عمر. وتكون نسبة الإصابة أعلى في أقرباء الدرجة الأولى. يعاني حوالي80% من المرضى من اضطراب نفسي آخر مشارك.

الآليات الإمراضية: (14)

عدة نظريات حاولت تفسير أسباب GAD منها من ركز على الدور البيولوجي الحيوي وعلاقته بالمرض، حيث وجدت بعض الدراسات خللاً في عمل النواقل العصبية، أهمها الغاماأمينوبوتيريك أسيدA(GABA)، والسيروتونين وأظهر التشريح العصبي إصابة الجهاز اللمبي limbic system

والعقد القاعدية basal ganglia والقشرة الجبهية frontal cortex عند أغلب المرضى. دراسات أخرى أشارت إلى الأساس الوراثي للمرض. النظرية المعرفية السلوكية بينت أن الشخص القلق يتلقى المعلومات بطريقة سلبية تشعره بالتهديد الدائم مما يؤدي لتضخيم خوفه إلى مستويات مرضية. نظرية التحليل النفسي لفرويد اعتبرت القلق إشارة لخطر ما على الأنا يحدث ليمنع إيذاء الذات (من دافع غريزي غير واعي).

المعالجة: (14)

الأدوية الرئيسية هي:

1- البنزوديازيبينات benzodiazepine يجب البدء بها بأدنى جرعة ولفترة قصيرة خشية الاعتماد

2 - مثبطات عود السيروتونين الانتقائية SSRI 3- buspirone

وقد تفيد مضادات الاختلاج ذات الخواص الغابارجية، الغابابنتين gabapentine، البريغابالين pregabalin،كما تستعمل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة إضافة لحاصرات B2 الأدرنرجية.

الرهاب النوعي specific phobia: (11)

خوف مفرط ومستمر من مواقف أو أشياء يؤدي التعرض لها لحدوث ارتكاس قلق بشكل فوري. تشتمل الرهابات الشائعة الخوف من الأماكن المغلقة، الارتفاعات، الطيران، رؤية الدم، الحقن، حيوانات، فيضانات،....يقوم المريض بتجنب المحرض الرهابي مما يؤثر سلباً على نشاطه ووظائفه الاجتماعية.

الرهاب الاجتماعي social phobia: (11)

خوف مبالغ من أوضاع ومواقف اجتماعية يتعرض فيها الشخص لأناس غريبين أو لامتحان وتقييم من قبل الآخرين، من أمثلته مقابلة غرباء أو التكلم في حفل، الأكل أو الشرب بين العامة، بدء أو استمرار محادثة. في جميع هذه الرهابات يكون المريض مدركاً أن خوفه مفرط وغير منطقي.

الاضطراب الوسواسي- القهري

obsessive–compulsive disorder: **(11) (12)**

يتميز - بأفكار أو صور أو تخيلات مستمرة ومتكررة لا يستطيع التخلص منها، هذه الوساوس قد تتعلق بالتلوث، الشك المتكرر من القيام ببعض الأشياء تخيلات جنسية مثلاً.

- سلوكيات تكرارية قهرية أو عمليات ذهنية مثل غسل اليدين، الصلاة، العد، تكرار التدقيق والتصحيح.

تسبب هذه الفعاليات لصاحبها ضيقاً ملحوظاً واستهلاكاً للوقت (ساعة على الأقل يومياً)وطقوس معينة يقوم بها لتفريج أعراض القلق والخوف لديه، وتؤدي إلى خلل في أدائه ووظائفه اليومية.

اضطراب الشدة (الكرب) stress disorder: (11) (12)

ارتكاس قلقي ينجم عن التعرض لحوادث راضة شديدة مثل التهديد بالموت أو بأذية خطيرة مهددة للسلامة الجسدية أو فقدان عزيز. قد يحدث الارتكاس خلال فترة قصيرة من الصدمة أقل من شهر (اضطراب الشدة الحاد)، أو يكون متأخراً وعرضة للنكس (اضطراب الشدة بعد الرض) .

يعاني المريض من الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين، قد يشعر بأنه متبدد الشخصية وعاجز عن تذكر جوانب معينة من الرض رغم الاستذكار المتكرر للكرب من خلال اقتحامه للأفكار والأحاسيس أو عند التعرض لتلميحات داخلية أو خارجية تقلد أحد جوانب الحدث الراض. يحاول المريض تجنب المنبهات التي تذكر بالرض ويرافق ذلك أعراض لاستثارة زائدة من فرط يقظة، صعوبة تركيز، هيوجية وصعوبة في الخلود للنوم.

الباب الثاني

القسم العملي

أهمية البحث وخلفيته :

تبين من الإحصاءات العالمية زيادة انتشار الاضطرابات النفسية بشكل عام عند مرضى الصداع المزمن **(1)**، وعلى الرغم من أن كثيراً من الدراسات أشارت إلى الميل لحدوث الاكتئاب لدى مريض الصداع إلا أن أبحاثاً متعددة رجحت خطر المعاناة من اضطرابات القلق المختلفة بنسب أعلى عند هؤلاء المرضى **(2)**، فمثلاً إمكانية حدوث اضطرابات القلق عند مرضى الشقيقة هو أعلى بعشر مرات من حدوثه لدى الأشخاص السليمين **(2)**.

لذا كان من المهم سريرياً وضع تفريق واضح بين متلازمات القلق المتنوعة ومعرفة شيوع كل منها، وأرجحية نمط على الآخر حسب نوع الصداع الموجود، وقد اعتمد في تصنيفها بأغلبية الأبحاث على معايير الجمعية النفسية الأمريكية DSM، ومن أبرز اضطرابات القلق التي تم إدراجها في الدراسة القلق المعمم GAD، واضطراب الهلع PD وسمي في كثير من الدراسات هلع الأحاسيس الجسدية body sensation disorder، ورهاب الميادين agoraphobic disorder .

وفي سياق تفسير آلية الاعتلال المشترك طرحت نظريات متعددة منها أن تجربة القلق والألم تعتبر تفاعلاً متبادلاً حيث أن الشدة، الإجهاد والقلق تلعب دور الزناد في الشقيقة أو في تحويلها للنمط المزمن ومن جهة أخرى فإن التعرض المتكرر للألم يزيد من الخوف والقلق **(3)**.

من هنا فإن المؤشرات العالية في استبيانات القلق تنبؤ بتفعيل المناطق القشرية المسؤولة عن الإحساس بالألم. ويفسر الدور البيولوجي العصبي المشترك بالخلل على مستوى النواقل العصبية أو مستقبلاتها وأهمها النورأبنفرين، والسيروتونين وهذا ما يدعمه التأثير الدوائي الملحوظ لحاصرات بيتا أو لمضادات الاكتئاب المختلفة في علاج القلق وفي إنقاص نوبات الشقيقة **(4)**.

على المستوى الجيني وجد ارتباط بين الاضطرابات السابقة عن طريق أليل من 5HTTLPR متعدد الأشكال في جين ناقل السيروتونين **(5)**.

قد تكون النتائج متغايرة بسبب صعوبة تشخيص القلق أكثر من الأمراض النفسية الأخرى وذلك لتظاهراته العديدة وللأعراض الجسدية المرافقة التي تلتبس بأمراض عضوية أخرى.

كما اهتمت بعض الدراسات بمعرفة تأثير مسكنات الصداع وعلاقتها بحدوث القلق لدى المريض، حيث أظهرت ارتباطاً وثيقاً بين الجرعة الدوائية المتناولة وبين اضطراب الهلع في حين لم تبد فرقاً واضحاً مقارنة بالأنواع الأخرى **(3)**.

تأتي أهمية معرفة هذه الاضطرابات عند مريض الصداع من جراء تأثيراتها السلبية على نوعية الحياة وفعالية المريض، وعلى كلفة العلاج أو لتغيير المقاربة العلاجية المتبعة، إضافة لاحتمال تطور الصداع إلى أنماط أخرى أكثر شدة وأعقد تشخيصاً في حال وجود المرض النفسي.

أهداف الدراسة :

- تقييم معدل انتشار أشيع اضطرابات القلق سواءً القلق المعمم، رهاب الميادين، هلع الأحاسيس الجسدية عند مرضى الصداع المزمن البدئي والمعتمد في تصنيفه على معايير التصنيف العالمي للصداع ICHD-2.

- دراسة العلاقة بين سوء استعمال المسكنات الدوائية المختلفة كنموذج عن الصداع المزمن الثانوي حسب معايير ICHD-2 وبين اضطراب القلق المرافق.

- مقارنة مجموعة الدراسة مع مجموعة من المصابين بأمراض عصبية أخرى غير الصداع من حيث أرجحية حدوث اضطرابات القلق لدى الأخيرة.

طرائق البحث:

نوع الدراسة: مقطعية عرضية [cross –sectional study]

عينة الدراسة : مرضى الصداع المزمن المشخص حسب معايير التصنيف العالمي ICHD2 وحسب استشاريي الأمراض العصبية في مستشفيي المواساة والأسد الجامعي، على أن تضم حوالي 100مريض من عمر وجنس عشوائي.

ستضم مجموعة الصداع المدروسة: الصداع المزمن البدئي بأبرز أشكاله: الشقيقة مع أو بدون نسمة، التوتري، العنقودي. والصداع المزمن الثانوي المعتمد على المسكنات والمقدر بعدد الأيام العلاجية أكثر من 15 يوم بالشهر لمدة أكثر من 3 أشهر.

إضافة لعينة أخرى من مراجعي العيادة العصبية بأمراض أخرى غير الصداع تضم حوالي 30 مريض، لمقارنة المجموعتين من ناحية انتشار اضطرابات القلق المذكورة. على أن تنتمي العينات لنفس المجموعة العرقية والجغرافية مع تشابه الحالة الاجتماعية والاقتصادية والموافقة من قبل كل المرضى على إدراجهم بالدراسة وفقاً للمعايير الأخلاقية.

معايير الاستبعاد:

- ✓ وجود اكتئاب أو فصام أو أمراض نفسية أخرى
- ✓ قصة اضطراب وعي أو تخليط ذهني أو خرف مرافق
- ✓ صداع حاد أو تحت حاد أو غير مكمل لمعايير التصنيف العالمي
- ✓ وجود صداع سابق غير مشخص أو مختلط النمط
- ✓ وجود أكثر من نمط للصداع عند المريض

طريقة إجراء الدراسة: تم أخذ قصة مرضية مفصلة مع إجراء فحص سريري لكل مريض تتضمن العمر والجنس والسوابق الدوائية والعائلية واعتماد المعايير العالمية لتمييز أنماط الصداع المتضمنة في الدراسة .

