

البروفيل النفسي وبعض الخصائص النفسية والسلوكية لدى مريضات الديستونيا

إيمان عبد الهادي الخولي

د/ داليا محمد خطاب

مدرس علم النفس الاكلينيكي

كلية الآداب - جامعه كفر الشيخ

## ملخص.

هدفت هذه الدراسة للتعرف على البروفيل النفسي وبعض الخصائص النفسية والسلوكية لدى مريضات الديستونيا من خلال تطبيق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، إذ تم اختيار أربع مشاركات من الإناث المصابات بالديستونيا في عمر (١٧، ١٩، ٢٠، ٢١) عاماً، لتطبيق أدوات البحث عليهم، ومن أجل التوصل لنتائج البحث قامت الباحثتين بإجراء مقابلات إكلينيكية مع الوالدين، وبناء مقياس لخصائص النفسية والسلوكية لمرضى الديستونيا، ولتحديد تلك الخصائص تم تطبيق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، كما تم القيام بتحليل كل أداة تم استخدامها في البحث، وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:- تبين من خلال تحديد خصائص البروفيل النفسي للحالات السريرية وفقاً لمحتوى تحليل المقابلة، بأنها تعاني من اضطراب في الخصائص النفسية والسلوكية.

**الكلمات المفتاحية:- البروفيل النفسي، والخصائص النفسية والسلوكية، والديستونيا، واختبار رسم المنزل والشجرة والشخص.**

## مقدمة.

تنتشر الاضطرابات النفسية بشكل كبير في المرضى الذين يعانون من خلل التوتر ولها تأثير عميق على نوعية الحياة. والمرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي كثيراً ما يستوفون معايير اضطرابات القلق، وخاصة الرهاب الاجتماعي، واضطراب الاكتئاب الشديد. كما تم إثبات أوجه القصور في المعالجة العاطفية في بعض مجموعات خلل التوتر العضلي. و غالباً ما يسبق ظهور الاضطرابات النفسية في المرضى الذين يعانون من خلل التوتر ظهور الأعراض الحركية مما يشير إلى أن الفيزيولوجيا المرضية لخلل التوتر العضلي نفسه يساهم في نشأة الاضطرابات النفسية وأن اضطرابات المزاج والقلق جزء لا يتجزأ من البيولوجيا العصبية لخلل التوتر العضلي (Zurowski, McDonald, Fox & Marsh, 2014, 1-10).

تاريخياً: تأرجح التصنيف التشخيصي لخلل التوتر العضلي البؤري بين قطبي اعتباره اضطراباً ينطوي على مرض دماغي من ناحية (أي اضطراب "عضوي" أو عصبي) ، مقابل اضطراب "وظيفي" أو نفسي من ناحية أخرى . لم تُنسب الاضطرابات الوظيفية إلى خلل في الدماغ ، بل إلى متلازمة نفسية كامنة ناتجة عن محاولة حل نزاع نفسي غير واع (Zurowski, McDonald, Fox & Marsh, 2014, 1-10).

يُعد خلل التوتر أو الديستونيا أحد المتلازمات الطبية الحركية، وهي عبارة عن انقباض مستمر في مجموعة من العضلات، هذا الانقباض الذي يُمكن أن يؤدي أحياناً إلى حركات مشوهة ومتكررة تتخللها وضعيات غريبة للأطراف أو العنق أو الجسم بأكمله، كما يُمكن أن تُسبب صعوبات في الوقوف أو المشي إلى درجة السقوط (Roy, Oldehinkel & Hartman, 2017).

خلل التوتر العضلي هو اضطراب حركي يتميز بانقباضات عضلية مستمرة أو متقطعة تسبب أوضاعاً غير طبيعية أو حركات متكررة أو كليهما. تم تحديد البحث في خلل التوتر العضلي من قبل عدة عوامل. أولاً، خلل التوتر العضلي غير شائع. لا يُعد خلل التوتر اضطراباً منفرداً ولكنه عائلة من الاضطرابات غير المتجانسة ذات المظاهر السريرية المتنوعة والأسباب المختلفة. يمكن رؤية الأنواع الفرعية المختلفة من قبل مقدمي الخدمات في تخصصات إكلينيكية مختلفة بما في ذلك طب الأعصاب وطب العيون وطب الأنف والأذن والحنجرة وغيرها (Berkmen, Wright, Perlmutter, et al., 2021).

وتظهر هذه الحركات وتزداد حدتها أكثر عند الإتيان بحركة تتطلب تحريك تلك العضلات المصابة، كالعزف أو الرسم، ولكنها قد تظهر أيضاً وخصوصاً في حالاتها الصعبة في حالات الراحة كوضعية ثابتة، وعندها يكون المريض طريح الفراش ولا يستطيع القيام بوظائفه، وقد يكون متموضعاً في عدد قليل ومحدود من العضلات، مثل: خلل التوتر البؤري، أو في طرف واحد من الأطراف أو في العنق أو الوجه وبالأخص في عضلات العينين، أو في نصف الوجه أحياناً بعد الشلل النصفي في الوجه، كما يظهر أحياناً خلال نشاط معين مثل: الكتابة، والرسم. (Boesch, Zech, Jech, Skorvanek, Weber, Wagner, 2020).

بالإضافة إلى الحركات غير الطبيعية التي تتداخل مع أنشطة الحياة اليومية، غالباً ما يرتبط خلل التوتر بالألم، يعاني ما يقرب من ثلثي المرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي من ألم شديد في الرقبة أو الكتفين، وما يقرب من نصف المرضى من ألم في الذراع أو اليد، بالإضافة إلى آلام العضلات، وتعتبر المضاعفات العظمية التي تنتج عن وضعيات غير طبيعية مصدراً للألم المزمن للعديد من مرضى خلل التوتر العضلي، وتؤدي هذه التشوهات والقيود المفروضة على الحركة والألم إلى تدهور نوعية الحياة، وتقع الاختبارات المعيارية لنوعية الحياة في خلل التوتر العضلي في نفس نطاق مرضى باركنسون والتصلب المتعدد والسكتة الدماغية، فضلاً عن الاكتئاب، والقلق، والرهاب المحدد والكمال، والعصابية (Roy, Oldehinkel & Hartman, 2017).

ويشير بعض الباحثين احتمال أن تكون الأعراض الحركية والنفسية قد يكون خلل التوتر العضلي البؤري المعزول الكامن، والذي قد يعكس آليات مختلفة من المرض، هذه الأمراض النفسية المصاحبة، كثيراً ما ترتبط بالقلق وأعراض الاكتئاب شائعة جداً وتعتبر عناصر مستقلة عن المرض تُعرف بالأعراض غير الحركية لخلل التوتر العضلي البؤري وكذلك ظهور اضطرابات الشخصية (Bradnam, Meiring, Boyce, Cambridge, 2021).

فقد وُجد العديد من سمات الشخصية بين الأشخاص المصابين بخلل التوتر العضلي البؤري عند مقارنتها بالأفراد غير المتأثرين، بما في ذلك زيادة الوعي واللفظ وأقل انفتاحاً، وتمثل الجينات الموجودة جزءاً صغيراً فقط من جميع الأشخاص المصابين بخلل التوتر العضلي ولا تتنبأ بالانتشار أو الشدة أو البداية أو معدل التقدم، وتساعد سمات الشخصية في التمييز بين الفروق الفردية من حيث الخصائص الصفات أو الأفكار أو السلوكيات، وبعد أحد أهم النماذج في الوصف الشخصية هي النموذج الخماسي، الذي يُقيم سمات شخصية معينة مثل: (الانفتاح، والضمير، والانبساط، التوافق، والاستقرار العاطفي)، وهذه الأبعاد دقيقة وصحيحة وموثوقة، وقد تم استخدامها على نطاق واسع، وكذلك الاختبارات الإسقاطية، حيث يتم اقتراح ملفاً شخصياً محدداً لخلل التوتر العضلي، الذي يجب التعامل معه باعتباره اضطراباً عصبياً نفسياً بدلاً من كونه حركة نقيية (Sanderman, Jeronimus, Riese, Ormel, 2014).

ويمكن أن يؤدي الميل إلى السؤال: كيف يؤثر ذلك على وظائف الجزء العلوي من الأطراف، جنباً إلى جنب مع أنشطة الحياة اليومية والمشاركة المجتمعية؟ حتى الآن، لا توجد بيانات حول هذه المسألة، لذلك سعت الدراسة إلى مقارنة الاختلاف في عوامل الشخصية لدي عينة إكلينيكية من مريضات الديستونيا، وكذلك لتقييم الارتباطات المحتملة بين عوامل الشخصية من خلال الرسم الإسقاطي وتقرير البروفيل النفسي ودراسة الخصائص النفسية والسلوكية (Morgan, Eccles, Greasley, 2021).

هذا ويعد الرسم من أسهل الأدوات التي يلجأ إليها الفرد للتعبير عن مشاعره المكبوتة واللاشعورية فضلاً أنها وسيلة إسقاطية يمكن من خلالها تفهم نفسه الفرد واتجاهاته وميوله ورغباته المكبوتة، إلا أن تطبيقه يعد شديد الصعوبة مع هذه العينة خاصة في ضوء الخلل الحادث في الجزء العلوي، وقد فضل الباحثين ذلك لأنه في حالة الحصول على معلومات في هذه الحالة تحدث الفائدة، حيث رأى فرويد أن الرسم هو إعلاء لمحتويات اللاوعي، وهو شكل من أشكال التعويض عند يونج، والذي يكشف عن العوامل الشخصية للفرد (Enders, Spector, Altenmuller, Schmidt, Klein, Jabusch, 2011; Ellement, B.; Jasoui, Y.; Kathol, Nosratmirshekarlou, Pringsheim, Sarna, Callahan, Martino, 2021).

ويعد اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص من أقوى الأدوات التشخيصية والاختبارات الإسقاطية، وفي نفس الوقت، ووسيلة تدريبية علاجية للتخلص من بعض الانفعالات، وقد تم استخدام هذا الاختبار خصيصاً لصعوبته لدى هذه الفئة للحصول على تشخيص مناسب للإجابة على سؤال إلى أي مدى يمكن أن يساعد تطبيق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص في مساعدة مرضى الديستونيا على استخراج صراعاته الداخلية نتيجة الإصابة؟ (Kajonius, Mac Giolla, 2017).

وكون خلل التوتر العضلي هو مجموعة نادرة وغير متجانسة من الاضطرابات، فلها تأثير عميق على جودة الحياة، وجميع العلاجات الحالية لها قيود كبيرة، وهناك حاجة ماسة إلى علاجات جديدة أو محسنة، لذا دعت الحاجة إلى إجراء مزيد من التجارب السريرية لمعرفة طبيعة المرض، ولعل السبب الرئيسي في عدم كشف طبيعة المرض حتى الآن هو أن هناك دراسات متعددة حول عدم التجانس السريري بين حالات خلل التوتر العضلي المختلفة، والطبيعة التقدمية لبعض حالات خلل التوتر العضلي، ومعايير التشخيص، وأدوات التقييم السريري، والنتائج التي أبلغ عنها المريض، وأدوات القياس الرقمية، والمؤشرات الحيوية للتشخيص أو الشدة، وتلك الأمور لها أهميتها في الحصول على تشخيص جيد للوصول السهل إلى العلاجات الفعالة التي تتحكم في العواقب الوخيمة للاضطراب، وفهم أفضل لمسببات وأمراض خلل التوتر العضلي، كما توفر تشوهات التصوير العصبي "النمط الظاهري الداخلي" المحتمل، ولكن معظمها غير عملي كمؤشرات حيوية إكلينيكية (Powis, Towne, Hagman, Blanco, Palmaer, 2019).

ويتم تصنيف المظاهر السريرية العديدة المختلفة لخلل التوتر وفقاً للعمر في البداية، ومنطقة الجسم المتأثرة، والجوانب الزمنية، والسمات السريرية المرتبطة بها، ويستخدم مصطلح "خلل التوتر العضلي المعزول" (المعروف سابقاً باسم "خلل التوتر العضلي الأولي") عندما يكون خلل التوتر هو اضطراب الحركة الوحيد الذي تم تحديده، مع أو بدون رعاش، في المقابل يتم استخدام مصطلح "خلل التوتر العضلي المشترك" (المعروف سابقاً باسم "خلل التوتر العضلي الثانوي" أو "خلل التوتر العضلي الإضافي") عندما يتم دمج خلل التوتر العضلي مع مشاكل عصبية أخرى، مثل

(باركنسون، أو رمع عضلي، أو ترنج)، وتظهر الأنواع الفرعية الأكثر شيوعاً من خلل التوتر العضلي المعزول عند البالغين على مدى أسابيع أو أشهر في منطقة واحدة من الجسم، مع انتشارها إلى مناطق أخرى على مدى سنوات عديدة، والتي يمكن أن تتأثر أي منطقة من الجسم، ولكن المناطق الأكثر شيوعاً تشمل الرقبة (خلل التوتر العنقي، المعروف أيضاً باسم الصعر)، والوجه (تشنج الجفن وخلل التوتر العضلي القحفي المرتبط به، والذي يُطلق عليه أحياناً متلازمة ميچ)، والحنجرة (خلل التوتر الحنجري، المعروف أيضاً كخلل النطق التشنجي)، أو طرف (على سبيل المثال، تقلص الكاتب أو خلل التوتر العضلي للموسيقي)، ويتأثر الأطفال بشكل أقل شيوعاً من البالغين، على الرغم من أنه من المرجح أن يتقدموا إلى أشكال معقدة أكثر شدة (Junker, Berman, Hall, Wahba, Brandt, Perlmutter, 2021).

