

الاضطرابات النفسية المصاحبة للدورة الشهرية

LES TROUBLES PSYCHIQUES PÉRIMENSTRUELS

turky.jamel@gnet.tn

s_djarallah@yahoo.fr

د. جمال التركي - الطبيب النفسي - تونس

ترجمة: د. سليمان جبار الله - الطبيب النفسي - فرنسا / الجزائر

ملخص

هل رصيدنا الثقافي يجوي من المصطلحات المعبرة عن الاضطرابات النفسية المصاحبة للدورة الشهرية، ما يسمح لنا بتحديد تصنيف ملم بها؟
 ما هي الأدوات المساعدة على التأكد من التشخيص والتقييم العيادي للتناذر المصاحب للدورة الشهرية؟
 ما مدى انتشار مختلف مظاهر الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية لدى المرأة وآثارها النفسية والاجتماعية؟
 هل بإمكاننا صياغة فرضيات أساسية لبناء علاقات تربط بين الدورة البيولوجية وعوامل التوتر من جهة، وتراكمات ردود أفعال من جزاء عمليات التكيف لدى امرأة ما من جهة أخرى؟
 هل يجب علاج التناذر المصاحب للدورة الشهرية؟ إن كان الجواب بنعم، فهل نملك العلاج الناجع؟
 الهدف مما سنعرضه هو السعي إلى إيجاد أدوات عملية قابلة للتطبيق تعزز أكثر الاهتمام المتزايد بأعراض التناذر، وهذا يدعم أيضا التشخيص الخاص بأمراض النساء والتشخيص الطبني للاضطرابات الملاحظة لدى النساء ممن يعانين من التوتر وعدم الراحة بصفة دورية، قبل العادة الشهرية.
 موضوع خلفيات التناذر المصاحب للدورة الشهرية ذو أهمية كبيرة، لكون أسبابه ليست معروفة ولأن آليات حدوثها فيزيولوجيا ونفسيا مازالت غامضة، وكون معظم العلاجات المقترحة محل جدل. انطلاقا من ذلك ومما جد من بحوث، لا بد من إعادة النظر في هذا المرض المنتشر كثيرا.
الكلمات المفتاحية: تقلب المزاج، النساء، الدورة الشهرية، المصاحبة للدورة الشهرية، السابقة للدورة الشهرية، التناذر المصاحب للدورة الشهرية.

Résumé

Dispose-t-on de concepts nosographiques permettant d'encadrer de façon valable les troubles péri-menstruels de la femme. ?

Quelle sont les outils fiables pour assurer le diagnostic et l'évaluation clinique du SPM ?

Quels sont l'épidémiologie et l'impact psychosocial des différentes formes des troubles pré-menstruels de la femme ?

Peut-on formuler des hypothèses structurées concernant les rapports qui pourraient s'établir entre les cycles biologiques, les facteurs de stress et l'ajustement des réactions adaptatives chez une femme donnée ?

Faut-il traiter le SPM? Et si la réponse est oui, dispose-t-on d'un traitement efficace -?

Notre propos rejoint finalement l'objectif d'établir s'il est justifié et faisable de porter plus d'attention à la clinique des SPM, ainsi qu'à l'investigation gynécologique et psychiatrique des troubles présentés par les femmes qui souffrent de malaise périodique pré-péri-menstruel.

Le SPM fait l'objet d'un regain d'intérêt car son étiologie n'est pas connue, sa physiopathologie et sa psychopathologie restent très incertaine et les nombreux traitements proposés sont contestés. Il paraît donc utile, au vu des publications récentes, de refaire le point sur cette pathologie très fréquente.

Mots Clés : Dysphorie, femmes, menstruation, péri-menstruel, pré-menstruel, SPM

مصاحبة التغيرات السلوكية والانفعالية والبدنية للدورة الشهرية معروفة منذ القدم. سنة 1931، هي تاريخ بداية التعريف وتحديد التناذر المصاحب للدورة الشهرية وهو المدون في كتب الطب. كان ذلك محل تضارب آراء الأسرة الطبية، فبعضهم رفض وجوده <<موجود إلا في ذهن المرأة>> (ويشس 1988). كما أن هناك اختلافا حول

■ مدخل

الدورة الشهرية حدث دوري راسخ في حياة المرأة، تصحبه في أغلب الأحيان تغيرات سلوكية ونفسية وبدنية. له دور في التوازن الجسمي والنفسي للمرأة. من جانب آخر، دورية هذا الحدث يمكن أن تتأثر بالأمراض الأخرى البدنية منها والنفسية⁽⁴⁾.

لمستوى كمية الأوستروجين تتوافق وحدث نزول البويضة. أما ارتفاع مستوى كمية هذا الهرمون في المرحلة اللوتينية، ناتج عن إفراز الجسم اللوتيني للأستروجين والبروجسترون.

فترة نشاط الجسم اللوتيني تقدر بحوالي 12 يوماً؛ فإذا لم يتم تلقيح البويضة، فإنه ينحل، فتنخفض كميات الأستروجين والبروجسترون بطريقة سريعة فيحدث الحيض. تندي مستوى كمية الهرمونات المبيضية ينه بطريقة رجعية سالبة كل من المهاد التحتاني والغدة النخامية؛ عندها تبدأ دورة جديدة بتنشيط المبيض⁽⁵⁾.

■ التعريف والحالات السريرية

يضم التناذر المصاحب للدورة الشهرية عدة أعراض سلوكية ونفسية وجسمية، تلك التي تحس بها المرأة في المرحلة اللوتينية من الدورة الشهرية. تظهر هذه الأعراض من سبعة إلى أربعة عشر يوماً قبل بداية نزول دم الحيض ثم تزول في اليوم الأول أو الثاني بعد ذلك. هناك عامل أساسي في الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية، وهو غياب الأعراض في المرحلة الجريبية. أما زيادة حدة هذه السمات فإنه يؤثر على النشاط الشخصي والعائلي والوظيفي للمرأة.

من أهم الأعراض الخاصة بالتناذر المصاحب للدورة الشهرية الأكثر وروداً في الكتب الطبية نجد:

- الأعراض الجسمية

التعب، انتفاخ وضغط في الثديين، الاحتفاظ بالماء والصوديوم، انتفاخ البطن، زيادة الوزن، حب الشباب، صداع، عسر البراز.

- الأعراض النفسية

الحصر، القلق، الاكتئاب، فرط الحساسية، نقص التركيز، اضطراب اللذة الجنسية، الرفض، اضطراب الشهية (شراهة للسكريات).

طرح العديد من الدراسات تساؤلاً حول مدى ضرورة تصنيف التناذر المصاحب للدورة الشهرية ضمن الأمراض المدرجة في الطب النفسي، ولم تحسم المسألة لحد الآن. أما الحالات الخطيرة منها، فهي محل دراسات وبحوث عالمية. في سنة 1985، قامت مجموعة من الباحثين الأمريكيين في الأمراض الذهنية، بتحديد التناذر المصاحب للدورة الشهرية أو التقلب المزاجي في المرحلة اللوتينية الأخيرة (late luteal phase) late luteal phase (LLPDD : dysphoric disorder) ووضعوا استبيانات لذلك.

ما جد على المتعارف عليه حول هذا التناذر، يعود إلى طرق ووسائل التشخيص الحديثة، ولم يعد ذلك موضوع النقاش، إلا أنه من الضروري إيجاد بناء للتغيرات الدورية للأعراض وفق ضوابط الإحصاء. سمة الدورية للأعراض تبقى أساسية؛ تظهر في الأسبوع الأخير من المرحلة اللوتينية وتختفي في الأسبوع الأول من ظهور العادة (على الأقل في اليوم 4 إلى اليوم 12).

إفحام مفهوم تناذر عسر المزاج السابق للدورة الشهرية للتعبير بمصطلح يجمع في أن واحد عن الاضطراب العاطفي واضطراب مصاحب للعادة الشهرية ذو دورية مميزة. للتذكير فقط، فإن التصنيفات الواردة في (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية) DSM-IV، تعتبره حالة خاصة من التناذر المصاحب للدورة الشهرية. تشخيص هذه الحالة يعتمد في المقام الأول على: أهمية استمرارية دورية الاضطراب (خلال الأسبوع الأخير من المرحلة اللوتينية وزوال الأعراض بعد عدة أيام من بداية المرحلة الجريبية)، التي تكون على شكل رزم من الأعراض، بينهما ارتباط منسق، بحيث تحوي ولو عدداً قليلاً منها "نوع

التعريف العالمي لهذا المصطلح لكي يكون متعارفاً عليه؛ يعود ذلك إلى عدة عوامل: غموض أسباب الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية؛ تباين الأعراض واختلاف درجة حدتها من امرأة لأخرى ومن دورة إلى أخرى لدى نفس المرأة.

يمثل التناذر المصاحب للدورة الشهرية أكبر عائق يعترض الحياة الوظيفية للمرأة. فهو مجموعة من الأعراض الخفيفة يمكن أن تمس كل أجهزة الجسم وتشارك في نقطة واحدة فقط، وهي أنها دورية؛ تظهر في الأيام التي تسبق بدء العادة الشهرية ثم تختفي في بدايتها أو أثناء حدوثها. من الصعب تحديد مدى انتشار هذا الاضطراب بدقة، نظراً للخصائص الإدراكية الفردية له؛ ويستحيل التقدير الدقيق للحدة التي عندها يمكن القول بأنه أصبح تناذر مصاحب للدورة الشهرية؛ أما انتشارها عموماً فإنه يمس ما بين 35 و 40% من النساء.

الملاحظ هو أن الأعراض المصاحبة لفترة الحيض موجودة لدى 80% من الحالات، إلا أنه من خلال الفحوصات نجد 30 إلى 40% من المرضى يعتبرون ذلك عائقاً، وأن 3 إلى 8% من النساء ممن هن في مرحلة الإنجاب، يشكين من حدة الاضطرابات المصاحبة للعادة الشهرية. للتأكد من وجود حالة التناذر السابق للعادة الشهرية، فإنه يجب تحديد درجات تغير الأعراض في المرحلة اللوتينية.

أثناء الدورة الشهرية، 30% من النساء اللواتي أعمارهن بين 18 و 45 سنة لديهن تقلب في المزاج، يتراوح بين النوع المتوسط والحاد؛ ومن 5 إلى 10% من الحالات، يطلبن علاجاً لذلك. بينما 25% من النساء ليس لديهن أي تقلب في مزاجهن، و 3% يعانين من اضطرابات حادة.

لتقييم حدة التناذر، يعتمد بعض الأطباء⁽¹⁵⁾ على تقدير عدد أيام المرحلة اللوتينية التي لا يوجد أثناءها أعراض، ويحذف منها عدد الأيام التي تكون فيها الأعراض في أقصى حد لها.

المعاناة من اضطراب المزاج المرتبط بالدورة الشهرية؛ يتمثل من ناحية الطب النفسي في الاضطرابات المزاجية الدورية غير المحددة. أغلبها في الحقيقة من نوع الاكتئاب، يبدأ ظهوره مباشرة بعد نزول البويضة، وتزداد حدته تدريجياً لتصل إلى حدها الأقصى في الخمسة أيام الأخيرة التي تسبق الدورة الشهرية. ثم تزول بسرعة متى بدأت العادة. اضطراب المزاج يمكن أن يتغير من دورة لأخرى لدى الفرد نفسه.

المتابعة الدقيقة للأعراض تكون باستخدام استمارة بيانات تملؤها المرأة، مما يسهل معرفة من لديهن تغيرات دورية للاضطرابات. هذه الأخيرة معظمها يحدث في المرحلة اللوتينية من مراحل الدورة الشهرية.

■ الدورة الشهرية

الدورة الشهرية العادية تستلزم تأزر وظائف كل من: المهاد التحتاني والغدة النخامية والمبيضين. إفراز محفز الهرمون التناسلي (gonadotrophine-releasing hormone (GnRH)، يتم بفضل المهاد التحتاني وبطريقة نبضية، وتعمل وسائط كيميائية عصبية على تعديل كمية الإفرازات وأهمها: نوربينفرين < نورادرينالين>، السيروتونين، الأوبيويدات المركبة في الجسم. محفز الهرمون التناسلي، يحث على إفراز الهرمون المنبه للجريب (FSH) والهرمون اللوتيني (LH) اللذين تفرزهما الغدة النخامية (الفص الأمامي)⁽⁵⁾.

المرحلة الجريبية، وهي الفترة التي تنمو فيها البويضة قبل نزولها، يرافق ذلك النمو التدريجي للجريب المبيضي. تتميز هذه المرحلة بإفراز الأوستروجين، فتزداد كميته في الدم تدريجياً، ثم تبلغ أقصاها في اليومين الـ 5 و 6 إلى غاية حدوث عملية نزول البويضة. النقصان السريع والمؤقت

في الجدول أدناه.

أ. أثناء معظم الدورات الشهرية وخلال سنة مضت، هناك خمسة أعراض أو أكثر مما يلي، نجدها حاضرة في الأسبوع الأخير من المرحلة اللوتينية. تكون خفيفة في الأيام الأولى من المرحلة الجريبية، ثم لا أثر لها في الأسبوع الأول بعد بداية الدورة. و يجب أن يكون أحد هذه الأعراض هو: (19، 46، 32، 14).

1. مزاج اكتئابي ملحوظ، الشعور بخيبة الأمل، تحقير الذات (أفكار تبخيس الذات).
2. توتر ملحوظ، ضغط نفسي، إحساس بالتيه، تصلب، انعصاب.
3. عطوبية انفعالية واضحة (مثلا، الحزن الفجائي، الرغبة في البكاء، فرط الحساسية للرفض).
4. غضب وتوتر شديد ومتواصل أو زيادة حدة الصراعات النفسية الباطنية.
5. تدني الاهتمام بالنشاطات الاعتيادية (مثل، العمل، التمدن، الأصدقاء، الاستجمام).
6. معاناة من صعوبة التركيز.
7. الخمول، التعب الشديد أو فقدان قدر كبير من الطاقة.
8. تغيير شهية الأكل، فرط في بلع الطعام، رغبة جامحة لبعض المأكولات.
9. كثرة النوم أو الأرق.
10. الإحساس بانغماس في أعمال عديدة أو فقدان المراقبة.
11. أعراض جسدية أخرى. مثل، ضغط أو انتفاخ الثديين، صداع، آلام في المفاصل أو العضلات، شعور بالانتفاخ، زيادة في الوزن.

ملاحظة: المرحلة اللوتينية من الدورة الشهرية، تمثل الفترة المحصورة بين نزول البويضة وبداية العادة الشهرية، ثم تليها المرحلة الجريبية بعد ذلك. تحديد المرحلتين اللوتينية والجريبية لدى النساء ممن يعانين عدم انتظام دورتهن الشهرية (كما في حالات استئصال الرحم)، يعتمد على التحليل الكمي للهرمونات الجنسية في الدم.

ب. تشوش وعدم انتظام سير النشاط المدرسي أو اليومي للمرأة والنشاطات الاجتماعية وعلاقتها بالأخرين (مثلا، تجنب النشاطات الاجتماعية، تدني المردود والفعالية في العمل وضعف التحصيل الدراسي). تعتبر عوامل أساسية في التشخيص، التأكد منها يستدعي تقييما ذاتيا لاحقا على مدى دورتين على الأقل.

ج. هذه التقلبات لا تعبر فقط عن ارتفاع حدة الأعراض الناجمة عن اضطراب آخر كما في حالة الكآبة الكبرى أو الهلع أو تقلبات المزاج أو اضطراب الشخصية (أي حين تبقى إمكانية مصاحبة أي من هذه الاضطرابات قائمة).