سنعتمد في تشخيص اضطرابات القلق على استبيانات سريرية أبدت حساسية ونوعية جيدة وفقاً للعديد من الدراسات العالمية. لتقييم اضطراب القلق المعمم سيتم اعتماد **PSWQ**

(Penn State Worry Questionnaire) وهو عبارة عن 16 بند لكل منها خمس احتمالات يقدرها المريض حسب شدة أعراضه، وهي مدرجة في استمارة البحث **(6).**

في تشخيص اضطراب الهلع تم استخدام طريقة **BSQ** (Body Sensation Questionnaire) من أجل هلع الأحاسيس الجسدية وهو استبيان يشمل 17 عرض سريري يعاني منه المريض بنسب متفاوتة في حال حدوث نوبة الهلع، واستخدام طريقة **ACQ** (Agoraphobic Cognitions Questionnaire) **[7، 8]** في تقييم رهاب الميادين وتشمل شرطين أولهما اجتناب أماكن معينة أو ظهور أعراض الخوف والهلع فيها والآخر إيجابية لحوالي 4على الأقل من بنود أساسية عريضة : مظاهر جسدية متعلقة بأعراض هضمية أو صدرية، أعراض ذاتية، أعراض لها علاقة بالعقل والأفكار، أعراض عامة.

الفرضية البحثية:

_ لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأنواع المختلفة لاضطرابات القلق عند مرضى الصداع المزمن، أو عند المصابين بأمراض عصبية أخرى غير الصداع .كما نفترض عدم وجود فارق إحصائي بين الصداع وغيره من الأدواء العصبية بالنسبة لاضطرابات القلق المذكورة.

_ لا علاقة إحصائية بين سوء استعمال الدواء وبين اضطراب القلق الحاصل.

السؤال البحثي:

ما معدل انتشار اضطراب القلق عند مريض الصداع المزمن سواءً القلق المعمم أو الهلع بنوعيه؟

نفس السؤال بالنسبة لأمراض عصبية أخرى غير الصداع؟

ما مدى تأثير الجرعة الدوائية المسكنة على الاضطراب النفسي المشخص؟

النتائج المتوقعة:

توقع وجود اختلاف في انتشار اضطرابات القلق بشكل ملحوظ استناداً لدراسات عالمية يرجح بعضها احتمالية القلق المعمم بشكل أكبر، وتوقع ظهور هذه الاضطرابات عند مرضى الصداع بنسب أعلى من مرضى العصبية الآخرين!

الدراسة الإحصائية:

بعد الانتهاء من جمع البيانات تم وبشكل دوري إدخال جميع البيانات إلى الحاسوب عبر برنامج SPSS (الإصدار 17) الذي تم اعتماده في تحليل المعلومات واستخلاص النتائج بالاعتماد على المعايير والاختبارات الإحصائية الآتية:

ـ المتوسط الحسابي: $\overline{X}$ ويحسب بالعلاقة الآتية:

$$\overline{X} = \frac{\sum X_i}{n}$$

حيث: $\overline{X}$: المتوسط الحسابي . Xi : مفردات العينة . N: عدد المفردات

الانحراف المعياري σ : ويحسب بالعلاقة الآتية:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (\overline{X} - X_i)^2}{n-1}}$$

حيث σ: الانحراف المعياري. Xi : مفردات العينة. N:عدد المفردات.

- تم تمثيل القيم الإحصائية المستمرة بـ (المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري).
- تم اعتماد الاختبار الإحصائي (Mann-Whitney U) لإظهار أهمية الفروق بين المجموعات المقارنة. حيث اعتمدت قيمة$P < 0.05$ ليكون هناك فرق إحصائي هام بين مجموعتي المقارنة.
- لتحديد العلاقة بين الاضطراب النفسي والجرعة الدوائية تم استخدام معامل Spearman correlation.

الاستبيان:

الرقم البحثي :

اسم المريض : العمر:

الجنس: الحالة العائلية :

مكان السكن: المهنة: رقم الهاتف:

المستشفى: القسم:

التدخين: الكحول (الإدمان):

القصة العائلية: قصة صداع أو اضطراب نفسي، ونوعه:

أمراض اخرى:

القصة الدوائية : نوع الدواء ومدة تناوله:

الدواء	المدة	الدواء	المدة	الدواء	المدة
Acetaminophen		Amitriptyline		gabapentine	
aspirin		Doxepine		valproic acid	
NSAIDs		Sertraline		carbamazepine	
celecoxib		Fluoxetine		Steroids	
Opioids		Paroxetine		antihistamine	
tripan		diazepam		multivitamins	
ergot		Clonazepam		others	

السوابق المرضية : _ سوابق رض أو جراحة:

_ أمراض عصبية أو اضطرابات نفسية:

_ سوابق تحسسية: _ أمراض أخرى:

القصة السريرية:

تاريخ بدء الصداع :

صفات الألم: نابض □ ضاغط □ شاد□ طاعن □ مثل الرباط □

المدة الوسطية للنوب:

تواتر النوب /اليوم: تواتر النوب / الشهر، السنة:

مركز توضع الألم: صدغي □ جبهي □ حجاجي □ جداري□ قفوي□

وجهي □ معمم □

انتشار الألم: استمرار الألم :

شدة الألم: خفيف □ متوسط □ شديد □

جهة الألم: أيمن □ أيسر□ أحادي الجانب غالباً □ ثنائي الجانب غالباً□

المرحلة البادرية: اكتئاب □ تثاؤب□ تصلب العضلات الرقبية □ قلة الحركة أو زيادتها□

صعوبة تركيز□ الحاح بولي □ امساك□ أعراض أخرى □

هل توجد نسمة aura: بصرية□ حسية □ كلامية □

العوامل المحرضة : الشدة□ الجهد الجسدي□ حركة الرأس□ العطاس والسعال□

النشاط الجنسي □ التعرض لأشعة الشمس□

التحريض البصري □ الروائح□ الضجيج □

الطقس□ الطمث □ عوامل هرمونية □

أدوية □ التدخين□ الكحول□

الجوع □ العطش□ قلة النوم□

أطعمة معينة □ محرضات أخرى □

الأعراض المرافقة: غثيان□ إقياء □ رهاب الضوء□ رهاب الصوت □

رهاب الروائح □ دماع□ التهاب الملتحمة □ انسداد الأنف□

سيلان الأنف □ وذمة حول العين□ تشوش رؤية □ تعرق□

تضيق الحدقة □ انسدال جفن □ دوار□ طنين□

شفع □ حالة تململ أو هياج □ مرافقات أخرى □

الفحص السريري: الضغط : النبض: الحرارة:

الفحص العصبي: - الوعي، الذاكرة، السلوك

- العلامات السحائية والمخيخية والأعصاب القحفية و فحص الوضعة
- الفحص العضلي ومنه عضلات حول القحف (القصية الترقوية الخشائية، شبه المنحرفة)

الموجودات الإيجابية بالفحص العصبي وباقي الأجهزة :

الموجودات المخبرية في حال تم طلبها (لنفي الأسباب الثانوية):

الاستقصاءات الشعاعية المطلوبة (لنفي الأسباب الثانوية):

- تقييم اضطراب القلق المعمم GAD باستخدام ***معايير PSWQ*** :

PSWQ	غير نموذجي بالنسبة لي نموذجي
	1 2 3 4 5
1. عندما لا أملك الوقت الكافي لعمل كل شيء لا أشعر بالقلق	
2. شعوري بالقلق يؤثر سلباً على نشاطي اليومي	
3. لا أميل للقلق بخصوص الاشياء	
4. أمور ومواقف متعددة تجعلني متوتراً	
5. أعلم أنه يجب ألا أقلق حول شيء ما لكني لا أستطيع	
6. أنا دائماً أخاف من شيء ما	
7. عندما أكون تحت ضغط معين أقلق كثيراً	
8. أستطيع بسهولة أن أسيطر على الأفكار التي تقلقني	
9. أنا لا أقلق أبداً حول أي موضوع	
10. عندما أنتهي من إنجاز عمل ما أبدأ بالقلق حول أمور أخرى يجب علي فعلها	
11 . عندما لا يوجد شيء لأقدمه لا أشعر بأي توتر	
12. كان لدي قلق طوال حياتي	
13 . عندما يبدأ شعوري بالقلق لا يمكن أن أوقفه	
14 . لدي خوف حول أعمالي ومشاريعي حتى تنتهي تماماً	
15 . أنا أشعر بالقلق دائماً	
16 . ألاحظ أني عانيت من القلق دوماً حول أي عمل وجب إنجازه	

تقييم اضطراب الهلع باستخدام **BSQ:**

1: أبداً 2: بعض الأوقات 3: بشكل متوسط 4: دائماً 5: بشكل شديد

	1 2 3 4 5
1. خفقان، تسرع نبض	
2. ألم أو عدم ارتياح صدري	
3. خدر بالأطراف	
4. تنميل في نهايات الأصابع	
5. خدر أو تنميل في مكان آخر من الجسم	
6. صعوبة بالتنفس	
7. دوار	
8. غثيان	
9. قرقرة بالمعدة	
10 .عدم ارتياح بطني	
11 .غصة بالحلق	
12 .تعرق	
13 .جفاف بالحلق	
14.ارتخاء بالساقين	
15 .تخليط ذهني	
16 .تشوش رؤية	
17 .الشعور بغياب أو انفصال جزء من الجسم	

طريقة **ACQ** لتقييم رهاب الميادين:

1 : القلق من التواجد في أماكن معينة أو تجنب هذه الأماكن ومنها:

تواجد الشخص خارج المنزل بمفرده /ضمن طابور/الأنفاق / الجسور/ في باص أو سيارة / أوضاع أخرى /

2 :

	5 4 3 2 1
أعراض ذاتية: خفقان أو تسرع نبض، تعرق، ارتجاف أو ارتعاش، جفاف بالفم	
أعراض هضمية أو صدرية: صعوبة بالتنفس، شعور بالاختناق، ألم أو عدم ارتياح صدري، غثيان أو عدم ارتياح بطني	
اضطراب بالحالة الذهنية: دوار، الشعور بتبدد الشخصية أو تبدد الواقع، خوف من فقد السيطرة، خوف من الموت	
أعراض عامة: عرواءات أو هبات ساخنة، شواش حس	

الموافقة المستنيرة:

نحن بصدد إجراء بحث علمي عن تقدير شيوع اضطرابات القلق المختلفة لدى مريض الصداع وعن تأثير الجرعة الدوائية المتناولة من مسكنات الألم المختلفة على حدوث هذه الاضطرابات، وندعوك للمشاركة في هذا البحث، ولك مطلق الحرية في قبول أو رفض ذلك، لكن قبل أن تتخذ قرارك نرجو منك أن تقرأ بعناية المعلومات التالية:

- يجب أن يكون تشخيص الصداع المزمن لديك حسب معايير الصداع العالمي _ ICHD2 وعلى رأي أخصائي العصبية المشرف.
- أن تحدد بدقة نوع المسكن وكميته يومياً خلال فترة البحث.
- أن تتقيد بالزيارات الدورية لعيادة الأمراض العصبية أو عند حدوث أي تغير على وضعك الصحي.
- سيتم تحديد اضطراب القلق حسب جداول معينة مأخوذة من دراسات عالمية، وعليك وضع تقدير دقيق لكل عرض فيها بما ينسجم مع قصتك المرضية.
- سيتم الاطلاع على معلومات من ملفك الطبي من قبل الأطباء والباحثين المشاركين في الدراسة ، وذلك بعلم إدارة المستشفى.
- لن يتم نشر أي معلومات متعلقة بك ذات طابع شخصي.
- أخيراً يجب أن تعلم أن عدم موافقتك على الاشتراك في الدراسة لن تؤثر على تدبير مرضك .