### مشكلة الدراسة.

يتم وصف الأعراض العصبية النفسية بشكل أكثر شيوعاً عند الأشخاص المصابين بمرض باركنسون ومرض هنتنغتون. ومع ذلك، تم الإبلاغ عن هذه الأعراض أيضاً في خلل التوتر العضلي الأولي والوراثي. يختلف انتشار هذه الاضطرابات في دراسات مختلفة، على الرغم من أنها تقدر بين (١٢: ٧١%). تشير معظم الدراسات إلى انتشار بين (٢٥: ٥٠%)، وهي نسبة أعلى مقارنة بالأفراد الأصحاء والحالات الطبية الأخرى ولكنها مماثلة لتكرار الإصابة بمرض باركنسون (Garcia Barrios & Violante et al., 2020).

وتبلغ معدلات انتشار المرض في العالم نحو (٤،٥: ١٠،٠٠٠٠٠)، وفي المجال السريري يرتبط خلل التوتر العضلي البؤري بالعديد من الأعراض أو الاضطرابات، يسبب خلل التوتر العضلي إعاقة كبيرة، يرتبط خلل التوتر العضلي العنقي بتشنجات عضلات الرقبة التي تجعل من الصعب على المرضى التحكم في حركات الرأس من أجل الأنشطة الأساسية للحياة اليومية مثل النظر للأمام مباشرة لقيادة السيارة أو القراءة أو مشاهدة شاشة الكمبيوتر أو التلفزيون أو حتى المشي، يرتبط تشنج الجفن بالتشنجات حول العين مما يؤدي إلى إغلاق العين بشكل متكرر ومستمر، تجعل هذه التشنجات من الصعب القيام بالعديد من نفس أنشطة الحياة اليومية وقد تجعل الأشخاص مصابين بالعمى وظيفياً، يرتبط خلل التوتر الحنجري بتشنجات في عضلات الحنجرة مما يجعل من الصعب التحدث والتواصل مع الآخرين، قد يعاني المرضى المصابون بخلل التوتر العضلي من صعوبة في الكتابة أو الكتابة أو المشي، عندما يؤثر هذا على المحترفين مثل الموسيقيين، يمكن أن ينهي خلل التوتر الوظيفي المرضى الذين يعانون من توزيعات أوسع لخلل التوتر العضلي مثل الأنماط القطاعية أو المعقدة يعانون من إعاقة أكبر (Boesch, Skorvanek, Weber, Wagner, Zech & Jech, 2020).

### مشكلة الدراسة في عدد من التساؤلات الآتية:

وفي ضوء ما سبق في مقدمة البحث وما أشارت إليه بعض الأطر النظرية لا توجد دراسات عربية- في حدود علم الباحثين- تناولت البروفيل النفسي "دراسة إكلينيكية تحليلية" على أربع حالات من مرضى الديستونيا "خلل التوتر" من خلال استخدام اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، في حدود علم الباحثين- للمتغيرات في المجال النفسي والاجتماعي.

وتتبلور مشكلة الدراسة فيما يلي :-

- (١) هل توجد علاقة ارتباطية بين البروفيل النفسي وبعض الخصائص السلوكية النفسية لدى مريضات الديستونيا؟
- (٢) ما مدي تحليل اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص علي تحليل البروفيل النفسي وبعض الخصائص النفسية والسلوكية علي مريضات الديستونيا؟

### أهمية الدراسة.

تتضح أهمية الدراسة فيما يلي:-

- التمكن من خلال تطبيق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص التوصل إلى نزعات الفرد وعوامل شخصيته وصراعاته الداخلية، والتعرف على مشكلاته ومعاناته والاضطرابات النفسية والاجتماعية والسلوكية والأسرية ومظاهر الإهمال المتعمد وغير المتعمد، فضلاً عن أن الرسم نوع من العلاج الذي يسهم في تبديل معاناه الفرد وتجديد نشاطه ليعبر عن ذاته، خاصة وأن اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص تقنية تشخيصية إسقاطية لتقييم الأداء المعرفي والشخصي والنفسي للفرد.

- يعد البحث إضافة نوعية للبحوث المهمة بهذا النوع من الدراسات.

### أهداف الدراسة.

يُمكن تحديد أهداف الدراسة في محاولة التعرف على :

- التعرف علي العلاقة الارتباطية بين البروفيل النفسي وبعض الخصائص النفسية والسلوكية لدى مريضات الديستونيا.
- تحليل البروفيل النفسي وبعض الخصائص النفسية والسلوكية من خلال اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص لدى مريضات الديستونيا.

### تعريف المصطلحات.

#### أولاً: مرض الديستونيا (خلل التوتر العضلي)¹.

خلل التوتر العضلي هو اضطراب حركي مفرط الحركة ثانوي لتقلصات عضلية مستمرة أو متقطعة تنتج حركات متكررة أو أوضاع غير طبيعية أو كليهما. يمكن أن يظهر خلل التوتر العضلي منعزلاً أو مصحوباً باضطراب حركي آخر، مثل الشلل الرعاش أو الرمع العضلي (Quartarone & Pisan, 2011, 162-70).

يطلق الديستونيا "خلل التوتر" على مجموعة من الأمراض التي تتمثل مظاهرها الجسدية في انقباضات متكررة لا إرادية لعضلات جزء أو أكثر من أجزاء الجسم، وغالباً ما تؤدي إلى التواء، أو تشويه في ذلك الجزء من الجسم، ويتمثل التعريف الاصطلاحي هذا الاضطراب يكون عادة ثانوياً بسبب خلل ما في الجهاز العصبي المركزي، أو في منطقة العقد

<sup>1</sup> Dystonia.

الرمادية المركزية، وفي حالة خلل التوتر الأولي غير المعقد، لا يحدث أي تغيير في الوعي، أو الإحساس، أو الوظيفة الفكرية، وتصاب خلل التوتر العضلي اهتزازات قصيرة وغير منتظمة، وهناك عدة تصنيفات لخلل التوتر العضلي، حسب الجزء المصاب من الجسم، وربما يرجع الأمر لسبب غير معروف جراء التعرض لجرح ما، أو نتيجة لملازمة السموم، أو لوجود أمراض أخرى في الجهاز العصبي المركزي، ويتمثل التعريف الإجمالي في خلل التوتر الناتج عن التواء، أو كما يسمى بخلل التوتر المعمم، وعادةً ما يبدأ هذا النوع في جزء معين من الجسم، كالقدم، أو الساق فيعد المشي، أو أي شكل آخر من أشكال التمرينات، يلاحظ حدوث انقلاب في القدم لدى الشخص المصاب، أي أنه يمشي على الحافة الخارجية لقدمه، ويبدأ خلل التوتر العضلي المعمم عادة أثناء الطفولة ويمتد في كثير من الأحيان إلى أجزاء أخرى من الجسم، بما في ذلك الظهر، والرقبة، أو الذراع. وهو مرض وراثي الانتقال من النوع الصبغي المهيمن، وقد يكون في بعض الأحيان من النوع غير المنتظم (Carvalho, Hallett, Jankovic, 2019; Ludwig, Pasman, Nicholson, Aybek, David, Tuck, Kanaan, Roelofs, Carson, Stone, 2018).

يسمى خلل التوتر العضلي وهو اضطراب حركي عصبي يؤدي إلى حدوث انقباضات مستمرة في العضلات مما يتسبب في الإصابة بعدة تقلصات أو التواءات متكررة أو تكرار حركات لاإرادية بشكل غير طبيعي أو اتخاذ الجسم أو عضو منه أوضاعاً شاذة (Noami, Maruo, Sakamoto, Takahashi, Horikoshi, 2019; Lencer, Steinlechner, Stahlberg, Rehling, Orth; Baeumer, Rumpf; Meyer; Klein; Muenchau et al,2009).

- هو اضطراب حركي للإتيان بحركات التواء بين الجذع والأطراف تشبه الرقص، والسبب يرجع سببه إلى اعتلال الجهاز العصبي المركزي (Sleep, Lynam, Miller, 2021).

### أعراض الديستونيا.

الأعراض العصبية والنفسية أكثر انتشاراً في الأشخاص المصابين بخلل التوتر العضلي مقارنةً بعامية السكان. تشمل الأعراض العصبية والنفسية المحددة التي تظهر في الأشخاص المصابين بخلل التوتر الاكتئاب، واضطرابات القلق واضطراب الوسواس القهري. ذكرت دراسة "سمت وآخرين" عجزاً في المرونة الإدراكية ومستويات أعلى من الاندفاع في الأشخاص الذين يعانون من تشنج الجفن الأولي. على العكس من ذلك، نادراً ما يتم الإبلاغ عن التأثير البصلي الكاذب في الأشخاص المصابين بخلل التوتر العضلي الأولي. بالإضافة إلى ذلك، يعاني الأشخاص المصابون بخلل التوتر العضلي القحفي من نوعية حياة متدنية مرتبطة بالإعاقة والألم، فضلاً عن الجوانب الاجتماعية والعاطفية (Dool, Tijssen, Koelman, Engelbert, Visser, 2016, 53-48; Berardelli, Ferrazzano, Pasquini, Biondi, Berardelli, Fabbrini, 2015, 583-585; Smit, Kuiper, Han, Jiawan, Douma, Harten, Oen, Pouwels, Dieks, Bartels & Tijssen, 2016, 7-12).

توجد مجموعة من الأعراض التي تميز الديستونيا وهي (التفاف الرأس إلى جانب واحد، وتشنج الجفن، وصعوبة في الكلام، وصعوبة في البلع، وسيلان اللعاب، وصعوبة بالقيام بنشاطات متكررة، وجود رعشة وارتجاف في الحجاب الحاجز أثناء التنفس أو يشعرون بالحاجة لوضع أيديهم في جيوبهم أو تحت أرجلهم أثناء الجلوس أو تحت الوسائد أثناء النوم وذلك لإبقائها ثابتة وللحد من الشعور بالألم العضلي)، وعلاوةً على ذلك، هناك مجموعة من الأعراض المباشرة التي قد تكون مصحوبة بعدد من الآثار الثانوية المترتبة على نشاط الدماغ والنشاط العضلي المستمر، ومن بينها (اضطرابات النوم،

والإرهاق، وحالات تقلب المزاج، والضغط النفسي وصعوبة التركيز، وعدم وضوح الرؤية، واضطرابات الهضم، وحدة الطباع، وسرعة الغضب)، ويواجهون مشكلات في التكيف مع الأنشطة التي يمارسونها في حياتهم اليومية بسبب التطور المستمر لإعاقاتهم إلى الأسوأ، ويمكن أن تعوق الآثار الجانبية المترتبة على العقاقير التي يتم تناولها لعلاج خلل التوتر العضلي أداء المريض للعديد من أنشطة حياته العادية (Steinlechner, Jabusch, Altenmüller, Borngräber, Hagenah, Klein, Lencer, Schmidt, 2018).

وهناك العديد من المسببات المعروفة لخلل التوتر العضلي، وهي تشمل آفات الجهاز العصبي، والتعرض للأدوية أو الأدوية، والعدوى وعمليات المناعة الذاتية، وأسباب أخرى، بالنسبة للغالبية العظمى من حالات خلل التوتر العضلي المعزول، لا يمكن تحديد السبب، حتى بعد إجراء اختبارات معملية مكثفة، وما يقرب من (١٠-١٥)٪ من الحالات لديها فرد مصاب، وتشير هذه الملاحظة إلى الآليات الموروثة و أن أكثر من (١٠٠) جين قادر على التسبب في خلل التوتر العضلي (Norris, Jinnah, Klein, Jankovic, Berman, Roze, 2020).

### المظاهر السريرية لمرض الديستونيا:

يتم تصنيف المظاهر السريرية العديدة المختلفة لخلل التوتر وفقاً للعمر في البداية، ومنطقة الجسم المتأثرة، والجوانب الزمنية، والسمات السريرية المرتبطة بها. يستخدم مصطلح "خلل التوتر العضلي المعزول" (المعروف سابقاً باسم "خلل التوتر العضلي الأولي") عندما يكون خلل التوتر هو اضطراب الحركة الوحيد الذي تم تحديده، مع أو بدون رعاش. في المقابل، يتم استخدام مصطلح "خلل التوتر العضلي المشترك" (المعروف سابقاً باسم "خلل التوتر العضلي الثانوي" أو "خلل التوتر العضلي الإضافي") عندما يتم دمج خلل التوتر العضلي مع مشاكل عصبية أخرى، مثل: الشلل الرعاش أو الرمع العضلي أو الرنج. (تظهر الأنواع الفرعية الأكثر شيوعاً من خلل التوتر العضلي المعزول عند البالغين على مدى أسابيع أو أشهر في منطقة واحدة من الجسم، مع انتشارها إلى مناطق أخرى على مدى سنوات عديدة. يمكن أن تتأثر أي منطقة من الجسم، ولكن المناطق الأكثر شيوعاً تشمل الرقبة (خلل التوتر العنقي، المعروف أيضاً باسم الصعر)، والوجه (تشنج الجفن وخلل التوتر العضلي القحفي المرتبط به، والذي يُطلق عليه أحياناً متلازمة ميغ)، والحنجرة (خلل التوتر الحنجري، المعروف أيضاً كخلل النطق التشنجي)، أو طرف (على سبيل المثال، تشنج الكاتب أو خلل التوتر العضلي للموسيقى. يتأثر الأطفال بشكل أقل شيوعاً من البالغين، على الرغم من أنه من المرجح أن يتقدموا إلى أشكال معقدة أكثر شدة (Albanese, Bhatia, Bressman, DeLong, Fahn, Fung, 2013, 863-73).

