

الثقافة النفسية المتخصصة

العدد الخامس والسبعون - المجلد التاسع عشر - تموز/ يوليو 2008

ملف العدد

أمراض المرأة النفسية

❖ قضية العدد/ دعوة للقلق.

❖ العلاج الأسري/ العلاج الأسري في حالات الإدمان.

❖ علم النفس الإداري والتنظيمي/ المناخ التنظيمي وعلاقته بأداء العاملين.

❖ علم نفس الشيخوخة/ قلق المسنين.

❖ علم نفس الطفل/ عسر القراءة عند الطفل.

❖ التحليل النفسي لظاهرة التعصب.

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية

Center d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

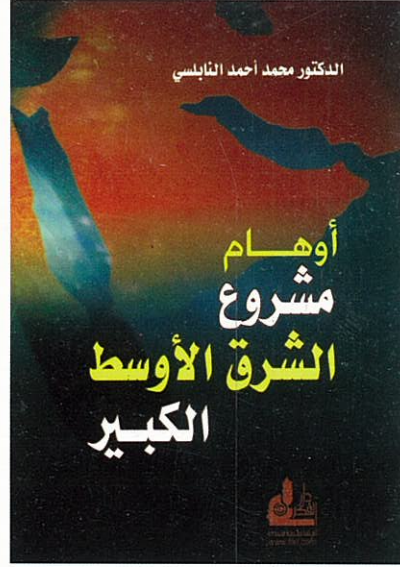
طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا ص.ب 3062 - انتل

تلفون: 961-6-441805

فاكس: 961-6-438925

E.mail: ceps50@hotmail.com





ما حدود الشرق الأوسط؟
أين يبدأ، وأين ينتهي؟
لماذا هذا السعي الغربي المستميت لنشر
الإصلاح الاقتصادي والسياسي، والديمقراطية،
والحكم الصالح، وحقوق الإنسان وتمكين المرأة،
ونشر حرية وسائل الإعلام، في هذه المنطقة؟
وهل حقاً مشروع الشرق الأوسط الكبير يحمل
كل هذه القيم النبيلة ليقدمها للعالم العربي
والشرق أوسطي هدية مجانية؟
هل استشيرت شعوب تلك المنطقة بهذه
الخيارات ووافقت عليها؟
أم أنّ وراء الأكمة ما وراءها؛ فهناك أطماع
سياسية وعسكرية واقتصادية مخبأة خلف هذا
المشروع!
هذا الكتاب يوضح المخبوء خلف هذا المشروع
من أهداف استراتيجية ومرحلية مباشرة.
والمؤلف مفكر استراتيجي معروف بدراساته
السياسية والنفسية.



سكرتاريا التحرير

حسن الصديق عبد القادر الأسمر

هيئة التحرير

روز ماري شاهين سلمى المصري دملج

سامر رضوان جليل شكور

الهيئة الاستشارية

- احمد عبد الخالق_جامعة الكويت، كلية الآداب.
احمد أبو العزائم رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية.
اسامة الراضي مجمع الراضي للطب النفسي.
اليزابيث موسون عضو شرف في محافل عالمية.
أذور الجراية مستشفى الهادي شاكر للطب النفسي.
بشير الرشيدى رئيس مجلس أمناء مكتب الإنماء الاجتماعي.
جمال التركي استشاري الطب النفسي / بريفانوا.
جيمي بيشاي مشفى المحاربين القدماء / الولايات المتحدة.
على وطفة كلية التربية. جامعة دمشق.
صفاء الأسمر مركز دراسات الطفولة / عين شمس .
طلعت منصور جامعة عين شمس / كلية التربية.
عادل الأشول جامعة الكويت / كلية التربية.
قتيبة شلبي الولايات المتحدة.
زايد الحارثي جامعة أم القرى / السعودية.
عبد الستار إبراهيم جامعة الملك فهد / الظهران.
عبد الفتاح دويدار جامعة الإسكندرية.
عبد العزيز الشخص جامعة عين شمس / كلية التربية.
عبد الرزاق الحمد جامعة الملك سعود / كلية الطب.
عبد المجيد الخليدي جامعة عدن / كلية الطب.
صدنان التكريتي رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي.
علي زيعور الجامعة الليتوانية / كلية الآداب.
فاروق السنديوني جامعة واغا واغا / أستراليا.
فرج عبد القادر طه عضو المجمع العلمي المصري.
فيصل الزراد مستشفى الطب النفسي / أبو ظبي.
قدري حنفي قسم الدراسات الإنسانية / عين شمس.
محمد حمدي الحجار أستاذ الطب النفسي السلوكي / سوريا.
محمد الطيب عميد كلية التربية / جامعة طنطا.

قيمة الاشتراك السنوي

الأفراد ٤٠ دولاراً أميركياً - للمؤسسات ١٠٠ دولاراً أميركياً- ثمن
النسخة عشرة دولارات أميركية، أو ما يعادلها - الاشتراك الشامل
للمجلة وإصدارات المركز كافة ١٥٠ دولاراً أميركياً

مركز الدراسات النفسية والنفسي-الجسدية
Center d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

الثقافة النفسية المتكاملة

رئيس التحرير
محمد أحمد النابلسي

INTERDISCIPLINAR PSYCHOLOGY
Editor in chief: Naboulsi.M (M.D.PH.D)

PSYCHOLOGIE INTERDISCIPLINAIRE
Chef Editeur: Naboulsi M. (M.D. ph D.)

إن الآراء الواردة في المجلة تعبر عن وجهة
نظر كتابها، وهي لا تعبر بالضرورة عن
وجهة نظر المجلة.

يرجى مراجعة شروط النشر المنشورة في
صفحة مستقلة.

تعطى أفضلية النشر وفق خطة التحرير
ويحسب المحاور المحددة مسبقاً.

توجه جميع المراسلات باسم رئيس
التحرير على عنوان المركز المبين أدناه.

طرابلس لبنان شارع عزمي بناية قاديشا
P.O.BOX: 3026 - Tal
تلفون: 961-6-441805
فاكس: 961-6-438925

E-mail: ceps50@hotmail.com

شروط العضوية

منذ مطلع العام 1990، ومع صدور العدد الأول من الثقافة النفسية المتخصصة، والمركز يعمل على إرساء خطاب نفسي عربي جامع، يترجم أهداف خدمة الاختصاص في الدولة العربية. وعلى هذا الطريق عقد المركز ثلاثة مؤتمرات عربية جامعة مع انتظام صدور دوريته الثقافية النفسية المتخصصة، حتى توصل المركز إلى كسب ثقة زملاء من كافة أنحاء العالم العربي، فأصبح أعضاؤه موزعين على الدول العربية. هذا ويسعى المركز إلى توسيع دائرة التواصل بين الاختصاصيين عبر المجلة، والمشاريع التوثيقية التي يتبناها، ومنها مشروع الصفحة المعلوماتية العربية على شبكة الإنترنت.

يتوجب على طالب العضوية استيفاء الشروط التالية:

- 1- أن يكون متخصصاً في أحد فروع العلوم النفسية. ويحدد نوع العضوية بناء على المؤهلات، إذ يعتبر عضواً متمرنًا المنتسب الحائز على الليسانس. عضواً منتسباً الحائز على الماجستير، وعضواً مؤهلاً من كان حائزاً على الدكتوراه، أو على التخصص في الطب النفسي، أو الطبيب الباحث في ميدان السيكوسوماتيك. كما يعتبر عضواً عاملاً الاختصاصي المشارك في النشاطات الأساسية للمركز. وتمنح عضوية شرف المركز للمشاركين مدى الحياة في المجلة، كداعمين لاستمراريتها. وكذلك لأصحاب الإسهامات المميزة الداعمة للمركز.
- 2- أن يرسل سيرته العلمية المفصلة مع صور الوثائق، والسماح بإدراجها في الصفحة العربية للعلوم النفسية، وفي صفحة المركز التي ستضم أسماء أعضائه وسيرهم العلمية.
- 3- الالتزام بالدعوة لتكثيف مبادئ الاختصاص، بما يلائم البيئة الثقافية العربية.
- 4- أن يشارك في نشاطات المركز ضمن إطلاقات اهتمامه.
- 5- أن يشترك في مجلة المركز الثقافية النفسية المتخصصة. حيث يعتبر هذا الاشتراك هو رسم الاشتراك في عضوية المركز. وتتوزع أنواع الاشتراك كمايلي:
 - اشتراك عادي 40 دولار سنوياً (يحصل على أعداد المجلة).

• اشتراك شامل 100 دولار سنوياً (يحصل على كافة إصدارات المركز عن سنة الاشتراك من كتب ونشرات وغيرها).

• اشتراك مدى الحياة 500 دولار.

للاشتراك يرسل طلب الاشتراك مبيناً فيه بوضوح: الاسم والعنوان، والمستوى الأكاديمي، ومكان العمل، وفتة العضوية المطابقة. ويرسل الاشتراك بموجب حوالة باسم رئيس التحرير د. محمد أحمد النابلسي على الحساب التالي: المصرف: الشركة العامة اللبنانية، الأوروبية المصرفية ش.م.ل/ فرع طرابلس رقم الحساب: (1- 01 - 330384 - 360 - 001 - 010).

صاحب الحساب: محمد أحمد النابلسي

قسمة الاشتراك

الاسم:

التخصص:

التخصص الدقيق:

مكان العمل:

نوعية الاشتراك وقيمه:

العنوان (بما فيه أرقام الهاتف والفاكس والبريد العادي والالكتروني)

قواعد نشر البحوث

في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

تعمل مجلة الثقافة النفسية المتخصصة على تقديم أفضل مستوى ممكن من الإحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولة بذلك الاستجابة لحاجات المتخصصين والمهتمين، خصوصاً بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال إطلاع القارئ على اتجاهات البحوث العالمية، وتعريفه بأخبار ومستجدات هذه البحوث، وعبر بعض الترجمات المفيدة. أما بالنسبة للبحوث العربية، فإن المجلة تسعى لتقديم فرصة عرض الدراسات والبحوث الرصينة والمسيرة للمستجدات وللحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

وصفحات هذه المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب، وهي ترحب بمساهماتهم الملتزمة بشروط النشر التي حددتها الهيئة الاستشارية وهيئة التحرير على الشكل التالي:

قواعد عامة

- 1- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- 2- أن يكون البحث مطبوعاً ومراجعاً من قبل كاتبه.
- 3- أن لا يكون البحث قد سبق نشره أو عرضه.
- 4- أن يقدم الباحث إقراراً بعدم إرساله إلى جهة أخرى.
- 5- أن لا يزيد عدد صفحات البحث عن 20 صفحة.
- 6- كتابة العناوين الرئيسية وسط السطر، والعناوين الفرعية على الجانب الأيمن.
- 7- إرسال نسخة واحدة من البحث مع الديسك.
- 8- السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكاتب الذين لم يسبق لهم النشر في المجلة.

قواعد خاصة

- 1- كتابة عنوان البحث، واسم الباحث ولقبه العلمي، والجهة التي يعمل لديها على صفحة الغلاف.
- 2- يراعي في إعداد قائمة المراجع ما يلي:
- 3- تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين، ثم بعنوان المصدر، ثم مكان النشر، ثم اسم الناشر.
- 4- تخضع الأعمال المعروضة للنشر للتحكيم العلمي السري، وفقاً للنظام المعتمد في المجلة، ويبلغ الباحث في حال وجود اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
- 5- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس التحرير.
- 6- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
- 7- تلتزم المجلة بإبلاغ الباحث عن قرار النشر، وهي لا تعيد الأبحاث المرفوضة لأصحابها.
- 8- لا تدفع المجلة مكافآت مالية عن البحوث التي تنشرها.