في حال موافقتك على الاشتراك يرجى التوقيع أدنى هذه الورقة:

لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه ، وكانت لدي الفرصة لأطرح أسئلة وحصلت على إجابات مقنعة، لذلك أعلن موافقتي على الاشتراك في الدراسة.

اسم المشارك:

توقيع المشارك:

نتائج الدراسة:

أولا": توزيع مرضى الصداع تبعا" لبعض المتغيرات:

الجدول رقم (1)

يبين التوزع التكراري والنسبي لأفراد العينة مرضى الصداع وفقاً للمتغيرات (الجنس– العمر)

		التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	37	%37
	أنثى	63	%63
	المجموع	100	%100
الفئات العمرية	30 >	31	%31
	40 -31	35	%35
	50 -41	22	%22
	60 -51	9	%9
	61<	3	%3
	المجموع	100	%100
	المتوسط الحسابي	36.06	

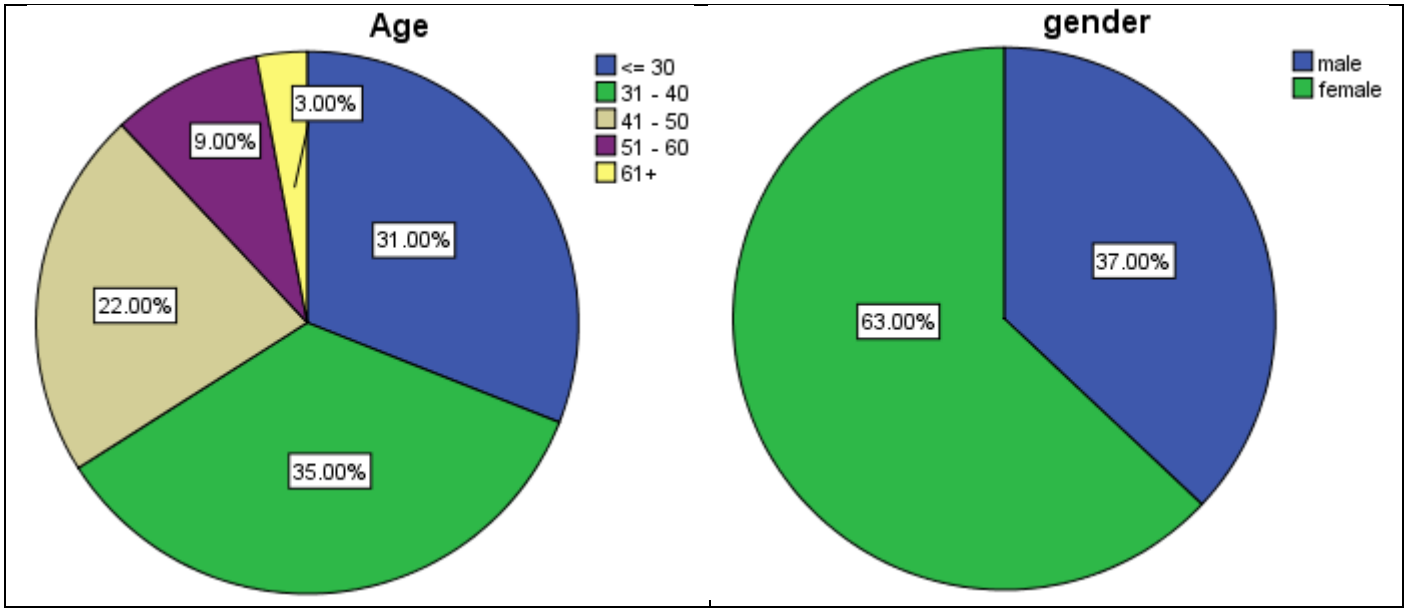
من الجدول السابق نجد:

- توزع أفراد العينة إلى (37%) ذكور و(63%) إناث.
- أغلب أفراد العينة كانوا ضمن الفئة العمرية من 31 سنة إلى 40 سنة حيث بلغت نسبتهم (35%)، والمتوسط الحسابي لأعمار أفراد العينة (36.06).

والمخطط التالي يوضح ذلك:

المخطط رقم (1)

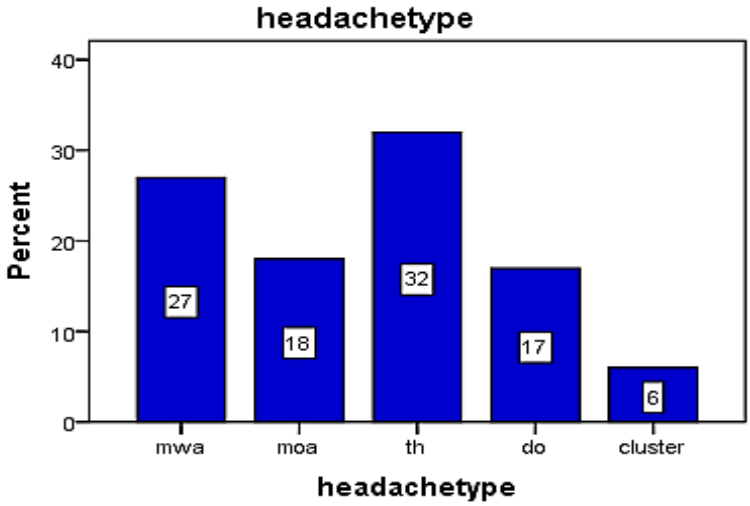
يبين التوزع النسبي لأفراد العينة وفقاً للمتغيرات (الجنس– العمر)



أما بالنسبة لتوزع أفراد العينة حسب نوع مرض الصداع فقد توزع مرضى الصداع إلى (32%) من المرضى لديهم صداع توتري (TH). (27%) من المرضى لديهم شقيقة بدون نسمة (MOA)، و(18%) مرضى شقيقة مع نسمة(MA)، و(17%) مرضى صداع معتمد على الدواء(MO)، و(6%) مرضى صداع عنقودي (Cluster)،

المخطط رقم (2)

يبين التوزع النسبي لأفراد العينة وفقاً لمتغير نوع مرض الصداع


headachetype
Percent
40
30
20
10
0
27
18
32
17
6
mwa
moa
th
do
cluster
headachetype

ثانياً: مصداقية الاختبار:

تم توزيع الاستبيانات المشخصة لاضطراب القلق المراد دراسته لكل فرد من أفراد العينة، وهي PSWQ (Penn State Worry Questionnaire) الذي يخص القلق المعمم. BSQ (Body) Sensation Questionnaire المشخص لاضطراب الهلع.

ACQ (Agoraphobic Cognitions Questionnaire) لرهاب الميادين. وحساب معامل الثبات أو المصداقية لبنود كل استبيان، كما يبين الجدول التالي:

الجدول رقم (2)

يبين قيم معامل ألفا كرونباخ للثبات

مرضى الصداع	عدد البنود	قيم معامل ألفا كرونباخ للثبات
PSWQ	16	.748
BSQ	17	.816
ACQ	15	.835

من الجدول السابق نجد أن معامل ثبات ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.748) لـ (PSQW)، و(0.835) لـ (ACQ) و (0.816) ل (BSQ) وجميع هذه القيم مقبولة لأغراض التحليل الإحصائي.

ثالثاً: الدراسة الوصفية:

1. دراسة إضطراب القلق المعمم GAD عند المرضى المصابين بالصداع:

تم سؤال أفراد العينة عن مظاهر إضطراب القلق المعمم وفق مقياس PSWQ والذي يتألف من 16 بند ولكل بند خمس احتمالات من 1 إلى 5 حسب شدة أعراضه، ومن أجل تحديد الأشخاص المصابين بالقلق المعمم تم حساب المتوسط الحسابي لمتوسط الشدة لكل فرد من أفراد العينة كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (3)

يبين قيمة المتوسط الحسابي لشدة إضطراب القلق المعمم وفق مقياس PSWQ عند مرضى الصداع

رقم المريض	متوسط PSWQ	رقم المريض	متوسط PSWQ	رقم المريض	متوسط PSWQ	رقم المريض	متوسط PSWQ
1	3.00	26	3.00	51	4.94	76	3.00
2	3.00	27	3.00	52	4.94	77	2.81
3	3.06	28	3.00	53	4.88	78	4.56
4	3.00	29	3.00	54	4.88	79	4.56
5	2.94	30	4.88	55	4.88	80	4.88
6	2.94	31	4.88	56	4.88	81	4.88
7	4.94	32	4.31	57	3.00	82	4.88
8	4.88	33	3.00	58	2.94	83	3.00
9	2.88	34	3.00	59	3.00	84	3.00
10	3.00	35	4.56	60	3.00	85	3.00
11	3.00	36	4.88	61	3.00	86	2.81
12	3.00	37	3.00	62	2.94	87	3.06
13	3.00	38	3.00	63	4.94	88	2.94
14	2.88	39	3.00	64	4.88	89	2.94
15	4.88	40	3.00	65	4.88	90	3.00
16	4.88	41	3.00	66	3.00	91	3.00
17	4.88	42	2.81	67	3.00	92	3.00
18	3.00	43	2.94	68	3.00	93	2.94
19	3.00	44	2.94	69	3.00	94	3.00
20	3.00	45	2.94	70	2.88	95	2.94
21	3.00	46	3.00	71	2.94	96	3.94
22	3.00	47	3.00	72	3.00	97	3.75
23	2.81	48	3.00	73	3.00	98	4.00
24	2.94	49	3.00	74	3.00	99	4.88
25	3.00	50	2.88	75	3.00	100	4.88