د. التقييم اليومي الممتد على مدى دورتين متتاليتين، يجب أن يثبت وجود العوامل < أ، ب، ج > (قبل ثبوت ذلك، فإن التشخيص يؤخذ به بصفة مؤقتة).

من المهم التطرق إلى عواقب التناذر المصاحب للدورة الشهرية على المستوى الشخصي والمهني، فنجد.

- عدم استقرار الحياة العاطفية.
- تدني القدرات الجسدية والرياضية، زيادة الإحساس بالتعب.

ارتفاع في حدتها، الناتجة عن اضطراب ذهني آخر (يكون مصدرها الاكتئاب الكبير وارتباك أو شحوب أو اضطراب في الشخصية) وتمثل عائقا أمام النشاط الاجتماعي أثناء فترة الحيض.

أكد سبيتر Spitzer في دراساته سنة 1989 (73)؛ على أهمية عامل التزامن في التناذر، وأثبت ذلك لاحقا لكي يصنف هذا الأخير على أنه حالة زيادة حدة الأعراض أو أنه اضطراب مستقل عنه. يبدو واضحا أنه ليس من السهل القيام بالتشخيص الفارقي. فالمرحلة السابقة للدورة الشهرية تمثل 25% منها، وعليه فإنه من الصعب تمييز حالة التقلب المزاجي في المرحلة اللوتينية الأخيرة LLPDD من حالة اكتئاب عابرة ومتركرة غير مرتبطة بالتناذر المصاحب للدورة الشهرية، إلا إذا كانت هذه الأخيرة لم تحدث خلال الدورات الشهرية الأخرى. من جهة أخرى، يصعب تقييم حدة اضطراب المزاج المصاحبة للدورة الشهرية. (ابنسكوغ، Ainscough 1990؛ أبرهام وآخرون، Abraham et al 1990) (2، 3). ميدانيا، يمكن للعوامل الثقافية والاجتماعية والعائلية أن تؤثر في الشكل السريري الذي تظهر عليه الحالة.

تصنيف DSM-IV يعرف التقلب المزاجي في المرحلة اللوتينية الأخيرة (LLPDD)، على أنه مصطلح يدل على عرض طب نفسي فردي (اضطراب المزاج، الحصر،...)، كما يخص أيضا المشاكل الاجتماعية والمهنية والعلاقية. ولا تتدخل في ذلك ولو زيادة بسيطة في حدته لأي من أعراض الأمراض الذهنية. من جانب آخر، عامل الدورية المرتبط بالدورة الشهرية تعريفه واضح في الفقرة < د >.

بعض المراجع (25)، أكدت على أن النساء اللواتي يعانين من الاضطراب التناظري ذو دورية قصيرة، يتميزن بوجود اضطرابات مصاحبة للدورة الشهرية لديهن أكثر حدة. إضافة إلى أن خلاصة أبحاثهم تبدو موافقة على تعريف مجموعتين مختلفتين من النساء اللواتي يعانين من الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية.

التناذر المصاحب للدورة الشهرية المحدد: يمثل لدى النساء اللواتي لا يظهر لديهن أعراض، إلا في المرحلة اللوتينية، ولا يعبر لديهن عن مرض عقلي من ضمن الأمراض التي تقوم المجموعة بمراقبتها في سوابقهن، أو ما يعبر عنه حاليا. ولا يوجد لديهم أيضا، أي من اضطرابات الشخصية في الاختبارات الخاصة بذلك.

التناذر المصاحب للدورة الشهرية الحاد > التهجّي : يعبر عن حالة النساء اللواتي لديهن أعراض أثناء كل فترة الدورة مع زيادة حدتها في المرحلة اللوتينية، في أغلب الأحيان نجد في سوابقهن الصحية اضطرابات ذهنية، واختبارات الشخصية عندهن تميل قليلا عن الحالات الوسطية.

نسجل وجود استعدادات عائلية (الأم، الأخوات) في 45% من الحالات و سوابق عسر الطمث في 50% من الحالات (6، 9). بينما لا توجد اختلافات تعود إلى العوامل التالية: مستوى المعيشة، والمستوى الاجتماعي، الإنتماء العرقي، عدد الولادات، مدة الدورة، الوزن (43).

الأعراض المتعددة الملاحظة، فهي موضوع التقييم، يجسد ذلك من خلال استبيان وفق نموذج رياضي تقيمي؛ (جدول الخبرات السابقة للدورة الشهرية - COPE) calendar of Premenstrual Experiences «) بحوي 22 بندا مدرج من 0 إلى 4. و لقد أختبر في سان دياغو ب كاليفورنيا.

اضطرابات تقلب المزاج المصاحب للدورة الشهرية: هو حالة حادة جدا لشكل التناذر المصاحب للدورة الشهرية. حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي عناصر التشخيص التي تعرفه في (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابع < DSM IV >) الملخصة

الإفراط في تناول الملح أو تدني كميات مستويات البروستاغلندين أو المغنيزيوم.

- التناذر المصاحب للدورة الشهرية من النوع < أ >

(أ = اكتئاب، D = dépression)

هذا النوع ليس معروفا ومحددا في شكل مميز له، كما أنه نادر جدا. العرض الأساسي فيه هو الاكتئاب الذي يصاحبه نقص في كمية الوسائط الكيماوية العصبية في الجهاز العصبي المركزي. وكان من المحتمل جدا أن يوجد لدى النساء اللواتي لديهن تناذر من نوع < أ > تدني كبير في كمية الوسائط الكيماوية العصبية عقب الانخفاض الكبير في مستوى كمية الأستروجين (عكس نتائج التحاليل المخبرية الموجودة في التناذر المصاحب للدورة الشهرية من نوع < ح >). انخفاض كمية الأستروجين المبيضي يرتبط بعامل التوتر الذي يسبب زيادة في إفراز الأدرينالين الأندروجيني أو البروجستروني أو من كليهما.

- التناذر المصاحب للدورة الشهرية من النوع < م >

(م = زيادة التمييه، H = hyperhydratation)

يتميز بزيادة الوزن (1.5 كغ)، انتفاخ البطن وإحساس بثقل منطقة الحوض، انتفاخ مع حساسية مفرطة على مستوى الثديين، وأحيانا ظهور انتفاخ عابر على الوجه، اليدين، الكعبين. هذه الأعراض تتجم عن زيادة كمية الماء في الجسم كنتيجة لارتفاع كمية الألدوسترون التي تعمل على احتفاظ الجسم على الصوديوم. زيادة كمية الألدوسترون خلال المرحلة السابقة للدورة الشهرية لمن لديهن التناذر المصاحب للدورة الشهرية من نوع < م > يمكن أن يرجع سببه إلى: التوتر، زيادة في الأستروجين، نقص في المغنيزيوم أو يكون ثانويا لزيادة في تناول كمية الملح.

■ أدوات تقييم التناذر المصاحب للدورة الشهرية

إن تشخيص التناذر المصاحب للدورة الشهرية تنقصه الدقة للأسباب التالية:

- اختلاف وتقلب الأعراض السريرية المميزة لهذا المرض.
- عدم مصداقية التقييم الذاتي للاضطرابات السابقة للدورة الشهرية بعد فواتها.
- إلا أن الأبحاث المتتالية، توصلت إلى وضع أدوات تقييم سريرية (استبيانات) وتحديد عناصر متفق عليها لتحطيم مثل العقبات السابقة الذكر.
- من الناحية الشكلية، نميز بين مجموعتين من الاستبيانات:

1. الاستبيانات الاستيعادية Questionnaires rétrospectifs: من الأدوات المعدة للتقييم الإستهادي (استبيان أعراض الدورة الشهرية Menstrual Symptom Questionnaire, MSQ، والشكل التقديري لما قبل الدورة الشهرية، Premenstrual Assessment Form, PAF)، ويبدو أنها تتميز بالشمولية: تعدد الأعراض يؤدي إلى التقييم المضخم، وما يرد فيه معرض للتحوير لاستحالة تجنب ذلك في عملية التذكر واستعادة الخبرات.

2. الاستبيانات الاستطلاعية أو التوقعية Questionnaires prospectifs: مثل هذه الوسائل المستخدمة، نذكر (استبيان التوتر خلال الدورة الشهرية Menstrual Distress Questionnaire MDQ) أو جداول التقييم الشخصي، حيث تقوم المرأة بملء الجدول يوميا خلال دورة

- انخفاض مردودية العمل.

- زيادة في أطوار الاكتئاب.

- تعدد الغيابات وتكرار تقديم العطل المرضية.

■ التشخيص والتصنيف

استقصاء المريض يمثل ركيزة تشخيص هذا التناذر الذاتي الخصائص. فلا بد من تحديد بداية ظهور الاضطرابات التي تسبق الدورة الشهرية وكذلك اختفاءها، متى بدأت العادة الشهرية وتحديد تاريخ ظهور الأعراض وما صاحبها من مواقف ساعدت على بروزها، أو سياقات نفسية انفعالية رافقتها. يجب تقييم كل الأعراض الواردة في جدول التقييم الذاتي اليومي، الذي يمكن مقارنته أيضا بالمنحنى الحراري. مما يتيح لنا إيجاد علاقة بينهما، لها أهمية في العلاج لاحقا.

من الأفضل أن يتم الفحص العيادي في الفترة التي تسبق العادة الشهرية، رغم أنه يكون عاديا في أغلب الأحيان. لكن لا بد من إجراء الفحص والبحث عن عوامل أخرى مساعدة، خاصة التقدير اليومي لمنحنى الوزن خلال الفترة التي تسبق العادة الشهرية؛ الذي يمكن أن يظهر حقيقة المرض وتطوراتها نظرا لتغيراته من يوم لآخر.

تشخيص التناذر المصاحب للدورة الشهرية يعتمد على الأعراض البادية في المرحلة اللوتينية من الدورة الشهرية. الاستبيانات الخاصة بهذه الأعراض يعتمد عليها في التشخيص، ويفضل أيضا الاحتفاظ بالذاكرة الشهرية للأعراض، لكي يتمكن الفاحص من توثيق تطورها، مما يسهل عملية بناء نموذج الأعراض.

في محاولات لتحديد الأشكال العيادية للتناذر المصاحب للدورة الشهرية، قام العديد من المختصين بإعداد نظام للتصنيف يمكنا من التعرف على من لديهن هذا التناذر، ويميز بين أربعة مجموعات تحتية. نورد التصنيف الذي يقسمه إلى مجموعات تحتية كل منها يرتبط بأعراض خاصة.

- التناذر المصاحب للدورة الشهرية من النوع < ح >

(ح = حصر، A = anxiety)

التناذر المصاحب للدورة الشهرية من نوع < ح > هو من الأشكال ذات العرض الأكثر انتشارا، يصاحبه عموما زيادة في كمية الأستروجين ونقص في كمية البروجسترون أثناء المرحلة السابقة للدورة الشهرية. الأعراض المشتركة في هذا النوع هي: القلق، التهيج، التقلبات الإنفعالية.

- التناذر المصاحب للدورة الشهرية من النوع < ك >

(ك = كربوهيدرات كرافينغ، C = carbohydrate craving)

النوع < ك > يصحبه عموما وجود اضطرابات في الشهية (فرط الشهية، شراهة للحلويات)، آلام الرأس، تعب، فترات إغماء، خفقان القلب. اختبار تقبل سكر الجلوكوز ("Glucose tolerance tests" GTT) عند النساء اللواتي يصنّفن ضمن النوع < ك > في الأيام الخمسة إلى العشرة التي تسبق الطمث؛ يبين تسطح في بداية المنحنى (نظرا لإفراز المتواصل للأنسولين استجابة للتناول المفرط لكميات من السكر). بينما نتائج الاختبار في الفترات الأخرى من الدورة الشهرية تكون عادية. حاليا، ليس هناك أي تفسير واضح لهذه الظاهرة، وتبقى فرضية قدرة الخلية على تثبيت الأنسولين هي القائمة. هذه الزيادة في قدرة الخلية على تثبيت الأنسولين، تبدو أنها مرتبطة بعملية التنظيم الهرموني. لكن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤثر في ذلك، مثل

تقييم الأعراض الجسدية المصاحبة للدورة الشهرية

أعراض تغير نسق الحياة	أعراض تعيق الأنشطة اليومية	أعراض طفيفة	بدون أعراض	حدة الأعراض طبيعية الأعراض
3	2	1	0	انتفاخ البطن
3	2	1	0	صعوبة التركيز الذهني بدون أن تكون مصاحبة لاضطرابات ذهنية
3	2	1	0	ألم ظهري، آلام عضلية، آلام مفصليّة
3	2	1	0	تغير شهية الأكل
3	2	1	0	انتفاخ مع حساسية مفرطة على مستوى الثديين
3	2	1	0	إمساك،
3	2	1	0	انتفاخ الأطراف (اليدين، الرجلين)
3	2	1	0	إحساس بالدوخة والدوار
3	2	1	0	إحساس مفرط بالتعب مع فقد قدر كبير من الطاقة
3	2	1	0	عدم راحة جسدية عامة
3	2	1	0	صداع بالرأس
3	2	1	0	كثرة النوم أو أرق
3	2	1	0	تقيؤ
3	2	1	0	زيادة الوزن
4 ج	3 ج	2 ج	1 ج	المجموع
نتائج الأعراض الجسدية: ع ج = 1 ج + 2 ج + 3 ج + 4 ج				

مجموع النتائج = نتائج الأعراض الإنفعالية + نتائج الأعراض الجسدية
المجموع الكلي = ع ف + ع ج

تشخيص موجب لحالة التناذر المصاحب للدورة الشهرية،
إذا كان المجموع الكلي أكبر من 20 نقطة

تشخيص التناذر المصاحب للدورة الشهرية محتمل جدا، عندما يكون
المجموع الكلي (مع كلي) يفوق 20 نقطة.

- الإختبارات المساعدة

من المهم الاعتماد على عناصر تشخيص أخرى في التقييم الاستطلاعي:

- المنحنى الحراري وجدول الأعراض (الوظيفية والوزن) لأنها
أساسية. حيث نطلب من المفحوصات أن يسجلن يوميا وعلى مدى
3 دورات شهرية أعراض التناذر المصاحب للدورة الشهرية.
نحسب النتائج اليومية ومنها نقيّم بسهولة التغيرات الدورية.

يمكن أن نستعين أيضا على:

أو دورتين شهريتين. هذه الطريقة أكثر دقة، لكن لها عيوبها:
التطوع المحدود، تأثير المموه يمكن أن يعطي نتائج خاطئة
موجبة (1).

- استبيان تقييم التناذر المصاحب للدورة الشهرية

في هذا الاستبيان نقيّم كل من الأعراض النفسية والجسدية بأحد
الأرقام التالية: 0، 1، 2، 3.