المحتويات

- 7 عزيزي القارئ
- 9 قضية العدد
دعوة للقلق
- 13 علم النفس حول العالم
- 37 العلاج الأسري
العلاج الأسري في حالات الإدمان / د. أحمد فخري
- 45 علم نفس الشيخوخة
قلق المسنين / د. نجوى اليحفي وفي ونبال الحاج محمد
- 63 علم نفس الطفل
عسر القراءة عند الطفل / د. إسماعيل لعيس
- 79 ملف العدد
- أمراض المرأة النفسية**

نويه:

لأسباب فنية، تم تأجيل الباحثين التاليين:
- المناخ التنظيمي وعلاقته بأداء العاملين.
- التحليل النفسي لظاهرة التحصب.
وأسرة تحرير الثقافة النفسية المتخصصة إذ تعتذر من قرائها، فإنها تعدهم بنشر
البحثيين المذكورين في العدد 76 الذي سيصدر في تشرين الأول/أكتوبر 2008.

العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

تأليف

الدكتور محمد أحمد النابلسي
الأمين العام للاتحاد العربي لعلم النفس

يسجل للمؤلف سبق إصداره لأول الكتب العربية الباحثة في موضوع الحروب وضحاياها على المستويات النفسية والسيكوسوماتية. فقد أصدر النابلسي دراسته عن الحرب اللبنانية في العام 1985 وهي استخدمت مرجعاً في غالبية الدراسات التي تناولت هذه الحرب.

ويأتي هذا الكتاب ليتوج أعمال المؤلف في هذا المجال حيث يركز على موضوعين هامين هما رعاية الأسرى ومعاونة الضحايا من الوسواس المرضية ومخاوف الموت التي تنتشر بصورة وبائية في المجتمعات المتعرضة للحروب والكوارث. مما يجعل من هذا الكتاب ضرورة ملحة لكل معالج عامل في هذه المجتمعات.

عزيزي القارئ

ها نحن نصدر عدداً جديداً من مجلتك "الثقافة النفسية المتخصصة" تحت وطأة ظروف صعبة مستمرة في ضغوطها، فوضعنا اللبناني متأثر بعوامل سياسية لا دخل لنا فيها، تعوق عملنا وتواصلنا، وحتى مشاركتنا في المؤتمرات والمناسبات العلمية. ولهذه الوقائع انعكاساتها على أكثر من صعيد، منها ما تلقيناه من بعض الجامعات العربية، التي استعاضت عن الاشتراك في المجلة عبر المركز الذي يصدرها بالحصول على أعدادها من جهة غير شرعية، وغير معلومة من قبلنا. ولسنا نعرف ما إذا كان الانتشار المحدود للمجلة يستأهل مثل هذه العمليات غير المشروعة، ونستغرب تورط جامعات رسمية في مثل هذه العمليات.

مهما يكن، فإنها صعوبة إضافية تضاف إلى عجزنا عن عقد مؤتمر المركز ومجلته بسبب الظروف الأمنية اللبنانية، لغاية عدم تمكننا من توزيع دروع جائزة مصطفى زيور العربية للعلوم النفسية على مدى سنوات ماضية، قاومنا خلالها فكرة التوقف عن الصدور، آملين عودة الأمور إلى طبيعتها.

وسط هذه الظروف، نأمل منك عزيزي القارئ تفهم الظروف التي نعمل فيها، بما يجعلنا نتنظر منك الاقتراحات والملاحظات التي نحتاجها في مثل هذه الظروف.

من حيث المبدأ، فقد قررنا الاستمرار رغم كل هذه المعوقات، وتطمئننا في ذلك جهود تعويضية عربية، في مقدمتها الجهد المميز للزميل والصديق الدكتور جمال التركي في الشبكة العربية للعلوم النفسية، والتي بلغت مرحلة عالمية من التنظيم وسيولة الانتشار. فتحتية لجهود الزميل التركي، ولبقية الجهود العربية المبذولة للنهوض بالاختصاص وتفعيله، ومنها الجهود المميزة في عقد المؤتمرات النفسية العربية، رغم تدخل السياسة المؤدي لعقد مؤتمر عربي مرتين خلال عام واحد بعد غيابه يوم سقوط بغداد.

نستميحك العذر عن أي تقصير، وقد أبدينا أسبابنا، آملين أن يقدم هذا العدد بعض المساهمة في ما نتوخاه من خدمات عبر اختصاصية، وفي ما قصده كتاب هذا العدد من مساهمات في الاختصاص.

وإلى العدد القادم

مع تحيات أسرة التحرير

محمد أحمد النابلسي

الحرب النفسية في العراق

متابعة للجوانب النفسية في الحرب
الأميركية على العراق

إن القراءة النفسية للحرب على العراق هي مهمة ملقاة على عاتق فروع اختصاصية متداخلة. وهي ستشغل العاملين في هذه الفروع على مدى سنوات قادمة. وعليه فإن ما تقدمه في هذه الدراسة ليس سوى مقدمة لقراءات نفسية لاحقة تنتظر ظهور معلومات جديدة عن خلفيات هذه الحرب وأسرارها وصفقاتها الخفية.

نحو استراتيجية عربية

لمواجهة الصدمات والكوارث

دراسة مقارنة بين النموذجين اللبناني والكويتي

الدكتور: عبد الفتاح دويدار

الدكتور: حسن الصديق

في هذا الكتاب متابعة وعرض للتجربة اللبنانية عبر أعمال الدكتور محمد أحمد النابلسي. وللتجربة الكويتية عبر أعمال الدكتور بشير صالح الرشيد. مع اقتران هذه المتابعة بدراسة مقارنة تبين نقاط التشابه والاختلاف بين هاتين التجريبتين والتأكيد على خصوصية كل منهما. الأمر الذي يعطي لهذا الكتاب صدارته في المكتبة النفسية العربية. التي لا تزال فقيرة في ميدان دراسة الصدمات.

دعوة للقلق

بقلم: د. قدري حفني

نحن ننفر من معاناة آلام القلق، رغم أن الحقيقة العلمية، فضلاً عن اليقين الديني، تؤكد أن ليس كل ما هو مؤلم ضاراً، وأن الطمأنينة ليست دليلاً على حسن الأحوال، بل إن الألم وما يثيره من قلق هو الدافع الأساسي لدى غالبية البشر لالتماس العلاج، ومن ثم البرء من المرض، في حين قد يكون اختفاء القلق وغياب الألم نذيراً بمرض صامت أشد خطورة.

وقد استمعت مؤخراً مع جمع من المثقفين إلى محاضرة ألقاها د. إسماعيل سراج الدين، مدير مكتبة الإسكندرية، أيقنت خلالها أن أمتنا في خطر يستوجب منا أقصى درجات القلق، خطر لا يتهدد هويتنا فحسب، بل يكاد يهدد وجودنا، وهو ليس كما قد يتبادر إلى الذهن خطر مؤامرة التعريب الذي يلوح به البعض للوقوف في وجه التحديث والتمسك بكل قديم مهما كان غثاً.

قال لي د. إسماعيل سراج الدين، قبيل المحاضرة، إنه كان ينوي أن يحدثنا عن مسيرة مكتبة الإسكندرية عبر السنوات الخمس المنقضية، وأفاق مستقبلها في الأعوام المقبلة، ولكنه عدل عن ذلك ليتحدث عن موضوع يزعجه غاية الإزعاج، فيه بحكم علاقته العلمية الموسوعية يتحرك حركة بندولية سريعة من مصر إلى مختلف مراكز التقدم العلمي في العالم في زيارات قصيرة عميقة يلتقي فيها بنخبة العقول العلمية، وقد لاحظ خلال رحلته الأخيرة قلق العلماء الأوروبيين من تخلفهم في مجال التقدم العلمي عن غيرهم، وعاد ليجدنا منشغلين بأمور جد مختلفة.

وبدأت المحاضرة لنستمع إلى حديث مثير للقلق: علماء العالم المتقدم المشتغلون بعلوم الفيزياء والكيمياء والهندسة - والذين يقلقهم تخلفهم - منشغلون بتطوير مجال البيولوجيا المخلفة synthetic biology الذي نشأ منذ أعوام قليلة على أيدي فريق من العلماء في زيورخ،

وعقد أول مؤتمراته الدولية عام 2004 في الولايات المتحدة، كما شهدت زيورخ مؤتمره الدولي الثالث في يونيو 2007، ومجال ذلك العام الجديد هو بناء أنساق حية قادرة على التصرف وفقاً لخطة مسبقة، وحفلت محاضرة د. إسماعيل سراج الدين بالعديد من اللقطات التي تجسد مايعنيه ذلك من تغير نوعي في طبيعة حياة البشر في مجالات الطب والزراعة وغيرها، فضلاً عما يحمله من تحديات علمية وأخلاقية.

وحين أطلت على ماهو متاح للعامة على شبكة الإنترنت، واستعدت ماورد في محاضرة د. إسماعيل سراج الدين، ونظرت معه إلى مايشغل اهتماماتنا أحسست بقلقه وتزايد قلقي. إنهم يحاولون فهم الحياة بينائها بدلاً من تفكيكها، ويبحثون في خلق آلات حية مبرمجة من خلال تطوير مجال الهندسة الجينية وتوسيع حدود علوم الحياة وعلوم الهندسة ليتداخلا بحيث تتحقق في النهاية إمكانية خلق تلك الآلات الحية المبرمجة. من هذا الأفق الرعب، هبط بنا محاضرنا الموسوعي لنطل معه على ما يشغل العقل العربي من مخافات وخرافات لا مجال لتفصيلها، ولتجسد أمامنا تلك الفجوة النوعية بين ما يشغلنا وما يشغلهم.

وأشار د. إسماعيل سراج الدين إلى تضاعف ميزانيات التعليم في بلادنا، وتزايد أعداد الجامعات المنوط بها تفرخ العلماء، كما أقيم بعد طفرة الثروة البترولية العديد من الجامعات الخليجية التي لم يبخل عليها أصحابها بالمال، فشيدت المباني الفخمة والمكتبات العامرة، وجلب خيرة العقول من الشرق والغرب للتدريس والتدريب، وها قد مضت عقود دون أن نرى إسهامات عربية تذكر في مجال تلك العلوم التي يتسارع تطورها.

وخطر لي خلال متابعتي للمحاضرة تساؤل مزعج: ترى ما الذي يجمع بيننا - على تفاوت ثرواتنا - بحيث يحول دوننا جميعاً والطفرة العلمية المنشودة؟ وبدا لي أن السبب يكمن في نمط تفكيرنا:

نحن نجتز من ماض يبدو لنا مزدهراً، فيفتتنا ونتيه به مطمئنين، وهم يضعون عيونهم على المستقبل، ويقارنون أنفسهم بمن يتفوقون عليهم فينتابهم القلق. نحن نحاول الالتزام باجتهادات السلف الصالح من المفكرين والعلماء، فنظل نراوح في أماكننا ملتزمين بما وجدنا عليه آباءنا وأسلافنا، وهم يجعلون نصب أعينهم تجاوز السلف القديم والخلف المعاصر أيضاً، فيقلقهم تخلفهم. نحن نجعل من اجتهادات القدامى معياراً لصواب تفكيرنا وأعمالنا في الحاضر وتوجهاتنا نحو المستقبل، وهم يعتبرون أن مضي ثمانية عشر شهراً على أي إنجاز علمي دون أن يتم تجاوزه دليل على التخلف، نحن نحاول استنساخ الماضي وهم يعملون على استنساخ الحياة.

لعلنا لا نبالغ إذا ما تصورنا أن الفجوة آخذة في الاتساع، وأن عالم الغد سوف يحكمه أولئك الأقوياء بعلمهم الذي تشاركوا في صنعه، بينما يقف غيرهم ينتظرون منهم الإذن بالاستمرار في الحياة إذا ما سمحوا لهم بذلك.