ومن الجدول السابق نجد المؤشرات التالية:

الجدول رقم (4)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتوسط شدة أعراض القلق المعمم

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
PSWQ Mean	3.4825	0.82122

من الجدول السابق نجد أن المتوسط الحسابي لمتوسط شدة أعراض القلق المعمم (3.48)، وبالتالي يكون الشخص لديه قلق معمم إذا كان متوسط الشدة أكبر من (3.48) والجدول التالي يبين ذلك:

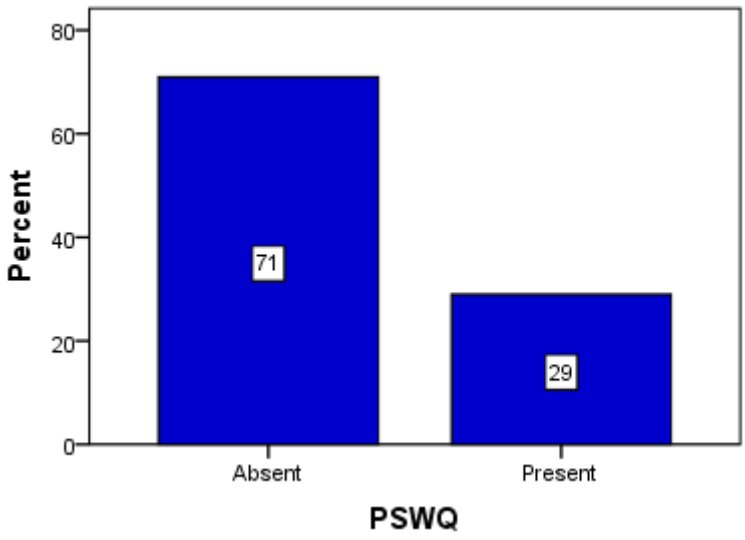
الجدول رقم (5)

يبين التوزع التكراري والنسبي لأفراد العينة وفقاً للقلق المعمم

PSWQ	التكرارات	النسبة المئوية
غائب	71	%71
موجود	29	%29
المجموع	100	%100

من الجدول السابق نجد أن 71% من أفراد العينة لا يعانون من القلق المعمم، مقابل 29% من أفراد العينة يعانون من القلق المعمم، وهذا ما يبينه المخطط التالي:

يبين التوزع النسبي لأفراد العينة وفقاً للقلق المعمم



_ توزيع المرضى حسب استبيان القلق المعمم وفقاً لمتغير الجنس:

الجدول رقم (6)

يبين وجود أو عدم وجود اضطراب قلق معمم عند أفراد العينة المصابين بالصداع وفقاً لمتغير الجنس

			PSWQ		الكلي
			غائب	موجود	
الجنس	ذكور	العدد	27	10	37
		النسبة المئوية	%73	%27	%100
	إناث	العدد	44	19	63
		النسبة	%69.80	%30.20	%100
العدد الكلي		العدد	71	29	100
		النسبة المئوية	%71	%29	%100

من الجدول السابق نجد أن:

- 27%(10) من أفراد العينة الذكور لديهم اضطراب قلق معمم
- 30.20% (19) من أفراد العينة الإناث لديهم اضطراب قلق معمم .

- توزيع المرضى حسب استبيان القلق المعمم وفقا" لنوع الصداع:

الجدول رقم (7)

يبين توزع أفراد العينة المصابين بالصداع وفقاً لنوع الصداع ووجود حالة الإضطراب المعمم

			PSWQ		الكلي
			غائب	موجود	
نمط الصداع	شقيقة بدون نسمة	العدد	19	8	27
		النسبة المئوية	%70.37	%29.63	%100
	شقيقة مع نسمة	العدد	12	6	18
		النسبة	%66.67	%33.33	%100
	صداع توتري	العدد	24	8	32
		النسبة	%75	%25	%100
	صداع دوائي	العدد	15	2	17
		النسبة	%88.24	%11.76	%100
	عنقودي	العدد	1	5	6
		النسبة	%16.67	%83.33	%100
الكلي		العدد	71	29	100
		النسبة	%71	%29	%100

من الجدول السابق نجد أن اضطراب قلق معمم موجود لدى:

_ (29.63%) من أفراد العينة المصابين بصداع الشقيقة بدون نسمة.

- (33.33%) من مرضى الشقيقة مع نسمة.
- (25%) من مرضى الصداع التوتري.
- (11.76%) من أفراد العينة المصابين بالصداع الدوائي.
- (83.33%) من مرضى الصداع العنقودي.

2. دراسة إضطراب الهلع (الأحاسيس الجسدية) وفق مقياس BSQ عند المرضى المصابين بالصداع:

من أجل تحديد الأشخاص المصابين باضطراب الهلع تم حساب المتوسط الحسابي لمتوسط الشدة لكل فرد من أفراد العينة كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (8)

يبين قيمة المتوسط الحسابي لشدة إضطراب الهلع وفق مقياس BSQ عند مرضى الصداع

رقم المريض	متوسط BSQ	رقم المريض	متوسط BSQ	رقم المريض	متوسط BSQ	رقم المريض	متوسط BSQ
1	5.00	26	2.820	51	5.00	76	2.76
2	1.94	27	2.410	52	5.00	77	2.59
3	1.94	28	1.820	53	1.94	78	2.59
4	2.12	29	2.710	54	2.65	79	2.59
5	2.06	30	5.000	55	2.71	80	2.65
6	2.00	31	5.000	56	2.24	81	2.76
7	5.00	32	2.410	57	2.71	82	2.18
8	2.12	33	5.000	58	2.12	83	2.18
9	1.59	34	1.820	59	2.59	84	2.76
10	2.35	35	5.000	60	2.47	85	2.18
11	1.12	36	2.290	61	1.59	86	2.82
12	2.29	37	2.350	62	2.76	87	2.53
13	2.12	38	2.290	63	5.00	88	2.24
14	1.47	39	1.880	64	5.00	89	2.82
15	5.00	40	2.710	65	2.53	90	2.82
16	2.41	41	2.470	66	2.65	91	5.00
17	2.06	42	2.650	67	2.71	92	2.65
18	5.00	43	2.650	68	2.47	93	2.41
19	1.53	44	2.060	69	2.82	94	2.88
20	2.47	45	2.410	70	2.29	95	2.24
21	5.00	46	2.180	71	2.18	96	5.00
22	5.00	47	2.410	72	2.47	97	4.00
23	2.18	48	5.000	73	2.76	98	5.00
24	2.29	49	1.940	74	1.24	99	5.00
25	2.35	50	1.880	75	2.47	100	5.00

ومن الجدول السابق نجد المؤشرات التالية:

الجدول رقم (9)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتوسط شدة إضطراب الهلع وفق مقياس BSQ

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
BSQ Mean	2.875	1.133

من الجدول السابق نجد أن المتوسط الحسابي لمتوسط شدة أعراض القلق المعمم (2.875)، وبالتالي يكون الشخص لديه اضطراب الهلع وفق مقياس إذا كان متوسط الشدة أكبر من(2.875) والجدول التالي يبين ذلك

الجدول رقم (10)

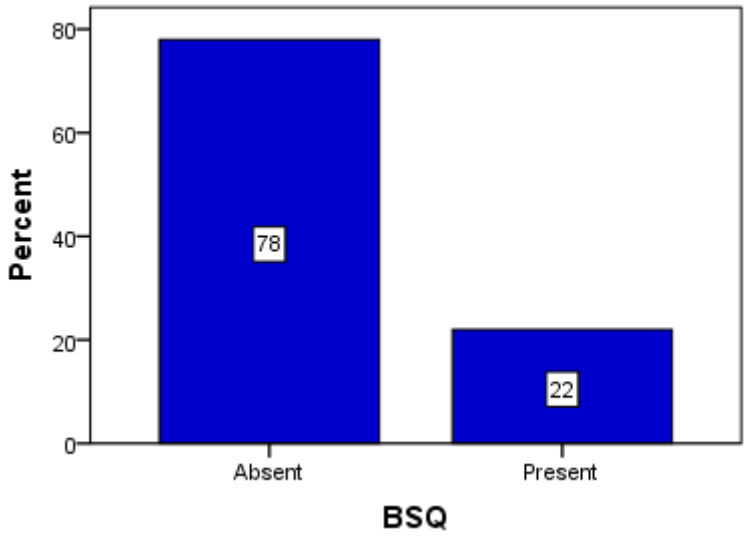
يبين التوزع التكراري والنسبي لأفراد العينة وفقاً لاضطراب الهلع وفق مقياس BSQ

اضطراب الهلع	التكرارات	النسبة المئوية
سلبي	78	%78
إيجابي	22	%22
المجموع	100	%100

من الجدول السابق نجد أن 78% من أفراد العينة لا يعانون من اضطراب الهلع، مقابل 22% لديهم اضطراب الهلع، وهذا ما يبينه المخطط التالي:

المخطط رقم (4)

يبين التوزع النسبي لأفراد العينة حسب اضطراب الهلع وفق مقياس BSQ



- توزيع مرضى اضطراب الهلع وفقاً لمتغير الجنس:

الجدول رقم (11)

يبين وجود أو عدم وجود اضطراب الهلع عند أفراد العينة المصابين بالصداع وفقاً لمتغير الجنس

			BSQ	الكلي
			غائب	موجود	
الجنس	ذكور	العدد	27	10	37
		النسبة	%73	%27	%100
	إناث	العدد	51	12	63
		النسبة المئوية	%81	%19	%100
العدد الكلي		العدد	78	22	100
		النسبة المئوية	%78	%22	%100

من الجدول السابق نجد أن:

- 27% (10) من الذكور لديهم اضطراب هلع.
- 19% (12) من الإناث لديهم اضطراب هلع.