- "0" بدون أعراض

- "1" وجود أعراض طفيفة

- "2" أعراض تعيق الأنشطة اليومية

- "3" أعراض تعيق نسق الحياة

تقييم الأعراض الإنفعالية المصاحبة للدورة الشهرية

أعراض تغير نسق الحياة	أعراض تعيق الأنشطة اليومية	أعراض طفيفة	بدون أعراض	حدة الأعراض طبيعية الأعراض
3	2	1	0	حالة حزن فجائية أو حالة توتر و غضب.
3	2	1	0	توتر شديد أو قلق
3	2	1	0	تدني مستوى الاهتمام بالمشاغل الاعتيادية
3	2	1	0	تدني الثقة بالنفس مع اضطراب التركيز الذهني
3	2	1	0	مزاج اكتئابي شديد
3	2	1	0	اضطراب العلاقة بالجسد مع إحساس جسدي غير اعتيادي
3	2	1	0	الشعور بتأنيب الضمير
3	2	1	0	إحساس بخيبة الأمل مصحوبة بنوبات من البكاء
3	2	1	0	فراط الحساسية وشدة الانفعالات
3	2	1	0	ميل للعزلة والوحدة
3	2	1	0	تبخيس قيمة الذات وتحقير النفس
3	2	1	0	عطوبية المزاج (تقلبات المزاج والانفعالات)
3	2	1	0	إحساس بتغيير (تبديل) الشخصية
3	2	1	0	حالات من الانفجار العنيف
3	2	1	0	حالات من الغضب و التوتر الشديد المتواصلة
3	2	1	0	إحساس بالانصباب (الشدة و الضغط النفسي) خارج المنزل
3	2	1	0	توخي الحيلة والحذر مع إحساس بفقد الأمان
4 هـ	3 هـ	2 هـ	1 هـ	المجموع
نتائج الأعراض الإنفعالية: ع ف = 1 هـ + 2 هـ + 3 هـ + 4 هـ				

- تحاليل الدم بما في ذلك نسب الأيونات.

- تقدير كمية الهرمونات:

هرمون الدرقي (ت₃-ت₄) - هرمون منبه الدرقي T3-T4- (TSH) والهرمونات أستيرويدية (البروجسترون، الأوستروجين) وكمية هرمون اللبن وهذا خلال اليوم الـ 21 من الدورة.

في غياب اضطراب واضح في كمياتها، يس هناك ضرورة تستدعي إعادة القيام بتحليل بيولوجية (التحاليل الأولية) للهرمونات تساعد قليلا على التشخيص، أما تحديد مقاديرها المتغيرة مع الزمن ودراسة نبضات إفرازها صعبة وباهظة التكاليف).

- الدراسة التصويرية الداخلية للشعيرات للمقارنة بين مراحل الدورة الشهرية (17).

واقعا، أي من الاختبارات المساعدة أو من التحاليل البيوكيميائية يمكن أن يكون مميزا للتناذر السابق للدورة الشهرية.

■ وبائية التناذر المصاحب للدورة الشهرية

تعددت الدراسات الوبائية وتمحورت حول:

1. تحديد مدى الانتشار

2. دراسة الأعراض السريرية المرافقة للتناذر المصاحب للدورة الشهرية.

إلا أن نتائج هذه الدراسات البحثية متضاربة، ويعود ذلك لأسباب منهجية تتعلق بما يلي:

1. تعريف التشخيص للتناذر.

2. تقييم الأعراض.

3. نوع العينة المدروسة.

نتائج الدراسات الحديثة، توصلت إلى أن:

- حوالي 20 إلى 90% من النساء أقررن بإحساسهن بالأعراض المصاحبة للدورة الشهرية (أزيا ولونغ Hsia et Long 1990)؛ بينما تكون أكثر حدة لدى 5 إلى 10% منهن (مورتولا، Mortola 1992). (50)

- 3 إلى 10% من الإناث في سن الإخصاب ليس لديهم أي من الأعراض.

- 50% من النساء لديهن إحساس بعدم الراحة ودرجات متفاوتة.

- 35% من النساء لديهن أعراض تعيق بدرجة ما سير حياتهن الاجتماعية والمهنية والعائلية.

- وأخيرا من 5 إلى 10% يعانون من حدة أعراض التناذر المصاحب للدورة الشهرية، ينجر عنها صعوبات يومية.

يظهر التناذر المصاحب للدورة الشهرية مع بداية العادة الشهرية لدى المرأة ويمتد إلى غاية سن اليأس، في حين جلت الدراسات أوضحت أن النساء يبدأن عموما في البحث عن علاج له ابتداء من سن الثلاثين. تفسير هذا الارتفاع لدى هذه العينة من السن، ليس معروفا بعد. وهل فعلا نسبة اللواتي يعانين منه مرتفعة في هذه المرحلة من العمر أو أن درجة حساسيتهن لأعراض هذا التناذر أصبحت أكثر حدة، أم أن هذا الارتفاع هو نتيجة تعكس إمكانية المرأة في طلب العلاج الطبي في مثل هذه السن (أزيا ولونغ Hsia et Long 1990). (78)

بعض الدراسات أوضحت أن هناك ارتفاع حالات التناذر المصاحب للدورة الشهرية الأولى عقب الولادة، (لكن نتائج أغلب البحوث ليست ثابتة حول هذا الموضوع) (بورت 1994 Porth) (77). كما أن عوامل أخرى يبدو أنه لا علاقة لها بالتناذر، مثل: حالة وضعية الزوجين، التربية في مرحلة الطفولة، الانتماء العرقي، الجانب الثقافي، الحالة الاجتماعية والاقتصادية، (نادر 1991 Nader) (52). من جانب آخر، يبدو أيضا أن لا علاقة تربط بين التناذر المصاحب للدورة الشهرية والمتغيرات الديموغرافية أو المعيشية أو الجهد العضلي و المهني واللياقة النفسية والمستوى الاجتماعي والتوتر ومميزات الدورة الشهرية أو المساعدة من الزوج وسمات الشخصية (بيرلستاين 1995 Pearlstein). (58)

بدأت تتطور دراسة العلاقات بين التناذر المصاحب للدورة الشهرية والاضطرابات النفسية في سنة 1960. (كوبان وكيسال 1963 Coppen et Kessel) (18)، وتوصلا إلى:

1. التأكد من أهمية تلازم كل من الاضطرابات العقلية والإحساس بعدم الراحة أثناء العادة الشهرية.

2. توضيح أن عدد الحالات التي تظهر في كل مرة من اضطرابات العادة الشهرية مرتفعة بوضوح لدى النساء اللواتي عندهن حالة "عصاب"، وبدرجة أقل لدى من يعانين من حالة الحصر أو الاكتئاب؛ بينما لم يطرأ تغير إن لم تتخفف الأعراض لدى من عندهن حالة فصام (ماعد اللواتي يعانين في نفس الوقت من حالة اكتئاب). مقارنة بأنواع التشخيصات الأخرى، فإن النساء اللواتي تعانين من "العصاب" نجد لديهن توترا وضغطا نفسيا وتعبا واكتئابا، إضافة إلى الضعف الجنسي فيلجأن إلى طلب العلاج في الفترة التي تسبق العادة الشهرية.

يميل الباحثون إلى القول بأن التناذر المصاحب للدورة الشهرية، يمس النساء ممن لديهن قابلية لتطور عندهن حالة "التوتر"، هذه القابلية للتعرض هي أيضا ناتجة عن "اللاسوء وراثي"، الذي بإمكانه أن يلحق اضطرابات في العادة الشهرية واضطرابات في الشخصية. (1)

■ الفسيولوجيا النفسية المرضية للتناذر المصاحب للدورة الشهرية

يرتبط التناذر المصاحب للدورة الشهرية بالتغيرات الدورية العصبية الوسطية المخية في الحلقة الوظيفية للمهاد التحتاني إلى النخامية إلى المبيضين ثم عملية التراجع المؤثرة عليهما. يبدأ ذلك بعد البلوغ ثم يزول أثناء الدورات غير الخصبة (بدون نزول بويضات)، أو في حالة استئصال المبيضين وفي سن اليأس الذي لم يستفد من العلاج، وفي حالة العلاج بمدعمات الهرمون المحفز للتاسلي GnRH. العديد من النظريات حاولت تفسير الأسس الفسيولوجية النفسية المرضية لهذا التناذر، من بينها:

1. النظرية البيولوجية

- اختلال الهرمونات ستيرويدية المبيضية

كون أعراض التناذر تتطور بصفة دورية حسب الدورة الشهرية، العديد من الدراسات الخاصة بأسباب ذلك تمحورت حول دور الهرمونات الأستيرويدية المبيضية لكونها:

- لدى النساء ممن أستئصل رحمهن وبقي المبيضان سالمين، يمكن أن نلاحظ لديهن الأعراض الدورية للتناذر السابق للدورة الشهرية.

- تكون أعراض التناذر المصاحب للدورة الشهرية نادرة لدى المرأة في المرحلة التالية لسن اليأس (بورت 1994 Porth). (59)

من ناحية حركية جزيئات الماء والأملاح. الأستروجين له دور في عملية الاحتفاظ بكميات الصوديوم وتسهيل عملية نفاذه في الأوعية الدموية، كما للأستروجين تأثيراً على زيادة إفراز الصوديوم في البول بإضعاف الرابطة بين الألدوسترون ومواقع استقبله.

إضافة إلى وظيفته كمضاد لإفراز الكورتيكويدات الملحية والبروجسترون فإن له تأثيراً عصبياً مركزياً مهدناً. المواد المنشطة لمستقبلات غاما أمينو حمض البيبيريك من النوع "أ" (GABA type A)، لها أثر مسكن (مزيل للتوتر). أكد روبل (Robel InU33)، على أن إحدى المركبات الناتجة عن استقلاب البروجسترون (تيترا هيدرو بروجسترون (Tétrahydroprogesterone (THP)، تشغل مستقبل غاما أمينو حمض البيبيريك من النوع "أ"، معدلة لكمون طاقة لنقل التنبيه. التيترا هيدرو بروجسترون (THP) لها تأثير على اضطرابات المزاج المرافق للتناذر المصاحب للدورة الشهرية وما يلي الولادة وفي فترة سن اليأس.

دراسات عديدة أشارت إلى وجود انخفاض صغير في كمية البروجسترون في بلازما الدم في التناذر المصاحب للدورة الشهرية⁽¹²⁾. لكن هذه النتائج لم تؤكد أي دراسة علمية بعد؛ بينما دراسات أخرى مقارنة لتأثير تناول البروجسترون والمموه (أثناء التناذر المصاحب للدورة الشهرية) لم توضح أي فرق بينهما. أما تناول "الميفبريستون" فإنه لا يقلل من حدة التناذر، ويسبب نزول دم الحيض، بإحداثه تغييرات في نسبة الهرمونات، فتصبح كمياتها مثل تلك التي تتميز بها المرحلة الجريبية.

المقارنة الكمية للهرمونات (بين عينة من النساء لديهن تناذر مصاحب للدورة الشهرية وعينة ضابطة) لم تعطي أية فروق دالة فيما يخص استنويديات الجنسية والهرمونات التناسلية، كما أن كمية الإفرازات لم تتغير. تحليل المركبات الناتجة عن استقلاب البروجسترون (التي أثرت على وظيفة حمض غاما أمينو بيبيريك) لم يطرأ عليها أي تغيير. أما الدراسات الخاصة بنبضية الإفرازات تبقى نتائجها متضاربة.

المنشأ العصبي الغدي للتناذر المصاحب للدورة الشهرية يبقى الأكثر وروداً. انخفاض بيتاس أوندورفين Bêtasse endorphine في المراكز العصبية بوساطة من العصبونات المحفزة للهرمون التناسلي GnRH، يمكن أن تكون السبب في اختفاء نبض إفراز الهرمون اللوتيني LH والبروجسترون.^(33, 45, 55)

- اضطراب كمية هرمون اللبن (برولاكتين Prolactine)

عموماً يكون ارتفاع كمية هرمون اللبن مصاحباً للتناذر ويعود ذلك إلى الملاحظات التالية:

1. تأثيره المباشر على الثديين حيث يمكن أن يتجلى ذلك من خلال الإحساس بانفخاها كعرض ثابت في التناذر المصاحب للدورة الشهرية.
2. علاقته المباشرة بإفراز واستقلاب الدوبامين أثناء حالات التوتر.
3. دوره في عملية الاحتفاظ بالماء والصوديوم وكذلك البوتاسيوم.

تناول بروموكريبتين Bromocriptine (مشتق إفراز هرمون اللبن)، ينتج عنه انخفاض حدة آلام الثديين في الدورة الشهرية، دون أي تحسن في الأعراض الأخرى للتناذر المصاحب للدورة الشهرية (أبريان 1985 O'Brien)⁽⁵³⁾؛ مما يؤكد أن ارتفاع كمية هرمون اللبن لوحده، لا يمكن أن يكون السبب الوحيد للتناذر، بل تشترك معه عوامل أخرى⁽⁴⁵⁾.

- اضطرابات الوسائط الكيماوية العصبية

يتزايد حالياً الاهتمام بدور الوسائط الكيماوية العصبية، وقد لوحظ

ثبت علمياً دور الهرمونات المبيضية، وهو ما قام به (ميس وآخرون، Muse et al 1984)، ووضحوا أن تأثير "الاستئصال الطبي" باستعمال مدعمات محفز الهرمونات التناسلية يعطي نتائج مذهلة حول اختفاء أعراض التناذر المصاحب للدورة الشهرية (مورتولا 1992 Mortola)⁽⁵⁰⁾.

كون هرمون البروجسترون هو المسيطر أثناء المرحلة اللوتينية من الدورة الشهرية، وعلمنا أن التناذر المصاحب للدورة الشهرية يحدث في هذه المرحلة كما سبق تعريف ذلك؛ فلما بصياغة فرضية، وهي أن سبب حدوث التناذر المصاحب للدورة الشهرية هو نقص البروجسترون (ماش 1988 Mèches)⁽⁴⁸⁾. بينما في حالة الكميات الضئيلة من البروجسترون، ليست هناك دراسات تؤكد حدوثه. في دراسات أخرى دقيقة أستعمل فيها بديل للبروجسترون كعلاج لأعراض التناذر المصاحب للدورة الشهرية فأخفقت في إيجاد أي من مزايا البروجسترون إزاء المموه (ميس 1991 Muse)⁽⁵¹⁾. ولكن نظرية زيادة إفراز الجريب "نسبياً" إلى نقص لوتيني (كمية البروجسترون التي يفرزها الجسم الأصفر قليلة، لا تكفي لمقاومة التأثير المحيطي للأستروجين في المرحلة الثانية من الدورة)؛ فهي ليست مقبولة وإلى حد ما مرفوضة، نظراً لوجود حالات عديدة لديهن الضعف اللوتيني كسبب للعقم لدى النساء أو الإجهاض المتكرر لديهن، ولا يعانين من التناذر المصاحب للدورة الشهرية. إضافة إلى أن هذه النظرية لا يمكن لها أن تفسر كل شيء، خاصة استمرارية وجود الأعراض بعد سن اليأس أو الخصي.

في دراسة حديثة قام بها (شميدت وآخرون 1991 Schmidt et al)⁽⁶⁸⁾، عارضوا من خلالها الفرضية القائلة بأن السبب الرئيسي لأعراض التناذر المصاحب للدورة الشهرية له علاقة بانخفاض كمية البروجسترون أثناء المرحلة اللوتينية. هذه الدراسة عن النساء اللواتي تأكد لديهن وجود التناذر المصاحب للدورة الشهرية تلغي المراحل المختلفة للدورة الشهرية باستعمال مضاد البروجسترون <<الميفبريستون Mifepristone>> (RU 486)، بمعية هرمون الدمومة الجنسية Human chronic gonadotropin (HCG) في بعض الأبحاث، وفي أخرى بمعية المموه، وبعد سبعة أيام من الاستجابة القسوى للهرمون اللوتيني (LH).