### مسببات مرض الديستونيا:

كشفت العديد من الدراسات الوبائية مثل دراسة كلٍ من "التينمولير، واينونو، وبريكفيلد" أن العديد من العوامل الداخلية والخارجية والوراثية والنفسية يمكن ان تسهم في ظهور خلل التوتر العضلي مثل نقصاً في تثبيط الانظمة الحسية الحركية، واختلالات عصبية غير قابلة للتكيف مثل تشوه المجالات الحسية والحركية في القشرة، والتكامل الحسي الحركي (Altenmuller & Jabusch, 2010; Ioannou & Altenmuller, 2014; Breakefield et al., 2008).

هناك العديد من المسببات المعروفة لخلل التوتر العضلي. وهي تشمل آفات الجهاز العصبي، والتعرض للأدوية، والالتهابات وعمليات المناعة الذاتية، وأسباب أخرى. ما يقرب من (١٠-١٥)٪ من الحالات لديها فرد مصاب. تشير هذه الملاحظة إلى الآليات الموروثة. من المعروف أن أكثر من (١٠٠) جين قادر على التسبب في خلل التوتر العضلي، ومعظمها يسبب ظهور مبكر أو أشكال مجتمعة من خلل التوتر العضلي. اقترحت الدراسات الحديثة لتسلسل كامل الإكسوم

أنه يمكن تحديد المسببات في حوالي (٢٠٪) من الحالات ، اعتماداً على السمات السريرية المرتبطة بها .يتم الكشف عن المسببات الجينية في كثير من الأحيان في الحالات المبكرة ، تلك التي يتم فيها دمج خلل التوتر العضلي مع مشاكل أخرى ، أو تلك التي لديها تاريخ عائلي من خلل التوتر العضلي .تم العثور على المسببات الجينية في حوالي (٤ ٪) فقط من الحالات الأكثر شيوعاً عند البالغين (Balint, Mencacci, Valente etal.,2018; Fung, Jinnah, Bhatia etal.,2013; Powis, Towne, Hagman etal.,2019).

كما ان وهناك (١٣) خللاً جينياً معروفاً اليوم يُسبب حالات مختلفة من الخلل التوترية، فضلاً عن الضرر في نظام الدوبامين في الجسم الناتج عن عدة أمراض مختلفة حالات من السكتة القلبية والدماعية وبعض الحوادث والامراض والاضطرابات التي تسبب في تضرر الدماغ (Boesch, Skorvanek, Weber, Wagner, Zech, Jech etal.,2020).

### البروفيل النفسي<sup>٢</sup>

يتمثل التعريف الاصطلاحي للبروفيل النفسي بأنه عبارة عن مجموعة من الخصائص المميزة لشخصية الفرد من جوانب متعددة ديناميكية ومزاجية وعقلية ( Ambridge, 2020). ويتمثل التعريف الإجرائي في مفهوم إحصائي يستخدم في البحوث النفسية لوصفه كمياً، وتوضيحه من خلال الدرجات المعيارية، وتفسير هذه الدرجة من خلال الكيف، وهو في العادة يستخدم لوصف أداء الفرد على الاختبار النفسي، وذلك لمقارنة سلوكه من خلال المعيار الخاص به وتفسيره من خلال مقياس الخصائص النفسية والسلوكية لمرضى الديستونيا، والمتمثل في الدرجة التي تحصل عليها المشاركة في اختبار الخصائص النفسية والسلوكية (Junker, Berman, Hall, Wahba, Brandt, Perlmutter, 2021).

البروفيل النفسي هو عبارة عن مجموعة من الخصائص التي تميز شخصية فرد معين وتفسير سلوكه (Friedman& Miriam,2016). كما إنه عبارة عن صفحة نفسية تحتوي على مجموعة من البيانات المتعلقة بفرد معين، ومراحل النمو النفسي والاضطرابات التي يعاني منها (Hoffman, 2019).

هو مجموعة من السمات الشخصية والسلوكية والاجتماعية، وما يقف خلفها من بناء نفسي وديناميات التفاعل الداخلية للفرد (Ambridge, 2020).

### مكونات البروفيل النفسي

- (١) العناصر المزاجية: كالسمات الثابتة نسبياً، والتي تعمل على تميز استجابة الفرد للمثيرات المختلفة.
- (٢) العناصر الديناميكية: كالدوافع الفطرية والمكتسبة.
- (٣) العناصر العقلية: القدرات والمهارات العقلية الخاصة والعامة (Ambridge, 2020).

### الدراسة السريرية التحليلية<sup>٣</sup>

الدراسة السريرية التحليلية: دراسة تقوم على دمج تطبيق مجموعة من الاختبارات مع أحد نظريات التحليل النفسي للتعرف على تشخيص للاضطرابات والمعاناة النفسية للفرد، ومن ثم محاوله للتخفيف من أعراض هذه المعاناة (Marzouki, Evans, Marshall & Roberts,2005,267-70).

<sup>2</sup> Psycho Profile .

<sup>3</sup> Analytical clinical study.



عبارة عن صياغة المحاولات والتجارب بشكل تحليلي مبسط (Mahajan, Rajiv&Gupta, Kapil,2021). هي الدراسات التي تخص الملاحظة في الأبحاث الطبية، والبحوث السريرية، وأنواع أخرى من البحوث التي تخص البشر عموماً (Sarah Tilly,2019).

هي عبارة عن دراسة كيفية التحكم في الحالة ودراسة مقطع عرضي لها في ظل الظروف البيئي (Sackett, Paul, and Philip ,Walmsley. 2014; Stefaro, 2015).

### أهداف الدراسة السريرية

تقييم سلامة وفعالية أو آلية عمل أو إجراء طبي استقصائي، أو دواء أو جهاز جديد قيد التطوير، وتستخدم الدراسات السريرية في البحوث التي لا تزال بحاجة إلى مزيد من التحقيقات والتدقيقات في الحالات النادرة كما في هذه الدراسة، وهذه التحقيقات والتدقيقات تكون عادةً فيما يتعلق بالتأثيرات طويلة المدى أو الفعالية من حيث التكلفة أو ما يتم صرفه لإنجاز هذا الإجراء.(Yamin Khan,2011).

### الحدود المهمة للدراسة السريرية

١. الدراسة المتعلقة بالعلاج: وهي على عدة أنواع من التجارب ( تجربة التحكم العشوائي، المعلومات المحجوبة، والمعلومات غير المحجوبة، والإكلينيكية المعتمدة على التكيف، وغير العشوائية (شبه تجربة)، ومشروع السلسلة الزمنية المتقطعة (حيث يتم الحصول على القياسات من عينة أو سلسلة من العينات من نفس السكان عدة مرات) وتعتبر شبه تجريبية.

٢. دراسات المراقبة: وهي على عدة أنواع من التجارب (وصفي، وتقرير الحالة، وسلسلة الحالات، ودراسة السكان، والمنهج التحليلي، والتعرض، والمرتبب، وبأثر رجعي، والسلاسل الزمنية (Shiel ,Willia ,2018).

### الدراسات السابقة:

أكدت دراسة "لان وأخرين" (Laan et al.,1999) انه لا توجد ملامح نفسية في متلازمة الالم الوضعي وخلل التوتر. قامت الدراسة بالتحقق في تورط الاضطراب النفسي في خلل التوتر العضلي من خلال تطبيق استبيان تقرير ذاتي متعدد الابعاد يغطي أعراض الكرب النفسي. في مجتمع مكون من (١٠٠٦) مريض بمتلازمة الالم الوضعي ، قامت الدراسة بتحليل درجات (٤١) مريضاً يعانون من خلل التوتر العضلي، مع استجابة (٣١) مريضاً، وتم علاج (٣) حالات (٢٣) انثي، و٤ ذكور). وتم مقارنة النتائج بعشرات عينة من الإناث الضابطة ( العدد= ٥٧٧) ومجموعة إعادة التأهيل الضابطة (ن=٥٦). في هذه الدراسة، تم استخدام النسخة الهولندية المعدلة من قائمة مراجعة الأعراض ٩٠ المنقحة<sup>٤</sup>. سجل الأرق أعلى بشكل ملحوظ في الإناث المصابات بخلل التوتر العضلي، مقارنة بالإناث في العينة الضابطة (P.<0,001)، وفي إجمالي العينة المصابة بمتلازمة الالم الوضعي وخلل التوتر العضلي، مقارنةً بمجموعة إعادة التأهيل ( P <0,01). الالفت للنظر هو درجة الجسدة الأعلى بشكل ملحوظ في مجموعة إعادة التأهيل، بالمقارنة مع

<sup>4</sup> SCL-90R: Symptom Checklist-90 Revised.

متلازمة الالم الموضعي وخلل التوتر العضلي (  $P = 0,006$  ). بالنسبة للأبعاد الأخرى للكرب النفسي ، كانت درجات خلل التوتر العضلي ومتلازمة الالم الموضعي والعينتين الضابطين متشابهة. كما توصلت الدراسة الي أن الملامح النفسية المحددة غير موجودة في خلل التوتر العضلي مع متلازمة الالم الموضعي. لم تسفر الدراسة عن دليل على وجود عامل نفسي منشط في الاستبيان علي مرضى خلل التوتر العضلي يوجد خلل التوتر العضلي في أقلية من مرضى متلازمة الالم الموضعي، ولكن عند وجوده ، يؤدي إلى إعاقة شديدة. تم افتراض وجود عوامل مرضية مختلفة في خلل التوتر العضلي مع المتلازمة مثل تورط الجهاز الودي، وإعادة تنظيم الجهاز العصبي المركزي.

هدفت دراسة "باسوس وآخرين" (Passos et al., 2015) الي التعرف علي الملف النفسي للمرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي البؤري في الوجه، وتحليل الفروق الهامة لتوصيف الملف النفسي للمرضى. تكونت العينة من (٨٠) مريضاً انقسموا الي (٣٧) مريضاً بخلل التوتر، (٤٣) طبق عليهم البيانات اليموغرافية والاجتماعية والسريرية بالإضافة الي الاستبيانات. يركز التحليل الاحصائي على الفروق الجماعية والارتباط بالمعايير السريرية والنفسية. أظهرت الدراسة وجود درجات عالية علي اختبارات الاجهاد، والاكنتاب، والوسواس القهري، ونوعية الحياة، ونوعية النوم.

فحصت دراسة " شريستوس واخرين" (Christos et al., 2016) الضغط علي الاداء الحركي لدى الموسيقين المهرة الذين يعانون من خلل التوتر العضلي البؤري: الخصائص الفسيولوجية والنفسية. قيمت الدراسة الاداء الحركي للموسيقين الذين يعانون من خلل التوتر العضلي قبل وتحت الضغط. تألفت العينة من (٢٠) مريضاً، و(١٦) موسيقياً سويماً. تم اختبار الإجهاد الاجتماعي<sup>٥</sup>. تم تقييم أداء المحرك بناءً على تحليل نشاط مخطط كهربية العضل<sup>٦</sup>، والتغير الزمني، بينما تم استخدام تخطيط القلب الكهربائي<sup>٧</sup>. تم تحليل الملامح النفسية لكلا المجموعتين باستخدام ثلاثة استبيانات موحدة تشخيصية نفسية. أظهرت النتائج أن الإعاقة الحركية للمرضى لم تتغير في ظل الظروف المجهدة الحادة. ومع ذلك، لوحظ زيادة في تقلصات العضلات المشتركة، مما يعكس استجابة عضلية فسيولوجية في ظل ظروف مرهقة. كشف التحليل النفسي التشخيصي عن مستويات أعلى من السمات النفسية المرتبطة بارتفاع القلق والتوتر والكمالية في (٤٠%) من المرضى. على الرغم من أن النتيجة الحركية بين هؤلاء المرضى وأولئك الذين لديهم صورة نفسية متعارضة لم تختلف، فإن المرضى الذين يتميزون بشخصيات مرهقة ومثالية، في المتوسط، أصيبوا بخلل التوتر العضلي قبل حوالي عشر سنوات من بقية المرضى. اشارت الدراسة إلى أن حالات الإجهاد الحاد قد لا يكون لها أي تأثير مباشر على التحكم الحركي الدقيق لمرضى خلل التوتر. ومع ذلك ، قد يكون للسمات النفسية المرتبطة بزيادة التوتر والقلق والكمال تأثير طويل الأمد على الوظيفة الحركية للموسيقين المتأثرين، من خلال تعزيز تسريع أو حتى إثارة خلل التوتر.