- توزيع مرضى اضطراب الهلع وفقا" لنوع الصداع:

الجدول رقم (12)

يبين توزع أفراد العينة لنوع الصداع مع وجود إضطراب الهلع للمرضى المصابين بالصداع

			BSQ		الكلي
			غير موجود	موجود	
نمط الصداع	شقيقة بدون نسمة	العدد	22	5	27
		النسبة المئوية	%81.5	%18.5	%100
	شقيقة مع نسمة	العدد	15	3	18
		النسبة المئوية	%83.3	%16.7	%100
	توتري	العدد	27	5	32
		النسبة	%8.44	%15.6	%100
	دوائي	العدد	13	4	17
		النسبة	%76.5	%23.5	%100
	عنقودي	العدد	1	5	6
		النسبة	%16.70	%83.30	%100
الكلي		العدد	72	28	100
		النسبة	%72	%28	%100

من الجدول السابق نجد أن اضطراب الهلع موجود لدى:

- (18.5%) من أفراد العينة المصابين بصداع الشقيقة بدون نسمة.
- (16.7%) من أفراد العينة المصابين بالشقيقة مع نسمة.
- (15.6%) من أفراد العينة المصابين بالصداع التوتري .
- (23.5%) من أفراد العينة المصابين بصداع المسكنات.
- (83.3%) من المصابين بصداع (CLUSTER) لديهم إضطراب الهلع.

3. دراسة رهاب الأماكن وفق طريقة ACQ عند المرضى المصابين بالصداع:

تم حساب المتوسط الحسابي لمتوسط الشدة لكل فرد من أفراد العينة كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (13)

يبين قيمة المتوسط الحسابي لشدة رهاب الأماكن ACQ عند مرضى الصداع

رقم المريض	متوسط BSQ	رقم المريض	متوسط BSQ	رقم المريض	متوسط BSQ	رقم المريض	متوسط BSQ
1	3.31	26	2.00	51	1.94	76	2.75
2	2.75	27	1.75	52	2.94	77	2.63
3	1.88	28	1.75	53	1.88	78	2.75
4	1.88	29	1.75	54	1.94	79	2.88
5	0.94	30	2.75	55	2.00	80	2.31
6	4.69	31	2.75	56	2.19	81	3.00
7	3.75	32	2.00	57	1.50	82	2.75
8	0.94	33	3.13	58	2.13	83	2.63
9	0.94	34	2.00	59	1.75	84	2.00
10	2.81	35	3.25	60	1.69	85	1.94
11	2.81	36	2.00	61	1.69	86	2.06
12	2.81	37	4.69	62	2.25	87	1.94
13	2.81	38	2.00	63	1.94	88	1.94
14	2.81	39	2.00	64	1.88	89	1.94
15	2.88	40	2.00	65	4.69	90	1.94
16	2.81	41	1.88	66	2.25	91	1.69
17	2.00	42	1.88	67	2.75	92	1.94
18	4.19	43	1.88	68	1.75	93	1.81
19	2.06	44	1.88	69	4.69	94	2.00
20	1.75	45	1.88	70	1.69	95	2.06
21	4.69	46	1.88	71	1.69	96	2.00
22	2.75	47	1.88	72	2.25	97	2.00
23	1.75	48	1.94	73	2.25	98	2.00
24	1.75	49	4.69	74	2.75	99	1.94
25	1.75	50	1.88	75	2.25	100	1.94

ومن الجدول السابق نجد المؤشرات التالية:

الجدول رقم (14)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتوسط شدة رهاب الأماكن وفق مقياس ACQ

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ACQ Mean	2.90	0.94

من الجدول السابق نجد أن المتوسط الحسابي لمتوسط شدة رهاب الأماكن (2.9)، وبالتالي يكون الشخص لديه رهاب الأماكن وفق مقياس (ACQ) إذا كان متوسط الشدة أكبر من (2.90) والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (14)

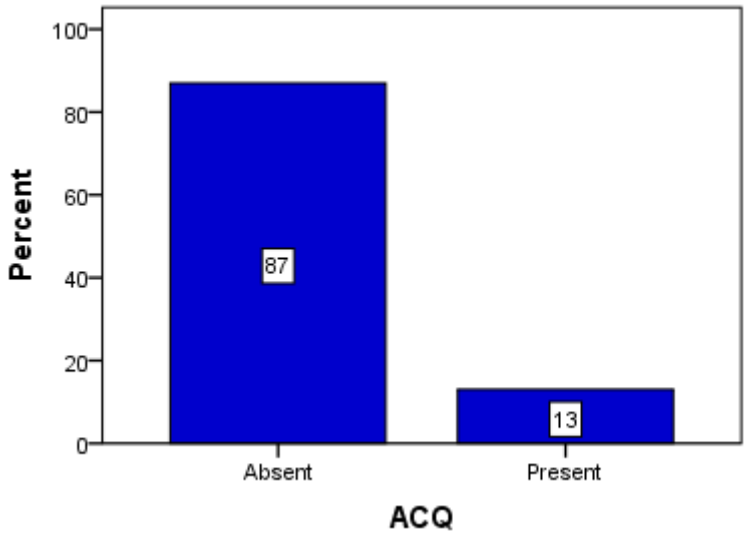
يبين التوزع التكراري والنسبي لأفراد العينة وفقاً لرهاب الأماكن وفق مقياس ACQ

رهاب الميادين	التكرارات	النسبة المئوية
غير موجود	87	%87
موجود	13	%13
المجموع	100	%100

من الجدول السابق نجد أن 87% من أفراد العينة لا يعانون من رهاب الأماكن، مقابل 13% من أفراد العينة يعانون من رهاب الأماكن، وهذا ما يبينه المخطط التالي:

المخطط رقم (5)

يبين التوزع النسبي لأفراد العينة وفقاً لرهاب الأماكن وفق مقياس ACQ



- تصنيف مرضى رهاب الأماكن وفقاً لمتغير الجنس، كما يبين الجدول التالي:

الجدول رقم (15)

يبين وجود أو عدم وجود رهاب الأماكن عند أفراد العينة المصابين بالصداع وفقاً لمتغير الجنس

			رهاب الأماكن		الكلي
			غائب	موجود	
الجنس	ذكور	العدد	29	8	37
		النسبة	%78.40	%21.60	%100
	إناث	العدد	58	5	63
		النسبة	%92.10	%7.90	%100
الكلي		العدد	87	13	100
		النسبة	%87	%13	%100

من الجدول السابق نجد أن اضطراب رهاب الميادين موجود عند:

- 21.6%(8) من الذكور و 7.9% (5) من الإناث

- توزيع مرضى رهاب الأماكن حسب نوع الصداع :

الجدول رقم (16)

يبين توزع أفراد العينة لنوع الصداع مع وجود رهاب الأماكن للمرضى المصابين بالصداع

			رهاب الأماكن		الكلي
			غائب	موجود	
نوع الصداع	شقيقة بدون نسمة	العدد	22	5	27
		النسبة	%81.50	%18.50	%100
	شقيقة مع نسمة	العدد	17	1	18
		النسبة	%94.40	%5.60	%100
	توتري	العدد	28	4	32
		النسبة	%87.50	%12.50	%100
	دوائي	العدد	15	2	17
		النسبة	%88.20	%11.80	%100
	عنقودي	العدد	5	1	6
		النسبة	%83.30	%16.70	%100
العدد الكلي		العدد	87	13	100
		النسبة	%87	%13	%100

من الجدول السابق نجد أن هلع الأماكن موجود عند:

- (18.5%) من أفراد العينة المصابين بصداع الشقيقة بدون نسمة.
- (5.6%) من أفراد العينة المصابين بصداع الشقيقة مع نسمة.
- (12.5%) من أفراد العينة المصابين بالصداع التوتري.
- (11.80%) من أفراد العينة المصابين بصداع المسكنات.
- (16.70%) من أفراد العينة المصابين بالصداع العنقودي.

ثالثاً: دراسة الفرضيات:

1. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إضطراب القلق المعمم وفق طريقة (PSWQ) والجرعة الدوائية اليومية لمرضى الصداع المعتمد على المسكنات عند مستوى دلالة إحصائية (α=0.05).

لمناقشة الفرضية تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان لدراسة معنوية العلاقة بين اضطراب القلق المعمم والجرعة الدوائية، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (17)

يبين نتائج اختبار معنوية الارتباط بين اضطراب القلق المعمم والجرعة الدوائية وفق معامل سبيرمان

الارتباط

			عدد حالات صداع سوء استعمال الدواء	القلق المعمم
Spearman's rho	عدد الحالات الدوائية	Correlation Coefficient معامل الارتباط	1.000	.344
		P-value	.	.176
		N عدد الحالات	17	17
	القلق المعمم	Correlation Coefficient معامل الارتباط	. 344	1.000
		P-value	.176	.
		N عدد الحالات	17	17

من الجدول السابق نجد أن (**P-value**= **.176**) أكبر من قيمة الدلالة الإحصائية (**α= 0.05**) وبالتالي لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجرعة الدوائية واضطراب القلق المعمم.

2. هل يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الهلع وفق طريقة (BSQ) والجرعة الدوائية اليومية لمرضى الصداع المعتمد على المسكنات عند مستوى دلالة إحصائية (α=0.05).

تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان لدراسة معنوية العلاقة بين اضطراب الهلع والجرعة الدوائية، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (18)

يبين نتائج اختبار معنوية الارتباط بين اضطراب الهلع والجرعة الدوائية وفق معامل سبيرمان

الارتباط

			صداع المسكنات	اضطراب الهلع
Spearman's rho	صداع المسكنات	Correlation Coefficient معامل الارتباط	1.000	.609**
		P-value	.	.010
		N	100	17
	الهلع	Correlation Coefficient معامل الارتباط	.609**	1.000
		P-value	.010	.
		N	17	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

من الجدول السابق نجد أن (P-value=0.010) أصغر من قيمة الدلالة الإحصائية (α= 0.05) وبالتالي يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجرعة الدوائية اليومية واضطراب الهلع، كما أن قيمة معامل الارتباط كانت (r= 0.609) وهذا يدل على ارتباط قوي وإيجابي ، والجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية للجرعة الدوائية واضطراب الهلع عند أفراد العينة:

الجدول رقم (19)

يبين التكرارات والنسب المئوية لأفراد العينة حسب الجرعة الدوائية اليومية وإضطراب الهلع

			اضطراب الهلع		الكلي
			غائب	موجود	
فرط المسكنات	غائب	العدد	8	4	12
		النسبة المئوية	%47.10	%23.5	%70.60
	موجود	العدد	0	5	5
		النسبة	0	%29.40	%29.40
الكلي		العدد	8	9	17
		النسبة	%47.10	%52.90	%100

حيث نلاحظ من الجدول أن كل أفراد العينة المصابين باضطراب الهلع يأخذون الدواء بشكل يومي.