الميفوبريستون Mifepristone يقوم بتنشيط عمل مستقبلات البروجسترون، وبالتالي انخفاض سريع لكميات هذا الأخير في البلازما فينتج عنه نزول دم الحيض في خلال 48 إلى 72 ساعة. تناول الميفوبريستون مع المموه يؤدي إلى دخول المرحلة الجريبية مباشرة بعد ظهور العادة الشهرية <التي حفز ظهورها تناول الميفوبريستون>، بينما من تناول الميفوبريستون مع هرمون الدمومة الجنسية (HCG) تكون لديها العادة الشهرية عموماً عادية. نتائج هذه الدراسة هي أن المجموعة التي تناولت الميفوبريستون مع المموه تستمر في إيداء الأعراض النفسية المصاحبة للدورة الشهرية في المرحلة الجريبية رغم عودة نظام الدورة الشهرية. فسّر الباحثون هذه النتائج، بالتأكيد على أن أعراض التناذر المصاحبة للدورة الشهرية ليست فقط نتيجة لاختلال في الهرمونات في الفترة التي تسبق المرحلة اللوتينية المتأخرة، بل التناذر يمثل اضطراباً دورياً للمزاج ويصبح متوافق زمنياً مع الدورة الشهرية (شميدت وآخرون 1991 Schmidt et al.)⁽⁶⁸⁾.

في محاولة لإيجاد التغيرات الكمية لنسب الهرمونات المبيضية (أو تغيرات النسبة: الأستروجين/ البروجسترون) لدى النساء اللواتي لديهن التناذر المصاحب للدورة الشهرية وممن ليس لديهن ذلك؛ فكانت النتائج معبرة عن الإخفاق في إثبات ذلك؛ يعتقد (مورتولا 1992 Mortola)⁽⁵⁰⁾ بإمكانية وجود استعدادات بيولوجية لدى بعض النساء ممن لديهن حساسية زائدة لمستويات كمية الهرمونات المبيضية طوال فترة الدورة الشهرية. هذا الاستعداد إما بيولوجي أو منظم إيكولوجياً.

باحثون آخرون إلى ذلك⁽⁴⁶⁾.

- الألدوسترون Aldostérone: لم يسجل أي من الباحثين ارتفاع نسبة الألدوسترون في المرحلة المصاحبة للدورة الشهرية.

- نسبة الكورتيزول في الدم Cortisolémie: ليس قائف جيد.

- بيبتيدي تريو ناتيرييك Peptide atrio-natriurétique ونشاط الرينين البلازمية Rénine plasmatique يبدو أنه ليس لهما دور في التناذر المصاحب للدورة الشهرية.

- المغنيزيوم Magnésium: هناك نقص في كمية المغنيزيوم في الدم، لدى النساء اللواتي يعانين من التناذر المصاحب للدورة الشهرية.

- العوامل الأخرى

- نقص فيتامين ب₆ والمغنيزيوم في الغذاء.

- ضعف استجابات الهرمون التنازلي والكورتيزول لـ آل- تريبتوفان L. tryptophane.

- انخفاض نوع النوم المميز بالموجات البطيئة، نقص في النوم العميق.

- زيادة في الألدوسترون.

- ضعف في كمية الأندورفين.

- البروستاغلاندين (إما الزيادة أو النقصان).

- تدني كمية السكر في الدم.

- عدم التوازن بين المركبات الحمضية والقلووية.

- التهابات المبيض ذات أعراض غير ظاهرة وتغفلات الكونديوز المزمنا.

- حاليا هذه النظريات لا يمكن ربطها مباشرة بأسباب التناذر المصاحب للدورة الشهرية (ميشس 1988 Mèches).

2. النظرية البيولوجية النفسية الاجتماعية

بعض الباحثين (ازيا ولونغ Hsia et Long 1990) يعتقدون أن التناذر المصاحب للدورة الشهرية يدخل ضمنه العامل النفسي الاجتماعي إضافة إلى العامل البيولوجي وأن هذه العوامل النفسية الاجتماعية تؤثر على حدة أعراض الانفعالات والأعراض الجسدية أثناء المرحلة المصاحبة للدورة الشهرية. العوامل النفسية لها علاقة مع السمات العامة للشخصية (سياق حساسية المزاج يكون حاضرا) والمعتقدات المرتبطة بالدورة الشهرية والتطير والمخاوف وتقص دور المريض وكذلك مصاحبة ذلك لاضطرابات عقلية (مع ملاحظة كثرة حالات التناذر لدى النساء اللواتي مررن بحالة اكتئاب عقب الولادة مما يستدعي أهمية دراسة السوابق الصحية). بالنسبة للعوامل الاجتماعية فلها علاقة مع ماضي وحاضر المرأة واتجاه وموقف العائلة والأصدقاء والمجتمع ككل من المرأة ومن العادة الشهرية والتناذر المصاحب لها، وكذلك اتجاهاتهم ومواقفهم نحو المرض عموما ونحو الرعاية الاجتماعية.

هذا النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للتناذر يساعدنا على فهم التغيرات الكبرى في الأعراض واختلافها من امرأة إلى أخرى (ميشس 1988 Mèches)⁽⁴⁸⁾.

في مفهوم التناذر المصاحب للعادة الشهرية، أصبحت العوامل النفسية الاجتماعية لها القدرة في التأثير على الجهاز العصبي المركزي وعلى الجهاز التنازلي. هذه العوامل لها نفس الدلالة المعروفة عنها في التعبير عن الجانب النفسي البيولوجي للاضطرابات العاطفية وكذلك دراسة

انخفاض في كمية السيروتونين Sérotonine والمونو أمينو أوكسيداز Monoamine oxydase في التناذر المصاحب للدورة الشهرية، حيث أن دور السيروتونين أكثر ورودا في ذلك. يصاحب ضعف نظام السيروتونيناريجيك مرض الاكتئاب، التقليل من قيمة الذات، الحصر، العدوانية، اضطرابات الشهية، الأعراض المألوفة في التناذر.

هناك اختلال في نسب الوسائط الكيماوية العصبية لدى النساء اللواتي يعانين من هذا التناذر، خاصة منها السيروتونين وذلك أثناء المرحلة اللوتينية؛ وتعتبر سببا في اضطرابات المزاج والحصر المصادفة كثيرا. الهرمونات ستيرويدية المبيضية لها تأثير مباشر على عملية بنائها و تحريرها واستعادتها، إضافة إلى تأثيرها على الوسائط الأخرى. كما لها تأثير غير مباشر والمتمثل في إيقاف نشاط الأنزيمات وكذلك تغيير درجة حساسية بعض المستقبلات ما بعد المشبك وما قبل المشبك. آلية حدوث هذه العمليات تبقى غير واضحة (بيرلستاين 1985 Pearlstein).

بينت دراسة حديثة أن هناك خللا في نشاط السيروتونين عند النساء اللواتي لديهن القلق المزاجي. وأن كميات السيروتونين في البلازما والصفائح تنخفض في المرحلة اللوتينية من الدورة الشهرية (مورتولا 1992 Mortola)⁽⁵⁰⁾.

وقد أوضح ستينر وآخرون Steiner et al. 1995⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾، أن الحقن المستمر لمادة فليوكسيتين Fluoxétine، التي تعتبر مثبئا خاصا لعملية استعادة السيروتونين (IRSS)، يقلل من ظهور بعض الأعراض النفسية: مثل التهيج، التوتر، قلب المزاج عند 52% ممن حقن لهم الدواء (ستينر وآخرون. 1995 Steiner et al). اعتمادا على هذه النتائج، فإن سبب ظهور أعراض التقلبات المزاجية يعود إلى الهرمونات المبيضية عند من لديهن حساسية مفرطة أو استعداد بعدم استقرار مزاجهن، وأنه يمكن إزالة هذه الأعراض بإزالة مصدر الهرمونات المبيضية (استئصال المبيضين) أو بقلب حساسيتها لمنبهاتها (بمثبئات استعادة السيروتونين) (ريبنو وشميدت 1995 Rubinow et Schmidt)⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾.

- التغيرات البيولوجية الأخرى

- بيتا أوندورفين Bêta endorphine:

البيبتيدات الأفيونية peptides opioïdes لا تتدخل فقط في تسكين الآلام بل في العديد من الوظائف: المزاج، السلوكيات، الشهية، النوم، تنظيم حرارة الجسم ووظائف الأمعاء. التقلبات الدورية لبيتا أوندورفين له دور في التناذر المصاحب للدورة الشهرية. نسبة بيتا أوندورفين البلازمي منخفضة لدى من يعانين من التناذر⁽¹⁵⁾، لكن ليس مؤكدا أن نسبتها في البلازما تدل على نفس التغيرات على مستوى المخ.

- الميلاتونين Mélatonine

العديد من الباحثين توصلوا حديثا إلى وجود اضطرابات في الدورة اليومية للميلاتونين، مثل تلك الملاحظة في الإكتئاب. (شافي وآخرون Shafii et al)⁽⁷²⁾. يقترحون دراسة الميلاتونين بكونها "قائف" دال على اختلال الدورات اليومية (النوم، الحرارة، الكورتيزول،...) في الإكتئاب وفي التناذر المصاحب للدورة الشهرية.

- نظام الدورة الدموية

إعادة توزيع كميات الماء نتيجة ارتفاع معدل الامتصاص في الشعيرات الدموية، يؤدي إلى تغيرات في نظام الدورة الدموية، وهو ما يحدث عموما عند النساء اللواتي يعانين من التناذر المصاحب للدورة الشهرية.

- هرمون منبه الدرقية والعامل المحفز له TRF و TSH: لقد تطرق بعض الباحثين إلى وجود استجابات غير سوية لهما؛ كما لم يتوصل

في ضوء ما سبق يمكننا رفض الفرضية القائلة بأن تشابه الأعراض لدى التوائم مردّه كلية إلى العوامل العائلية والبيئية. هذه النتائج ليست متطابقة مع فرضية كون الأعراض المصاحبة للدورة الشهرية شديدة التأثير بحالة الميول إلى القيام (بدور الأنثى) الذي تتعلمه البنات تدريجياً من الوالدين، أو بتأثير من العوامل الثقافية أو الاجتماعية أو من وسط ديني له خصائصه.

4. النظرية النفسية المرضية

ساهم باحثون من مدرسة التحليل النفسي في توضيح أهمية الجانب العيادي في الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية؛ وأرجعوا هذه الاضطرابات إلى فرضية وجود "عمليات بدنية" كنتيجة للصراعات النفسية التي أدت إلى تحول التوترات المصاحبة لها إلى أعراض بدنية نوعاً ما رمزية.

ماري لانجر (1951) Marie Langer في كتابه "الأمومة والجنسية Maternité et sexualité"، عرض بوضوح مميزات العادة الشهرية، كما أوضح نوعية الخبرات الانفعالية المصاحبة لحدوثها، وأنها تكون مرتبطة ولو قليلاً بالبنية "العصابية" في شخصية المرأة.

بالنسبة للبنات غير العصافية، العادة والدورة الشهرية من الخبرات التي هي بمثابة مصالحة مع الأم. إحساسها نحو بلوغها الجنسي هو كهدية من الأم، تلك التي ستسمح أن يكون لديها أطفال.

بينما المرأة العصافية (بسبب العقد التي تعاني منها)، تستقبل في كل مرة العادة الشهرية وهي قلقة مع إحساس بالذنب "البنات في طفولتها تعتبر الجرح شيئاً داخلياً (كون الدم مصدره من داخل الجسم) وتعتقد أن جسم المرأة قد جرح، كما كانت تتخيل أن الأطفال يوجدون بداخل جسم الأنثى، فالنزيف أصبح في نظرها دليلاً على أن أطفالها القادمين مستقبلاً تعرضوا للخطر". هناك فكرة الجرح والاعتداء تعرضت لها المرأة، العضو الذي يفقد الدم هو المنطقة التناسلية، الجرح ومضاعفاته (الكارثية) ستحس بهم كعواقب لفعل تناسلي (الموضع نفسه).

خلاصة ما سبق هو أن معظم العلماء ذوي الاتجاه النفسي الدينامي يعتبرون التناذر المصاحب للدورة الشهرية هو أحد تحولات عقدة الأوديب وعقدة الخصي لدى المرأة إلى الحالة العيادية الخاصة. لكن علم النفس البيولوجي لا يعطي تفسيراً للتناذر من هذه الوجهة. الفرضيات النفسية البدنية تختصر هذه الاضطرابات وتعتبرها ظاهرة مثل الهستيريا بينما أعراض التناذر المصاحب للدورة الشهرية تعبر أكثر عن عصاب القلق والاكتمال أو عن مرض عضوي محدد أكثر مما هي أعراض تحويلية.

في المقابل، حاول ت. بيندك T. Benedek (9) تطوير نموذج للتقديرات الأساسية في التناذر، أخذة بعين الاعتبار نقاط الضعف المميزة له. بالنسبة لـ بيندك، هذه الاضطرابات اعتبرها "عصاب دوري مصاحب للدورة الشهرية". فدرسها من خلال تحليل الأحلام والعلاقة التي تبني من خلال تعاقب مراحل الدورة الشهرية والبنية الوظيفية النفسية للمرأة. ت. بيندك T. Benedek (9) يميل إلى القول بـ "الدورة الشهرية النفسية البيولوجية للمرأة"، التي هي دورة بداخلها بعد بيولوجي وبعد نفسي مرتبطان بواسطة المفهوم الفرويدي للنزوات (معنى ذلك، هي حالة حذية بين البدنية والنفسية). الدورة الشهرية ينظر إليها بأنها عملية دينامية تتميز بمراحل دورية تكاملية (تصاعدية، متوالية) وغير تكاملية (نكوصية) للنزوات الجنسية التي لها مستلزمات نفسية وبيولوجية خاصة.

مفهوم "العصاب الدوري" المستمد من النظرة الداروينية الحديثة، يعيد لدى المرأة أهمية تلاحق النزوات الجنسية التي ورتتها إلى ما يلاحظ من ظواهر في الدورة النزوية لدى بعض الثدييات. ت. بيندك (9) يربط

الدورات البيولوجي، إلا أن لها أهمية أكثر خاصة لدى النساء ممن يعانين من التناذر. هذا وقد قدم شافي وآخرون (1990) Shafii et al (72) حالات من التناذر المصاحب للدورة الشهرية، لها دورات موسمية (تماركين 1985 Tamarkin ؛ روي- بيرن وآخرون، 1986 Roy-Byrne et al) وطوروا نموذجاً للاضطرابات الدورية اليومية، سمح بإيجاد بعض العلاقات بين اختلالات الوظائف البيولوجية الواردة في التناذر المصاحب للدورة الشهرية وبين تلك الموجودة في الاكتئاب السوداوي.

لذلك يمكننا أن نتساءل هل الضعف الكامن في الجانب النفسي البيولوجي للدورة الشهرية مع توالي التغيرات وتطورها، لا يمثل مشكلة خطيرة في المجتمعات التي تكلف المرأة بدور فعال وأكثر استقلالية.

روز وأبلانال (1983) Rose et Ablanap (65) تطرقا إلى الاهتمام المتزايد بالتناذر المصاحب للدورة الشهرية، الذي يمكن أن يعود إلى تزايد تأثير العامل الثقافي والاجتماعي في هذا الاضطراب وكذلك التغير العميق في التقاليد الجنسية لدى المرأة. وأوضح بعض الباحثين أن عدد أيام العمل الضائعة نتيجة الاضطرابات التي تسبق الدورة الشهرية هي في تزايد، وأن آثارها النفسية الاجتماعية تختلف في البلدان المصنعة عن ما هو عليه في بلدان العالم الثالث.

3. النظرية الجينية

أوضحت بعض الدراسات أن هناك تأثيراً للجانب الوراثي على الأعراض المصاحبة للدورة الشهرية. لأن تشابه الأعراض لدى التوائم لا يمكن إلحاقه بمرحلة الطفولة أو تقارب البيئة الخارجية المحيطة بهم في مرحلة الرشد ولا بعدد الولادات أو استعمال حبوب منع الحمل.