هدفت دراسة "اوريموتو وآخرين" (Orimoto et al., 2017) إلي اظهار اشكال غير نمطية من متلازمة خلل التوتر العضلي واختلالات نفسية، وسلوكية مميزة. تقدم الدراسة حالة من شكل غير نمطي من خلل التوتر العضلي مع حذف صغير في انواع مختلفة من الطفرات، تم تشخيص المريض بخلل التوتر العضلي في سن (٢٦)، وتشمل الأعراض السريرية اضطرابات النوم التي تتميز بإيقاع نوم مستيقظ غير مدته (٢٤) ساعة (٧ أيام)، وعدوانية / واندفاعية مع خلل التوتر العضلي. كما أظهرت النتائج تحسن في العديد من الأعراض العصبية بما في ذلك الاضطرابات اللاإرادية،

<sup>5</sup> TSST: Trier Social Stress Test.

<sup>6</sup> EMG: Electromyographic.

<sup>7</sup> ECG: Electrocardiography.

والمشاكل العاطفية، والضعف الحركي بدرجات متفاوتة. وتوصلت النتائج أيضاً الي أنواع مختلفة من الطفرات يمكن أن تفسر تنوع السمات السريرية في المرضى الذين يعانون من مرضى خلل التوتر العضلي.

قيمت دراسة "جارسيا وآخرين" (Garcia,2020) البروفيل العصبي النفسي للمرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي القحفي الرقبي: دراسة حالة، وهدفت الدراسة الي تقييم الإدراك، ووظيفة الفص الجبهي، والاندفاعية، والاكنتاب والقلق الي جانب نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في الأشخاص الذين يعانون من خلل التوتر العضلي مقارنة بالعينة الضابطة المتطابقة مع الجنس، والعمر. حيث تم تضمين (٤٤) مريضاً (٢٩ امرأة، ١٥ رجلاً) يعانون من خلل التوتر العضلي القحفي الرقبي "الديستونيا". و(٤٤) مجموعة ضابطة، وكان متوسط العمر (٥٧ ± ١٣,٧) سنة (متوسط ٥٩ سنة)، وتم تطبيق اختبارات الاكنتاب والقلق واضطراب الوسواس القهري على نطاق واسع في المرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي، وضعف الإدراك، وظيفة الفص الجبهي، والاندفاع والتأثير البصلي الكاذب، ونوعية الحياة، واشتمل التقييم العصبي النفسي على تقييم مونتريال المعرفي<sup>٨</sup>، ومجموعة التقييم الأمامية<sup>٩</sup>، ومقياس بارات للانفعالية<sup>١٠</sup>، ومركز مقياس دراسة العصبية<sup>١١</sup>، ومقياس هاملتون للاكنتاب<sup>١٢</sup>، والمسح الصحي القصير<sup>١٣</sup>، ومقياس هاملتون للقلق. كانت سنوات التعليم أعلى في مجموعة خلل التوتر القحفي الرقبي (5,1 ± 9,3 مقابل 5,2 ± 12,9، ع = 0,001 بالنسبة لمجموعة خلل التوتر العضلي، كان لدى (٣٣) شخصاً عزل خلل التوتر العضلي، و (٩) مصابين بمتلازمة ميغ (خلل التوتر العضلي في الفك السفلي وتشنج الجفن)، وكان أحدهم يعاني من خلل التوتر العضلي العنقي وتشنج الجفن، وكان أحدهم مصاباً بخلل التوتر العضلي في الفك السفلي. وأشارت النتائج إلى كان الاكنتاب (56,1% مقابل 9,1%)، والقلق (56,8% مقابل 6,8%)، والتأثير البصلي الكاذب (31,8% مقابل 9,1%) أكثر شيوعاً في مجموعة مرضى الديستونيا بالمقارنة مع العينة الضابطة، ولم يتم العثور على فرق بين المجموعات في الانفعالية (ع = 0,65)، كما كانت درجة التقييم المعرفي (ع = 0,14) أو الخلل التنفيذي (ع = 0,42)، وكانت جودة الحياة أسوأ في مجموعة خلل التوتر العضلي بنسبة (90,9% و 61,4%) من الأفراد الذين سجلوا تحت المتوسط في المسح الطبي القصير.

هدفت دراسة "دافيداسو وآخرين" (Davidescu et al.,2021) الي معرفة السمات النفسية والتأثيرات السلوكية في المرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي "دراسة جماعية قائمة علي الملاحظة". كما هدفت الدراسة تقييم خصائصهم النفسية وسماتهم الشخصية. الطرق: تم تسجيل الأشخاص الذين يعانون من خلل التوتر العضلي مجهول السبب ومجموعة ضابطة متطابقة في هذه الدراسة الجماعية القائمة على الملاحظة. تضمنت معايير الاشتمال لمجموعة المرضى تشخيص خلل التوتر العضلي مجهول السبب، والتطور الذي تجاوز سنة واحدة، تضمنت معايير الانتقاء للمجموعة الضابطة عدم وجود أمراض مصاحبة عصبية. أكمل جميع المشاركين قائمة الشخصية<sup>١٤</sup> جنباً إلى جنب مع

<sup>8</sup> MOCA: Montreal Cognitive Assessment.

<sup>9</sup> FAB: Frontal Assessment Battery.

<sup>10</sup> (BIS-11): Barrat Impulsiveness Scale.

<sup>11</sup> (CNS-LS): Center for Neurologic Study-Lability Scale.

<sup>12</sup> (HAM-D): Hamilton Depression Rating Scale.

<sup>13</sup> (SF- 12): Short Form Health Survey (SF-12).

<sup>14</sup> DECAS Personality Inventory .

شكل إضافي من العوامل الديموغرافية. تم تحليل البيانات (بما في ذلك الإحصاء الوصفي والتحليل أحادي المتغير ومتعدد المتغيرات). تم تضمين (٩٥) مشاركاً، منهم (٥٧) كانوا في مجموعة المرضى. سادت الإناث (٨٠٪)، وكان متوسط العمر (٥٤،٦٤ ± ١٢،٨) سنة. كانت المظاهر السريرية الأكثر شيوعاً لخلل التوتر هي التوزيع البؤري (٧١،٩٪) ومسار المرض التدريجي (٩٤،٧٣٪). بالإضافة إلى ذلك، حصل المرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي على درجات انفتاح أعلى بكثير من المجموعة الضابطة، حتى بعد ضبط عوامل الإرباك المحتملة (ع = ٠،٠٠٦). كانت سمات الشخصية مختلفة أيضاً بين المجموعتين، حيث كان المرضى في كثير من الأحيان خياليين) كما يميل مرضى التوتر العضلي إلى أن يكون لديهم ملامح شخصية مختلفة مقارنة بالمجموعة الضابطة. على الرغم من أنهم أكثر انفتاحاً على تجربة أشياء جديدة. يميلون بسهولة بعد الالتزام بالممارسات الجديدة ويفضلون أن يكون لديهم رأي متضارب من الآخرين.

قارنت دراسة "توريس وآخرين" (Torres et al., 2021) إلى مقارنة عوامل الشخصية المشتركة بين الأفراد المصابين بفرط الحركة ونقص الانتباه وتقييم مدى تأثير العوامل الشخصية وبين مرضى الديستونيا. هدفت الدراسة الي تقييم كيف يمكن أن تؤثر العوامل الشخصية على وظائف الأطراف العلوية والمشاركة المجتمعية، وذلك في دراسة الحالة على (١٢) فرداً مصاب بفرط الحركة ونقص الانتباه، (١٢) فرداً مصاب بالديستونيا، في عمر (٢١) عاماً، طبقت الدراسة استبيان عوامل الشخصية الخمسة للكبار<sup>١٥</sup>، واستبيان الإعاقات السريعة والزراع والكتف<sup>١٦</sup>، واستخدام اختبار تايلور لوظيفة اليد<sup>١٧</sup>، ومقياس ليكرت، واختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، وأشارت النتائج إلى بحسب الملف الشخصي للشخص حسب قوة الأبعاد المختلفة، حيث تم تسجيل مستوى عالٍ من القلق في المرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي، وكذلك زيادة عدم الاستقرار العاطفي، وضعف السيطرة العاطفية، وزيادة القلق، والرهاب الاجتماعي، والكمال/ أو العصابية، والتأثير على أنشطة الحياة اليومية مقارنة بالأشخاص غير المصابين بهذا الاضطراب. تم العثور على اختلاف كبير على التحكم في الانفعالات، ولم يتم ملاحظة الارتباطات بين سمات الشخصية المختلفة. ووظائف الأطراف العلوية والمشاركة المتصورة للأشخاص المصابين بخلل التوتر العضلي في أنشطة الحياة اليومية. قد يعاني الأشخاص المصابون بالتوتر العضلي باستقرار عاطفي منخفض، لكن هذا ليس له تأثير سلبي على وظائف الأطراف العلوية وأنشطة الحياة اليومية. هذه النتائج لها آثار سريرية يجب مراعاتها للتدخلات، لأنها تشير إلى أن جوانب الشخصية (مثل الانبساط) قد لا تتنبأ بوظائف أفضل والمشاركة المتصورة في أنشطة الحياة اليومية. لكن هذا ليس له تأثير سلبي على وظائف الأطراف العلوية وأنشطة الحياة اليومية.

وأشارت دراسة "موناغان وآخرين" (Monaghan et al., 2021) إلى السمات غير الحركية والبروفيل النفسي العصبي السريري لمرضى الديستونيا "الإدراك، والإدراك الاجتماعي، والضيق النفسي، ونوعية الحياة، والعجز النفسي العصبي. كما هدفت الدراسة الي إجراء تقييم شامل للإدراك والإدراك الاجتماعي لدى مرضى خلل التوتر العضلي في عنق الرحم، سواء فيما يتعلق بما يلي: المعايير المطابقة للعمر، أو قياسات شدة المرض والألم والعجز والضيق النفسي ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة. وتقييم مستويات الكرب النفسي في مجموعة الأقران المضغوطة هذه، التحقيق في العلاقة المتبادلة بين السمات غير الحركية للقرص المضغوط، بما في ذلك شدة القرص المضغوط، والضيق النفسي،

<sup>15</sup> The Big Five Questionnaire.

<sup>16</sup> The Quick Disabilities, Arm, Shoulder, and Hand questionnaire.

<sup>17</sup> The Jebsen–Taylor Test of Hand Function.

والألم، و نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وجوانب الأداء النفسي العصبي بما في ذلك الإدراك الاجتماعي. تم إجراء مجموعة تقييم عصبية نفسية متعددة المجالات لـ (٤٦) مشاركاً باستخدام قرص مضغوط (١٥ ذكر، ٣١ انثي)، لفحص المجالات المعرفية والاجتماعية المعرفية، وتم جمع البيانات السريرية عن شدة خلل التوتر العضلي والألم والضيق النفسي بمتوسط عمر (٢٧) عاماً تنطبق عليهم معايير التشخيص القياسية من عيادة طب الأعصاب خلل التوتر العضلي. وتم تقييمهم على مدى تسعة أشهر. وأشارت النتائج إلى تم إجراء غالبية المشاركين باستخدام القرص المضغوط ضمن النطاق المتوسط عبر معظم اختبارات الإدراك كانت الدرجات أقل بكثير من المعايير الموحدة في الإدراك الاجتماعي، وسرعة المعالجة، وجوانب الذاكرة، ووجود مستويات عالية من القلق والاكتئاب، ولم تكن الكرب النفسي وشدة القرص المضغوط والألم مرتبطة بشكل كبير بالأداء النفسي العصبي بعد التحكم في مقارنات متعددة، كما ارتبط انخفاض معدل ضربات القلب بمستويات أعلى من الألم والكرب النفسي، ولكن ليس شدة الأعراض الحركية.

بينما ذكرت دراسة "بيركمن وآخرين" (Berkmen et al., 2021) تحالف خلل التوتر العضلي: في شبكة متعددة المراكز للدراسات السريرية والتحويلية على حالتين من حالات من مرضى الديستونيا "خلل التوتر" من خلال استخدام اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، وكانت أعمارهم (٢٥: ٣٣) عاماً، وتم تطبيق اختبار الخصائص النفسية والاجتماعية، واختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، وأشارت النتائج إلى أن هناك القلق، والاكتئاب، وتشوه صورة الجسم، ومشكلات الإدراك الاجتماعي، وضعف السيطرة العاطفية، وزيادة القلق، والرهاب الاجتماعي، والكمال من أهم الخصائص في البروفيل النفسي للعينة.

#### تعقيب على الدراسات السابقة:

١. قلة الدراسات التي جمعت بين متغيرات الدراسة (البروفيل النفسي، الخصائص النفسية والسلوكية) لدى مريضات الديستونيا.
٢. اتفاق أغلب الدراسات السابقة على ان مرضى الديستونيا لديهم خصائص نفسية وسلوكية مثل الاكتئاب، والوسواس القهري، والتوتر، والقلق، والكمالية، والعدوانية والاندفاعية، وبعض اضطرابات النوم، وعدم التحكم في الانفعالات، والضعف الإدراكي، والرهاب الاجتماعي، وتشوه صورة الجسم، وسمات شخصية انفتاحية، وانخفاض في جودة الحياة، وخلل تنفيذي مثل دراسة كلٍ من (Passos et al., 2015; Orimoto et al., 2017; Garcia, 2020; Torres et al., 2021; Berkmen et al., 2021).
٣. تباين حجم العينة بين الدراسات، ففي حين كانت عينة بعض الدراسات صغيرة جداً (١) مشاركاً مثل دراسة (Orimoto et al., 2017)، وكان حجم عينة دراسات أخرى كبير (95) مشاركاً مثل دراسة (Davidescu et al., 2021).
٤. كما تراوحت متوسط أعمار العينة في الدراسات ما بين (١٢: ٣٣) عاماً مثل دراسة كلٍ من (Davidescu et al., 2021; Berkmen et al., 2021).
٥. كما اتفقت الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في كونها استخدمت ادوات الدراسة نفسها وهو اختبار رسم المنزل، والشجرة، والشخص مثل دراسة كلٍ من (Berkmen et al., 2021; Torres et al., 2021).