3. هل يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين رهاب الأماكن وفق طريقة (ACQ) والجرعة الدوائية اليومية عند مستوى دلالة إحصائية (α=0.05).

باستخدام معامل ارتباط سبيرمان لدراسة معنوية العلاقة بين رهاب الأماكن والجرعة الدوائية، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (20)

يبين نتائج اختبار معنوية الارتباط بين رهاب الأماكن والجرعة الدوائية وفق معامل سبيرمان

الارتباط

			الصداع الدوائي	رهاب الأماكن
Spearman's rho	الصداع الدوائي	Correlation Coefficient معامل الارتباط	1.000	.322
		P-value	.	.167
		N	17	17
	رهاب الأماكن	Correlation Coefficient معامل الارتباط	.322	1.000
		P-value	.167	.
		N	17	17

من الجدول السابق نجد أن (**P-value** = 0.167) أكبر من قيمة الدلالة الإحصائية (**α=0.05**) وبالتالي لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجرعة الدوائية اليومية ورهاب الأماكن.

ـ دراسة مرضى العصبية

أولاً: وصف عينة الدراسة:

ضمت المجموعة 30 مريض من مرضى العيادة العصبية. مشخصين حسب رأي أخصائي الأمراض العصبية مع مراعاة عدم وجود صداع أو أحد معايير الاستبعاد. والجدول التالي يوضح الأمراض التي أدرج أصحابها بالدراسة:

الجدول رقم (21)

نوع المرض العصبي	عدد الحالات
صرع	5
باركنسون	3
تصلب لويحي	6
متلازمة نفق الرسغ	3
سكتة دماغية	7
نزف دماغي	4
التهاب سحايا	2

الجدول رقم (22)

يبين التوزع التكراري والنسبي لأفراد العينة مرضى العصبية وفقاً للمتغيرات (الجنس– العمر)

		التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	13	%43.33
	أنثى	17	%56.67
	المجموع	30	%100
فئات العمر	30>	13	%43.33
	40-31	6	%20
	50-41	6	%20
	60-51	4	%13.33
	61<	1	%3.34
	المجموع	30	%100
	المتوسط الحسابي	36.37	

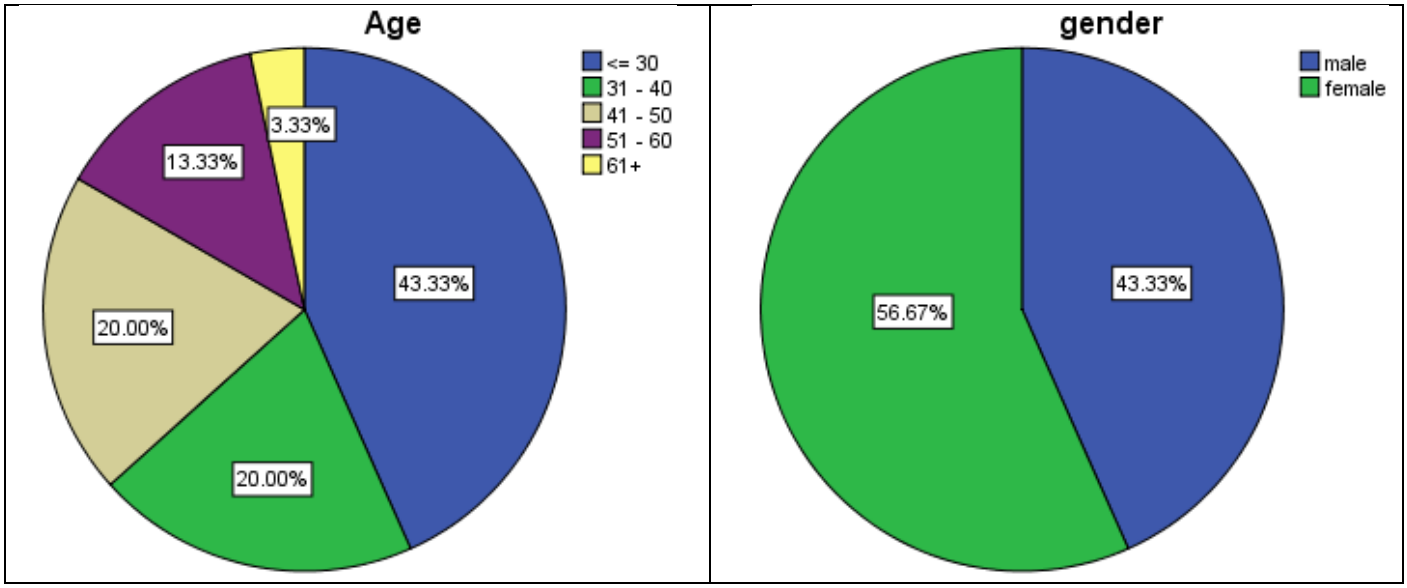
من الجدول السابق نجد:

- توزع أفراد العينة إلى (43.33%) ذكور و(56.67%) إناث.
- أغلب أفراد العينة كانت أعمارهم من30 سنة وأقل حيث بلغت نسبتهم (43.33%) كما بلغ المتوسط الحسابي لأعمار أفراد العينة (36.37).

والمخطط التالي يوضح ذلك:

المخطط رقم (6)

يبين التوزع النسبي لأفراد العينة وفقاً للمتغيرات (الجنس– العمر)



ثانياً: مصداقية الاختبار:

بتوزيع الاستبيانات على أفراد العينة، وحساب معامل الثبات لبنود الاستبيان:

الجدول رقم (23)

يبين قيم معامل ألفا كرونباخ للثبات

مرضى العصبية	عدد البنود	قيم معامل ألفا كرونباخ للثبات
PSWQ	16	.892
BSQ	17	.738
ACQ	15	.846

من الجدول السابق نجد أن معامل ثبات أو مصداقية ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.738) لـ (BSQ)، و(0.892) لـ (PSWQ) وجميع هذه القيم مقبولة لأغراض التحليل الإحصائي.

ثالثاً: الدراسة الوصفية:

1. دراسة إضطراب القلق المعمم وفق مقياس PSWQ عند مرضى العصبية:

تم حساب المتوسط الحسابي لمتوسط الشدة لكل فرد من أفراد العينة كما يبين الجدول التالي:

الجدول رقم (24)

يبين قيمة المتوسط الحسابي لشدة إضطراب القلق المعمم وفق مقياس PSWQ عند مرضى العصبية

رقم المريض	متوسط PSWQ		رقم المريض	متوسط PSWQ
1	2.81		16	3.31
2	2.75		17	2.94
3	3.06		18	3.19
4	3.13		19	2.88
5	2.94		20	3.13
6	3.63		21	3.38
7	3.69		22	3.38
8	3.69		23	3.75
9	3.13		24	3.75
10	2.94		25	3.75
11	3.00		26	3.13
12	2.75		27	2.81
13	3.38		28	5.00
14	3.38		29	5.00
15	3.38		30	5.00

ومن الجدول السابق نجد المؤشرات التالية:

الجدول رقم (25)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتوسط شدة أعراض القلق المعمم وفق مقياس PSWQ

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
PSWQ الوسطي	3.40	.624

من الجدول السابق نجد أن المتوسط الحسابي لمتوسط شدة أعراض القلق المعمم (3.40) عند مرضى العصبية، وبالتالي يكون الشخص لديه قلق معمم إذا كان متوسط الشدة أكبر من (3.40) والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (26)

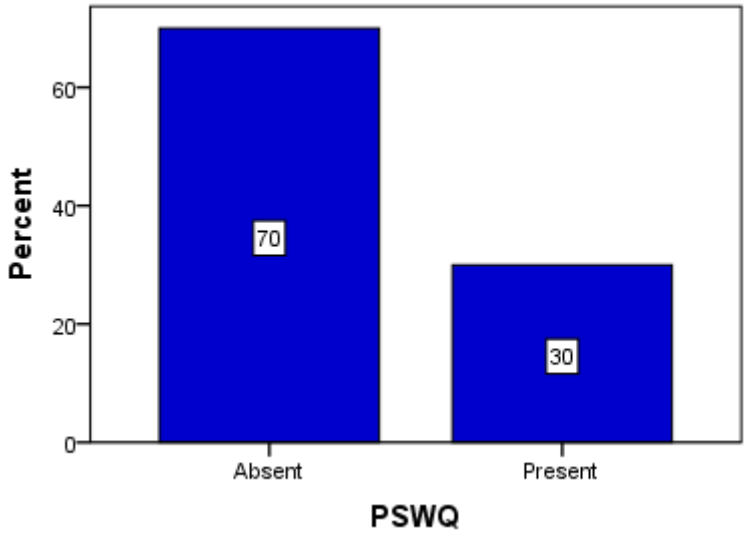
يبين التوزع التكراري والنسبي لأفراد العينة وفقاً للقلق المعمم

القلق المعمم	التكرارات	النسبة المئوية
غائب	21	%70
موجود	9	%30
المجموع	30	%100

من الجدول السابق نجد أن 70%من أفراد العينة لا يعانون من القلق المعمم، مقابل 30% من أفراد العينة لديهم الاضطراب، وهذا ما يبينه المخطط التالي:

المخطط رقم (7)

يبين التوزع النسبي لأفراد العينة وفقاً للقلق المعمم



- تم تصنيف مرضى القلق المعمم وفقاً لمتغير الجنس:

الجدول رقم (27)

يبين وجود أو عدم وجود اضطراب قلق معمم عند أفراد عينة الأمراض العصبية وفقاً لمتغير الجنس

			PSWQ		الكلي
			غير موجود	موجود	
الجنس	ذكور	العدد	9	4	13
		النسبة	%69.23	%30.77	%100
	إناث	العدد	12	5	17
		النسبة	%70.59	%29.41	%100
الكلي		العدد	21	9	%30
		النسبة	%21	%9	%30

من الجدول السابق نجد أن:

- 30.77(4) من الذكور و29.41% (5) من الإناث لديهم اضطراب قلق معمم.