في استبيان التقييم الذاتي الخاص بالأعراض المصاحبة للدورة الشهرية لأزواج من النساء التوائم البريطانية في لندن (364 زوج) ومن بيرمنجهام (98 زوج)، تبين أنه:

- في العينة اللندنية الكبيرة، وجدوا عوامل الاستعدادات الوراثية العائلية للأعراض المصاحبة للدورة الشهرية تمثل 30%، كما سجلوا التأثير البسيط للمحيط العائلي.

- في عينة بيرمنجهام الصغيرة، نسبة عوامل الاستعداد الوراثي لوجود الأعراض السابقة للدورة الشهرية مرتفعة جداً (80%) دون وجود أي تأثير للمحيط العائلي.

التحليل الأولي للمعطيات حول الأعراض المصاحبة للدورة الشهرية الخاصة بالتوائم وتشابه الأعراض مردّه إلى العوامل الوراثية فقط، وتقدر نسبة التوريث بـ 35%.

وفي دراسة استطلاعية فريدة، عن الأعراض المصاحبة للدورة الشهرية، دالتون وآخرون (2002) Dalton et al (22). فحصوا 31 زوجاً من التوائم ممن ثبت لديهم تشخيص التناذر عيادياً، فكانت نسبة التناذر مرتفعة لدى الأزواج أحادي البويضة 93% (23 من 24) بينما كانت النسبة 44% لدى الأزواج ثنائي البويضة (12، 25).

لدى 300 زوجاً متنوعاً من التوائم الأستراليين، وجد كوندون (17) Condon علاقة بين "نتائج التقييم العام للتناذر المصاحب للدورة الشهرية"، وهي تقريبا الضعف لدى الأزواج الأحادية البويضة (ر = 0.55) مقارنة بما هي عليه لدى الأزواج الثنائية البويضة.

أغلب الدراسات توصلت إلى نفس النتائج (ماعدات نتائج دراسة العينة الصغيرة في بيرمنجهام). خلاصة هذه الدراسات هو تأكيد حضور العامل الوراثي في التناذر بصفة غير كاملة وتأثير المحيط العائلي يبقى محدوداً رغم حضوره. (25)

الاضطراب التناقضي لدى عينة من الطالبات اللواتي يعانين من التناذر المصاحب للدورة الشهرية. في حين تبقى مثل هذه النتائج غير ثابتة.

رغم الإخفاق في النتائج الأولية، إلا أنه تبقى العلاقة بين الاضطرابات الوجدانية والاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية كموضوع بحث ذو أهمية كبيرة.

ابتداءً من الثمانينات، أصبحت دراسة العلاقة بينهما سهلة بفضل إدخال طرق التقييم العيادي والتشخيصات الأساسية المثبتة. وقد لوحظ أن معدل ظهور حالات جديدة من التناذر المصاحب للدورة الشهرية المشخص بـ استبيان الشكل التقديري لما قبل الدورة الشهرية (PAF) يمكن أن يصل إلى 62% لدى تجمعات نسوية يعانين من اضطرابات اكتئابية كبرى.

بتوظيف هذه الوسيلة التشخيصية (PAF)، أنديكوت وآخرون (1981) Endicott et al (26) ميزوا مجموعة تحتية نوعية من التناذر المصاحب للدورة الشهرية، تلك التي لها علاقة بوجود تشخيص مسبق أو جديد لحالة اضطراب اكتئابي جسيم. فتعرفوا على أربعة مجموعات تحتية، توجد معها أعراض وهي على التوالي، حالة احتباس الماء، إحساس بعدم الراحة، اندفاع مرضي، صعوبات اجتماعية. باستعمال هذا التصنيف، أنديكوت وآخرون (1981) تمكنوا من إثبات وجود تلازم ذو دلالة بين المجموعة التحتية الاكتئابية في التناذر المصاحب للدورة الشهرية ووجود اضطرابات اكتئابية جسيمة. نتائج هذه الدراسة الاستطلاعية (ارتفاع ظهور عدد الحالات الجديدة من الاضطرابات العاطفية في المجموعة التي تعاني من التناذر المصاحب للدورة الشهرية والاكتئاب الكبير مقارنة بالمجموعة الضابطة التي تعاني اضطرابات وجدانية فقط) كانت متباينة، لكن اقترحوا التناذر من نوع تقلب المزاج يمكن أن تعبر عن "حالة خافتة ومميزة" من اضطراب المزاج.

وجود التلازم بصفة معبرة بين الاكتئاب التناقضي الداخلي والكبير وحالة التناذر المصاحبة للدورة الشهرية، اقترحه أيضا (هالبرايش وأنديكوت 1985 Halbreich et Endicot؛ أنديكوت وآخرون، 1986 Endicott et al (27-34) انطلاقاً من دراسات توفعية أنجزت عن طريق استبيان التقييم الذاتي، كانت النتائج:

- 57% من النساء اللواتي شُخص عندهن "سيرورة" اضطراب اكتئابي كبير، لديهن تناذر من نوع تقلب المزاج في استبيان الشكل التقديري لما قبل الدورة الشهرية (PAF).

- بينما 14% فقط من النساء ليس عندهن اضطرابات عقلية، لكن يعانين من التناذر.

وفي المقابل نجد:

- 84% من النساء عندهن تناذر من نوع تقلب المزاج في استبيان الشكل التقديري لما قبل الدورة الشهرية (PAF) يعانين من اضطراب اكتئابي جسيم (RDC).

- بينما 9% فقط من النساء اللواتي يعانين من التناذر ليس عندهن أي من الأمراض العقلية (هالبرايش وأنديكوت 1985، Halbreich et Endicott). (34)

- فرضية التناذر الوجداني المرتبط بالمرحلة السابقة للدورة الشهرية (SAPM)

استعمل دو جونج وآخرون (1985) (23) De Jong et al. منهج البحث الاستطلاعي للتحقق من فرضية إمكانية وجود "تناذر وجداني مرتبط بالمرحلة السابقة للدورة الشهرية syndrome affectif lié à la période prémenstruelle" تتكون عينة البحث من 57 امرأة (بتراوح عمرهن من

المرحلة الجريبية بميول النزوة نحو موضوع جنسي بغرض تحقيق الشهوة. عندما تبدأ إفرازات البروجسترون في المرحلة ما قبل نزول البويضة، نجد أيضاً ظهور ميولات تستقبل بسهولة، تلك التي تتكامل مع ميولات نشيطة موجهة نحو الخارج (أثناء نزول البويضة). ثم يكتمل أرقى مستويات النزوة الجنسية (بين الميولات المقبولة والميولات النشيطة المميزة لها) أثناء نزول البويضة. يمكننا عندئذ الكلام عن دورة النزوة، بالمعنى الدال على قمة الدورة الجنسية لدى المرأة. في المرحلة البروجسترونية، الحياة الانفعالية تكون تسيطر فيها الميولات المقبولة بسهولة والمحافظة، ويتمشى ذلك مع تكوين الجسم الأصفر والتغيرات التي تطرأ على الرحم، اللذين يقومان بتحضير المرأة لإمكانية حدوث الحمل.

التغيرات الهرمونية في المرحلة المصاحبة للدورة الشهرية ترافقها عملية تكوّن إلى المرحلة ما قبل التناسلية، إذن فهي يصحبها أيضاً تفكك النزوة النفسية الجنسية. السيدة بينداك (9) اعتبرت فرضية النقص النسبي للهرمونات المبيضية، المميزة لهذه المرحلة من الدورة الشهرية، على أنها أساسية في زيادة حساسية الجهاز العصبي المركزي مما يساعد على ظهور "العصاب الدوري" المصاحب للدورة الشهرية عند النساء ممن لديهن استعداد لذلك. فالعادة تؤثر في نفس الوقت على النشاط الانفعالي وعلى الشكل النفسي العصبي الأيضي المميز لامرأة ما. هذا "الشكل"، هو نفسي أيضي ونفسي انفعالي في أن واحد، وأصبح بصفة نهائية معبراً عن المميزات الخاصة بالتطور النفسي الجنسي عند المرأة. عند البشر، الدورة الشهرية أصبحت في مجملها دورة جنسية بإتباع منهج سطرته تحولات العلاقات بين البلوغ الجسدي والنمو النفسي.

■ الاضطرابات الوجدانية في التناذر المصاحب للدورة الشهرية

في خضم السنوات الأخيرة، اتضحت نقاط عديدة حول العلاقة بين التناذر المصاحب للدورة الشهرية والاضطرابات الوجدانية. التعرف على النموذج المثالي للتقلب المزاجي في المرحلة اللوتينية الأخيرة TDPLT هو نتيجة أبحاث عديدة حاولت أن تحدد بدقة طبيعة هذه العلاقة. لقد تبين وجود نسق واضح للعلاقة بين ظهور الاضطرابات العقلية الخطيرة (أزمة هوس، محاولات الانتحار، ... إلى غير ذلك) وظهور العادة عند النساء اللواتي يعانين من الاضطرابات الوجدانية التناقضية. وجود قابلية التأثير المصاحبة للدورة الشهرية خاصة بالإختلالات العاطفية لها قيمة كبيرة في التشخيص وفي عواقب التناذر، تسمح بالتعرف على المجموعات التحتية من الأفراد ذوي الاضطرابات التناقضية التي يتميز تطورها لديهم بالخطورة. وهكذا يتم بناء الرابطة التي تعطي قيمة للعلاقة المؤسسة بين قابلية التأثير الوجداني واضطرابات الجانب التناسلي في مرحلته المصاحبة للدورة الشهرية.

فترة العادة الشهرية معروفة منذ القدم كفترة أزمة انفعالية تتميز باضطرابات كبيرة للمزاج وللحياة العاطفية يمكن أن تؤدي إلى ظهور أو زيادة حدة كل مظاهر الأعراض المرضية.

العديد من البحوث الميدانية أوضحت بدورها، أن هناك ارتفاعاً في نسبة الوفيات بالانتحار أثناء فترة العادة الشهرية، وأوضحت أيضاً وجود التناذر المصاحب للدورة الشهرية واضطراب المزاج معاً.

حديثاً، الفرضية الأكثر وروداً عن الاضطرابات السابقة للدورة الشهرية يمكن أن:

- تدل على وجود قابلية التأثير من النوع التناقضي

- أو تمثل الحالة التحتية العيادية للاضطراب التناقضي.

شيكيت وآخرون (1975) Schuckit et al. (69) وجدوا 11% من حالات

الخلاصة هي، أنه توجد بالتأكيد علاقة بين التناذر المصاحب للدورة الشهرية واضطراب المزاج، كما أن حالة تناذر معزولة يمكن أن تمثل شكلا خافتا أو حالة عيادية خفية لاضطراب المزاج. جيتلين وآخرون (1989) Gitlin et al (63) وهارتلي جيز وآخرون (1990) Hartley Gise et al (35) حدّدوا أهم الاضطرابات التي وردت في الدراسات الخاصة بهذا الموضوع:

- الاضطرابات النفسية الوجدانية ذات المنشأ العضوي.
- الاضطرابات الوسواسية التحولية.
- الاضطرابات النفسية البدنية الناجمة عن الظواهر العضوية المعقدة.
- الاضطرابات النفسية (كوبان وكيسال، 1963) (Coppens et Kessel 1963) (18).
- الاضطرابات الوجدانية القسوى غير المحددة.
- الاضطرابات المرتبطة بحساسية حلقة التوتر (هايلبرون وآخرون، 1989، Heilbrun et al؛ شميدت وآخرون، (1990) Schmidt et al)، (38-68).
- الحالة فوق العيادية لاضطرابات المزاج الكبرى (رييناو وآخرون، 1984 Rubinow et al؛ شيشولم وآخرون، 1989)، (67-13).
- التناذر الوجداني السابق للدورة الشهرية (SAPM) (دو جونج وآخرون، 1985)، (23).
- اختلال توافق الدورات البيولوجية المنسق مع الاضطرابات الوجدانية الموسمية (شافيي وآخرون، 1990) Shafii et al (72).
- هارتلي جيز وآخرون Hartley Gise et al (36)، خلصوا إلى تعدد العوامل المسببة للتناذر المصاحب للدورة الشهرية.

■ وقع التناذر المصاحب للدورة الشهرية على الحياة الزوجية

علينا ألا نهمل جانب وقع هذا التناذر على الحياة الزوجية. وقد اهتمت بذلك القليل من الدراسات. نذكر كورتاز وبراون، 1989 Cortese et Brown (12) اللذين وضّحا بصفة دقيقة، أن الأزواج يتأثرون بأعراض الزوجات أو بالطريقة التي يبديين بها هذه الأعراض.

كما لاحظوا أيضا اختلافا في استراتيجيات تكيف الرجال وأنها ترتبط بحدّة التناذر. مما جعل أزواج النساء اللواتي يعانين أكثر من التناذر المصاحب للدورة الشهرية لهم ميل إلى البحث عن المعلومات والمساعدة، لكونهم أمام هذا الموقف يحسون بنوع من الغضب.

في دراسة لاتينية أمريكية جرت سنة 1995، خصصت لدراسة التواصل بين الأزواج أثناء الفترات ما قبل وما بعد الدورة الشهرية (على مدى دورتين متتاليتين). لاحظ الباحثون قلة التواصل خلال المرحلة المصاحبة للدورة الشهرية، مقارنة بالمرحلة التي تلي العادة الشهرية. بينما أثبتوا وجود ارتباط سلبي بين التواصل لدى الأزواج وحدّة الأعراض عندهم. مثل هذه الارتباطات تؤكد وجودها، لكن بدرجة أقل وذلك اعتمادا على الاستبيانات الخاصة بالذكر.

■ استراتيجيات علاج التناذر المصاحب للدورة الشهرية

نظرا لغياب وجود سبب محدد، فإنه لا يوجد علاج خاص؛ أغلب المقاربات العلاجية المقترحة تبقى خاصة بالأعراض، إضافة إلى كون العلاج بالموه يعطي 30% من التحسن.

1. تدابير النظافة والغذاء

الحالات البسيطة والمتوسطة للتناذر المصاحب للدورة الشهرية لا تتطلب العلاج بالعقاقير، وإنما فقط تدابير النظافة والغذاء. بعض الإرشادات والتوجيهات لها أهميتها في مثل هذه الحالات. (21)

22 إلى 45 سنة) تم التعرف عليهن من خلال تاريخ سوابقهن المتمثلة في مشاكل مزاجهن والتقلبات البدنية أثناء المرحلة السابقة للدورة الشهرية. كلهن لا يتناولن أدوية، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات حسب تشخيص الطب العقلي (عدم وجود اضطراب محدد، اضطرابات عاطفية، اضطرابات أخرى). تأكد التشخيص (التوقعي) بوجود التناذر الوجداني المرتبط بالمرحلة السابقة للدورة الشهرية، وفق الصفات المميزة له والتي صاغها المعهد الأمريكي للصحة العقلية (PMS NIMH research) (workshop).

- زيادة حدّة أعراض تقلب المزاج بنسبة لا تقل عن 30%، وهذا في الأسبوع الذي يسبق العادة.

- التشخيص (التوقعي) للتناذر العاطفي المرتبط بالمرحلة السابقة للدورة الشهرية من النوع الاكتيبي يبقى حاضرا عند 58% من الأفراد.

- اثنان وأربعون من النساء (73.6%) لم يلاحظ لديهن زيادة في حدّة اضطرابات المزاج أثناء العادة، عكس ما كان هو متوقعا في بداية هذه الدراسة.