ترى، ألم يحن الوقت لنشارك د. إسماعيل سراج الدين قلقه؟ إن الإفلات من الخطر مازال ممكناً، برغم أن الوقت المتاح قليل، وتغيير نمط التفكير لا يحتاج إلى أموال بقدر ما يتطلب إطلاقة صداقة علي مايجري حولنا، وقلقاً متزايداً على مستقبل وجودنا، وسعيّاً شجاعاً لصياغة مستقبل مختلف يتجاوز الماضي السعيد والحاضر المطمئن.
إنها دعوة للقلق

إصدارات مركز الدراسات النفسية

طرابلس - لبنان ص. ب: 3062 التل

فاكس: 438925 - 6 - 00961

هاتف: 441805 - 6 - 00961

1- المعجم النفسي

مصطلحات طبية ونفسية وعصبية

ذياب والجراية وعمار (40 دولاراً أميركياً)

2- سيكولوجية السياسة الإسرائيلية - النفس المغلولة

إصدار 2001 (10 دولارات أميركية)

3- الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث (6 دولارات أميركية)

4- سيكولوجية السياسة العربية - العرب والمستقبلات

إصدار 1999 (10 دولارات أميركية)

5- معجم مصطلحات الطب النفسي (10 دولارات أميركية)

محمد أحمد النابلسي

النفس المفككة

سيكولوجية السياسة الأميركية

المعجم

النفيس

عربي - فرنسي - انكليزي

مصطلحات طبية ونفسية وعصبية

ذياب والجراية وعمار

علم النفس حول العالم

إعداد: نشأت صبوح ورمزية نعمان وسناء شطح

البقاء لله و حده

إنا لله وإنا إليه راجعون

بلغني بمزيد الحزن والأسى نبأ وفاة البروفسور

محمد حمدي الحجار

بتاريخ 2008/5/6

<http://hayatnafs.com/cv/hajjar.htm>

الخطب عظيم والمصاب جليل... وفي هذا الظرف الأليم، تتقدم أسرة الثقافة النفسية المتخصصة، ومركز الدراسات النفسية، إلى زوجته وأبنائه وأسرتهم الكريمة، وكافة اختصاصيي العلوم النفسية في سوريا والوطن العربي، بخالص التعازي والمواساة، سائلين الله العلي القدير أن يتغمده برحمته الواسعة، ويسكنه فراديس جناته وأن يرزق أهله وذويه والأسرة العلمنفسية السورية والعربية جميل الصبر والسلوان، وإنا لله وإنا إليه راجعون.
" يا أيها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في عبادي وادخلي جنتي".

بسم الله الرحمن الرحيم

نعي

بروفسير طه باعشر 1922-2008

انتقل لرحمة مولاه، منارة شاهقة من منارات الطب النفسي، بروفسير طه باعشر واسمه بالكامل "طه أحمد سعيد باعشر" المستشار الإقليمي للصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق حوض البحر الأبيض المتوسط 1972 - 1985 يوم 16 يونيو 2008، في عمر ناهز 86 عاماً، ولمسيرة مهنية مدتها 60 عاماً، حافلة بالعطاء الأصيل، تمثل رمزاً لنهضة الطب النفسي.

ولد طه باعشر في 2 يونيو عام 1922 بمدينة سواكن على شواطئ البحر الأحمر. وارتبط عاطفياً بسواكن وسنكات وشرق السودان، وكانت ولادته في أحضان أسرة كريمة ترجع جذورها القبلية لمنطقة حضرموت

في الجزيرة العربية، حيث لا تزال تسكن هناك قبيلة باعشر. كما تربي في كنف أسرة مشهورة وعريقة، إذ كان والده "أحمد سعيد" هو أول مواطن سوداني امتلك وكالة بواخر في ميناء بورتسودان، وكانت هي بدون شك أول وكالة وطنية في عام 1941. وجدته "سعيد باعشر" كان الأمين المالي للأمير عثمان دقنة، أمير الشرق في فترة المهدي بصفته أحد كبار التجار في ساحل البحر الأحمر.

تخرج باعشر من كلية كتشنر الطبية سابقاً (كلية الطب، جامعة الخرطوم حالياً) عام 1949. وأثناء دراسته وعند تخرجه نال أربعة جوائز علمية ضمت التشريح، والجراحة، والباطنية، وعلوم وظائف الأعضاء، فضلاً عن ذلك كان أول دفعته. وفور تخرجه من الجامعة عمل طبيب امتياز في مدينة الخرطوم وأم درمان، في الفترة 1949- 1950، واختصاصياً في مستشفى مدينة مروحي عام 1951 ومدينة ملكال 1951- 1953. فضلاً عن ذلك عمل اختصاصياً في الطب النفسي في مستشفى الخرطوم بحري، ومستشفى الخرطوم بالسودان.

وفي عمر 34 عاماً، تم ابتعاثه إلى بريطانيا، حيث نال دراسات عليا رفيعة في "علم النفس الطبي" في معهد الطب النفسي في جامعة لندن عام 1956. وبذلك يعتبر باعشر من القلائل الذين جمعوا بصورة متفردة بين تخصص الطب النفسي وعلم النفس بنيله دراسات عليا في مجال علم النفس الطبي. وعمل مع باعشر بعض رواد علم النفس، منهم بروفيسر مالك بدري، أبو علم النفس في السودان، ومؤسس الجمعية النفسية السودانية. وكان علماء النفس في السودان يعملون بصورة منسجمة مع باعشر، خلافاً للتوتر السائد، وغير المبرر، بين علماء النفس، والطب النفسي. وعمل باعشر بعد تخصصه الرفيع في مجال علم النفس الطبي كبير مستشاري الطب النفسي في وزارة الصحة في السودان في الفترة 1957- 1969. وبدأ باعشر نشاطه الوطني والنقابي الناصح في تلك الفترة، حيث عمل كسكرتير عام لنقابة الأطباء لسنوات طويلة. كما مثل نقابة الأطباء في جبهة الهيئات، وتفاوض مع الفريق عبود، آنذاك، مع من تم تفويضهم لذلك، وانتهت تلك المفاوضات بموقف وطني مشرف للفريق عبود بتحتيته عن السلطة بصورة سلمية. وكل ما قدمه باعشر من مساهمات في السياسة السودانية كانت بدافع وطني بحت.

في مايو 1969، كان باعشر في القاهرة في زيارة رسمية للتسيق مع وزارة الصحة المصرية

حول أفضل السبل لعلاج المرضى السودانيين، وأثناء تلك الزيارة وصل الرئيس نميري لسدة الحكم، وتم اختيار باعشر كوزير للعمل في عمر 47 سنة دون التشاور معه. وعند عودته للسودان اشترط أن يجمع بين مهنته الإنسانية التي كرس لها حياته في علاج المرضى، والعمل الوزاري، كما تقلد منصب وزير الصحة في ما بعد. وقام أثناء توليه الوزارة، بكل ما استطاع من جهود، بترقية أوضاع العمال، وتطوير الخدمات الصحية، والانفتاح على دول العالم للتعاون معها للنهضة المرجوة بالإمكانات السودانية المحدودة نسبياً.

وفي عام 1970، اختير باعشر زميلاً في الكلية الملكية لأطباء الأمراض النفسية في بريطانيا عام 1970. واهتم بصورة خاصة بتنظيم اللقاءات والتجمعات العلمية، ومنها مؤتمر الاتحاد العالمي للطب النفسي عام 1966 واجتماع الطب النفسي الأفريقي في الخرطوم 1970. وبذلك يتميز باعشر بالشغف بالتدريس في مجال الطب النفسي، والقدرة على البحث العلمي الرصين، والمهارة الفائقة في الإدارة والتنظيم، فضلاً عن المساهمة الفعالة في بناء المؤسسات العلمية. وقد يصعب على الكثيرين القيام بهذه الأدوار مجتمعة. وأثناء فترة عمله في مستشفى الأمراض النفسية والعصبية في الخرطوم بحري، كان يزوره العديد من الأطباء النفسانيين من مختلف دول العالم، خاصة من أميركا وأوروبا، وأثار إعجاب الخبراء الأميركيين بمنهجه الخاص في الإدارة والعلاج، ومنحه المريض الفرصة الكافية للاندماج مع المجتمع والبيئة، مع التأهيل الملائم.

وفي عمر 50 عاماً، ولقدراته العلمية والمهنية، وخبراته التنظيمية الفذة سألته الذكر، اختير في الفترة 1972 - 1985 مستشاراً إقليمياً لمنظمة الصحة العالمية في الإسكندرية (شرق حوض البحر الأبيض المتوسط) في مجال الصحة النفسية. وفي أثناء عمله المميز لمدة 13 سنوات، وأصل الجهود الجبارة التي بدأها أستاذه التجاني الماحي، الذي شغل المنصب نفسه قبله. ويعتبر التجاني الماحي رائداً للطب النفس في السودان خاصة، وأفريقيا عامة. وبذلك يقف باعشر في طريق مهني طويل بدأه التجاني الماحي، ويحتاج التلاميذ لمواصلة المسير فيه. وأثناء فتره عمله، قدم باعشر العون الفني للعديد من الدول العربية والآسيوية في مجال الطب النفسي، خاصة تدريب الكوادر الطبية، كما قام بتنظيم عدة اجتماعات، ولقاءات ناجحة، بين دول المنطقة، للتداول وتبادل المعلومات، والتشاور في مجال الصحة النفسية.

وفي الفترة من 1982 - 1984، عمل باعشر في منصب مدير تعزيز الخدمات الصحية في منطقة شرق حوض البحر الأبيض المتوسط التابع لمكتب منظمة الصحة العالمية، فقام في تلك الفترة بعدة دراسات ميدانية للمكتب في مجالات الصحة النفسية. وفي عام 1984 - 1985 قام

باعتشر بإنجاز عدة مهام قصيرة المدى بمنظمة الصحة العالمية، خاصة في مجال الإدمان، وفي إعداد وتنظيم ورش التدريب والبحث العلمي. وأثناء تلك الفترة وضع أساس وهيكل تطوير خدمات الصحة النفسية ومكافحة الإدمان في معظم الدول العربية، فضلاً عن باكستان وأفغانستان وقبرص، كما كان يمثل منظمة الصحة العالمية في كل المؤتمرات بتقديم أوراق علمية متميزة وبدرجة عالية من الحساسية الثقافية تثير انتباه المشاركين.

وفي عام 1985 رجع باعشر للسودان في عمر 63، وتم تعيينه أستاذاً للطب النفسي في كلية الطب، جامعة الخرطوم حتى عام 2007 وأضعاً مع زملائه وطلابه هياكل قوية ومعالم بارزة في طريق مهنة تدريس الطب النفسي في السودان، وأشرف باعشر على عدة رسائل وأطروحات علمية في مجال الطب النفسي وعلم النفس. ومن ناحية مهنية، لم يكتف باعشر بالتدريس وتنظيم اللقاءات العلمية، بل قدم عشرات الدراسات والبحوث العلمية في مجال الطب النفسي وعلم النفس، فنتائج الدراسات الميدانية، التي تتميز بالتنوع ودسامة المعلومات، قادته لبلورة اتجاهين هامين، هما الوعي بالثقافة والتاريخ، إذ كان واعياً في أبحاثه التي يبلغ عددها 37 بحثاً بالخصوصية الثقافية، خاصة تأثير الدين في النظرة للأمراض النفسية في مجتمعه.