2. دراسة إضطراب الهلع (الأحاسيس الجسدية) وفق مقياس BSQ عند المرضى المصابين بالعصبية:

بنفس الطريقة تم حساب المتوسط الحسابي لمتوسط الشدة لكل فرد من:

الجدول رقم (28)

يبين قيمة المتوسط الحسابي لشدة إضطراب الهلع وفق مقياس BSQ عند مرضى العصبية

رقم المريض	متوسط BSQ		رقم المريض	متوسط BSQ
1	1.88		16	2.60
2	2.00		17	3.67
3	2.12		18	4.29
4	1.59		19	5.00
5	5.00		20	2.76
6	1.00		21	4.11
7	4.29		22	2.76
8	2.06		23	4.00
9	1.47		24	2.71
10	2.71		25	2.71
11	3.00		26	2.71
12	2.47		27	2.71
13	2.47		28	1.59
14	2.71		29	1.59
15	2.65		30	5.00

ومن الجدول السابق نجد المؤشرات التالية:

الجدول رقم (29)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتوسط شدة إضطراب الهلع وفق مقياس BSQ

BSQ الوسطي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	2.85	1.09

ومنه نجد أن المتوسط الحسابي لمتوسط شدة أعراض القلق المعمم (2.85)، وبالتالي يكون الشخص لديه اضطراب الهلع وفق مقياس (BSQ) إذا كان متوسط الشدة أكبر من هذا الرقم والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (30)

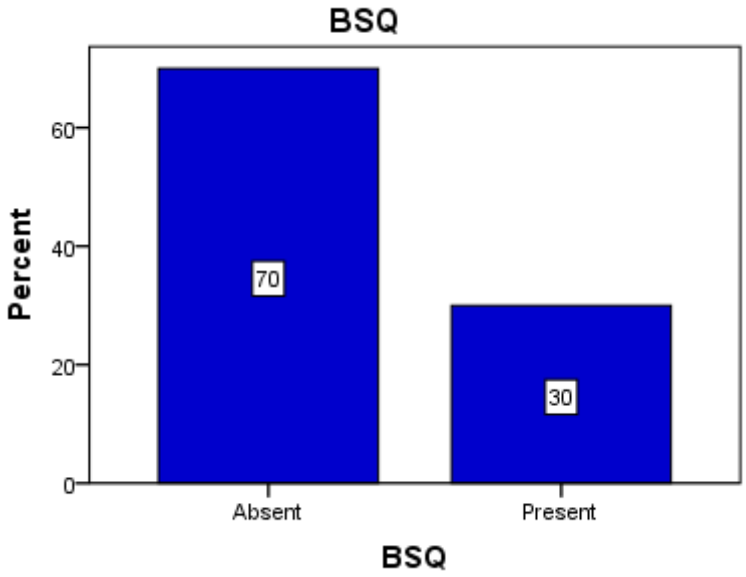
يبين التوزع التكراري والنسبي لأفراد العينة وفقاً لاضطراب الهلع وفق مقياس BSQ

اضطراب الهلع	التكرارات	النسبة المئوية
غير موجود	21	%70
موجود	9	%30
المجموع	100	%100

من الجدول السابق نجد أن 70% من أفراد العينة لا يعانون من اضطراب الهلع، مقابل 30% لديهم الهلع، وهذا مبين بالمخطط التالي:

المخطط رقم (8)

يبين التوزع النسبي لأفراد العينة وفقاً لاضطراب الهلع وفق مقياس BSQ



- تصنيف مرضى العصبية الذين شخص لديهم اضطراب الهلع وفقاً لمتغير الجنس:

الجدول رقم (31)

يبين وجود أو عدم وجود اضطراب الهلع عند أفراد العينة المصابين بالعصبية وفقاً لمتغير الجنس

			اضطراب الهلع		الكلي
			غائب	موجود	
الجنس	ذكور	العدد	9	4	13
		النسبة	%69.23	%30.77	%100
	إناث	العدد	12	5	17
		النسبة	%70.59	%29.41	%100
العدد الكلي		العدد	21	9	30
		النسبة	%70	%30	%100

من الجدول السابق نجد أن:

- 30.77%(4) من الذكور و29.41%(5) من الإناث لديهم اضطراب الهلع حسب معيار (BSQ).

3. دراسة رهاب الأماكن وفق طريقة ACQ عند عينة مرضى العصبية:

_ تم حساب المتوسط الحسابي لمتوسط الشدة لكل فرد:

الجدول رقم (32)

يبين قيمة المتوسط الحسابي لشدة رهاب الأماكن عند مرضى العصبية

رقم المريض	متوسط ACQ		رقم المريض	متوسط ACQ
1	2.87		16	2.87
2	2.83		17	3.20
3	3.00		18	2.73
4	2.47		19	2.27
5	3.20		20	2.27
6	2.87		21	1.87
7	2.74		22	2.80
8	2.60		23	3.67
9	2.33		24	2.67
10	2.53		25	3.53
11	2.53		26	3.67
12	2.40		27	2.47
13	2.67		28	4.00
14	2.73		29	3.73
15	2.67		30	5.00

ومن الجدول السابق نجد المؤشرات التالية:

الجدول رقم (33)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتوسط شدة رهاب الأماكن وفق مقياس ACQ

ACQ الوسطي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	2.905	0.630

من الجدول السابق يكون الشخص لديه رهاب الأماكن وفق مقياس (ACQ) إذا كان متوسط الشدة أكبر من (2.905) والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (34)

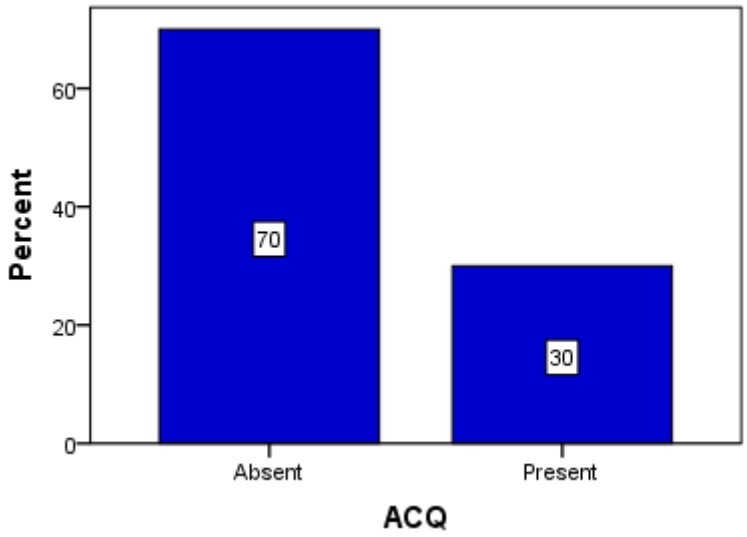
يبين التوزع التكراري والنسبي لأفراد العينة وفقاً لرهاب الأماكن وفق مقياس ACQ

ACQ	التكرارات	النسبة المئوية
غائب	21	%70
موجود	9	%30
المجموع	100	%100

من الجدول السابق نجد أن 70% من أفراد العينة لا يعانون من رهاب الأماكن، مقابل30% وهذا ما يبينه المخطط التالي:

المخطط رقم (9)

يبين التوزع النسبي لأفراد العينة وفقاً لرهاب الأماكن وفق مقياس ACQ


Percent
60
40
20
0
70
30
Absent
Present
ACQ

– مقارنة الاضطرابات (اضطراب القلق المعمم – اضطراب الهلع – رهاب الأماكن) بين مجموعتي (الصداع – العصبية):

– هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين عند مستوى دلالة إحصائية (α=0.05).

لمناقشة الفرضية تم استخدام اختبار مان وتني (Mann – Whitney U) كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (35)

يبين قيمة اختبار مان وتني وقيمته الاحتمالية لمقارنة عدد حالات اضطراب القلق المعمم

العينة المدروسة		عدد الحالات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة اختبار مان وتني	P-value
PSWQ	الصداع	100	65.35	6535	1485	0.916
	أمراض عصبية أخرى	30	66	1980		
BSQ	الصداع	100	64.30	6430	1380	0.368
	أمراض عصبية أخرى	30	69.50	2085		
ACQ	الصداع	100	62.59	6259	1245	0.030
	العصبية	30	74	2220		

من الجدول السابق نجد:

- قيمة المعنوية (P–value = 0.916) لاضطراب القلق المعمم أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (α=0.05) وبالتالي لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عدد حالات اضطراب القلق المعمم بين المجموعتين.
- قيمة المعنوية (P–value= 0.368) من أجل اضطراب الهلع أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية (α=0.05)..أيضا" لا توجد فروق إحصائية.
- قيمة المعنوية (P–value=0.030) بالنسبة لرهاب الميادين أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (α=0.05) وبالتالي يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عدد حالات رهاب الميادين . وهذه الفروق لصالح مرضى الصداع.

مناقشة النتائج:

تشمل الدراسة مجموعتين من المرضى. الأولى تضم 100 مريض لديهم صداع مزمن بدئي أو ثانوي معتمد على المسكنات وفقاً لمعايير التصنيف الدولي للصداع ICHD-2.

بلغ عدد الإناث 63 بمعدل (63%) وعدد الذكور 37(37%). أي نسبة الإناث ضعف الذكور تقريباً.

تراوحت أعمار المرضى بين (15-70)سنة. كان متوسط الأعمار 36.06 كما لوحظ أن الفئة العمرية (31- 40) هي الفئة الأكثر سيطرة بنسبة 35% مما يبين أن الصداع يصيب الأعمار المتوسطة غالباً.

بلغ شيوع الصداع بنمطه التوتري 32%. يليه صداع الشقيقة بدون نسمة بنسبة 27%. ثم صداع الشقيقة مع نسمة 18%. صداع سوء استعمال الدواء 17%. العنقودي في 6% من الحالات.

اعتماداً على الاستبيانات العالمية لتشخيص اضطرابات القلق. حيث تمت دراسة وجود اضطراب القلق المعمم وفقاً لاستبيان PSWQ تبين أن 29% فقط لديهم إيجابية هذا الاضطراب منهم 27% من الذكور (10ذكور). و30.20 %من الإناث (19مريضة).

كانت النسبة الأكبر موجودة لدى مرضى الصداع العنقودي 83.33%. يليه نمط الشقيقة مع نسمة بنسبة 33.33% .

بالنسبة لاضطراب الهلع واستخدم فيه معيار BSQ. كانت نسبة شيوعه في عينة الدراسة 22%. منهم 27% من الذكور (10) مقابل 19% من الإناث (12). شخص بالنسبة الأعلى لدى مرضى العنقودي 83.33%. يليه الصداع الدوائي بنسبة 23.5%.