أما النساء اللواتي لم يثبت كما كان متوقعا التناذر المرتبط بالمرحلة السابقة للدورة الشهرية فهن المتقدمات في السن، وكان لديهن اضطرابات المزاج أثناء متابعتن، لكن هذه الاضطرابات لم تكن مرتبطة بمرحلة العادة الشهرية. وهذا عكس ما كان منتظرا، فالتشخيص عند بداية الدراسة، لاضطراب المزاج في تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM IV كان أكثر انتشارا عند النساء دون تأكيد استطلاعي للتناذر الوجداني المرتبط بالمرحلة السابقة للدورة الشهرية (58% مقابل 30%). إلا أن الدراسة فنّدت بوضوح فرضية كون كل أشكال التناذر السابق للدورة الشهرية (إذا تقبلنا التناذر الوجداني السابق للدورة الشهرية SAPM) تعبر عن شكل تحتي لاضطراب المزاج؛ رغم أنها لا تعارض فرضية كون التناذر السابق للدورة الشهرية أو المجموعات التحية له، يمكن أن تمثل حالة خاصة من الاضطراب الوجداني.

أوضح دو جونج وآخرون (1985) De Jong et al (23) أن التناذر المصاحب للدورة الشهرية يمكنه "تحسيس" امرأة لها قابلية التعرض للاكتئاب. ومن جانب آخر فإن فترة الاكتئاب يمكن أن "تعبّر" أعراضها المميزة لاضطراب العادة الشهرية.

دراسة دو جونج (23)، أوضحت تعقيدات منهجية العمل في مثل هذا النوع من الأبحاث، وتسمح بمعرفة عدد الحالات الجديدة التي تظهر في فترة معينة لمختلف أشكال التناذر المصاحب للدورة الشهرية، وكذلك معرفة نسبة الإصابات المرضية بالتناذر والإصابات بالاضطرابات الاكتيابية الكبرى. في نفس الوقت أيضا، يبدو جليا أن عدد النساء اللواتي يمكن أن يعانين أثناء مرحلة العادة الشهرية من شكل قريب إلى حالة "الاكتئاب الدوري القصير"، الذي يمثل على مستوى دراسة الاختلالات النفسية الجسدية والنفسية العصبية الأيضية المصاحبة لاضطرابات المزاج، أهمية عيادية ونفسية بيولوجية معتبرة.

وأخيرا، في دراسة استطلاعية لـ سفانوم وآخرون (1990) Svanum et al (7) على عينة من الوافدين على المستشفى، وبعد متابعتهم على مدى سنة. توصل هؤلاء الباحثون إلى أن نسبة ظهور الحالات الجديدة للتناذر المصاحب للدورة الشهرية لدى من يعانين من الاضطرابات الوجدانية في ارتفاع ملحوظ. بينما عدد الحالات الجديدة الملاحظة، هي أقل (21% مقابل 65%) من تلك التي توصلوا إليها من خلال الدراسات الإستيعادية (أنديكوت وآخرون، 1981) (Endicott et al (26)). كما وجدت علاقة بسيطة بين التشخيص الاستطلاعي للتناذر المصاحب للدورة الشهرية وحدّة الاكتئاب أو وجود اكتئاب في تاريخ العائلة.

للدورة الشهرية، هناك طرق متعددة من العلاجات النفسية، تطبيقاتها أعطت نتائج مرضية. مثل العلاج بالاسترخاء والعلاجات البيولوجية الفردية بالترجيع البيولوجي لفترة قصيرة (علاج معرفي) فهي مفيدة جدا.

- العلاجات المعرفية السلوكية

فعالية العلاجات المعرفية السلوكية تزداد ثباتا وصدقا، سواء بإعادة البناءات المعرفية أو العمل على تأكيد الذات.

تحسن هذه العلاجات بصفة ملحوظة أعراض التناذر، ومن أهم محاسنها في علاجه مقارنة باستخدام مضادات الاكتئاب هو أنها تعطي نتائج جيدة ودائمة مع مرور الزمن. (28)

في دراسة حديثة (1997) (29)، قارنت بين مجموعة أفراد تحت علاج معرفي ومجموعة كانت في قائمة الانتظار. وكان علاجا فرديا امتد على مدى 12 أسبوعا وبمعدل حصة في كل أسبوع. بينت النتائج أن العلاج المعرفي كان فعالا مما كانت النتائج عند مجموعة قائمة الانتظار. كما لوحظ خمود شبه كلي للأعراض البدنية والنفسية، إضافة إلى زوال الصعوبات المهنية.

خلاصة ذلك، هو أن العلاج المعرفي يمثل حاليا إحدى العلاجات "الناجعة" للتناذر المصاحب للدورة الشهرية في غياب علاج مسبباته.

أثناء المتابعة بعد شهرين ثم بعد أربعة شهور من التدخل الأول، تبين أن هناك تحسنا طفيفا يزداد تدريجيا عند مقارنة ذلك مع نتائج العلاج النهائية.

في دراسة جرت سنة 1995 (25). تبين أن كلا العلاجين (المعرفي والسلوكي والمركز على المعلومة) ناجح في التقليل من سمات الحصر والاكتئاب والأفكار السلبية الآلية وكذلك على وقع التغييرات الجسمية.

- العلاج المركز على المعلومة

الهدف من هذه الوسيلة العلاجية تحسين الدعم الاجتماعي للمرأة التي تعاني من التناذر المصاحب للدورة الشهرية، خاصة العلاج الجماعي وعلى مدى أربع دورات من العادة الشهرية المتتالية، حيث التركيز على التأطير الإيجابي للماضي، في جانبه الانفعالي والمعرفي، أمام الأعراض تلح المرأة على تقمص التغييرات الإيجابية.

إعادة التأطير هذه مجدية بالنسبة للنساء اللواتي يعانين من التناذر، فيتزودن بما يوافقهن لإعادة تقييم صورتهن الاجتماعية، التي يرون من خلالها العادة الشهرية كعامل سلبي. ذلك يسمح لهن باستكشاف ظواهر كانت غير معروفة لديهن من قبل نظرا للسياق الاجتماعي والثقافي المحدد له. إعادة التأطير الإيجابي تتم بإجراء محادثات مع المرأة واعتماد أهمية العادة الشهرية لكونها إثبات على خصوبتهن وكمال أنوثتهن.

الأدوية الصيدلانية المتعددة تستعمل في علاج أعراض هذا التناذر، وعموما الهدف منها تحقيق إحدى الإستراتيجيات الثلاثة: تخفيف الأعراض، تغيير قدر الإمكان إحدى اللاتوازنات البيوكيماوية، توقف نزول البويضة.

3. المهدئات العصبية

3.1. مضادات الهمود

البسيسيرين (ببسبار* Buspar) والبراز (كزاناكس* Xanax) تناولها في المرحلة اللوتينية، يعطي نتائج جيدة. فليوكسيتين (بروزاك* Prozac) ومضادات الاكتئاب تزيد من كمية السيروتونين عند تناولهما بمقدار 20 مغ

1. تجنب التعرض لحالة التوتر النفسي وتهيئة ظروف الحياة الشخصية منها والاجتماعية والمهنية وفق تاريخ حدوث العادة الشهرية.

2. التقليل من حدة الضغوط النفسية والإرهاق البدني؛ (الاسترخاء، فترة راحة إضافية).

3. غذاء منظم ومحدد: احترام نظام عملية التقليل من الماء والصوديوم، اجتناب تناول السكريات التي يتخلص منها الجسم بسهولة، وكذلك منبهات الجهاز العصبي (الكحول، التبغ، مشروبات تحوي ميثيلكسانثين Méthylxanthine: قهوة، شاي، مشروبات تحوي مركب كولا).

4. المقاربة الغذائية

- التشجيع على تناول أغذية غنية بالكالسيوم (مقدار إضافي 1000مغ/يوم)، والمغنزيوم (360 مغ من أيونات المغنزيوم)، والمنغنيز والزنك. يمكن أن تقلل بصفة ملحوظة من أعراض التناذر المصاحب للدورة الشهرية.

- تحديد الكمية المتناولة من: الملح، اللحوم الحمراء، الكافيين والشوكولاتة.

- التقليل من تناول الدهون ذات مصدر حيواني، ومن استهلاك الأحماض الدهنية غير المشبعة في شكلها الذي يختلف فيه جذر جزيء وظيفي؛ تناول حمض غامالينولييك Gammalinoléique (زيت أهدرية > فصيلة نباتية < Huile d'onagre) الذي هو مركب أولي للبروستاغلاندين Prostaglandine E1، لأن نقصه يعزى إليه سبب اصل مظاهر التناذر المصاحب للدورة الشهرية.

- تناول كمية من متعدد الفيتامينات خاصة منها فيتامين ب6 (Vitamine B6) وفيتامين E، وقد أثبتت فعاليتها (دراسة مقارنة لعينات عشوائية مقابل المموه اللندنية وشاكماكجيان (Chakmakjian).

5. نظام حياة هادئة، وذلك بتشجيع المرأة على النوم بما فيه الكفاية أثناء الفترة السابقة للعادة الشهرية والقيام ببعض التمارين الرياضية، (32). (نشاط رياضي منظم).

6. وسائل دعم نفسية وعقلية، تقدم لكل امرأة تعاني من التناذر المصاحب للدورة الشهرية. تعليم وتدريب النساء وعائلاتهن لتقبل حقيقة الأعراض، مما يسمح بالتقليل من الإحساس بالتدني وتأنيب الذات والعجز، وهو ما نلاحظه عموما عند مثل هؤلاء المريضات؛ لا بد أيضا من تفهم ومساعدة من في محيطهم القريب. التقييمات اليومية للأعراض بواسطة <<استبيان التقييم الذاتي>> يسمح للمرأة بإدراك جيد ومسبق، بالتالي التحكم ومراقبة جيدة لهذه الأعراض، وهذا يساعدها ويشجعها على تنظيم وقتها وتقليص قدر الإمكان حالة التوتر خلال الأسبوع السابق للدورة الشهرية.

7. شرح وضعية المريضات (ممن يعانين من التناذر المصاحب للدورة الشهرية) لمحيطهم العائلي.

8. البحث عن العوامل المؤثرة ومن ثم اجتنابها. (6)

2. الدعم النفسي والعلاجات النفسية

- يجب طمأننة المريضات على كون المرض لطيف وطمأنتهن على كونه وظيفية طبيعية.

- تقديم النصح والإرشاد حتى يتسنى لهن التحكم فيه.

- فمن أجل تحسين الظواهر النفسية الناجمة عن التناذر المصاحب

- فليكتين® Fluctine ليلي، حبوب مغلقة وحبوب. 20 مغ.
الجرعة : * 2 مغ في اليوم.

4. العلاج بالهرمونات

4.1 البروجسترون ومشتقاتها

يبقى العلاج الهرموني أفضل وسيلة يلجأ إليها الأطباء في حالة إخفاق العلاجات الأخرى.

1. البروجسترون الطبيعية مستحضرة على شكل حقن تمثل أفضل دواء للتناذر المصاحب للدورة الشهرية، لكن الآن لم تعد مستخدمة.

2. البروجسترون المستحضرة في شكلها المتناول عن طريق الفم لها نفس الخصائص، بينما فعاليتها غير ثابتة. كما أن استعمالها يصحبه أحياناً أعراض جانبية غير معروفة فيما يخص الجزيء الطبيعي منها؛ و استعمالها عن طريق المهبل يعطي نتائج حسنة.

3. حقن البروجسترون ذات التأثير على المدى الطويل، فعاليتها غير منتظمة ولا يمكن استعمالها في مثل هذه الحالات.

4. البروجستاتيفات المركبة تأثيرها غير ثابت ومنتظم على التناذر المصاحب للدورة الشهرية، لأن زيادة حدة تأثيراتها مثلاً، على جدار الرحم تختلف عن التأثيرات البيولوجية للبروجسترون الطبيعية. أما نتائج البروجستاتيفات المركبة فكانت جيدة وحافظت من الناحية العملية على كل الخصائص البيولوجية للبروجسترون، وأهمها (ديميجستون Démégestone، ريتروبروجسترون Rétroprogestérone)، تستعمل بمعدل 2 إلى 3 حبات يومياً. البداية تكون بيومين أو ثلاثة أيام قبل الظهور المعتاد للأعراض، إلى غاية الليلة التي تسبق التاريخ المتوقع للعادة الشهرية. النوراندروستاتان Norandrostanes فعاليتها أقل ثباتاً وانتظاماً، في حين يمكن أن تكون فعاليتها أفضل في حالة إخفاق العلاج بالبروجستاتيفات المركبة لبعض الأعراض (الصداع، الوهن)، لعل ذلك يرجع إلى قرب تركيبها الكيماوية بـ تستوسترون Testostérone. يبدو أن كل فرد يستجيب بصورة أفضل عند تناوله للبروجستاتيفات المركبة مقارنة بالأنواع الأخرى.

5. إمكانية استعمال الأوستروبروجستاتيف عن طريق الفم تساعد على جعل الرحم في حالة راحة، فهو يعطي مناخاً هرمونياً اصطناعياً محدداً معوضاً بذلك حالة اضطراب تفاعلات هرمونات الجسم الطبيعية؛ ونختار مناخاً تسيطر عليه البروجسترون، لا يحوي أكثر من 30 ميكروغرام من إيثينيل استراديول Ethinylestradiol. عندما تكون هناك رغبة لمنع الحمل، يمكن حل المشكلة بنفس الطريقة؛ كما أن هناك طريقة أخرى تتمثل في استعمال بروجستاتيف له تأثير قوي مضاد للهرمونات الجنسية Antigonadotrope دون تأثير جانبي أيضاً ابتداءً من اليوم 5 إلى 25 من الدورة الشهرية (برومجستون Promégestone، أسيتات نومجسترون Acétate de nomégestrol).

- التحضير الصيدلاني (47)

- كولبرو® Colpro يؤخذ عن طريق الفم، ميديروجستون Médrogestone حبوب. 5 مغ، من 5 إلى 10 مغ مرة واحدة في اليوم ابتداءً من اليوم 16 إلى اليوم 25 من الدورة الشهرية. ديفاستان® Duphaston عن طريق الفم، ديديروجسترون Dydrogestérone حبوب. 10 مغ، 20 مغ مرة واحدة في اليوم؛ ابتداءً من اليوم 11 إلى 25 من الدورة الشهرية.

في اليوم على مدى 3 دورات شهرية. وهي أدوية فعالة إلا أن الأعراض تعود للظهور بعد 15 يوماً أو بعد شهر من التوقف على تناول الدواء.

- التحضير الصيدلاني (47)

- كزاناكس® Xanax فارماسيا & إيجون، عن طريق الفم؛ ألبرازولام Alprazolam حبوب. 0.25-0.5-1.0-2.0 مغ؛ الجرعات : 0.25 مغ 3 مرات في اليوم في المرحلة اللوتينية.

3.2 مضادات الاكتئاب

المضادات الثلاثية الحلقة ومثبطات عمية استعادة السيروتونين TC et IRSS

الأدوية السيروتونينرجيك sérotoninergique يبدو أن جدواها في تزايد خلال السنوات الأخيرة.

العديد من الدراسات أكدت فعالية مضادات الاكتئاب السيروتونينرجية (40)، مثل فليوكسامين Fluvoxamine (فلوكسيفرال)، فليوكستين Fluoxétine (بروزك)، باروكستين Paroxétin (ديروكسات) أو سارترالين Sertraline (زولوفت). كما يمكن ذكر كلومبرامين Clomipramine (أنفرانيل) من ضمن مجموعة المشتقات الثلاثية الحلقة.