٦. تعارضت نتائج بعض الدراسات التي تناولت الملامح النفسية لخلل التوتر (مرض الدستونيا). حيث اكدت دراسة (Laan et al.,1999) عن عدم وجود عامل نفسي منشط في الاستبيان علي مرضى الدستونيا، بل اكدت الدراسة علي وجود عوامل اخري تداخل تأثيرها مع المرض مثل متلازمة تورط الجهاز الودي.
٧. اتفقت بعض الدراسات علي وجود ارتباط دال موجب بين مرض الديستونيا واضطراب تشوه صورة الجسم مثل دراسة (Berkmen et al.,2021)، والاكتئاب والقلق مثل دراسة كل من (Passos et al.,2015; Berkmen et al.,2021; Monaghan et al.,2021; Garcia,2020)، والميل للعدوان مثل دراسة (Orimoto et al.,2017)، والادراك الاجتماعي مثل دراسة (Monaghan et al.,2021).
٨. أظهرت بعض الدراسات بعض المتغيرات الجديدة ذات الصلة بمرض الديستونيا مثل الرهاب الاجتماعي، وسمات الشخصية الانفتاحية، والكمالية، وسرعة المعالجة، والاندفاعية، والكرب النفسي، والاضطرابات اللارادية، واضطرابات النوم مثل دراسة (Orimoto et al.,2017; Berkmen et al.,2021; Passos et al.,2015).
٩. كشفت بعض الدراسات عن ادوات جديدة لقياس الخصائص النفسية والسلوكية مثل تقييم مونتريال المعرفي، استبيان الاعاقات السريعة للذراع والكتف، اختبار تايلور لوظيفة اليد مثل دراسات (Torres et al.2021) (Garcia,2020).

### فروض الدراسة

- (1) توجد علاقة ارتباطية بين البروفيل النفسي وبعض الخصائص السلوكية النفسية لدى مريضات الديستونيا.
- (٢) تحليل اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص علي تحليل البروفيل النفسي وبعض الخصائص النفسية والسلوكية علي مريضات الديستونيا.

### منهج الدراسة وإجراءاتها

#### أولاً: منهج الدراسة

المنهج الإكلينيكي الذي يتناول الأفراد بذاتهم الذين يجب معابنتهم إكلينيكياً بهدف التعرف على المشكلات السلوكية والنفسية والانفعالية، وتقييم دوافع الفرد ومدى توافقه مع نفسه ومع الآخرين لإجراء عملية تشخيص للفرد ومحاولة علاجه (زينب شقير، ٢٠٠٢).

#### ثانياً: إجراءات الدراسة

#### • وصف عينة الدراسة

اقتصرت على أربع حالات من الإناث المصابات بالديستونيا، عمر (١٧، ١٩، ٢٠، ٢١) عاماً، وتم اختيار العينة بطريقة متعمدة.

## شروط انتقاء العينة:

تحديد المشاركات المصابات بالديستونيا، واللاتي تم تشخيصهم مسبقاً من الأطباء، وتم اختيار الحاصلات على مستوى تعليمي، واستبعاد المشاركات غير المتعلمات وذلك لضمان قدرتهن في الأداء على الاختبارات وقراءة وفهم التعليمات، أما عن الحالة الاجتماعية فقد كانوا غير متزوجات، كما أنهن تقوم بأعمال المنزل العادية وغير عاملات بمكان ثابت، كما تم عمل المتوسط للفترة المنقضية على تشخيص الحالات بخلل التوتر بالسنوات، هذا وقد وقع المستوي الاقتصادي في دائرة المتوسط، والسؤال عن خلوهم من الأمراض المزمنة أو تناول أدوية على إثرها من شأنها أن تقلل أو تزيد من أعراض خلل التوتر ، ومن أجل التأكد من تجانس العينة تم عمل المتوسط والانحراف المعياري لهين.

جدول (١): المتوسط والانحراف المعياري للعمر الزمني لعينة الدراسة لكل حالة على حد ، واجمالي المتوسط للعينات الأربعة (ن = ٤)

| العينة                 | العمر | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الالتواء | التفرطح |
|------------------------|-------|-----------------|-------------------|----------|---------|
| الحالة الأولى          | ١٧    | ٨٤٩٩            | ٢٠٥٤              | ٠٠٠٧٧    | ٣٠٠٠    |
| الحالة الثانية         | ١٩    | ٩٤٠١            | ٢٠٧٥              | ٠٠٠٨٩    | ٣٠٠٣    |
| الحالة الثالثة         | ٢٠    | ١٠٠٠٣           | ٢٠٩٢              | ٠٠٠٩١    | ٣٠٠٩    |
| الحالة الرابعة         | ٢١    | ١٠٠٠٥           | ٢٠٩٣              | ٠٠٠٩١    | ٣٠١١    |
| الاجمالي الكلي للحالات | -     | ١٨٠٩٩           | ٣٠٠٤              | ٠٠٠٧٩    | ٣٠٨٨    |

يتضح من الجدول أن قيمة الالتواء تقترب من الصفر، وهذا يدل على أن التوزيع متمائل تقريباً أي أقرب ما يكون للتوزيع الاعدالي والتوزيع موجب الالتواء، كما يتضح أن معامل التفرطح أكبر من (٣) مما يعني أن نوع هنا التفرطح طبيعي.

جدول (٢): المتوسط والانحراف المعياري للتعليم بالسنوات لعينة الدراسة لكل حالة على حد، واجمالي المتوسط للعينات الأربعة (ن = ٤)

| العينة                 | التعليم بالسنوات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الالتواء | التفرطح |
|------------------------|------------------|-----------------|-------------------|----------|---------|
| الحالة الأولى          | ١٢               | ٦٠٩٨            | ٢٠٠٤              | ٠٠٠٨٨    | ٢٠٩٩    |
| الحالة الثانية         | ١٤               | ٧٠٠١            | ٢٠٦٧              | ٠٠٠٩١    | ٣٠٠٠    |
| الحالة الثالثة         | ١٤               | ٧٠٠١            | ٢٠٧٧              | ٠٠٠٩٢    | ٣٠٠٠    |
| الحالة الرابعة         | ١٤               | ٧٠٠١            | ٢٠٦٧              | ٠٠٠٩٢    | ٣٠٠٠    |
| الاجمالي الكلي للحالات | -                | ١٤٠٨٣           | ٣٠٠٤              | ٠٠٠٩٩    | ٣٠٠٠    |

- يتضح من الجدول أن قيمة الالتواء تقترب من الصفر، وهذا يدل على أن التوزيع متماثل تقريباً أي أقرب ما يكون للتوزيع الاعتدالي والتوزيع موجب الالتواء، كما يتضح أن معامل التفرطح يساوي (٣) مما يعني أن نوع هنا التفرطح معتدل.

جدول (٣): المتوسط والانحراف المعياري للمستوي الاقتصادي والاجتماعي لعينة الدراسة لكل حالة على حد، واجمالي المتوسط للعينات الأربعة (ن = ٤)

| العينة                 | المستوي الاقتصادي والاجتماعي | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الالتواء | التفرطح |
|------------------------|------------------------------|-----------------|-------------------|----------|---------|
| الحالة الأولى          | ٧٣،٩٨                        | ٣٦،٠٦           | ١،٠٠٤             | ٠،٠٠٩٩   | ٣،٣٨    |
| الحالة الثانية         | ٧٥،٠٩                        | ٣٧،٠٥           | ١،٩٨              | ٠،٠٠٠٠   | ٣،٤٠    |
| الحالة الثالثة         | ٧٣،٩٩                        | ٣٦،٠٦           | ١،٠٠٤             | ٠،٠٠٠٠   | ٣،٣٨    |
| الحالة الرابعة         | ٧٤،٨٤                        | ٣٧،٠٨           | ١،٠٠٩             | ٠،٠٠٩٢   | ٣،٣٩    |
| الاجمالي الكلي للحالات | -                            | ٧٦،٠٣           | ٢،٩٢              | ٠،٠٠٠٠   | ٣،٤٢    |

- يتضح من الجدول أن قيمة الالتواء تقترب من الصفر في الحالة الأولى والرابعة، وصفري في الحالة الثانية والثالثة، والاجمالي صفر، وهذا يدل على أن التوزيع متماثل تقريباً أي أقرب ما يكون للتوزيع الاعتدالي والتوزيع موجب الالتواء، كما يتضح أن معامل التفرطح أكبر من (٣) مما يعني أن نوع هنا التفرطح طبيعي.

جدول (٤): المتوسط والانحراف المعياري لمدة الإصابة لعينة الدراسة لكل حالة على حد، واجمالي المتوسط للعينات الأربعة (ن = ٤)

| العينة                 | مدة الإصابة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الالتواء | التفرطح |
|------------------------|-------------|-----------------|-------------------|----------|---------|
| الحالة الأولى          | ١٣          | ٦،٧٦            | ٢،٠٠٤             | ٠،٠٠٥٧   | ٣،٠٩    |
| الحالة الثانية         | ١٤          | ٦،٩٩            | ٢،٢٣              | ٠،٠٠٥٩   | ٣،١١    |
| الحالة الثالثة         | ١٣          | ٦،٧٦            | ٢،١٥              | ٠،٠٠٥٨   | ٣،١٠    |
| الحالة الرابعة         | ١٢          | ٦،٠٢            | ٢،٠٠١             | ٠،٠٠٥٤   | ٣،٠٠    |
| الاجمالي الكلي للحالات | -           | ١٣،٩٢           | ٢،٠٠١             | ٠،٠٠٦١   | ٣،١٦    |



- يتضح من الجدول أن قيمة الالتواء تقترب من الصفر، وهذا يدل على أن التوزيع متماثل تقريباً أي أقرب ما يكون للتوزيع الاعتدالي والتوزيع موجب الالتواء، كما يتضح أن معامل التفرطح أكبر من (٣) مما يعني أن نوع هنا التفرطح طبيعي.

#### • أدوات الدراسة:

- أولاً: المقابلة الإكلينيكية:

التي تهدف إلى دراسة الحالة من خلال جمع المعلومات من المشاركة أو أقربائها، وقد درات الأسئلة في إطار الوضع النفسي ونوع العلاقة مع الأسرة، وتشجيع المشاركات عن الحديث عن طفولتهم والخبرات السيئة والحسنة التي مروا بها، وهوايتهم، وعلاقتهم بالغير، وإدراك الدوافع اللا شعورية، وملاحظة التناقضات الوجدانية، وكانت المقابلة موجهة، وكان أسلوب إجراءها غير مباشرة حيث سمحت للمشاركات الكلام بحرية تامة للتعبير عن أنفسهم ومشكلاتهن في محاولة لفهم المشاركات والتأكد من صدق الفروض والأدوات في ضوء استثارة الدافع للإجابة .

- القياس النفسي: تصميم اختبار لقياس الخصائص النفسية والسلوكية لمرضى الديستونيا.

#### - ثانياً: اختبار لقياس الخصائص النفسية والسلوكية.

- وتعد من محكات اختبار لقياس الخصائص النفسية، والتي ترصد الأعراض من خلال تقرير إجابته، أو تقرير المختص بالرعاية، ويقوم بتطبيقه الاختصاصي النفسي أو الطبيب للقيام بعملية التشخيص السليمة - في حدود علم الباحثين، ما مدي صلاحية هذا المقياس في اكتشاف وتشخيص الخصائص النفسية والسلوكية ؟

#### • خطوات بناء الأداة

- قامت الباحثين ببناء مقياس تشخيص الخصائص النفسية والسلوكية لدى المصابات، واعتمدت الباحثين على الأطر النظرية والدراسات السابقة، وذلك من خلال تحديد الهدف من بناء المقياس هو تشخيص الخصائص النفسية والسلوكية، والاطلاع على الأطر النظرية التي تناولت الخصائص النفسية والسلوكية؛ بناء الأداة بصورتها الأولية والتعرف على الأبعاد المرجوة؛ تحديد العينة المراد التطبيق عليها، وتطبيق المقياس، مع توخي الدقة في تعبئة البيانات واستغرق التطبيق (١٠) أيام، ثم تم إعادة التطبيق مرة ثانية بفاصل زمني أسبوعين للتأكد من الثبات للمقياس، ثم تم تفرغ بيانات التطبيق واستخراج الخصائص الرئيسية للمقياس ، ثم تم التطبيق على العينة الأساسية، ثم إدخال البيانات واستخراج النتائج.

#### • صدق المحكمين:

- تم حساب صدق المحكمين وذلك بتقديم المقياس في صورته المبدئية إلى سبعة محكمين من أساتذة علم النفس للتحكيم، وأخذ آرائهم في ضوء عناصر التحكيم، واتضح أن نسب اتفاق المحكمين على بنود التحكيم تراوحت ما بين (٨٣% الى ١٠٠%)، وهي نسب اتفاق مقبولة، مما يدعو إلى الثقة في صلاحية المقياس لقياس ما يهدف إليه، هذا وتم تعديل الصياغة اللغوية لبعض العبارات وفقاً لما أشار إليه بعض المحكمين (مرفق قائمة باسماء المحكمين).