ويعبر باعشر عن درجة عالية من الحساسية الثقافية في أربعة أوراق، الورقة الأولى موسومة بـ "The influence of culture on psychiatric manifestations" التي نشرها عام 1963 في دورية متخصصة في الطب النفسي عبر الثقافات (Transcultural Journal)، والورقة الثانية موسومة بـ (Relationship between traditional and modern medicine) والثالثة موسومة بـ (The healing power of faith)، والرابعة موسومة بـ (Religion and mental health). وفي تقديرنا، تعكس هذه الأوراق، التي كتبت بعناية، وعي الباحث بأهمية توطين مفاهيم ونظريات ومناهج الطب النفسي في البيئة المحلية. كما كان لباعشر اهتمام خاص بتاريخ الطب النفسي في السودان (History of the treatment of mental disorder in the Sudan والعالم العربي (History of Psychiatry in the Arab countries) والمنشورة في (American Journal of Psychiatry)، وشرق أفريقيا (Sudan Mental health services in Eastern Mediterranean countries). وغالباً ما تحتاج عملية الوعي بالخصوصية الثقافية والحساسية التاريخية درجة عالية من عملية هضم وتمثيل دقيق الطب النفسي وعلم النفس.

وفي مسيرته المهنية الناصعة، ليس من المدهش أن ينال باعشر عدداً مقدرًا من الأوسمة والجوائز الرفيعة. على سبيل المثال، لا الحصر، كرمه الرئيس أنور السادات في مصر بمنحه وسام الجمهورية المصري من الطبقة الأولى عام 1971 تقديراً وعرفاناً لمجهوداته الجبارة. وبعد

6 سنوات، قلده الرئيس جعفر نميري وسام النيلين من الطبقة الأولى عام 1977، كما حصل على وسام من الرئيس الباكستاني الراحل ضياء الحق في النهوض بخدمات الصحة النفسية ومكافحة الإدمان في باكستان، واختاره مجلس وزراء الصحة العرب بإدارة "الطبيب العربي لعام 1988" وتم تكريمه في الأردن ومنحه وساماً، وذلك نظير جهوده في تطوير خدمات الصحة العقلية في الوطن العربي، فضلاً عن ذلك تقلد العديد من الأوسمة وشهادات التقدير من العديد من دول العالم.

قام باعشر بتأسيس ورئاسة العديد من التخصصات والجمعيات على المستوى المحلي والإقليمي والدولي. مثلاً اختير رئيساً لتخصص الأمراض النفسية والعصبية في المجلس القومي السوداني للتخصصات الطبية. وقام بتأسيس ورئاسة جمعية اختصاصي الطب النفسي في السودان. وأنشأ باعشر الاتحاد العالمي للطب النفسي الإسلامي، وكان مستشاراً له، وكان نائباً لرئيس الاتحاد العالمي للأطباء النفسيين. وتم اختياره في منتصف التسعينيات عضواً في مجلس استشاري عالمي لجامعة هارفارد في أميركا، وهي أكبر جامعة أميركية في العالم من حيث عدد الحاصلين على جائزة نوبل. ومنذ مطلع التسعينيات، وحتى نهاية حياته، كان مشاركاً نشطاً في مركز أبحاث الإيثار في الخرطوم، وعمل لسنوات طويلة كرئيس لأحد أقسام العلوم فيه، وكان باعشر يعتقد بأن النموذج الإسلامي في علاج الإدمان هو أفضل نهج للعلاج.

عاش باعشر حياة ثرة وحافلة بالعطاء العلمي والمهني، فكان يكرس وقته لتلاميذه ومرضاه وأسرتهم، ومواصلة أرحامه، وبذلك فقد السودان والعالم العربي والأفريقي رقماً من أرقام الطب النفسي،.. وعلى تلاميذه، خاصة البررة منهم، مواصلة مشوار أستاذهم في مشاريعه المهنية والتأسيسية والبحثية، والتي بدأها ولم يكملها. ومن قبل أكمل باعشر مشوار أستاذه العبقري التجاني الماحي، من خلال المساهمة في تحرير أعماله التي نشرتها جامعة الخرطوم، فضلاً عن "محاضرة التجاني الماحي التذكارية" التي نشرت في "المجلة الأفريقية للطب النفسي" عام 1976. فيما ترى من طلاب باعشر النجباء يقوم بتحرير أعماله الكاملة، وبذلك يسجل مرحلة هامة من مراحل تاريخ الطب النفسي، ليس في السودان فحسب، وإنما في العالمين العربي والأفريقي.

على سعيد الحياة الأسرية، تزوج باعشر من طالبتة الدكتورة سيدة محمد بشار، التي تخرجت في كلية الطب، جامعة الخرطوم عام 1964، فرزقا بثلاثة أطفال، أحسنا تربيتهم وتعليمهم في ظل أسرة داعمة حتى تخرج اثنان منهم في الطب، وواحد مهندس. بكر أطفال

باعتشر الدكتور رشيد ، وثانياً الدكتورة رحاب ، والتي كانت أولى شهادة لندن ، وأحرزت أكثر من 130 درجة في مقياس وكسلر لذكاء الراشدين العملي ، وثالثاً ابنته المهندسة المعمارية راوية ، فضلاً عن ذلك له 8 من الأحفاد الذين يحملون اسمه .

ربما يتساءل الفرد ماذا يحلم المرء بأن يعمل في مسيرة حياته أكثر مما عمل طه باعشر؟ شخصية فذة داعمة ومتعاطفة مع الآخرين ، يعلم ويدرب آلاف طلاب الطب وعلم النفس حتى يتخصصون مهنياً ، ويعالج آلاف المرضى حتى يستشفون ، وينشر عشرات الأبحاث العلمية الرصينة في دوريات علمية تترك تأثيراً هائلاً في قرائها ، وينظم بجدارة عدة مؤتمرات ولقاءات علمية محلياً وإقليمياً ، ويساهم بكفاءة في تأسيس ورئاسة وإدارة بعض المنظمات العالمية والإقليمية والمحلية ، ويصبح وزيراً لأكثر من وزارة ، ويكرم شامخاً في المحافل الدولية من قبل الرؤساء والقادة ، وله مجموعة من الأصدقاء والزملاء ، ويواصل أهله وعشيرته ، ويربي ويعلم ثلاثة من الأبناء حتى يشهد نجاحهم ويحملون اسمه من بعده ، ويخلف ثمانية من الأحفاد .

على المستوى الشخصي ، سوف يفقد طلابه وأصدقائه وزملائه شخصاً مميزاً وفريداً من نوعه ، وسيفقدون روحه ، ودفعته ، وحكمته ، ورجاحة عقله ، وإنسانيته العظيمة ، ومن قوة تأثيره سوف تظل الأجيال المتعاقبة تتذكره ، وربما تحتاج عملية معرفة تأثيره الحقيقي لعدة سنوات ، أو عقود . وبالتأكيد تبقى إنجازاته البارزة مسجلة في تاريخ الطب النفسي في أي قائمة منتقاه لرواد الطب النفسي ، ليس في السودان فحسب ، وإنما في العالم العربي والأفريقي . ألا رحم الله بروفسير طه باعشر وأسكنه فسيح جناته . ويعتبر الكاتبان من الفخوريين كل الفخر بأن يكون أمثال طه باعشر من الذين يعيشون معنا في هذا الكوكب .

د. عمر هارون الخليفة

مقرر الهيئة القومية لرعاية المهويين في السودان

علاء الدين حامد موسى

الجمعية النفسية السودانية

علاج مجاني ثمنه تريليون دولار!

التقرير كان مندهلاً بما فيه الكفاية

البروزاك الذي كان يعتبر العلاج السحري للاكتئاب ، والذي يستخدمه منذ العام 1988 أكثر من 40 مليون شخص في العالم ، ليس سحرياً ، ولا حتى علاجاً . إنه مجرد خدعة كبرى حققت أرباحاً كبرى ناهزت عشرات مليارات الدولارات لشركات الأدوية .

أصحاب هذا التقرير ليسوا أناساً عاديين. إنهم أهل اختصاص، وأرباب مهنة الطب في أرقى الجامعات الدولية: إريفينغ كيرش، بروفيسور علم النفس وفريق عمله، في جامعة هال الشهيرة. لقد بنوا خلاصاتهم، ليس فقط على أبحاثهم الخاصة، بل أيضاً على الدراسات غير المنشورة التي حجبتها شركات الأدوية الكبرى عن الرأي العام.

جاء في التقرير: دلت أبحاثنا على أنه ليس هناك مبرر لوصف الأدوية لأي شخص، عدا لمرضى الاكتئاب الحاد والمزمن، قبل أن تفشل العلاجات (النفسية) الأخرى. وهذا ما يطرح أسئلة خطيرة تتعلق بالترخيص للأدوية، وبكيفية نشر المعلومات التجريبية حولها؟

أجل، لكن هذه ليست المرة الأولى التي يتم فيه وضع شركات الأدوية الكيماوية، مع أدويتها، في قفص الاتهام، وهذه لن تكون أيضاً المرة الأخيرة التي يكتشف فيها أن الأدوية ليست أدوية، بل هي مجرد حبوب سكر وهمية (placebo) تحولها الحملات الإعلامية الكبرى التي تكلف عشرات ملايين الدولارات إلى وصفات سحرية لا غنى عنها. إنه الطب الرأسمالي الغربي، وهو يسقط عن وجهه القناع العلمي.

لكن، إذا ما كان الأمر على هذا النحو، ما العلاجات الحقيقية للاكتئاب والأمراض النفسية غير الحادة الأخرى؟

إنها بسيطة للغاية، كما يقول الأطباء غير المرتبطين بشركات الأدوية: التريُّض، والطعام الصحي، والصلاة أو التأمل الروحي، إضافة إلى التضامن العائلي والصدقات الاجتماعية. هذا هو الترياق الحقيقي، وهذا هو نفسه الكابوس الحقيقي للشركات، وبين الترياق والكابوس ثمة فارق بسيط: ترليون دولار، فقط!

علماء يدعون للوثوق بالحدس ويحددون مركزه في الدماغ

قال فريق علمي بريطاني إنه تمكن من إثبات قدرة البشر على التعلّم بمجرد الحدس، إلى جانب تحديد الجزء المسؤول عن هذه الملكة في الدماغ، من خلال اختبارات أجريت على مجموعة من الأشخاص في الكلية الجامعية في لندن.

ولفتت الدراسة إلى أن المقولة التي تفترض أن الإجابات القائمة على الحدس السريع، في بعض القضايا، غالباً ما تكون أصح من تلك التي تأتي بعد تفكير عميق، ليست مجرد أسطورة، بل تقوم على سند علمي تتوفر أدلته أيضاً لدى عدد من المخلوقات الأخرى.

وقامت الدراسة على لعبة افتراضية، عبر عرض رموز شبه متطابقة على شاشة الكمبيوتر أمام عدد من الأشخاص، يتيح واحد منها فقط لهم كسب المال، ويتوجب على اللاعبين اختيار

الرمز الذي يقودهم لتحقيق الفوز الدائم، وتجنب الرموز الأخرى التي قد تقود إلى خسارة المال، علماً أن جميع الأشكال التي تظهر على الشاشة أمامهم تبدو متطابقة - إذا اعتمد اللاعبون أسلوب التفكير المنطقي - ما يلزمهم بالتكهن بعد الاتكال على حدسهم. وتظهر على الشاشة تعابير تدفع اللاعبين إلى عدم اعتماد التحليل المنطقي، بل تدعوهم إلى "السير خلف مشاعرهم للفوز، وتجنب خسارة الكثير من الأموال." ووفقاً للبحث الذي نشرته مجلة "الخلية العصبية" في عددها الأخير، فإن معظم الذين شاركوا في الاختبار نجحوا بتحديد الرمز الصحيح، وقد عمد الفريق العلمي إلى الكشف على مراكز النشاط في أدمغة اللاعبين خلال ممارستهم للاختبار، ليتضح تركزه في جزء يقع في الوسط المتقدم من الدماغ يدعى Ventral Striatum.