كل هذه الأدوية فعالة، وتختلف عن بعضها البعض في متوسط زمن بقاء التأثير الذي هو نوع ما أطول في فليوكستين ويقدر من 2 إلى 3 أيام، أما الآخرون فيتراوح من 24 إلى 30 ساعة. كما تتميز عن بعضها أيضاً بنوع الأعراض الثانوية الناجمة عنها، وهي قليلة على العموم وتزول بعد الأسبوع الأول من تناول الدواء ويختلف ذلك من فرد لآخر.

للتقليل من الأعراض الجانبية لابد من المحاولة في البداية بتقديم أدنى جرعة من الدواء.

إضافة إلى وجود دراسات بينت أن جرعات متقطعة من مثبطات عملية استعادة السيروتونين (IRSS) ذات متوسط زمن التأثير قصير، وينصح بتناولها فقط في المرحلة اللوتينية، مثل سارترالين Sertraline (زولوفت) الذي له فعالية جيدة. لكن يبدو أنه من الصعب تحديد مدة تناول مضادات الاكتئاب، وتبقى مدة العلاج الملائمة تتراوح من 2 إلى 8 أسابيع على العموم.

و أوضحت دراسات مراقبة، أن تناول فليوكستين Fluoxétine بمعدل 20 مغ في اليوم مجدية في حالة أعراض عسر المزاج المصاحب للدورة الشهرية (12، 5). عقاقير أخرى سيروتونينرجيك، بما في ذلك باروكستين Paroxetine، سارترالين Sertraline، كلومبرامين Clomipramine، لها تأثير إيجابي على الحصر والاكتئاب المصاحب للدورة الشهرية. للحصول على أفضل تأثير إيجابي، تتصح بعض الدراسات باستعمال مضادات الاكتئاب بصفة مستمرة على مدى الدورة الشهرية، بينما دراسات أخرى خلصت إلى نتائج إيجابية عندما تستعمل مضادات الاكتئاب (خاصة منها مثبطات عملية استعادة السيروتونين IRSS) لفترة تمتد من 12 إلى 14 يوماً قبل العادة الشهرية. (12)

- التحضير الصيدلاني (30)

- ديروكسات® Deroxat، سميث بيشمان، عن طريق الفم، باروكستين حبوب. 20 مغ. الجرعة : * 20 مغ في اليوم.
- زولوفت® Zoloft فيزار، عن طريق الفم، سارترالين حبوب. 50 مغ. الجرعة : * 50 إلى 150 مغ في اليوم.
- سيروبرام® Seropram لينديك، عن طريق الفم، سيتا لوبرام حبوب. 20 مغ. الجرعة : * 20 مغ في اليوم.

6. الأملاح المعدنية

هناك عدة تجارب عن استعمال كل من الكالسيوم والمغنزيوم في حالات الاكتئاب المصاحب للدورة الشهرية، الألم، التعب. إلا أن المعطيات حول فعاليتها غير متوافقة، ويبقى استعمال هذه الأملاح عموماً مقبولاً ومفيداً. فمقدار 300 - 500 مغ/يوم من المغنزيوم، ينصح بتناوله أثناء المرحلة التي تسبق الدورة الشهرية فقط.⁽⁶⁾

7. مثبطات البروستاغلاندين

كون البروستاغلاندينات لها دور في الالتهابات كما تزيد من الحساسية للألم، فإن مثبطات البروستاغلاندين يمكن أن تخفف من الألم والالتهاب. خاصة منها حمض ميفيمانيك (بونستال Ponstel) ونابروكسان الصوديوم (أنابروكس Anaprox، نابروزين Naprosyn) فهي مجدية في آلام منطقة الحوض في الفترة التي تسبق الدورة الشهرية وآلام العضلات والصداع. ومن أجل فعالية أفضل للدواء يجب تناوله قبل ظهور الأعراض (7-10 أيام قبل العادة الشهرية). يبدو أن مثبطات البروستاغلاندين لا تؤثر على الأعراض المزاجية السابقة للدورة الشهرية.⁽⁶⁾

8. مثبطات هرمون در اللبن

أوضحت بعض الدراسات مدى فعالية مضادات هرمون در اللبن على بعض أعراض الآلام المصاحبة للتأخر السابق للدورة الشهرية (عسر العادة الشهرية، انتفاخ الثديين >أوبراين 1985 O'Brien). لكن يصحبها عموماً مضاعفات ثانوية: انخفاض ضغط الدم، القيء، الغثيان. وينصح النساء بتناول بروموكريبتين Bromocriptine أثناء الوجبات الغذائية، لتجنب الأعراض غير المرغوبة.⁽⁶⁾

- التحضير الصيدلاني⁽⁴⁷⁾

- بارلودال Parlodel® نوفارتيس فارما. عن طريق الفم

- بروموكريبتين Bromocriptine حبوب. 2.5 مغ؛ حبوب مغلفة. 5 مغ أو 10 مغ، تناول الدواء يكون بدءاً من اليوم 14 من الدورة الشهرية بمقدار 1.25 مغ/يوم، ثم زيادة الكمية تدريجياً بمقدار 1.25 مغ/يوم إلى غاية المقدار 2.5 مغ/يوم x2 / يوم، وحتى ظهور العادة الشهرية. (علب من 14، 30، 100 حبة. 2.5 مغ؛ علبة 100 حبة مغلفة. 5 مغ؛ علبة 30 و 100 حبة مغلفة. 10 مغ)

- سيروكريبين Serocryptin® سيرونو. عن طريق الفم

- بروموكريبتين Bromocriptine حبوب. 2.5 مغ، 2/1 حبة/يوم، ابتداءً من اليوم 14. زيادة الكمية تدريجياً بمقدار 2/1 مغ/يوم لبلوغ مقدار 2 مغ في اليوم؛ وهذا إلى غاية ظهور العادة الشهرية. (علب 30 و 90 حبة)

- دوبارجين Dopergin® شيرينج. عن طريق الفم

- ليزيريد Lisuride حبوب. 0.2 مغ، بدء العلاج من اليوم 14 من الدورة الشهرية، و بمقدار 0.1 مغ/يوم، ومتابعة ذلك بما مقداره 0.1 - 0.2 مغ x2 / يوم حتى نزول دم الحيض. ثم التوقف عن تناول الدواء بعد 6 إلى 12 دورة شهرية وذلك من أجل اختبار مدى نجاعة الاستمرار في العلاج.

9. محفزات در البول

تستعمل محفزات در البول لعلاج بعض أعراض التأخر المصاحب للدورة الشهرية، المرتبطة منها بعملية الاحتفاظ بالماء والصوديوم (زيادة الوزن، انتفاخ، ضغط في الثديين، انتفاخ البطن). رغم غياب معطيات

- يتروجيستان Utrogestan® عن طريق الفم، بروجيستان طبيعي، حبوب 100. مغ؛ من حبتين (200 مغ) إلى ثلاث حبات (300 مغ) لمدة 10 أيام، عموماً ابتداءً من اليوم 17 إلى 27 من الدورة الشهرية.

- بروجيستان عن طريق الجلد Percutanée Progestogel®، بروجيستان 100 غ مرهم؛ 1 غ بروجيستان*1 مقدار (5غ/يوم مقسمة على الثديين (2.5 على كل ثدي)، من اليوم 10 إلى اليوم 25 من الدورة الشهرية أو بصفة مستمرة بدءاً من نهاية فترة الحيض.

4.2. مدعمات محفز الهرمون التناسلي

هذه العقاقير تعمل على إيقاف الدورة الشهرية. دانازول Danazol في حدود المقادير المثبطة لنزول البويضة، استعمالها أعطى نتائج في علاج الأعراض السلوكية والبدنية في التأخر المصاحب للدورة الشهرية (نادر 1991 Nader). هذه العقاقير أكثر فعالية من المموه، إلا أن تأثيرها يصحبها مضاعفات ثانوية وذلك بزيادة خطر هشاشة العظام، الذي يصاحب عموماً حالة توقف نزول البويضات لمدة طويلة، مما يحد ويقلل من استعمالها (بيرستاين 1995 Pearlstein). الاستعمال المشترك في العلاج بمحفز الهرمون التناسلي والعلاج بالرجع الإضافي يمكن أن يكون علاجاً للحالات الخطيرة.

إلا أن التأثيرات الثانوية لدانازول⁽²¹⁾ أدت إلى التقليل من استعماله.⁽⁶⁾

- التحضير الصيدلاني⁽⁴⁷⁾

- داناترول Danatrol® عن طريق الفم، دانازول حبوب 100 مغ و 200 مغ * 100 - 200 مغ/يوم، في المرحلة اللوتينية أو بصفة مستمرة.

5. العلاج بالفيتامينات

الكمية الكافية من الفيتامينات مثل فيتامين ب₆ (100مغ)، متعدد فيتامين ب، فيتامين E (400 - 600 وحدة دولية/يوم) وفيتامين C (1000مغ/يوم)، ينصح بها من أجل التخفيف من بعض الأعراض (فرط الحساسية، الاحتفاظ بالماء، أعراض الآلام المرافقة، انتفاخ الثديين، الحصر، الكآبة والتعب..).

البيريدوكسين Pyridoxine (فيتامين ب₆)، له دور في تنشيط استقلاب الدوبامين والسيروتونين والنورادرينالين تستعمل بمقدار 100 إلى 150مغ في اليوم كعلاج لأعراض التأخر المصاحب للدورة الشهرية (الاكتئاب، فرط الحساسية، التعب، الانتفاخ، الصداع).

فرط تناول فيتامين ب₆ يمكن أن يؤدي إلى تطور أمراض الأعصاب المحيطية، ومن أجل تجنب المضاعفات الجانبية (التي هي عموماً ترجيعية عند التوقف عن تناول الدواء)، يجب عدم تجاوز ما مقداره 150مغ في اليوم، من الكمية الإضافية من فيتامين ب₆.

بعض المراجع العلمية تعتبر أن تناول 50 إلى 100مغ من البيريدوكسين ليست أكثر فعالية من المموه.^(45, 6)

- التحضير الصيدلاني⁽⁴⁷⁾

- فيتامين ب₆ (بيريدوكسين Pyridoxine) حبوب. 100مغ، 100مغ في اليوم لمدة أسبوع. قبل العادة وإلى غاية اليوم الثالث من بداية الدورة الشهرية.

للجوء إلى ذلك لا يكون إلا في حالات التناذر المصاحب للدورة الشهرية المستعصية، عندها الإخصاء الجراحي يمكن القيام به (12، 13). مع العلم إن مثل هذا العلاج الجذري نادر جداً؛ لذا يبقى العلاج بمدعمات محفز الهرمون التناسلي له أهميته في الحالات الخطيرة.

■ الخلاصة

ثبت أن التناذر المصاحب للدورة الشهرية يحدث أثناء المرحلة اللوتينية لدى نسبة معتبرة من النساء. يتميز بأعراض سلوكية ونفسية أو جسدية بدرجات وحدة مختلفة. حالياً، ليس هناك عامل محدد يمكن اعتباره هو الوحيد المسبب للتناذر. واتضح ذلك من خلال العلاجات المتعددة له. أما المؤكد هو أن للهرمونات المبيضية دوراً مهماً في سببية حدوثه. استعمال مدعمات محفز الهرمون التناسلي ودانازول، تزيل تلك التغيرات الهرمونية أثناء الدورة الشهرية. علاج الأعراض النفسية في التناذر المصاحب للدورة الشهرية لدى بعض النساء يشير إلى انخفاض في مادة السيروتونين التي يحتمل جداً أن يكون لها دور في نشوء هذا التناذر.

النظرية البيولوجية النفسية الاجتماعية، تعترف بأن سببية التناذر يمكن أن تعود إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية وكذلك العوامل البيولوجية، وتمكنت من تقديم تفسير لكل هذه الفروق الفردية لأعراض التناذر المصاحبة للدورة الشهرية التي هي فروق كبيرة. فلا يمكن ربط التناذر بسبب واحد، بل هو ناتج عن تأثير بيولوجي معتبر ومن تداخل تأثيرات عوامل متعددة، اجتماعية ونفسية وعصبية وغددية تتداخل فيما بينها بطريقة معقدة.

■ المراجع

- 1- A Lastrico, A. Andreoli, A. Campana : Syndrome prémenstruel une mise au point : matweb.hcuge.ch/matweb/endo/syndrome_premenstruel.htm
- 2- Abraham GE, Hargrove JT, Diagnosis and treatment of PMS, Fertility and Sterility, 1990, 54, 1 : 178-179
- 3- Ainscough CE, Premenstrual emotional changes, a prospective study of symptomatology in normal women, J. Psychosom. Res., 1990, 34, 1 : 35-4
- 4- Allison M. Case, MD ; Robert L. Reid, MD « Effects of the menstrual cycle on medical disorders » - ARCHIVES INTERNAL MEDICINE vol.158, pp. 1405-1412, July 13, 1998 www.ama-assn.org/special/womh/library/readroom/arch98/ira70759.htm
- 5- Allison M. case, MD ; Robert L. Reid, MD : Effets of the menstrual cycle on medical disorders : ARCHIVES of internal medicine Vol.158, pp.1405-1412, July 13, 1998 www.ama-assn.org/special/womh/library/readroom/arch98/ira70759.htm
- 6- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1995, pp 717-718 : Premenstrual dysphoric disorder : www.app.org/books/eguides/burt02.htm
- 7- Ascher-Svanum H, Miller MJ., Premenstrual changes and psychopathology among psychiatric inpatients, Hospital and Community Psychiatr., 1990, 41, 1 : 86-88.
- 8- Barbara L. Parry, MD, « A 45-year-old woman with premenstrual dysphoric disorder » www.ama-assn.org/special/womh/library/readroom/vol_281a/xr80008x.htm
- 9- Benedek T, The organisation of the reproductive drive, Int. J. Psychoan., XLI, 1, 1960 : 1-15.
- 10- Bergant, Guggenberger, Heim et Ulmer de l'Universitätsklinik für Frauenheilkunde à Innsbruck en Autriche (Anton M. BERGANT, Gabrielle GUGGENBERGER, Kurt HEIM und Hanno Ulmer. "Argerbewältigung und prämenstruelles Syndrom". Wien Klin Wochenschr (1998) 119/10: 370-375).
- 11- Campana « syndrome prémenstruel » www-psy/www.premenstruel syndrome/syndrome_premenstruel.htm

مقبولة عن فيزيولوجية المرض الخاصة باحتفاظ الماء والصوديوم في هذا التناذر، إلا أن الدراسات أوضحت أن تناول سيبرونولكتون Spironolactone (مضاد لوظيفة الألدوسترون) في المرحلة اللوتينية، يخفف من الأعراض الناجمة عن الاحتفاظ بالماء والصوديوم، كما يخفف أيضاً من حدة أعراض عسر المزاج المصاحبة لظاهرة الانتفاخ (ماشس Mèches 1988). أما لدى النساء اللواتي لم يعانين من أعراض الانتفاخ، فإن محفزات در البول ليس لها تأثير في التناذر المصاحب للدورة الشهرية. (48)

- التحضير الصيدلاني (47)

- أداكتون Aldactone® سايرل، عن طريق الفم. سيبرونولكتون حبوب. 25، 50، 100 مغ * 100 مغ/يوم؛ من اليوم 12 - 14 من الدورة إلى غاية ظهور العادة الشهرية.
- هيغروتون Hygroton® نوفارتيس فارما، عن طريق الفم. كلورتاليديون حبوب. 25 و 50 مغ . في حالة الاحتفاظ بالماء في التناذر السابق للدورة الشهرية بشرط أن تكون زيادة الوزن هو العرض المهيمن، و التأكد من ذلك يكون مدروساً جيداً. استعماله يكون على مدى فترات محدودة، وأن لا يتجاوز المقدار 50 مغ/يوم.
- سيبرونولكتون Spiroctan® روش، عن طريق الفم. سيبرونولكتون حبوب. 25 و 50 مغ، حبوب مغلقة. 100 مغ * 100 مغ/يوم؛ من اليوم 12 - 14 من الدورة إلى غاية ظهور العادة الشهرية.
- كزينالون Xénalon® ميغا فارما، عن طريق الفم. سيبرونولكتون لكاتات 50 و 100 مغ * 100 مغ/يوم؛ من اليوم 12 - 14 من الدورة إلى غاية ظهور العادة الشهرية.