**ثالثاً: اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص<sup>١٨</sup>**

اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص: هو عملية سيكولوجية التي ينسب بها الفرد سماته ومشاعره واتجاهاته وأماله إلى موضوعات في البيئة (اشخاص، كائنات أخرى، أشياء)، لذلك فالرسم هو عملية إسقاط المفحوص لمفهوم الذات عنده، أو لصورة الجسم، أو اتجاهاته نحو شخص آخر في بيئته أو إسقاط للصورة النموذجية للذات، أو ظروف خارجيه، أو تعبير عن أنماط من عادات أو حالات انفعاليه، ويتمثل التعريف الإجرائي في أداء إسقاطيه تتمثل في رسم المنزل والشجرة والشخص، ويستغرق متوسط تطبيقه (١٥٠) دقيقة ولكن يمكن أن يستغرق المفحوص وقت أقل خصوصاً إذا كان صحيحاً، أو أكثر إذا كان الفرد يعاني من تلف في الدماغ (Kajonius, Mac Giolla, 2017).

**تعريف اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص**

- هو عبارة عن تقنية إسقاطيه في العملية السيكولوجية لتحليل الشخصية ومعرفة أبعادها (عادل خضر، ٢٠٠٠).
- هو أحد اختبارات تحليل الشخصية بصورة إسقاطيه مصممة لتحديد سمات الشخصية الرئيسية للفرد الذي يؤديها (عادل كمال؛ وخالد محمد، ٢٠٠٨).
- وقد عمدت الباحثين لهذا التطبيق رغم صعوبته، حيث تمثل أبعاد الرسم مستوى احترام الفرد لذاته وثقته بنفسه، وتعبير عن صورة الجسم ومدى تقديرها، حيث تشير الخطوط (الضغط، والشدة، والصلابة) إلى مستوى التصميم ومدى الراحة التي تشعر بها أثناء عملية اتخاذ القرار، مثلاً، وفي حالة محاولة رسم نفس الخط مرتين، فهذا يظهر عدم الأمان وعدم الرضا والكمال خارج نطاق السيطرة، والوضوح يمثل الانسجام والمرونة (Hammer, 1960).

**مكونات الاختبار**

وضحها كل من (Hammer, 1960؛ عادل كمال؛ وخالد محمد، ٢٠٠٨). من في صورته الرمزية، على النحو التالي :-

**١. صورة المنزل**

يمثل المنزل العلاقات الأسرية، كيف ينظر الفرد ويفسر الحياة المنزلية والأسرية، والشعور حيال القيم العائلية بشكل عام والعائلة بشكل خاص.

السقف: يمثل الحياة الفكرية والخيالية والروحية.

المدخنة: الحياة العاطفية والجنسية، يرمز الدخان الخارج من المدخنة إلى التوتر الداخلي.

الجدران: صلابة وقوة شخصيتك.

الباب والنوافذ: العلاقة مع العالم المحيط، والسياق الاجتماعي، ومستوى التكامل.

الأرصفة: الانفتاح والوصول إلى حياتك العائلية الحميمة.

<sup>18</sup> House, Tree and person Drawing Test.

الأرض: الاستقرار والتواصل مع الواقع.

## ٢. صورة الشجرة

ترمز الشجرة إلى أكثر الجوانب الشخصية عمقاً وأكثرها في اللاوعي، فإنها تمثل تلك الأشياء التي يحتفظ بها الفرد لنفسه عادة.

كثافة الأوراق: عبارة عن أفكار، ومفهوم ذاتي.

الفروع: التواصل الاجتماعي والتطلعات ومستويات الرضا أو الإحباط.

الجدع: يمثل إحساسك بالذات، وسلامة شخصيتك.

الجزور: تتعلق بعالمك الداخلي اللاوعي والفطري واختبار الواقع والتوجه.

الأرض: الاتصال بالواقع والاستقرار

## ٣. صورة الشخص

يمثل الشخص مفهوم الذات، والمثالية، والموقف إزاء العالم، وتعبر عن الحياة الاجتماعية والعالم الداخلي.

الرأس: الذكاء، والتواصل، والخيال، والمؤانسة

الشعر: النشاط الجنسي والمرونة والإثارة.

العيون: التواصل الاجتماعي وتصورك للعالم من حولك.

الفم: الحسية والجنس والتواصل اللفظي.

اليدين: العاطفية والعدوانية.

العنق: التحكم بالاندفاع.

الأسلحة: التكيف والاندماج مع العالم الاجتماعي.

الساقين: التواصل مع الواقع والدعم والاستقرار والأمن.

القدم: الجنس والعدوانية.

جدول(٥): البطاقة الإكلينيكية لعينة الدراسة (ن = ٤)

| البطاقة الإكلينيكية لعينة الدراسة | الحالة الأولى   | الحالة الثانية  | الحالة الثالثة  | الحالة الرابعة  |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
| ١ السن                            | ١٧  | ١٩  | ٢٠  | ٢١  |
| ٢ المستوى الاجتماعي               | متوسط   | متوسط   | متوسط   | متوسط   |
| ٤ المستوى الاقتصادي               | متوسط   | متوسط   | متوسط   | متوسط   |
| ٥ المستوى التعليمي                | متوسط   | متوسط   | متوسط   | متوسط   |
| ٦ المشكلات السلوكية والنفسية      | اضطراب تشوه صورة الجسم ، والادراك الاجتماعي، والخوف، القلق، والاكتئاب، و النوم، الميل للعدوان | اضطراب تشوه صورة الجسم ، والادراك الاجتماعي، والخوف، القلق، والاكتئاب، و النوم، الميل للعدوان | اضطراب تشوه صورة الجسم ، والادراك الاجتماعي، والخوف، القلق، والاكتئاب، و النوم، الميل للعدوان | اضطراب تشوه صورة الجسم ، والادراك الاجتماعي، والخوف، القلق، والاكتئاب، و النوم، الميل للعدوان |

### • عرض النتائج ومناقشتها:

- نتائج الفرض الأول :- توجد علاقة ارتباطية بين البروفيل النفسي وبعض الخصائص السلوكية النفسية لدى مريضات الديستونيا.

- نتائج تحليل الحالة الأولى في المقابلة:-

من خلال المقابلة وجد أن الحالة شديدة العدوانية تجاه نفسها والأخرين وترفض التعاطف في حالة المساعدة، وفي حالة إذا قام أحدهم بلمس شيء من حاجتها الخاصة، وتعاني من الأرق والكوابيس.

وقامت الباحثتين بتحليل الحالة بأنها تعاني من صراعات داخلية، فضلاً عن الاحباط فهي لا تتوقع تقديم المساعدة من أي فرد فتعتمد على مشاعرها ونفسها بشكل كلي، والخوف والقلق علي المستقبل المجهول خاصة في حالة ما اذا فقد أحد الأيوين خاصة تعلقها بالأم.

- نتائج تحليل الحالة الثانية في المقابلة:-

تتمثل في الانعزال عن الآخرين، والتعامل مع من يكبرها من الفتيات في العمر ومن في مركز التأهيل فقط أو من تربطهم بها صلة قوية، متعلقة بالأم تعلق شديد، يوجد اضطرابات في النوم كالأرق والإرهاق النومي.

وقامت الباحثتين بتحليل الحالة بأنها تعاني من صراعات داخلية، ومن ألم نفسي شديد خاصة في غياب احتماليه أن تصبح زوجه وأم، وأن المرض وراثي كما ذكرت وأنها ورثته من أبيها ومن الصعب أن تعرض غيرها لمثل هذه التجربة حتي وإن حرمت من ذلك، وأن ذلك يعني فقدان كل شيء لها.

- نتائج تحليل الحالة الثالثة في المقابلة:-

من خلال مقابلة الوالدين والحالة وجد أن الفتاة موهوبة في الحياكة بشكل مذهل، إلا أنها شديدة الانسحاب من الآخرين وتشعر بالقلق خلال وجودهم.

وقامت الباحثتين بتحليل الحالة بأنها تعاني من توتر وخوف شديد خاصة في حضور الآخرين والخوف من التقييم الاجتماعي من قبلهم، وتخاف أن تفقد أي فرد من أسرته، وترفض المساعدة، وترى أن تقييم الموهبة لديها لا دخل له بالحالة الصحية لها وأنها سعيدة بالعمل.

#### - نتائج تحليل الحالة الرابعة في المقابلة:-

من خلال مقابلة الوالدين والحالة وجد أن الحالة عدوانية ترفض التعاون بشكل ضمني وتدور أسئلتها حول البحث وطبيعته وانتهى الأمر بتقبل الحديث مع احترام رغباتها في رفض بعض الإجابات عن طبيعة علاقاتها بالدراسة وزميلاتها وغيره، ووصفتها بالعادية.

وقامت الباحثتين بتحليل الحالة بأنها تعاني من الغضب المكبوت والعدوان، وتبكي لأسباب تافهة، وتنام لساعات طويلة خلال فترات اليوم، ولا ترغب في التكلم مع الآخرين، وبالتالي تمثل حالة من الاكتئاب.

ولذلك قامت الباحثتين بعمل المتوسط الحسابي للعينة، إذ تعد الحالة ذات خصائص نفسية وسلوكية مضطربة، إذا حصل على المقياس الحالي أعلى من درجة المتوسط الفرضي (٤٤).

#### جدول (٥): الفروق بين المتوسطات الحسابية والوسط الفرضي للعينة

| الحالة  | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الوسط الفرضي | دلالة الحالة |
|---------|-----------------|-------------------|--------------|--------------|
| الأولى  | ٥٠،٠٠٠          | ٤،٨٩٧             | ٤٤           | معاناة نفسية |
| الثانية | ٥١،٩٨٠          | ٤،٩٩٨             | ٤٤           | معاناة نفسية |
| الثالثة | ٤٦،٧٦٨          | ٣،٥٦٧             | ٤٤           | معاناة نفسية |
| الرابعة | ٥٠،٧٦٥          | ٣،٩٨٧             | ٤٤           | معاناة نفسية |

- يتضح من الجدول أن العينة تعاني من اضطراب في الخصائص النفسية والسلوكية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة والتي ترى أن مرضى الديستونيا يعانون من هذه الأعراض نتيجة الإصابة والانعزال الاجتماعي، وتفسر الباحثتين هذه النتيجة على وفق ما جاء في نظرية التحليل النفسي، والتي ترى أن العلاقة بين العينة والحالات علاقة تعويضية يشوبها الخوف من فقدان أحدهما خاصة وأنهم المقيمين بالرعاية عليهم والاهتمام بهم فضلاً عن الصداقة القوية التي تربط بينهم، وهذا الخوف من الحرمان يولد معه عدم الإحساس بالأمن والقلق وهي أحد أهم الحاجات النفسية اللازمة للنمو النفسي والسلوكي والاجتماعي السليم، ومن الممكن أن يحدث تهيأ لاجترار المزيد في مراحل الحياة المتقدمة.

نتائج الهدف الثاني :- تحليل الخصائص النفسية والسلوكية للحالات السريرية للعينة من خلال اختبار رسم المنزل و الشجرة والشخص.

"وذلك بالاعتماد على ملاحظة الحالات أثناء الرسم، قياس المدة المستغرقة للرسم، تحليل مستويات الرسم".

- في اختبار الشخصية هذا، مثل جميع الاختبارات الإسقاطية تعتمد جودة المعلومات التي يتم الحصول عليها على الموقف التي تواجه بها مهمة رسم القصة أو بناءها، لكنها تعتمد أيضاً على القدرة على تمييز العناصر ذات الصلة عن العناصر غير الموجودة ويتم أيضاً تحليل موقع كل كائن على الورقة.

### (١) نتائج تحليل الحالة الأولى في الرسم:

- ١- المنزل: تم رسمها بالقرب من الحافة العليا، فإن الرسم يرتبط بالأحلام والخيال.
- ٢- الشخص: يلاحظ أن الحالة امتثلت للتعليمات على الرغم من صعوبة الاختبار وتنفيذه في ضوء مرض الديستونيا، مما يدل على الخضوع لمبدأ الواقع كما أن الرسم احتل جزءاً كبيراً من الورقة مما يعد دليل على الحرمان العاطفي.
- المستوى الخطي: احتل رسم الحالة جزء كبير من الورقة مما يدل على الحرمان العاطفي وكانت الخطوط قوية وهذا دليل على تحرير للنزوات العدوانية.
- المستوى الشكلي: رسمت الرأس أكبر من باقي الجسم مما يدل على عدم النضح أو ضعفة، والأعين واسعة مما يعد مؤشراً للخوف والرغبة في طلب المساعدة، والأنف على شكل خط وهو دليل على الرغبة في معرفه أشياء عن النضوج الجنسي، وفتح الفم للتعرض للتنمر، وقد نسيت رسم الأذن تماماً وهذا دليل على عدم رغبتها في التواصل مع الآخرين، واليد مفتوحة باحثة عن الأمن والطمأنينة.
- ٣- الشجرة: سطح المنزل والذي يمثل الروح والرغبة في دعم الحياة وأيدي الموضوع الطائرة العاطفية.