وقال خبراء إن هذا الاختبار يعيد إلى الأذهان ما كان قد طرحه عالم الأحياء المعروف، إدوارد لي ثورنديك، الذي افترض عام 1911 إن قدرة القطط والكلاب على التعلم دون امتلاك حس واع لديهم يعود إلى امتلاكهم لحس نشيط.

الخلافات الزوجية تبدأ في السيارة حيث الأزواج أقل عدوانية

الرجال أكثر استماعاً لزوجاتهم وقت القيادة، وتتسم ردودهم بالنصح. هذا ما أكدت دراسة حديثة أعدها معهد الطب النفسي في مدينة برنو، ثاني أكبر المدن التشيكية، أن الخلافات بين الأزواج التشيكيين تبدأ بعد حوالي 15 دقيقة من ركوبهما السيارة، وأن النساء هن السبب في توتير الجو، وطرح القضايا العالقة بينهما، لأن الرجال ينهمكون في قيادة السيارة، ويكون الرد أقل بكثير مما هو في الأحوال العادية، أي عندما ينشب الخلاف في البيت. واعتمدت الدراسة التي أعدت نهاية الشهر الماضي على آراء المختصين في علم نفس السائقين، وأشارت إلى أنه عادة ما تنشب الخلافات في السيارة، وتكون الأسباب ثانوية، غير أن الأسباب الحقيقية تكون أعمق. "طبيعة عمل الدماغ عند المرأة تختلف عن الرجل، فالنساء معتادات في الحياة العملية على ممارسة أكثر من نشاط في آن واحد لإفراغ التوتر المزمن. وجاء في الدراسة أن النساء يسرفن في الحديث ثلاثة أضعاف الرجال، لأن الزوج في هذه الحالة يكون همه الأول التركيز على السيطرة على مقود السيارة تفادياً للحوادث، في حين تأخذ المرأة وقتها الكامل في شن الهجوم الكلامي على زوجها، والذي يحمل طابع التهم المتتالية، وهذا بالنسبة للنساء الطريقة الأكثر طبيعية للتواصل، عبر تعبيرها عن أحاسيسها بإفراغ شحنة التوتر المزمنة، والتي تكون محبوسة بداخلها لوقت طويل. وقال الطبيب النفسي يرجى

تيل، رئيس العيادة النفسية لدائرة براغ السابعة، إن الرجال عادة يتجاوبون أكثر بالاستماع إلى زوجاتهم في حالة القيادة، ويكون رد الفعل عندهم تجاه الزوجة أقل عدوانية، ويتسم بالنصح، ذلك لأن طبيعة الرجل بالأساس تكون متوترة من قيادة السيارة، ويفضل التركيز على مسألة سلامة السيارة، وحياة من معه. أما النساء فلا يوجد عندهن مشكلة، فهن معتادات في الحياة العملية على ممارسة أكثر من نشاط في آن واحد. فعلى سبيل المثال، المرأة تستطيع الحياكة والتكلم في نفس الوقت مع الأطفال ومتابعة برامج التلفزيون، وأحياناً تتكلم بالهاتف وتحدث صديقاتها عن مشاكل عالقة في نفس الوقت الذي تستمع وتتابع مسلسلأ يتحدث عن مشاكل أخرى. وأضاف تيل في حديث للجزيرة نت إن طبيعة عمل الدماغ عند المرأة يختلف عن الرجل، فالمرأة التي تقود السيارة، وترد على زوجها بطريقة انفعالية، تستطيع أن تتحكم بالسيطرة على طريقة سير السيارة، وتكون نسبة التسبب في أي حادث ما أقل من تلك التي تحدث عند الرجال. وذكر تيل أنه عالج أحد مرضاه الذي تسبب لأكثر من مرة في حوادث سير، منها الاصطدام مرتين بمؤخرة السيارة التي أمامه دون أن يلحظ أنها متوقفة، وكان السبب الرئيس هو شروده بالتهمة الموجهة له من قبل الزوجة، الأمر الذي دفع بالطبيب تيل إلى حل مشكلة المريض بنصحها أن يستمع إلى الموسيقى عبر سماعات يضعها على أذنيه فور صعوده إلى السيارة لدى مرافقة زوجته.

الابتسام المتكلف ضار بالصحة

نسبت صحيفة ديلي تلغراف البريطانية لأحد رواد علم النفس قوله إن عمال المكاتب والمتاجر ومراكز استقبال الاتصالات الزبائن، ممن هم مطالبون بإظهار الود لمن يستقبلونهم معرضون لمستويات عالية من الضغط إذا ظلوا يبتسمون على نحو منتظم. وحذر أستاذ علم النفس في جامعة وولفغانغ غوتيه في فرانكفورت، العالم الألماني دايتير زاف، من أن المحاولة المستمرة لإخفاء المشاعر الحقيقية تضر أكثر مما تنفع. ونقلت عنه دورية الرعاية الصحية "أوبتك أومسو" قوله إن على "محتري الابتسام" أن يأخذوا أوقات راحة منتظمة يمكنهم فيها إظهار الكآبة كما يحلو لهم. فالابتسام المتكلف يؤدي إلى الكآبة والحزن، ويضر جهاز المناعة، كما يسبب ارتفاعاً في ضغط الدم، ومشاكل أخرى عدة، حسب زاف.

وقد وصل العالم إلى هذه النتائج بعد إخضاع 4000 متطوع للتعسف اليومي في مركز تواصل مزيف ضمن مشروع دام سنتين.

وقد وزع المتطوعون على مجموعتين، إحداهما يرد أعضاؤها على أي إساءة توجه لهم، بينما يتكلف أعضاء المجموعة الثانية الابتسام، ويتحملون الأذى.

وفي الوقت الذي كانت فيه دقات القلب تزيد بسرعة، ولمدة وجيزة، قبل أن تعود لطبيعتها عند أعضاء المجموعة الأولى، استمر أعضاء المجموعة الثانية في المعاناة من أعراض القلق، كارتفاع دقات القلب مدة طويلة بعد التعرض للإساءة من طرف المتصلين.

زاف قال إن أي شخص يجبر على كبح جماح مشاعره الحقيقية يتعرض لمضاعفات سلبية، مشيراً إلى أن هذا لا يتنافى مع حقيقة أن كل الناس يجدون أنفسهم من وقت لآخر مضطربين إلى تكلف الابتسام.

تغيير نمط الحياة يعالج الأمراض أكثر من العلاج التقليدي

ذكرت دراسة أعدها باحثون في الولايات المتحدة الأميركية أن إحداث تغييرات شاملة في نمط الحياة تقود إلى تغييرات إيجابية على المستوى الجيني. وأكد الباحثون في معهد أبحاث الطب الوقائي في سوساليتو في ولاية كاليفورنيا، في الدراسة التي نشرتها دورية الأكاديمية الوطنية للعلوم، أن تناول وجبات ذات قيمة غذائية، والمزيد من التمرينات، يساعد على تقوية البنية الجسمية، وتحدث تغييرات جينية إيجابية لدى الإنسان. وقام الباحثون بمراقبة ثلاثين رجلاً، معرضين بدرجة ضعيفة للإصابة بسرطان البروستاتا، قرروا الابتعاد عن العلاج التقليدي، مثل الجراحة والإشعاع والعلاج بالهرمونات. وأجروا تغييرات جذرية في أنماط حياتهم لمدة ثلاثة أشهر، شملت تناول وجبات غنية بالفواكه والخضراوات والحبوب والبقوليات ومنتجات الصويا، بالإضافة إلى تمرينات مثل المشي لمدة نصف ساعة يوميا، والتدريب على التحكم في الضغط العصبي عن طريق التأمل. وأظهرت الدراسة عقب انتهاء الأشهر الثلاثة تغييرات في نشاط حوالي خمسمئة جين لدى الرجال، وزاد نشاط الجينات المقاومة للأمراض، في حين تراجع عدد الجينات المسببة لأمراض سرطان البروستاتا والثدي، بالإضافة إلى تراجع أوزان المشاركين، وتراجع ضغط الدم. في المقابل، وجد الباحثون تغييرات عميقة أكثر عندما أجروا مقارنة على أنسجة حية مستأصلة من مرضى بالبروستاتا قبل وبعد تغييرات نمط الحياة.

الإنترنت لمعالجة الصدمات النفسية للمرضى العراقيين

كشفت خبيرة في الطب النفسي عن مشروع رائد للعلاج المعرفي "Interapy" عن طريق الإنترنت، والمخصص للعراقيين الذين يعانون من "اضطراب الشدة ما بعد كرب"،

22

كالحروب، وفقدان شخص عزيز أو مرض. وكشفت الطيبة والمعالجة النفسية نهلة الحاج حسن، التي تدرس الطب النفسي في جامعة دمشق، أن المشروع، الذي أطلقته جامعة زيورخ في سويسرا، بالتعاون مع مركز معالجة ضحايا التعذيب في ألمانيا، أثبت نجاحه بعد اعتماده في أوروبا، ومع بعض المرضى السودانيين. وقالت الطيبة لموقع CNN بالعربية، إنه ومع أحداث العنف في العراق، تم الاتفاق على إنشاء مركز افتراضي للعلاج بطريقة "Interapy"، أو العلاج النفسي المعرفي بواسطة الإنترنت، الذي يعتمد على مراسلات تتم بين المريض والمعالج لفترة خمسة أسابيع، عبر موقع معد خصيصاً لهذا الغرض، ومن ثم تتم متابعة المريض من قبل معالج عربي واستشاريين خبراء في زيورخ وبرلين، لمراحل ستة من العلاج. وأقرت الحاج حسن بصعوبة المشروع في البداية لعدم توفر إمكانية الربط بالإنترنت لشريحة واسعة من الشعوب العربية، خاصة بالعراق، بسبب الإمكانيات المادية المحدودة، وانقطاع التيار الكهربائي بشكل شبه مستمر. لكنها قالت إن الردود الإيجابية التي وصلتها كانت مشجعة، إذ اتصل بالقائمين على المشروع حتى الآن أكثر من 10 أشخاص يعانون مما أسمته بـ"اضطراب الكرب بعد شدة." "الحاج حسن الموجودة حالياً في سويسرا، كمشرقة على المعالجين النفسانيين العرب الذين يتدربون تحت إشراف خبراء في مدينة زيورخ، قالت إن مركز كركوك المتخصص في العراق، يعتبر من أبرز المؤسسات التي تتعاون على تطبيق المشروع على مرضاه. وفتحت إلى أن العلاج مخصص للعرب وتحديداً العراقيين، أينما كانوا، مشيرة إلى أنها شاهدت الكثير من المرضى العراقيين في سوريا أيضاً. وخلصت الطيبة إلى أن ما يميز هذا العلاج هو أنه مجاني، كما يحدد كل معالج إرشادات خاصة للمريض من خلال الكتابة عن الموضوع الذي يشغله، والفترة التي ستستغرقها المراسلة بشأنه، إضافة إلى النقاط التي يجب التركيز عليها. وشددت على أن المشروع الذي يمتد على مرحلة سنتين، هو خطوة جديدة ومضمونة لمد يد المساعدة للكثير من العراقيين الذين ربما يشعرون بالخوف واليأس من نسيان بعض الأمور أو تجاوزها، والاستمرار في الحياة إلى الأمام. ويذكر أن المشاكل النفسية تصاعدت في العراق إثر الغزو الذي قادته الولايات المتحدة الأميركية على العراق في ربيع 2003 للإطاحة بنظام الرئيس الراحل صدام حسين، الذي تبعه تفجر العنف في كل أرجاء البلاد، مما أدى إلى تشرد ونزوح الملايين من العراقيين داخل وخارج البلاد. كما لم يفرق العنف الذي شهده العراق بين أحد، إذ سجلت نسب عالية من الانتحار في صفوف القوات الأميركية، بينما أظهرت دراسة أجرتها الحكومة البريطانية على جنودها العائدين من العراق مؤخراً، بأنهم يعانون من أمراض نفسية وعقلية.