10. أدوية أخرى

- هناك أدوية عديدة لها دور في التناذر المصاحب للدورة الشهرية، من بين ما ورد منها:
- حاصرات مستقبلات بيتا Beta-bloquant : (أينبولول*) تحسن من حالة فرط الحساسية وفرط الانفعال والتنبيه المفرط السابق للدورة الشهرية.
- كلونيدين Clonidine : دواء مضاد لارتفاع ضغط الدم؛ يثبه إفراز بيتا أوندورفين، الذي له تأثير مفيد على بعض الأعراض النفسية للتناذر المصاحب للدورة الشهرية (30) مثل الرفض، فرط الحساسية، حالة الحصر المصاحبة للدورة الشهرية وكذلك اضطراب عسر المزاج.
- المثبط الأفيوني نالتريكسون Antagoniste opiacé naltrexone : يتميز بتخفيف جملة الأعراض المصاحبة للدورة الشهرية، بما فيها فرط الحساسية، الحصر، الاكتئاب، الصداع، آلام الثديين المصاحب للدورة الشهرية.
- مزيلات الألم ومضادات الالتهابات غير ستيرويدية: ينصح استعمالها في حالات وجود آلام وضغط في الثديين في التناذر المصاحب للدورة الشهرية.
- بونستان® Ponstan بارك- دافيس عن طريق الفم أو الشرج. حمض ميفيناميك، حبوب مغلقة. 250 مغ، وحبوب مغلقة في شريط. 500 مغ، حمولات. 500 مغ ؛ 500 مغ x3 / يوم في المرحلة اللوتينية.

11. العلاج الجراحي

- 12- Chapter 2 : Premenstrual dysphoric disorder
www.app.org/books/cguides/burt02.html
- 13- Chisholm G, Jung SOI, Cumming CE, Fox EE, Cumming DC, Premenstrual anxiety and depression: comparison of objective psychological tests with a retrospective questionnaire, *Ac. Psych. Scand.*, 1990, 81 : 52-57
- 14- Christensen et Oei du département de psychologie à l'université du Queensland en Australie, ont comparé l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale à celle d'une thérapie centrée sur l'information (Alison P. CHRISTENSEN, Tian P. S. OEI. "The efficacy of cognitive behaviour therapy in treating premenstrual dysphoric changes". *Journal of Affective Disorders* 33 (1995) 57-63).
- 15- Chuong C.J –Coulam C.B., Kao P C Bergastralh E. J, Co VL : Neuropeptides levels in menstrual syndrome *Fertil-steril*, 44.760
- 16- Clinical research bulletin vol. 1, NO. 14 »
www.findlayoh.com/pharmacy/articles/PMSherbs.htm
- 17- Condon JT: The premenstrual syndrome: a twin study. *Br J Psychiatry* 1993; 162:481–486[Medline]
- 18- Coppen A, Kessel N, Menstruation and personality, *Br. J. Psychiat.*, 1963, 109, 711.
- 19- CORTESE, J., and BROWN, M. A. "Coping responses of partners experiences pre-menstrual symptomatology". *JOGNN*, September/October 1989, pp. 405-412
- 20- D. Chatton « Le syndrome prémenstruel : point de vue du psychiatrie »
Matweb.hcuge.ch/matweb/endo/syndrome_prémenstruel_psy.htm
- 21- D. Chatton : le syndrome prémenstruel : point de vue du psychiatre D. Chatton :
Matweb.hcuge.ch/matweb/endo/syndrome_prémenstruel_psy.htm
- 22- Dalton K, Dalton ME, Guthrie K: Incidence of the premenstrual syndrome in twins. *Br Med J* 1987; 295:1027–1028 van den Condon JT: The premenstrual syndrome: a twin study. *Br J Psychiatry* 1993; 162:481–486[Medline]
- 23- De Jong R, Rubinow DR, Roy-Birne P, Hoban MC, Grover GN, Post RM, Premenstrual mood disorder and psychiatric illness, *Am. J. Psychiat.*, 1985, 142, 11 : 1359-1361
- 24- Do you suffer PMS ? – Finally, a treatment that has helped reduce and even cure PMS
www-psy\www.premenstrual syndrome\PMS test.htm
- 25- Ekholm et Bäckström
- 26- Endicott J, Halbreich U, Schacht S, Nee J, Premenstrual changes and affective disorders, *Psychosom. Med.*, 1981, 43, 6: 519-529.
- 27- Endicott J, Nee J, Cohen J, Halbreich U, Premenstrual changes: patterns and correlates of daily ratings, *J. Affective Dis.*, 1986, 10 : 127-135.
- 28- Findlayoh.com : A comprehensive evaluation of premenstrual syndrome : www.findlayoh.com/pharmacy/articles/PMSherbs.htm
- 29- Fiona BLAKE, Paul SALKOVSKIS, Dennis GATH, Ann DAY and Adrienne GARROD. "Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial". *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 45, N° 4, pp. 307-318, 1998)
- 30- Fluoxetine for premenstrual dysphoria »
www.nejm.org/content/1995/0333/0017/1152.asp
- 31- Gitlin MJ, Pasnau RO, Psychiatric syndroms linked to reproductive function in women, *Am, J, Psychiat.*, 1989, 146, 11: 1413-1422.
- 32- Gwen Morse de l'université de San Diego en Californie (Gwen G. MORSE. "Effect of positive reframing and social support on perception of perimenstrual changes among women with premenstrual syndr". *Health Care for Women International*, 18: 175-193, 1997)
- 33- Gyneweb : Un syndrome prémenstruel :
www.gyneweb.fr/sources/gyngene/gynendoc/sdpremen.html
- 34- Halbreich U, Endicott J, Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders, *Act. Psychiat. Scand.*, 1985, 71 : 331-338.
- 35- Hartley Gise L, Lebovits AH, Paddison PL, Strain JJ, Issues in the identification of PMS, *J. Nerv. Men. Dis.*, 1990, 178, 4 : 228-234.
- 36- Hartley Gise L, Lebovits AH, Paddison PL, Strain JJ, Issues in the identification of PMS, *J. Nerv. Men. Dis.*, 1990, 178, 4 : 228-234
- 37- Healthanswers.com –Premenstrual syndrome (PMS) « the average mattress is home to two million dust mites
www.healthanswers.com/centers/topic/overview.as?id=women's+health&filename=001505.htm
- 38- Heilbrun AB, Frank ME, Self-preoccupation and general stress level as sensitizing factors in premenstrual and menstrual distress, *J, Psychosom. Res.*, 1989, 33, 5 : 571-577
- 39- Hsia, L.S.Y. and Long, M.H. 1990, "Premenstrual Syndrome", *Journal of Nurse-Midwifery*, vol 35, no. 6, pp. 351-357
- 40- I. KORZEKWA and Meir STEINER. "Premenstrual Syndromes". *Clinical obstetrics and gynecology*, Vol. 40, N° 3, September 1997, pp. 564-576)
- 41- Jack Tips, ND, Ph, D., Facacn : Do you suffer PMS ? :
www-psy\www.premenstrual syndrome\PMS test .htm
- 42- Kenneth S. Kendler, M.D., Laura M. Karkowski, Ph.D., Linda A. Corey, Ph.D. and Michael C. Neale, Ph.D « Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression – The american journal of psychiatry
http://intl-ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/155/9/1234
- 43- Kenneth S. Kendler, MD, Laura M. Karkowski, Ph.D., Linda A. Corey, Ph D. and Micheal C. Neale, Ph.D. Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression The amejournal of psychiatry : *Am J psychiatry* 155 :1234-1240, September 1998 Copyright 1998 american psychiatric association
Intl-ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/155/9/1234
- 44- Kirsti Kelly « Premenstrual syndrome » - Centre for biomedical sciences : human physiology and anatomy 3 : teaching resources student discussion papers
http://science.canberra.edu.au/hbms/hpa3student/georgina/kirsti k14.html
- 45- Kirsti Kelly : Premenstrual syndrome :
Science.canberra.edu.au/hbms/hpa3student/georgina/kirstik14.html
- 46- Maria Luisa MARVÁN & Maria de LOURDES MARTÍNEZ MILLÁN. "Comunicación marital y síntomas premenstruales". *Acta psiquiátr psicol Am lat.*, 1995, 41 (1), 24-28).
- 47- Matweb/ Syndrome prémenstruel :
matweb.hcuge.ch/matweb/endo/en_therapygn_medic98/syndrome_prémenstruel.htm
- 48- Mèches 1988
- 49- Meir Steiner, Susanne Steinberg, Donna strwart, Diana Carter, Cherlenne Berger, Robert Reid, Douglas Grover, David Streiner « Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria »
www.nejm.org/content/1995/0332/0023/1529.asp
- 50- Mortola JF, Girton L, Yen SSC, Depressive episodes in PMS, *Am. J. Obst. Gynec.*, 1989, 161, 6 : 1682-1687.
- 51- Muse, K. 1991, "The premenstrual syndrome", *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol 3, pp. 865-869.
- 52- Nader, S. 1991, "Premenstrual Syndrome", *Postgraduate Medicine*, vol 90, no.1, pp. 173-176, 178, 180.
- 53- O'Brien, P.M.S. 1985, "The Premenstrual Syndrome", *The Journal of Reproductive Medicine*, vol 30, no. 2, pp.113-126
- 54- P. Lopes, P. Mahot « Actualités sur le syndrome prémenstruel »
www.gyneweb.fr/sources/congres/aa/ttgyn/tsdpreme.html
- 55- P. Lopes, P.Mahot : actualités sur le syndrome prémenstruel :
www.premenstrual syndrome\Actualité sur SPM.htm
- 56- Pathologie du cycle menstruel/Menstrual disorders »
http://matweb.hcuge.ch/matweb/endo/cours_4e.../pathologie_du_cycle_menstruel_liens.ht
- 57- Patricia A. Deuster, PhD, MPH ; Tilahun Adera, MPH, PhD ; Jeannette South-Paul, MD « Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome » - ARCHIVES of Family Medicine vol. 8, pp.122-128, Mar./Apr.1999
www.ama-assn.org/special/womh/library/readroom/arch99/foc7045.htm
- 58- Pearlstein, T.B. 1995, "Hormones and depression: What are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy?", *Am J Obstet Gynecol*, vol 173, no. 2, pp.646-651

- 59- Porth, C.M. 1994, Pathophysiology, 4th edn, J.B. Lippincott Company, Philadelphia
- 60- Premenstrual syndrome (PMS) » TMR-PMS
<http://medicalreporter.health.org/tmr0196/pms.html>
- 61- Premenstrual syndrome » <http://192.215.104.222>
- 62- Pre-menstrual syndrome » carrefour santé : étapes de la vie
www2.nb.sympatico.ca/sante/F_REV_HTML/Fr7172.html
- 63- Premenstrual syndrome » Nurs 669 – The primary care of women – module 3
<http://parsons.ab.umd.edu/~datkins/nurs669/pms.htm>
- 64- Reid RL, van Vugt DA. Neuroendocrine events that regulate the menstrual cycle. Contemp Obstet Gynecol. 1987;30:147-155
- 65- Rose RM, Abplanalp JM, The premenstrual syndrome, Hosp. Prac., 1983, 18, 129
- 66- Roy-Byrne P, Rubinow DR, Hoban MC, Parry B, Rosenthal NE, Nurnberger JI, Byrnes S, Premenstrual changes: a comparison of five populations, Psychiat. Res., 1986, 17 : 77-85
- 67- Rubinow DR, Roy-Byrne P, PMS: overview from a methodologic perspective, Am. J. Psychiat., 1984, 141, 2 : 163-172
- 68- Schmidt PJ, Grover GN, Hoban MC, Rubinow DR, State-dependent alterations in the perception of life events in menstrual-related mood disorders, Am, J, Psychiat., 1990, 147, 2: 230-234
- 69- Schuckit MA, Daly V, Herman G, et al., Premenstrual symptoms and depression in a university population, Dis. Nerv. Syst., 1975, 36 : 516-517
- 70- Scott Grundy « Women's health » - Premenstrual syndrome (PMS) – Women's health net links
<http://womenshealth.about.com/health/womenshealth/.../msub1.htm?pid=2839&cob=hom>
- 71- Scott Ranson, DO, MBA ; Julie Moldenhauer, MD « Premenstrual syndrome : systematic diagnosis and individualized therapy » - The physician and sportsmedicine
www.physsportsmed.com/issues/1998/04apr/ransom.htm
- 72- Shafii et al M, Shafii et al SL, Melatonin, light therapy, and premenstrual syndrome, In: Biological rythms, mood disorders, lighth therapy and the pineal gland, New York, Am. Psychiat. Press Inc, 1990 : 177-189
- 73- Spitzer RL, Severino SK, Williams JBW, Parry BL, Late luteal phase dysphoric disorder and DSM-III-R, Am. J. Psychiat., 1989, 146, 7 : 892-897
- 74- Steiner M, Haskett RF, Carroll BJ, Hays SE, Rubin RT, Circadian hormone secretory profiles in women with severe premenstrual tension syndrome, Br. J. Obst. Gynec., 1984, 91: 466-471
- 75- Steiner M, Haskett RF, Carroll BJ, Premenstrual tension syndrome: the developpement of research diagnostic criteria and new rating scales, Act. Psychiat. Scand., 1980, 62 : 177-190.
- 76- Syndrome prémenstruel »
Matweb.hcuge.ch/matweb/endo/en_therapgy_n_medic98/syndrome_premenstruel.htm
- 77- Tamarkin L, Baird CJ, Almeida OFX, Melatonin: a coordinating signal for mammalian reproduction?, Science, 1985, 227 : 714-720
- 78- Un syndrome prémenstruel » GYNEWEB
www.gynweb.fr/sources/gyngene/gynendoc/sdpremen.html
- 79- Uriel HALBREICH et Jordan W. SMOLLER. "Intermittent Luteal Phase Sertraline Treatment of Dysphoric Pre-menstrual Syndrome". J Clin Psychiatry 58:9, Septembre 1997, pp. 399-402

ربيع 2014: فصل الأصدارات المكتبية النفسية و العلمنفسية العربية

نمو افتراء قاعدة بيانات الأصدارات المكتبية النفسية و العلمنفسية العربية

قاعدة بيانات الأصدارات المكتبية النفسية و العلمنفسية العربية بالشبكة

البحث في قاعدة بيانات الإصدارات النفسية بالشبكة

<http://www.arabpsynet.com/book/defaultWord.asp>

أضف فهرس و ملخص كتابك الى قاعدة البيانات

<http://www.arabpsynet.com/book/booForm.htm>

أرسل كتابك الى مكتبة شبكة العلوم النفسية العربية

arabpsynet@gmail.com

سلسلة "الكتاب النفسي العربي" للشبكة

تحميل الإصدارات السابقة

" دليل الكتاب النفسي العربي للشبكة "

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/index.eBooks.htm>