أما رهاب الميادين تبين وجوده حسب ACQ بنسبة 13%. لدى (21.6)% من عينة الذكور و(7.9%) من الإناث. وأغلب أنماط الصداع المرافقة هنا الشقيقة بدون نسمة (18.5%).

مما سبق نجد أن الاضطراب الناتج الأكثر شيوعاً هو اضطراب القلق المعمم بنسبة 29% يليه اضطراب الهلع. وأخيراً رهاب الميادين.

المجموعة الثانية من المرضى ضمت بشكل عشوائي30 مريض لديهم مرض عصبي آخر غير الصداع لمقارنة المجموعتين من ناحية معدل انتشار القلق. بالنسبة لهذه المجموعة نجد أن الأشكال المختلفة من اضطرابات القلق المدروسة وجدت بنفس نسبة الشيوع حوالي 30% (9 مرضى) بدون فروق إحصائية بينها.

لمقارنة المجموعتين السابقتين (الصداع- الأمراض العصبية) من حيث التشارك مع الاعتلال النفسي تم استخدام اختبار (Mann –Whitney U) عند مستوى دلالة إحصائية (α=0.05) لم تظهر فروق إحصائية من ناحية أرجحية وجود القلق المعمم أو الهلع. في حين كان هناك فارق بالنسبة لرهاب الميادين لصالح مرضى الصداع حيث بلغت P-value =0.030 لتحديد العلاقة بين صداع فرط المسكنات وتشاركه مع اضطرابات القلق. استخدم معامل ارتباط سبيرمان عند قيمة α = 0.05. لم نجد علاقة مهمة إحصائياً بين الجرعة الدوائية وبين القلق المعمم أو رهاب الميادين. في حين وجد ارتباط قوي وإيجابي مع اضطراب الهلع BSQ حيث p-value= 0.010 . وقيمة معامل الارتباط r= 0.609

المقارنة مع دراسات أخرى:

1_تمت المقارنة مع دراسة ألمانية. أجريت في ميونيخ. جامعة Ludwig- Maximilians سنة 2009 ونشرت في مجلة الصداع والألم سنة 2011. ضمت 100 مريض صداع مزمن توتري. شقيقة مع أو بدون نسمة. معتمد على المسكنات. نسبة الإناث 82% ونمط الصداع الأشيع كان MOA (70%) يليه الدوائيMO (17%). وأخيراً التوتري بنسبة (3%).

إضافة لمجموعة مقارنة شملت 20 مريض عصبية آخرين حسب التصنيف العالمي للأمراض كانت النتيجة بعد تجميع نتائج الاستبيانات. 37% من المرضى لديهم قلق معمم. مقابل 27% اضطراب هلع و4% لرهاب الميادين.

كانت العلاقة حسب معامل سبيرمان مميزة بين صداع المسكنات و اضطراب الهلع حيث P =0.028 دون وجود ارتباط مع الاضطرابين الآخرين. وهذا النتائج توافق ما وصلنا إليه. بينما بمقارنة مجموعتي العصبية والصداع كان الفرق واضحاً لاضطراب القلق المعمم وذلك لصالح مرضى الصداع في حين لم توجد فروق مهمة بالنسبة للبقية بالرغم من أرجحيتها أيضاً عند مرضى الصداع. وهذا مخالف لدراستنا.

2_ دراسة HADAS (Headache Anxiety-Depressive Disorders). دراسة إيطالية سنة 2005 شملت 13 مركز طبي. وضمت 374 مريض ممن لديهم شقيقة أو صداع توتري لدراسة القلق والاكتئاب لديهم. كان القلق المعمم موجوداً بنسبة 18.4%. مقابل 12.4% للهلع وهذا موافق لما جاء بدراستنا.

3_ دراسة أخرى سنة 1998 في تايوان. نشرت في مجلة الصداع سنة 2000. على 261 مريض لديهم صداع بدئي مزمن وسطي أعمارهم 46 سنة. لدراسة الاضطرابات النفسية المختلفة لديهم حسب Mini-International Neuropsychiatric Interview نسبة تشخيص الهلع 30% مقارنة ب 8% للقلق المعمم فقط . وهذا مخالف لما سبق.

4_ دراسة حشدية سنة 1997 في Edinburg-Scotland على 300 مريض من مرضى العيادات العصبية المتخصصة لتقييم الاضطرابات النفسية وتأثيرها على نوعية الحياة والنشاط الوظيفي. 43%من المرضى الذين أكملوا الدراسة كان لديهم مرض عصبي معروف مقابل 23% لديهم صداع مزمن.

حسب معايير DSM نتج أن 25% من مرضى العصبية لديهم اضطرابات نفسية أغلبها الاكتئاب ثم الاضطرابات الجسدية تليها اضطرابات القلق. في حين 75% من عينة الصداع لديهم اضطرابات نفسية بشكل عام.

الخلاصة:

تبين من هذه الدراسة وبالمقارنة مع دراسات عالمية مشابهة وجود ارتباط وثيق بين الصداع المزمن وبعض أنواع اضطرابات القلق مع وجود اختلاف في نوع ومعدل انتشار الاضطراب المشارك. فبعض الدراسات تظهر أرجحية القلق المعمم عند مريض الصداع (في دراستنا 27% لديهم قلق معمم. يليه اضطراب الهلع بنسبة 22% أخيراً رهاب الميادين 13% في حين دراسات أخرى أظهرت العكس.

نستدل من الدراسة على أثر العامل الدوائي في آلية تطور الاضطراب النفسي عند مريض الصداع حيث توافقت النتائج مع الدراسة الألمانية التي اهتمت بخصوص هذا الموضوع من خلال الارتباط بين استخدام مسكنات الصداع عموماً واضطراب الهلع بشكل خاص لذا لا بد من أبحاث أشمل حول وجود علاقات سببية وموضوعية لهذا التشارك.

تغايرت النتائج بالنسبة لمدى انتشار اضطراب القلق عند مريض الصداع مقارنة بمريض عصبية آخر ففي دراستنا لم تبرز فروق واضحة بين المجموعتين بالنسبة للقلق المعمم أو الهلع ما عدا رهاب الميادين. أما في الدراسات الأخرى تبين ترافق الاضطرابات النفسية عند مجموعة الصداع بشكل أكبر.

قد تعود هذه الفروق إلى:

- طريقة الدراسة والأسلوب المستخدم من خلال السؤال المباشر وتقدير المريض الشخصي لإيجابية وشدة الأعراض لديه.
- اختلاف نمط الحياة ومستوى الشدة النفسية التي يتعرض لها أفراد المجتمع إضافة لاختلاف البنية الثقافية والنفسية باختلاف المجتمعات.
- يؤخذ على هذه الدراسات بشكل عام صغر حجم العينات المدروسة. كما أن أغلبية مرضى الصداع هم من الإناث عموماً. إلى جانب الاستخدام المتكرر للمسكنات لديهم مقارنة بمجموعة العصبية. إضافة لعدم إدراج بقية الرهابات كالرهاب النوعي والاجتماعي والوسواس القهري وغيرها..

المراجع:

- القسم النظري-

1. Gopa B. Green, Ian S. Harris, Grase A, Lin, The Washington Manual of Medical Therapeutics 31st Edition, 2008.

2. Ward T, Morris L, Phillips JM. Evaluation and management of headache. Med Clin North Am2001;85:971–96.

3. Marcelo E. Bigal, Fred .CHRONIC DAILY HEADACHE AND ITS SUBTYPES. Continuum,(2006)Issue 6

4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (2004) The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia 24(Suppl 1):9-160

5. Epidemiology of headache, Handbook of Clinical Neurology, 2010, pages 3_22 Headache

6. Headache classification Committee. (2006) New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. Cephalalgia

7. Goadsby, Peter. Pathophysiology Of Migraine Continuum, December 2006 Issue 6.

8.Limmroth V, Przywara S. Analgesics. In: Diener HC, ed. Drug treatment of migraine and other headaches. New York: Karger, 2000:30–43.

9. Jensen R. Mechanisms and management of nsion-type headache.Cephalagia2001,449-50

10. Pascual J (2009) Other primary headache. Neurol Clin

11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision , Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

12. Sadock Benjamin James, Sadock Virginia Alcott: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition، Lippincott Williams & Wilkins publishing

13. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Archives of General Psychiatry, 2005 Jun;62(6):617-27

14. Ebert H Michael, Loosen T Peter, Nurcombe Barry, Leckman F James: Current Psychiatry Diagnosis & Treatment, 2nd edition.

القسم العملي:

1. Lipchik GL. Penzien DB (2004) Psychiatric comorbidities in patients with headache. Demin Pain Med 2:93–105

2. Zwart J-A. Dyb G. Hagen K. (2003) Depression and anxiety disorders with headache frequency The Nord-Trondelag study. Eur J Neurol 10: 147–15

3. Holzhammer J. Wo¨ber C (2006) Nichtalimenta¨re triggerfaktoren bei migra¨ne und kopfschmerz vom spannungstyp. Schmerz20:226–237

4. Ozyalcin SN. Talu GK. Kiziltan E. Yucel B The efficacy and safety of venlafaxine in the prophylaxis of migraine. Headache 45(2):144–152

5. Gonda X Rihmer Z (2007) High anxiety and migraine are associate with the s allele of the5HTTLPR gene polymorphism. Psychiatry Res 149:261–26

6. Van Rijsoort S. Emmelkamp P. Vervaeke G (1999) The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire. Clin Psychol Psychother 6:297–307

7. Hoyer J. Helbig S. Margraf J (2005) Diagnostik der Angststo¨rungen.Hogrefe. Go¨ttingen

8. Ehlers A. Margraf J. Chambless D (2001) Fragebogen zu ko¨rperbezogenen Angsten. Kognitionen und Vermeidung Go¨ttingen: Beltz-Test

9. Mehlsteibl D. Schankin C. Hering P. Straube A (2011) Anxiety disorders in headache patients in a specialised clinic: J Headache Pain 12:323–329

10. Cason AJ. Ringbauer B. MacKenzie L (2000) Neurological disease. emotional disorder. and disability: they are related.J Neurol Neurosurg Psychiatry 68:202–206

11. Beghi E. Bussone G. D'Amico D. Cortelli P. Cevoli S. Manzoni GC. (2010) Headache. anxiety and depressive disorders: the HADAS study.J Headache Pain 11:141–150

12. Juang K-D. Wang S-J. (2000) Comorbididity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. Headache 40:818–823.