الموقع الإلكتروني للمشروع هو: www.ilajnafsy.org

ارتفاع حالات الطلاق يؤثر سلباً على البيئة

من الممكن أن يتخيل نتائج دراسة فريدة من نوعها تربط بين الطلاق والبيئة؟ فقد كنا نعرف أن للطلاق آثاراً مباشرة على الأوضاع الاجتماعية، ومن ثم على الظروف الاقتصادية للأسرة، ولكن أن يكون لها تأثير على البيئة، فهذا أمر جديد. ففي أحدث دراسة "علمية" نشرت على الموقع الإلكتروني لجلسات الأكاديمية القومية للعلوم، وهي مؤسسة أميركية، تبين أن الطلاق يؤثر بشكل سيء على البيئة، بحسب الأوسويتد برس وقال الباحث في علوم البيئة بجامعة ميتشيغان الحكومية، جيانغو ليو: "الأسر المتحدة تستخدم في العادة مواردها بصورة أكثر دقة وفعالية من الأسر المفككة. وأوضح ليو أن وجود المزيد من الأسر يعني استخدام المزيد من الأراضي والمياه والطاقة، وهي الموارد الرئيسية الثلاث.

وكشف الباحث أن الأسر التي تضم عدداً أقل من الأفراد لا تكون اقتصادية مثل الأسر الكبيرة، ذلك أن الأسرة الكبيرة، أو الصغيرة، على السواء، تستخدم الكمية نفسها من الطاقة، أو التدفئة، أو التكييف، كما أن الثلجة تستهلك المقدار نفسه من الطاقة، سواء أكانت لشخص واحد، أو لأكثر من شخص وبالتالي، فإن استهلاك شخصين يعيشان منفصلين، عوضاً عن أن يعيشا معاً، يتضاعف، ذلك أنهما مضطران لاستخدام ثلاثين وغسالتين وجلالتين للصحون بدل أن يستخدموا واحدة. وقال ليو الذي قام بدراسة علاقة البيئة بالعلوم الاجتماعية إن الناس في البداية بدؤوا مندهشين من نتائج دراسته، غير أنهم لاحقاً اعتبروها بسيطة، مشيراً إلى أن الكثير من الأمور تصبح أسهل وأكثر بساطة عندما يجري بحث حولها.

وقد لا يبدو استخدام طاقة إضافية، أو مزيد من المياه أمراً ذا بال، لكن النتيجة التراكمية للأمر تبدو مثيرة. فعلى سبيل المثال، تشير إحصائيات العام 2005 إلى وجود حوالي 16.5 مليون أسرة أميركية منفصلة، مقابل 60 مليون أسرة موحدة.

وإذا ما تم حساب ذلك على أساس الشخص الواحد، فإن الشخص في الأسر المنفصلة ينفق شهرياً أكثر مما تنفقه الأسرة الموحدة في مجال الكهرباء. وبعملية حسابية بسيطة، فإن هذا يعني إنفاق 6.9 مليار دولار إضافية سنوياً، بالإضافة إلى 3.6 مليار دولار إنفاق على المياه، إلى جانب تكاليف أخرى، وهذا في الولايات المتحدة وحدها.

وقام ليو بدراسة الأوضاع نفسها في 11 دولة أخرى، مثل البرازيل وكوستاريكا وإكوادور واليونان والمكسيك وجنوب أفريقيا وذلك بين عامي 1998 و2002.

وقال ليو إن العالم يتحدث عن كيفية حماية البيئة ومكافحة التغيرات المناخية، لكن الطلاق يعد عاملاً مهماً جداً يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار، مشدداً على أنه لا يدين الطلاق بحد ذاته. وأوضح الباحث أنه من أجل أن يكون المرء صديقاً للبيئة عليه أن يعيش مع الآخرين، وهو ما سيعمل على تقليل الآثار السلبية على البيئة. وما حض ليو على هذه الدراسة هو أنه بينما كان يدرس البيئة في المناطق ذات الكثافة السكانية المتناقصة لاحظ تزايد عدد المنازل، حتى في المناطق قليلة السكان.

واكتشف أن هناك العديد من العوامل التي تساهم في ذلك، وعلى رأسها الطلاق، ثم التحولات الديموغرافية الأخرى، مثل تأخر الزواج لفترات أطول، والانتقال إلى منازل أخرى مع زواج الأبناء.

قلة النوم تفاقم مخاطر الوفاة

تفيد دراسة بريطانية نشرت السبت في الولايات المتحدة أن تقصير مدة النوم الاعتيادية التي تبلغ 6 أو 7 أو 8 ساعات تبعاً للأشخاص، يمكن أن تزيد مخاطر الوفاة بأمراض القلب والشرابين بنسبة 110٪.

وقالت الطبيبة جاين فيري من كلية الطلب في جامعة لندن والمعدة الرئيسية للدراسة كذلك، أن النوم لفترات طويلة لدى أشخاص ينامون عادة 7 أو 8 ساعات أدى إلى زيادة مخاطر الوفيات بنسبة 110٪ لأسباب أخرى غير أمراض القلب والشرابين.

وشملت الدراسة 10308 أشخاص تتراوح أعمارهم بين 35 و55 عاماً بين 1985 و1993، وتمت متابعتهم على عدة سنوات دون أخذ العوامل الاجتماعية والسكانية والمشكلات الصحية السابقة في الاعتبار.

وقالت الطبيبة جاين فيري إن نتائج الدراسة تشير إلى أن النوم لمدة سبع أو ثماني ساعات يعتبر مثالياً بالنسبة للشخص البالغ، من المنظور الوقائي.

وبينت الدراسة كذلك أن إطالة فترة النوم لدى أشخاص اعتادوا النوم لخمس أو ست ساعات، قد يكون لها أثر مفيد على صحتهم.

أما أولئك الذين ينامون أصلاً لمدة سبع أو ثماني ساعات، فعليهم ألا يناموا لفترات أطول لكي لا يزيدوا مخاطر تعرضهم للوفاة.

الجينات تمكن قريباً من تعريف مرض عصبي خطير

بات من المؤكد أن تؤدي الإنجازات الجينية الأخيرة في الأبحاث حول التصلب العصبي المتعدد، إلى وضع تعريف كامل عام 2009 لكافة الجينات التي لديها قابلية للمساهمة في هذا الخلل العصبي الخطير.

وهذا المرض هو عبارة عن خلل في الجهاز العصبي المركزي يؤدي بجهاز مناعة المريض إلى مهاجمة خلاياه الخاصة عوضاً عن حمايتها، وذلك نتيجة التهاب يليه تلف في نسيج الميالين الذي يحيط بالألياف، ما يبطئ من سرعة تدفق السائل العصبي.

ويصيب المرض المزمّن البالغين الشباب في أغلب الأحيان، ويعاني منه حالياً 80 ألف مريض في فرنسا و350 ألفاً في أوروبا.

وقال اختصاصي الأعصاب، ومدير معهد إنسارم الفرنسي الرسمي، برتران فونتان، إن المرض شهد "إنجازات مهمة" على الصعيد الجيني في السنوات المنصرمة بعد جمود استمر 30 عاماً، وتم إلى الآن التعرف على ثلاثة عناصر جينية تسهم في مضاعفة خطر الإصابة بالمرض. وقال فونتان "بعد عام سنجمع لأثمة الجينات المسؤولة"، وعملت مجموعة دولية على جمع البيانات من عشرة آلاف مريض.

وأقرت المجموعة لتوها مصداقية الاستنتاجات المتعلقة بالجينات الثلاث، بحسب مقالة في مجلة لانست نورولوجي الطبية، وما زالت تواصل التعرف على الجينات المساهمة الأخرى.

الطعام الغني بالدهون والكوليسترول يضعف الذاكرة

أعلن باحثون أميركيون أن ارتفاع نسبة الكوليسترول في الجسم وتناول المأكولات التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون المشبعة يضعف الذاكرة.

وأجرى باحثون من جامعتي كارولينا الجنوبية الطبية، وأريزونا ستايت، تجربة على قوارض وضعت في طعامها مواد غنية بالدهون المشبعة والكوليسترول، فتبين أن ذلك أضعف ذاكرتها بشكل كبير.

وأوضح الباحثون أن فقدان الذاكرة مرتبط بالتهاب في الدماغ، ويخلل هرموني، يؤثر على عمل الخلايا العصبية.

وأشاروا إلى أنه بالإمكان تجنب الإصابة بهذه الالتهابات، بشرط التقيد بالحمية الغذائية المتوازنة، مشيرين إلى وجود ارتباط بين الحمية غير المتوازنة والفسل الوظيفي لأعضاء حيوية في الجسم مثل العينين والأذنين.

وقال الباحثون إن هذه الدراسة يجب أن تشكل حافزاً للذين يتبعون عادات غذائية غير صحية، بالتقليل من المأكولات الغنية بالمواد الدهنية، ومراقبة الكوليسترول، خصوصاً مع التقدم في العمر.

السواد تحت العينين قد يدل على وجود مرض خطير

ذكر أطباء ألمان أن ظهور سواد، أو أكياس تحت العينين والقنوات الدمعية، قد يكون عارضاً لوجود أمراض خطيرة بالجسم.

وأوضحت الأستاذة كريستيان بايرل، من نقابة أطباء الجلد والتجميل، أن انتفاخ جفون العينين بدون احمرار غالباً ما يشير إلى الإصابة بمرض في الكلى، أو الغدة الدرقية، مشيرة إلى أن تهيج العينين قد ينشط الخلايا الصبغية، مما يجعل الجلد غامقاً، وتفتح المناطق المصابة بعد بضعة أشهر.

وأضافت بايرل أن نقص إمداد الأوعية الدموية بما يكفي من الأوكسجين يؤدي إلى تدفق دم قاتم اللون يحوي كمية أقل من الأوكسجين، موضحة أن الذين يطيلون الجلوس أمام الحاسوب بدون التعرض لهواء جيد، غالباً ما تقل لديهم كمية الأوكسجين، إضافة إلى أن الكثير منهم يعانون من سوء التغذية.

من جهته، قال هارالد بريسر من جامعة ميونيخ في ألمانيا إنه كلما كانت الأوعية الدموية غامقة كلما كان السواد حول العينين الناجم عن تكون الصبغات أوضح، وكلما كان الجلد تحت العين رقيقاً جداً كلما ظهر السواد بكثافة أكبر.

في المقابل، فإن تناول الخمر، وقلة النوم، ليسا السببين الوحيديين وراء تلك الحالات. ويحتاج الذين لديهم سواد تحت العينين إلى نسبة كافية من الحديد، وتناول كميات من السوائل ما بين لترين إلى ثلاثة لترات يومياً، وممارسة الرياضة، والبعد عن الضغط العصبي.

منظمة الصحة العالمية: الصين بحاجة للعناية النفسية بعد هزة مايو

أشارت منظمة الصحة العالمية الجمعة إلى تنامي الحاجة للرعاية النفسية في الصين في أعقاب الهزة المدمرة التي ضربت البلاد في مايو/ أيار الماضي، فخلفت نحو 70 ألف قتيل، وشردت الملايين.

وتركزت الخدمات الصحية، في أعقاب هزة 12 مايو/ أيار المدمرة، على إنقاذ ومعالجة المصابين، وجهود منع انتشار الأمراض والأوبئة في المناطق المتأثرة بالزلازل حول إقليم "سيشوان".