### (٢) نتائج تحليل الحالة الثانية في الرسم:

- ١- المنزل: في المستوى الأدنى من المادة، إن ما يعكس على اليمين مرتبط بالمستقبل، مما يدل على الخوف من المستقبل وهذا يفسر الارتباط الزائد بالوالدين والخوف من فقدان أحدهما.
- ٢- الشخص: يلاحظ أن الحالة امتثلت للتعليمات على الرغم من صعوبة الاختبار وتنفيذه في ضوء مرض الديستونيا، مما يدل على الخضوع لمبدأ الواقع كما أن الرسم احتل جزءاً كبيراً من الورقة مما يعد دليل على الحرمان العاطفي
- ٣- الشجرة: رسم جذع الشجرة دعم الحياة وأيدي الموضوع الطائرة العاطفية.

### (٣) نتائج تحليل الحالة الثالثة في الرسم:

- ١- المنزل: تم رسم السلم من بعد واحد دليل على القلق، كما تم رسم الصورة للنافذة مفتوحة على محاولة لإعطاء صورة غير حقيقية تحكم في دفعات الأنا، ورغبة في الاتصال بالآخرين، كما تم رسم طابق واحد للمنزل، بعد أن تم رسم طابقين تم حذف أحد الطوابق وهو دليل على التردد والشعور بالتوتر وهي أحد سمات القلق، ورسم طيور خارج المنزل تؤكد الشعور بالحاجة إلى الاندفاعية والانجاز، والشمس رمزاً للأسرة التي تحتاج للدفع.

- ٢- الشخص: تم رسم عرض الجذع أكبر من عرض الوجه، وهذا يشير إلى التوتر وعدم القدرة على اشباع الحاجات غير المحددة، بسبب قلة الإمكانيات وضعف الذات، وكان الرأس أكبر من الجسم بدرجة متوسطة، فهذا يعني أن لديها قدرات فكرية مثيرة للإعجاب، وكان الفم على مجرد خط مستقيم، وهذا يعني العدوانية اللفظية.
- ٣- الشجرة: كان حجم الشجرة ضئيلاً مما يدل على نقص في تقدير الذات، والخجل، وانعدام الثقة بالنفس، وعدم الرضا عن صورة الجسم وهذه نقطة مهمة في التفسير تفتح أفق جديدة للدراسة، ورسم الحشائش الكثيفة بجوار الشجرة دليل على رغبتها في مساندة الآخرين، وترتبط كثافة الأوراق مباشرة بالإنتاجية العقلية، وكان الفرع منحنيًا، فهذا يعني مرونة وقابلية للتكيف بسهولة.

#### (٤) نتائج تحليل الحالة الرابعة في الرسم:

- وقد ظهر عليها عدم القدرة على الرسم، مما جعل الباحثين تسترسل في الحديث عند مباشرتها للرسم في شكل مقابلة مفتوحة وليست موجهة.
- ١- المنزل: جاء رسم المنزل، في الوسط وهو نظرة دلالية إلى الحاضر، ورؤية الأشياء داخل المنزل من خلال الحائط دليل على عدم قدرة العقل على استيعاب ما يحدث، ووجود مشكلات انفعالية وأسرية، ورسم قاعدة المنزل له أرض ثابتة يدل على وجود اضطراب مرتبط أيضاً بالاتصال مع البيئة، استخدمت الممحاة كثير يعكس الشعور بعدم الرضا عما يقدمه الفرد تجاه نفسها والآخرين، يظهر وباب كبير جدًا يظهر شخص اعتمادي تعتمد على الآخرين في كثير من أمورها.
- ٢- الشخص: وكانت الرسمة على المستوى الخطي احتلت رسم الحالة في جانب الصفحة مما يشير إلى عدم الشعور بالأمن، ورسم شريط متصل بالذراعين مؤشراً على القلق وقلة الإمكانيات، وعلى المستوى الشكلي تم رسم الرأس أكبر بكثير من باقي الجسم مما يدل على عدم النضج أو ضعفه.
- ٣- الشجرة: وجود نتوءات أو تظليل في الجذع دليل على وجود إحباط وصدمة في الماضي، والتظليل هنا وسيلة إنتاج لشكل أفضل جمالاً أو تظليل للواقع مما يشير إلى القلق، ومنبأ بالعصاب، ولم ترسم الأرض والذي يمثل غيابه صعوبات في التكيف مع الواقع.

- هذا ويمكن تفسير أوجه الاتفاق والاختلاف بين عينة الدراسة من خلال تحليل الرسم ومعرفة الصراعات الداخلية وعلاقته بالخصائص النفسية والسلوكية لدى العينة ؛ على النحو التالي:-

- اتفقت عينة الدراسة أنهن وجدن صعوبة في التطبيق ومشقة في أداء اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص في وجود الإصابة بخلل التوتر، حيث أن الأداء لم يتم باليد اليمنى فقط بل كانت هناك مساعدة كبيرة من اليد اليسرى للمحاولة في التحكم باليد للرسم، حيث قامت المشاركات بمسك الكف الأيمن بالكف الأيسر أثناء الأداء، كما تخلل الأداء فترات راحة طويلة من الممكن أن تمتد ليوم كامل، ويتم استكمال التطبيق في اليوم التالي، هذا فضلاً عن المحاولات الشديدة في إخفاء التوتر من الأداء والتي زادت من توتر العضلة واهتزاز الكتف بصورة

كبيرة تختلف عن باقي أيام التطبيق، وقد ظهر ذلك في أول التطبيق لدى الحالات، وبالتدريج بدأ هدوء التوتر ومن ثم هدوء العضلة.

- كما اتفقت العينة في رسم المنزل في المستوى الأدنى من المادة، إن ما ينعكس على اليمين مرتبط بالمستقبل، مما يدل على الخوف من المستقبل وهذا يفسر الارتباط الزائد بالوالدين والخوف من فقدان أحدهما وتمثل ذلك لديهن جميعاً، مما يمثل مظهر من مظاهر القلق الاجتماعي وقلق المستقبل حيث أن الوالدين هم العائل لهم على المستوى النفسي والجسدي، هذا واختلفت الحالات الثلاثة فيما بينهن في رسم المنزل تم رسمها في الحالة الأولى بالقرب من الحافة العليا، فإن الرسم يرتبط بالأحلام والخيال والرغبة في التحرر ربما من التنمر أو التحرر من الإصابة، والأصح كما ذكرت تفسير الاختبارات الإسقاطية اشباع الرغبات المكبوتة الغير محققة في الواقع من خلال اجترار الأحلام، وفي حالة الثانية في المستوى الأدنى من المادة وكأنها تخشي سقوط المنزل وترسخ له.

- كما اتفقت الحالات جميعاً على الاهتمام برسم المدخنة والتي تمثل الحياة العاطفية والجنسية، يرمز الدخان الخارج من المدخنة إلى التوتر الداخلي، وفي الحالة الثالثة رسم الصورة للنافذة مفتوحة على محاولة لإعطاء صورة غير حقيقية تحكم في دفعات الأنا، ورغبة في الاتصال بالآخرين، مما يجعلها تتفق مع الحالة الأولى في وجود القلق الاجتماعي، وفي الحالة الرابعة يظهر باب كبير جداً في رسم المنزل مما يظهر شخص اعتمادي تعتمد على الآخرين في كثير من أمورهما، مما يجعلها تتفق مع الحالة الأولى في الخوف من المستقبل بدون الوالدين؛ كما واتفقت الحالات الأربع في أن الرسم احتل جزءاً كبيراً من الورقة مما يعد دليل على الحرمان العاطفي، ورغبتهم في إقامة علاقة عاطفية وتكوين أسرة والاستقلال وبين الصراع الدائم في ظروف الإصابة، وربما عدم وجود شخص يتقبل ظروف الإصابة للمشاركات، ولعل رسم الشخص على المستوى الشكلي احتل مكانة كبيرة لدى المشاركات لأن رسم الشخص انعكاس لصورة الشخص في ذهنه وكيف يرى الفرد ذاته وصورة الآخر له من منظورة ايضاً حيث رسمت الرأس أكبر من باقي الجسم لدي العينات مما يدل على عدم النضج أو ضعفه، والأعين واسعة مما يعد مؤشراً للخوف والرغبة في طلب المساعدة، والأنف على شكل خط وهو دليل على الرغبة في معرفه أشياء عن النضوج الجنسي، وفتح الفم للتعرض للتنمر، وقصر العنق مما يعني عدم القدرة على التحكم بالاندفاع.

- هذا وقد اختلفت العينات في رسم الجذع والذي كان أكبر من عرض الوجه لدى العينات جميعاً، وهذا يشير إلى التوتر وعدم القدرة على اشباع الحاجات غير المحددة لدى العينات ، وكان رسم الشجرة والتي اتفقت العينات عليه هو وجود تنوعات أو تظليل في الجذع دليل على وجود إحباط وصدمة في الماضي، والتظليل هنا وسيلة انتاج لشكل أفضل جماًلاً أو تظليل للواقع مما يشير إلى القلق، ومنبأ بالعصاب، ولم ترسم الأرض والذي يمثل غيابه صعوبات في التكيف مع الواقع، مما جعل الباحثين توصي بعمل دراسة تهتم بالتنمر بالإيذاء والأعراض الذهانية وعلاقتها بالخصائص النفسية والسلوكية في دراسة حالة للمصابات بالديستونيا.

- هذا وقد اختلفت الحالة الثالثة عن باقي الحالات في رسم الشجرة حيث كانت الحشائش الكثيفة بجوار الشجرة دليل على رغبتها في مساندة الآخرين، وترتبط كثافة الأوراق مباشرة بالإنتاجية العقلية، وكان الفرع منحنيًا، فهذا يعني مرونة وقابلية للتكيف بسهولة وهنا يعزي دور للموهبة، والذي ساعد كثيراً في اختلاف الرسم عن



باقي الحالات من حيث الجودة في الأداء، وكذلك الدعم الأسري ورفع الروح المعنوية على الرغم من وجود الإصابة بخلل التوتر، والذي ظهر بشكل أقل من الحالات الثالثة في الدراسة إذ تعد الحالة ذات خصائص نفسية وسلوكية مضطربة قليلاً كما حيث كان المتوسط الحسابي لها (٤٦،٧٦٨) وهي أقل في نسبة المعاناة النفسية من الحالات الأخرى، حيث جاءت الحالة الثانية في المرتبة الأولى من المعاناة النفسية ووجود المشكلات السلوكية حيث كانت النسبة (٥١،٩٨٠)، تليها الحالة الرابعة (٥٠،٧٦٥)، تليها الحالة الأولى (٥٠،٠٠٠)، وأخيراً الحالة الثالثة (٤٦،٧٦٨) وهي أقلهم في المتوسط الحسابي، وتعزي النتيجة إذا حصلت الحالات على مقياس الخصائص النفسية والسلوكية أعلى من درجة المتوسط الفرضي (٤٤)، وبهذا اتفقت جوانب الرسم الإسقاطية مع نتائج اختبار الخصائص النفسية والسلوكية، هذا ويتفق مع هدف الدراسة في أن تطبيق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص في مساعدة مرضى الديستونيا على استخراج صراعاته الداخلية.

- هذا وهناك مجموعة من الخصائص النفسية والسلوكية التي تميز المصابين بخلل التوتر من خلال دراسة البروفيل النفسي للحالات الأربعة، قد أشارت الباحثتين إلى وجود اضطراب تشوه صورة الجسم، والادراك الاجتماعي، والخوف، والقلق، والاكتئاب، والنوم، الميل للعنوان، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Garcia, Barrios, Violante, Valenzuela & Arriaga, 2020) والتي رأت أن الاكتئاب والقلق واضطراب الوسواس القهري، وضعف الإدراك، وظيفة الفص الجبهي، والاندفاع والتأثير البصلي الكاذب، ونوعية الحياة، والاندفاع، والخلل التنفيذي لدى المصابين بخلل التوتر العضلي.

- وكذلك دراسة (Torres, Hoyas, Pedrajo, Tejada, Rio & Castrillo, 2021) في تسجيل مستوى عالٍ من القلق في المرضى الذين يعانون من خلل التوتر العضلي، وكذلك زيادة عدم الاستقرار العاطفي وضعف السيطرة العاطفية وزيادة القلق والرهاب الاجتماعي والكمال و / أو العصائية والتأثير على أنشطة الحياة اليومية، وأشار كل (Monaghan & Keeffe, 2021) عن تأثر الإدراك، والإدراك الاجتماعي، والضيق النفسي، ونوعية الحياة، والعجز النفسي العصبي، وسرعة المعالجة وجوانب الذاكرة، ووجود مستويات عالية من القلق والاكتئاب، وذكرت دراسة (Berkmen, Wright, Perlmutter, Comella, Hallett, Teller, Richardson, Peterson, Cruchaga, Lungu & Jinnah, 2021) أن القلق والاكتئاب وتشوه صورة الجسم ومشكلات الإدراك الاجتماعي وضعف السيطرة العاطفية وزيادة القلق والرهاب الاجتماعي والكمال من الخصائص النفسية والسلوكية للمصابين بخلل التوتر، مما يؤكد أن تطبيق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص يساعد مرضى الديستونيا "خلل التوتر" على استخراج صراعاته الداخلية نتيجة الإصابة.

## • التوصيات:

- الاهتمام بالدراسات التي تهتم بالمنهج الإكلينيكي.
- الاهتمام بالدراسات التي تهتم بالاضطرابات نادرة الحدوث، لكونهم فئة من المجتمع يتوجب دراساتهم وتقديم المساعدة لهم ولو فردية (الرنح، وهن العضلات، ومتلازمة لامبرت إيتون، ومتلازمة الألم الإقليمية المعقدة، ومتلازمة غيان باريه، ونيوروبول).
- الاهتمام بالدراسات التي تهتم بالاختبارات الإسقاطية والعمل على تطويرها وتفسيرها بطريقة علمية منظمة.

**ABSTRACT.**

The current research sought to identify the characteristics of the psychological profile of a sample of dystonia patients through the application of the house, tree and person drawing test, as (4) females with dystonia at the age of (17, 19, 20, 21) were selected, to apply the research tools to them, In order to reach the results of the research, the researchers conducted clinical interviews with the parents, and built a scale of psychological and behavioral characteristics of dystonia patients:- By defining the characteristics of the psychological profile of clinical cases according to the content of the interview analysis, it was found that they suffer from a disorder in psychological and behavioral characteristics, compared to the hypothetical average.

**key words:- Psychological profile, psychological and behavioral characteristics, dystonia, and house, tree and person drawing test.**

قائمة بأسماء السادة المحكمين

| م | الاسم                         | الصفة                                     | الكلية                                      |
|---|-------------------------------|---|---|
| ١ | أ.د   فاتن طلعت قنصوة         | أستاذ ورئيس قسم علم النفس                 | جامعة كفر الشيخ- كلية الآداب                |
| ٢ | أ.د   أمال كمال باظة          | أستاذ الصحة النفسية                       | جامعة كفر الشيخ- كلية التربية               |
| ٣ | أ.د   محمد رزق البحيري        | أستاذ علم النفس ووكيل الكلية لشؤون الطلاب | جامعة عين شمس- كلية الدراسات العليا للطفولة |
| ٤ | أ.م.د   محمد ابو العطا        | أستاذ علم النفس الاكلينيكي المساعد        | جامعة كفر الشيخ- كلية الآداب                |
| ٥ | أ.م.د   رشا ناجي محمد         | أستاذ علم النفس الاكلينيكي المساعد        | جامعة كفر الشيخ- كلية الآداب                |
| ٦ | أ.م.د   هناء عبد العظيم متولي | أستاذ علم النفس المساعد                   | جامعة كفر الشيخ- كلية الآداب                |
| ٧ | أ.م.د   محمد نجيب عيد         | أستاذ علم النفس المساعد                   | جامعة كفر الشيخ- كلية الآداب                |

أولاً: المراجع العربية:

١. زينب شقير (٢٠٠٢). علم النفس العيادي والمرضى للأطفال والراشدين، القاهرة: دار الفكر العربي للنشر.
٢. عادل خضر (٢٠٠٠). إسقاط صورة الجسم في اختبار الرسم الإسقاطي، مجلة علم النفس، ٥٦، القاهرة: الهيئة العامة المصرية للكتاب.
٣. عادل كمال، وخالد محمد (٢٠٠٨). العلامات الدالة على القلق في اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص دراسة مقارنة بين مرحلتي الرسم بالرصاص والرسم بالألوان، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢١ (٧٦-٧٩)، ٤٤-٦٣.

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

- Albanese A., Bhatia K., Bressman S., DeLong M., Fahn S., Fung V. (2013). Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 28(7), 863–73.
- Ambridge B. (2020). Psy-Q: You know your IQ - now test your psychological intelligence. *Profile Books*.
- Balint B., Mencacci N., Valente E., Pisani A., Rothwell J., Jankovic J., Vidaihet M., Bhatia K. (2018). Dystonia. *Nature reviews. Disease primers*, 4(1), 1- 25.
- Berardelli I., Ferrazzano A., Pasquini M., Biondi M., Berardelli A., Fabbrini G. (2015). Clinical course of psychiatric disorders in patients with cervical dystonia. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 583-585.
- Berkmen G., Laura J., Perlmutter J., Comella C., Hallett M., Teller J., Richardson S., Peterson D., Cruchaga C., Lungu C. & Jinnah H. (2021). The Dystonia Coalition: A Multicenter Network for Clinical and Translational Studies. *Frontiers in neurology*, 8, 18, 1-12.
- Bradnam L., Meiring R., Boyce M. & McCambridge A. (2021). Neurorehabilitation in dystonia: A holistic perspective. *Journal of Neural Transmission*, 128, 549–558.
- Carvallo B., Hallett M. & Jankovic J. (2019). Pathogenesis and pathophysiology of functional (psychogenic) movement disorders. *Neurobiology of disease*, 127, 32–44.
- Dool J., Tijssen M., Koelman J., Engelbert R. & Visser B. (2016). Determinants of disability in cervical dystonia. *Parkinsonism & Related Disorders*, 32, 53-48.

- Ellement B., Jasoui Y., Kathol K., Nosratmirshekarlou E., Pringsheim T., Sarna J., Callahan B. & Martino D. (2021). Social cognition in cervical dystonia: Phenotype and relationship to anxiety and depression. *European journal of neurology*, 28(1), 98–107.
- Enders L., Spector J., Altenmuller E., Schmidt A., Klein C. & Jabusch H. (2011). Musician's dystonia and comorbid anxiety: Two sides of one coin?. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 26(3), 539–542.
- Friedman H. & Schustack M. (2016). *Perspectives on Personality: Classic Theories and Modern Research - Books a la Carte (6th Edition)*. USA: Pearson.
- Fung V., Jinnah H., Bhatia K. & Vidailhet M. (2013). Assessment of the patient with dystonia: an update on dystonia syndromes. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 28(7), 889–98.
- Garcia N., Barrios M., Violante M., Valenzuela J. & Arriaga A. (2020). Neuropsychiatric profile of patients with craniocervical dystonia: A case-control study. *Clinical neurology and neurosurgery*, 193, 105794.
- Hammer E. (1960). *The House –Tree –Person (H–T–P) Drawing as Projective Technique With Children .In: Projective Technique with Children*. Edited By Rabin, A. & Haworth, M.R., Grune & Stratton Inc. New York,.
- Hoffman j. (2019). *"Taking Mental Snapshots to Plumb Our Inner Selves"*. New York Times.
- Jeronimus B., Riese H., Sanderman R. & Ormel J. (2014). "Mutual Reinforcement Between Neuroticism and Life Experiences: A Five-Wave, 16-Year Study to Test Reciprocal Causation". *Journal of Personality and Social Psychology*, 107 (4), 751–64.
- Junker J., Berman B., Hall J., Wahba D., Brandt V. & Perlmutter J. (2021). Quality of life in dystonia: non-motor manifestations matter. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 1-7.
- Kajonius P. & Giolla E. (2017). Personality traits across countries: Support for similarities rather than differences. *PLoS ONE*, 12, 0179646.
- Lencer R., Steinlechner S., Stahlberg J., Rehling H., Orth M., Baeumer T., Rumpf H., Meyer C., Klein C. & Muenchau A. (2009). Primary focal dystonia: Evidence for

- distinct neuropsychiatric and personality profiles. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 80(10), 1176–1179.
- Ludwig L., Pasman J., Nicholson T., Aybek S., David A., Tuck S., Kanaan R., Roelofs K., Carson A. & Stone J. (2018). Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry*, 5(4), 307–320.
  - Mahajan R. & Gupta K. (2021). "Adaptive design clinical trials: Methodology, challenges and prospect". *Indian Journal of Pharmacology*, 42 (4), 201–7.
  - Monaghan R., Cogley C., Burke T., McCormack D., Riordan S., Ndukwe I., Hutchinson M., Pender N. & Keefe F. (2021). Non-motor features of cervical dystonia: Cognition, social cognition, psychological distress and quality of life. *Clinical Parkinsonism & Related Disorders*, 4, 100084.
  - Morgan A., Eccles F. & Greasley P. (2021). Experiences of living with dystonia. *Disability and rehabilitation*, 43(7), 944–952.
  - Naomi K., Maruo K., Sakamoto T., Takahashi Y. & Horikoshi M. (2019). Personality traits of Japanese patients with focal dystonia-Variable classification by affected body part and occupation. *Clinical neurology*, 59(12), 791–798.
  - Norris S., Jinnah H., Klein C., Jankovic J., Berman B. & Roze E. (2020). Clinical and demographic characteristics of upper limb dystonia. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 35(11), 2086–90.
  - Powis Z., Towne M., Hagman K., Blanco K., Palmaer E. & Castro A. (2019). Clinical diagnostic exome sequencing in dystonia: genetic testing challenges for complex conditions. *Clinical genetics*, 97(2):305–311.
  - Price D. & Barrell j. (2021). *Inner experience and neuroscience: merging both perspectives*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
  - Quartarone A. & Pisani A. (2011). Abnormal plasticity in dystonia: Disruption of synaptic homeostasis. *Neurobiology of disease*, 42(2), 162-70.
  - Roy A., Oldehinkel A. & Hartman C. (2017). Cognitive functioning in Adolescents with Self-Reported ADHD and Depression: Results from a Population-Based Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45 (1), 69-81.

- Sackett P. & Walmsley P. (2014). "Which Personality Attributes Are Most Important in the Workplace?". *Perspectives on Psychological Science*, 17, 538–551.,
- Shiel J. & William C. (2018). "**Nonblinded study**". Charleston SC, USA: CreateSpace.
- Sleep C., Lynam D. & Miller J. (2021). comparison of the Validity of Very Brief Measures of the Big Five/Five-Factor Model of Personality. *Assessment*, 28(3), 739–758.
- Smit M., Kuiper A., Han V., Jiawan V., Douma D., Harten V., Oen J., Pouwels M., Dieks H., Bartels A. & Tijssen M. (2016). Psychiatric co-morbidity is highly prevalent in idiopathic cervical dystonia and significantly influences health-related quality of life: Results of a controlled study. *Parkinsonism & Related Disorders*, 30, 7-12.
- Stefaroi P. (2015). **Humanistic Personology: A Humanistic-Ontological Theory of the Person & Personality. Applications in Therapy, Social Work, Education, Management and Art (Theatre)**. Charleston SC, USA: CreateSpace.
- Steinlechner S., Jabusch H., Altenmuller E., Borngraber F., Hagenah J., Klein C., Lencer R. & Schmidt A. (2018). Personality profiles are different in musician's dystonia and other isolated focal dystonias. *Psychiatry Research*, 266, 26–29.
- Torres M., Hoyas E., Pedrajo N., Tejada S., Río A. & Castrillo J. (2021). Personality Profile in Focal Hand Dystonia: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 7863.
- Zech M., Jech R., Boesch S., Skorvanek M., Weber S., Wagner M. (2020). Monogenic variants in dystonia: an exome-wide sequencing study. **The Lancet. Neurology**, 19(11), 908–18.
- Passos R., Varanda S., Costa A., Morgado P. & Cameiro G. (2015). Psychological Profile of Patients with Facial Focal Dystonias. *European Psychiatry*, 30, 1272-1272.
- Laan L., Spaendonck K., Horstink M. & Goris R. (1999). The Symptom Checklist-90 Revised Questionnaire: No Psychological Profiles in Complex Regional Pain Syndrome–Dystonia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(5), 357-362.
- Altenmuller E. & Jabusch H. (2010). Focal dystonia in musicians: phenomenology, pathophysiology, triggering factors, and treatment. *Medical Problems of Performing Artists*, 25(1), 3-9.

- Ioannou C. & Altenmuller E. (2014). Psychological characteristics in musician's dystonia: a new diagnostic classification. *Neuropsychologia*, 61,80-88.
- Breakefield O., Blood A., Li Y., Hallett M., Hanson P. & Standaert D. (2008). The pathophysiological basis of dystonias. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(3), 222-234.
- Orimoto K., Matsuishi T. & Yuge K. (2017). An atypical form of RETT syndrome (RTT) patient exhibited dystonia and characteristic psychological/behavioral dysfunctions. *Journal of the Neurological Sciences*, 381, pages 459.
- Davidescu E., Odajiu I., Tulba D., Mitrea I., Cucu C. & Popescu B. (2021). Psychological Traits and Behavioural Influences in Patients with Dystonia—An Observational Cohort Study in a Romanian Neurology Department. *Life (Basel, Switzerland)*, 11(7),612.
- Zurowski M., McDonald W., Fox S. & Marsh L. (2014). Psychiatric Comorbidities in Dystonia: Emerging Concepts. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 28(7),1-10
- Marzouki S., Evans S., Marshall T. & Roberts I. (2005). Are these data real? Statistical methods for the detection of data fabrication in clinical trials. *BMJ Clinical Research*, 331(7511), 267-70.
- Garcia N., Barrios M., Violante M., Valenzuela J. & Arriaga A. (2020). Neuropsychiatric profile of patients with craniocervical dystonia: A case-control study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 193, 105794.
- Torres M., Hoyas E., Pedrajo N., Tejada S., Rio A. & Castrillo J. (2021). Personality Profile in Focal Hand Dystonia: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 18 (15), 7863.
- Monaghan R. & Keeffe F. (2021). Non-motor features of cervical dystonia: Cognition, social cognition, psychological distress and quality of life. *Clinical Parkinsonism & Related Disorders*, 4, 100084.
- Berkmen G., Wright L., Perlmutter J., Comella C., Hallett M., Teller J., Richardson S., Peterson D., Cruchaga C., Lungu C. & Jinnah H. (2021). The Dystonia Coalition: A Multicenter Network for Clinical and Translational Studies. *Frontiers in neurology*, 12,660909.