وقال هانس ترويدسون، ممثل منظمة الصحة العالمية في الصين، إنه بعد مرور قرابة ستة أسابيع على الكارثة، سيولي الاهتمام حالياً للجانب النفسي، وهو الأمر الذي سيحتاجه كافة من عايشوا محنة الزلزال.

وصرح ترويدسون أمام حشد من الصحفيين: "من الواضح أن هذا الجانب بحاجة للكثير من الاهتمام".

وأوضح أن المعاقين، وأولئك الذين خضعوا لعمليات استئصال، بحاجة لإعادة التأهيل، وأن ما بين 5 إلى 10 في المئة من الذين تأثروا بالهزة بحاجة إلى دعم نفسي متخصص ومحدد. وكانت الصين أعلنت الأربعاء عن خطط لفتح مراكز طبية متخصصة في مناطق الهزة بحلول سبتمبر/ أيلول، وفق وكالة الأنباء الرسمية "شينخوا". ولم توفر حكومة بكين إحصائية رسمية بعدد المحتاجين للعناية النفسية، إلا أن وسائل الإعلام المحلية قدرت الأعداد بـ600 ألف شخص.

ويشار أن الزلزال العنيف أدى إلى تدمير قرابة 7 آلاف فصل مدرسي، كما أودى بحياة نحو 70 ألف شخص، بجانب 18 ألفاً ما زالوا في عداد المفقودين.

ويقوم المستشارون النفسيون بزيارات يومية إلى المدارس للتحدث إلى الطلاب عن تلك الكارثة.

وقال شوان جيا مدير إحدى المدارس: "هدفنا الأول ينحصر في جعل الأطفال يشعرون بالأمان، وعندها سنتحدث عن التجربة التي مروا بها..". وأضاف: "نحاول أن نجعل الأطفال يشعرون أنهم ضمن مجموعة، ويحظون بالحب". ويستخدم الأطباء تقنية ترديد أغاني مألوقة لدى الأطفال لمساعدتهم على "الإدراك بأنهم في مأمن"، وفق الطبيب النفسي ستانلي سياو، من جامعة بكين.

قد يبدو ظاهرياً وكأن الحياة بدأت تعود إلى مجاريها في مناطق الصين المنكوبة التي دمرتها هزة الشهر الماضي العنيفة.. إلا أن التأثير الذي طبعه كابوس الزلزال في نفوس الأطفال قد يحتاج إلى عقود للتعافي.

والدة الطفل شانغ تيان - زو، أربعة أعوام، قالت إن شبح الهزة مازال يلاحق صغيرها. وأضافت: "يصاب بالرهبة من الصعود حتى إلى الطابق الأول، أو السير قرب المباني الشاهقة. فهو يستيقظ فزعاً من نومه كل ليلة.. وهو يصرخ زلزال". وقالت والدة شانغ إن الأطفال الذين نجوا من أنقاض تلك المدارس، على غرار ابنتها، بحاجة ماسة للتغلب على ذكرياتهم المأساوية.. إلا أن المسؤولين في حالة ارتباك حالياً.. فالكثير من الأطفال فقدوا كل شيء.. وهم بحاجة

إلى أطباء مهرة بحق". واغرورقت عينا الطفل شانغ بالدموع، وأخذ يتشبث بوالدته بشدة لدى عودته للدراسة لأول مرة منذ الهزة التي وقعت في 12 مايو / أيار الفائت، وذلك في المدرسة التي أقيمت على عجالة في إحدى خيم المساعدات. إلا أن الكثير من الآباء، ممن فقدوا فلذات أكبادهم تحت أنقاض المدارس، تساءلوا لماذا هدمت المدارس عن سواها من المباني في تلك المناطق المنكوبة؟

فعلى سبيل المثال، في "توفو"، نجد أن معظم المباني في البلدة الصغير لم تتأثر باستثناء المدرسة الابتدائية، التي قضى قرابة 200 طفل تحت أنقاضها. وهدد بعض أولياء الأمور بمقاضاة الحكومة، فيما يطالب البعض بإجراء تحقيقات مستفيضة للوقوف على أسباب تهاوي المدارس على رؤوس أطفالهم.

تجارب على الدجاج لفك أسرار الحساسية لدى البشر

تحول العلماء إلى إجراء تجارب على الدجاج، في محاولة لفهم المسببات الكامنة وراء إصابة بعض الأشخاص بأعراض الحساسية الحادة.

وتمتلك هذه الفصيلة من الطيور نوعاً من الأجسام المضادة بإمكانه أن يستثير لدى الإنسان شكلاً حاداً من أشكال الحساسية.

ويقول فريق العلماء التابع لكلية كينجز في لندن إن نتائج بحثهم التي نشرت في مجلة الكيمياء الحيوية، قد تساعد على اكتشاف علاج لبعض الأنواع الحادة من الحساسية. ويقول هؤلاء الخبراء إن البحث في هذا المجال يفتح "طريقاً جديدة مثيرة"، للتوصل إلى مادة تقي من تفاقم أعراض الحساسية.

ويصطلح على الأجسام المضادة تلك IgY، ويعتقد أنها الجزيئات التي نشأت منها الأجسام المضادة البشرية من نوع IgE - وهي المسؤولة عن نشاط الجسم المفرط أثناء نزلات الربو، أو التفاعل السلبي مع صنف من أصناف العقاقير. ويحاول فريق كلية كينجز معرفة الأسرار الكامنة وراء تسبب IgE في تعقيدات صحية، عكس نظيره لدى الدجاج IgY.

ويقول الدكتور ألكس تايلور، أحد أعضاء الفريق العلمي: "إن هذا الجزيء يشبه حفرة حية، واكتشاف أن له ماض عريق هو كما لو عثرت على سمكة الكولوكانث المنقرضة منذ ملايين السنين في حوض حديقتك".

ويضيف العالم البريطاني قائلاً: "بدراستنا لهذا الجزيء، يمكننا أن نتبع تطور الحساسية إلى ما قبل 160 مليون سنة".

وقالت زميلته روزي كالفيرت: "نعلم أن جزءاً من المشكلة مع IgE يكمن في التصاقه بكريات الدم البيضاء، مما يؤدي بنظام المناعة إلى الرد بشكل حاد، لهذا نسعى إلى معرفة ما إذا كان IgY يتصرف بنفس الطريقة".

وقد أظهرت نتائج أبحاث الفريق العلمي أن جزيء الدجاج لا يلتصق بقوة كما يفعل نظيره لدى الإنسان، وقد يتوصل العلماء إلى المزيد من الفوارق التي تميز الجزيئين إذا ما قاموا بأبحاث مقارنة مكثفة.

خلايا مستنسخة "تنجح بشفاء السرطان بشكل تام"

قال علماء إنهم تمكنوا من شفاء ورم سرطاني جلدي في مرحلة متقدمة، وذلك باستخدام خلايا مأخوذة من المريض نفسه، واستنساخها خارج جسمه قبل أن يعاد حقنه بها من جديد. وأكد العلماء أن المريض، والبالغ من العمر 52 عاماً، شفي تماماً من المرض، وذلك بعد عامين من بداية تلقيه العلاج.

وقال الباحثون، الذين نشروا في مجلة "نيو إنجلاند جورنال الطبية" النتائج التي أفضت إليها طريقة العلاج الجديدة، إنهم أخذوا بعض الخلايا المناعية التي تهاجم ورم السرطان، واستنسخوا منها خمسة مليارات خلية قبل أن يعيدوا حقنها في الجسم ثانية. إلا أن علماء بريطانيين حذروا من أنه لا بد من عمل المزيد من المحاولات لإثبات إلى أي مدى نجحت عملية العلاج الجديدة.

يُذكر أن نظام مناعة الجسد يلعب دوراً أساسياً في المعركة ضد مرض السرطان، وأن الأطباء دأبوا على البحث لإيجاد طرق لتعزيز استجابة الجسم لعمليات مواجهة الخلايا السرطانية.

ويقول الخبراء والمختصون إن "الاختراق" الطبي الجديد يعد بمثابة خطوة واعدة لمكافحة مرض السرطان، إذ أن العلاج المطبق على المريض المذكور قد نجح تماماً رغم أن الرجل كان يعاني من نوع متقدم من سرطان الجلد، وكان قد انتقل إلى غده اللمفاوية وإحدى رئتيه.

وقال العلماء العاملون في مركز فريد هاتشينسون لبحوث السرطان في سياتل إنهم ركزوا على نوع من خلايا الدم البيضاء تسمى "خلايا CD4+T" التي اختاروها من عينات من خلايا دم المريض نفسه، ومن ثم جرى إعدادها لتمكين من مهاجمة مادة كيميائية موجودة على سطح خلايا الورم القتاميني لدى المريض.

وقام العلماء بعد ذلك بمضاعفة الخلايا في المختبر لتصل إلى مليارات الخلايا، وليروا إن

كان يمكن أن ترقى إلى القدرة بمهاجمة منطقة الورم بفعالية. وقد أظهرت النتائج بعد شهرين أن منطقة الورم قد اختفت وتلاشت تماماً ، وبعد سنتين ظل الرجل خال من أي خلايا سرطانية في جسمه.

إنتاج عقار جديد لعلاج الخجل

قال باحثون إن أحد الهرمونات التي يفرزها الجسم خلال المعاشرة يمكن استخدامه من أجل صنع دواء قد يساعد الذين يشعرون بالخجل في التغلب على هذه المشكلة التي تؤثر على ملايين البشر، وتحد من تقدمهم في الحياة. ويعتقد الباحثون أن هرمون "أوكسيتيسون" أو Oxytocin الذي يفرزه الجسم طبيعياً خلال "العملية"، أو عند وضع المرأة لمولودها، يساعدها على توثيق العلاقة مع رضيعها، وقد يستخدم من أجل صنع "عقار الحب العجيب" الذي بإمكانه مساعدة الخجولين في التغلب على هذه المشكلة. وذكرت مصادر أن باحثين أميركيين وأوروبيين وأستراليين هم الآن في سباق محموم من أجل إنتاج الدواء على مستوى تجاري، لأنه باعتقادهم سوف يساعد في معالجة أمراض التوحد والكآبة والقلق. وقال البروفوسور بول زاك من جامعة كاليفورنيا "أظهرت الفحوصات أن هرمون Oxytocin يخفض القلق عند الناس، ويسهل قيام علاقات اجتماعية بينهم"، مضيفاً إن العقار التجريبي الذي صنع من هذا الهرمون أظهر بأنه "آمن جداً، وليس له أي آثار جانبية، ولا يمكن الإدمان عليه"، وذلك بعد اختباره على مئات المرضى. وأضاف أن الجسم يفرز هذا الهرمون خلال مرحلة النشوة القصبوى، ويساعد عنق الرحم على التوسع خلال الولادة، ويعطى أحياناً للمرأة على شكل حقن لمساعدتها على الولادة، وهو يزيد شعور المرء بالرغبة في العطاء والكرم. وفي استطلاع أجري أخيراً، قال 60% من البريطانيين بأنهم عانوا من مشكلة الخجل في مرحلة من المراحل، وأقرّ واحد من بين عشرة منهم بأنها أثرت على حياته اليومية.

الحالة المزاجية للأطفال تنبئ بمشاكلهم السلوكية

ذكرت دراسة أن تفاعل الآباء مع أطفالهم خلال السنة الأولى من عمرهم قد ينبئ بالمشاكل التي قد تعترى سلوكهم لاحقاً، كما قد ينبئ بتلك الحالة المزاجية الطبيعية للأطفال. وأظهرت الدراسة التي شملت حوالي 1900 طفل من سن الرضاعة حتى سن 13 عاماً أن الأطفال الذين تمنحهم أمهاتهم كثيراً من التحفيز الفكري في السنة الأولى من حياتهم، بالقراءة لهم، والتحدث إليهم، والخروج معهم، أقل عرضة للمعاناة من مشاكل سلوكية. في

الوقت نفسه، جرى الربط بين احتمالات المعاناة من مشاكل سلوكية، وبين بعض مقاييس الحالة المزاجية للطفل في سن الرضاعة، مثل درجة صعوبة إرضائه، أو ما إن كان مزاجه بشكل عام مسروراً، أو متقلباً. وذكر الباحثون في دورية علم نفس الأطفال الشاذ أن النتائج تشير إلى أن أسلوب التربية المبكرة، ومزاج الرضيع منبئان قويان بسلوك الطفل في المستقبل. وقال الباحثون الذين قادهم الدكتور بنجامين ب. لاهي من جامعة شيكاغو إن النتائج تشير أيضاً إلى الفوائد المحتملة لتعليم الآباء الجدد المهارات التي يحتاجون إليها. وعموماً، وجد فريق لاهي أن الأطفال الذين يصعب إرضائهم أو ذوي الأنماط السلوكية التي يصعب التنبؤ بها، كأن يشعرون بالجوع، أو التعب، في أوقات مختلفة من اليوم، أكثر عرضة للمرور بمشاكل سلوكية في وقت لاحق من طفولتهم. وهذه المشاكل تشمل أشياء، مثل التظاهر، أو الغش في المدرسة، أو الكذب، أو مضايقة غيرهم من الأطفال، أو عصيان آبائهم. وفي المقابل، فإن الأطفال الذين لا يصعب إرضائهم، وذوي المزاج الذي يسهل التنبؤ به في سن الرضاعة، يقل لديهم كثيراً احتمال المرور بمشكلات سلوكية.

للمرة الأولى في تاريخ الأزمات القلبية

اختبار ينبئ بحدوث النوبة القلبية

تمكن الأطباء في مستشفى شاريتيه في برلين من تطوير فحص دموي يتوقع أن يمكنهم للمرة الأولى من التنبؤ بالأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالنوبات القلبية. وهذا الفحص الذي يجري للذين يشتكون من آلام صدرية سوف يساعد على تحديد وضع هؤلاء المرضى بدقة في ما إذا كانوا في خطر حقيقي من حدوث نوبة قلبية بغضون ستة أشهر، أو أن حالتهم أخف وطأة، ويعانون فقط من نقص. العلماء متفائلون جداً، ويقولون بأن هذا الإختبار الجديد سوف يمكنهم بمساعدة الإستقصاءات الأخرى على توقع الحدوث الوشيك للنوبة القلبية بدقة قد تصل إلى 85 في المئة، الأمر الذي لم يمكن تحقيقه قبل الآن، ففي الوقت الحاضر يستعمل الأطباء تخطيط القلب الكهربائي لتحري وجود أذية قلبية عند الأشخاص الذي تعرضوا لنوبة يظن أنها نوبة قلبية، كما توجد عدة فحوصات دموية، لكن لا أحد منها يصلح في أن يكون عاملاً منبئاً يمكن الإعتماد عليه.

ويقاس الإختبار الجديد مستوى أنزيم يدعى مايلوبيروكسيداز. ويتم تشكل هذا الانزيم عندما تُفرش الشرايين بالرواسب الدهنية، ومن المحتمل أن تتمزق، مما ينجم عنه تشكل خثرة تجول بدورها في الجسم لتصل إلى القلب. وقد أجري هذا الإختبار في المستشفى البرليني

على أكثر من 600 مريض أدخلوا للعلاج بسبب شكاوهم من ألم صدري. وقد وجد الباحثون أن المرضى ذوي المستويات الأعلى من هذا الأنزيم هم عرضة لحدوث النوبة أكثر بأربع مرات من غيرهم خلال شهرين. وعندما يتم تجميع نتائج هذا الاختبار مع نتائج اختبار التروبونين الشائع الاستعمال الذي يقيس مستويات مكونات دموية مختلفة، فسوف يتمكن الأطباء من توقع 85 في المئة من أولئك الذي هم في خطر محدد. وقد علق برنت هويرت، طبيب القلب في برلين، على الاختبار، بالقول إن فحص الدم هذا هو أول فحص بسيط يسمح لنا بتحديد وضع المريض القادم إلى المستشفى بسبب ألم في صدره، فيما إذا كان في المراحل المبكرة للنوبة القلبية، أم هو في خطر تعرضه لها خلال فترة تتراوح بين الـ 30 إلى 60 يوماً.

وحسب قوله، أيضاً، المشكلة الكبرى كانت في إيجاد اختبارات دقيقة بشكل كافٍ للتنبؤ في ما إذا كان الألم الصدري سوف يؤدي إلى نوبة قلبية كاملة المعالم أم لا. وفي كثير من الأحيان يطمئن الطبيب على المريض بعد إجراء العديد من الاختبارات والتحليلات المخبرية الرئيسية، ثم نفاجاً بعد أسبوع بأن المريض قد سقط ميتاً بشكل مفاجئ، ووصل الأطباء بعد ذلك إلى يقين بأنهم ما زالوا يفقدون حلقة ما، لكن الاختبار الجديد الآن يعتبر سهلاً وغير مكلف، وهذا ما دفع بكبريات شركات الأدوية للتعبير عن اهتمامها بتطويره.

ولطالما شغل القلب بكل رمزيته الإنسان منذ القدم، فهو رمز للحب، وأيضاً مركز لمختلف الأمراض التي تعصف بنا فجأة، فننتقلنا من عالم الحياة إلى عوالم الموت. وكثرت في الآونة الأخيرة أمراض القلب وآلامه، من خناق صدري، إلى الذبحة القلبية، إلى السكتة، مع ظهور عوامل الخطر التي لا حيلة لنا أمامها، كالجنس والعمر، والوراثة، وعوامل خطر أخرى مستحدثة، كالتدخين، والدهنيات في الدم، والسكري، والسمنة، كل هذه الأمور تحدث عنها الدكتور زيدان كرم في كتابه صحة قلبك.

يقول الدكتور كرم إن الخناق الصدري هو بمثابة نفيير الخطر الذي ينبئ بالإصابة بمرض الشرايين التاجية، وغالباً ما تظهر معاملة لدى إصابة شريان تاجي، أو أكثر، بتضييق بالغ الأهمية، فحين يكون الشريان مصاباً بتقلص حتى درجة 70%، غالباً ما يستمر تدفق الدم فيه بكميات كافية ما دام الشخص مستريحاً، وقلبه يخفق بشكل طبيعي مسجلاً ما بين 70 و80 نبضة في الدقيقة الواحدة، أما عندما يبذل مجهوداً حاداً (ركض أو جولة لعب في كرة المضرب) فإن كمية الدم التي تغذي عضل القلب تصبح حينئذ غير كافية، ولا يمكن أن تزداد بسبب تضيق الشريان، مما يؤدي إلى اختناق الخلايا (افتقارها إلى الدم حامل

الأوكسيجين) وبالتالي إلى ظهور ألم في الصدر، وما يسترعي الانتباه هو أن هذا الألم سرعان ما يختفي عند توقف الجهد فتتضاءل بالتالي حاجة عضل القلب إلى الأوكسيجين أمام هذه الأعراض المرضية.

السكتة القلبية

منذ ثلاثة قرون واهتمام الاختصاصيين منصب على هذه المسألة التي تشكل وحدة كاملة لا تتجزأ، وتأتي الوفاة المفاجئة على حين غرة، وبصورة خاطفة، أي أنها تكون فورية أو أنها تطرأ خلال دقائق معدودة، يصيب هذا النوع من الوفاة ما يقارب 300 ألف شخص في الولايات المتحدة الأميركية، و30 إلى 50 ألف شخص في فرنسا، ولا تتوافر لدينا في لبنان أرقام رسمية حول الموضوع، ولكن يتبين لنا بالمقارنة مع المعدل الوسطي في الولايات المتحدة الأميركية وفرنسا، حيث أن العدد يفوق 2000 حالة وفاة مفاجئة سنوياً في بلدنا.

عوامل الخطر

وإذا كان السبب الرئيس الذي يكمن خلف إصابات الشرايين التاجية لا يزال لغاية يومنا هذا موضوع جدال وتجادب في وجهات النظر، إلا أن الجهود مستمرة في سبيل التقصي عن عوامل الخطر، ومراقبتها عن كثب، من خلال نمط عيش المصابين، فضلاً عما شهدناه مؤخراً من دراسات علمية وإحصائية واسعة النطاق تصب في الاتجاه نفسه.

فإذا ما طرحنا على سبيل المثال مسألة سائقي السيارات، لتبين لنا أن نسبة الإصابات الخطرة، أو حتى المميتة، الناجمة عن حوادث السير، ترتفع مع تدهور وضع السيارة الميكانيكي، والإفراط في السرعة، وعدم الالتزام بربط حزام الأمان أثناء القيادة، ولعلنا نواجه المشكلة نفسها في أمراض الشرايين التاجية التي تصيب أفراداً يدمنون التدخين، أو يعانون من ارتفاع في معدل الكوليسترول، أو من داء السكري، أو ارتفاع في الضغط الشرياني، أو السمنة، أو قلة الحركة: هذه المعطيات تمثل في الواقع عوامل الخطر.

ولئن أدى اتحاد هذه العوامل إلى تفاقم الوضع الصحي، غير أن كلاً منها يتجسد بطريقة مختلفة، بحسب الظروف التي ترافقه، وهكذا يؤدي عامل الوراثة مثلاً دوراً بارزاً في هذا الإطار، ولا شك في أن الجميع قد يلجأ إلى الاستشهاد بذلك الأكل - المدخن - المتوتر الذي ناهز على الرغم من ذلك الثمانين من عمره، أو بذلك القنوع الهادئ الرياضي، الذي أصيب بذبحة قلبية وهو لم يتجاوز العقد الرابع من عمره.

يجدر بنا في الواقع التمييز بين نوعين من عوامل الخطر

- العوامل التي يبقى الطب عاجزاً إزائها، أي الجنس، والعمر، والوراثة.

- العوامل التي يمكن مجابتهها فعلياً، أي التدخين، واختلال معدل الأدهان في الدم، ومشكلة ارتفاع الضغط الشرياني، وداء السكري، والسمنة، والتوتر النفسي، وارتفاع معدل الحامض البولي في الدم، وقلة الحركة وأخيراً تناول أقراص منع الحمل عند النساء. ويمكننا أيضاً أن نصنف هذه العوامل على أنها فيزيولوجية (العمر، الجنس، الوراثة) أو مرضية (ارتفاع الضغط الشرياني، اختلال معدل الأدهان، داء السكري) أو اعتيادية، أي مرتبطة بنمط الحياة اليومية (التدخين، تناول أطعمة غنية بالدهون المشبعة، قلة الحركة).

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

يدعوكم لزيارة موقعه على الإنترنت

WWW.Filnafs.com

WWW.Psyinterdisc.com

WWW.Psychiatre-naboulsi.com

العلاج الأسري في حالات الإدمان

الدكتور أحمد فخري

مدرس في علم النفس - جامعة عين شمس

استشاري نفسي في علاج الإدمان

drahmedfakhri@gmail.com

لاشك، فإن الحاجة ماسة لتعديل البيئة الأسرية للاهتمام بالمريض، من خلال اشتراك أعضاء أسرته في العلاج، فالمرشد، أو المعالج النفسي، دائم الاستعانة بأعضاء الأسرة أثناء خطوات العلاج النفسي للعميل، وخاصة مع المرضى النفسيين، ومدمني المخدرات، بغرض الحصول على بيانات، أو معلومات، أو من خلال العلاج البيئي الذي يتم داخل البيئة المنزلية لتعديل اتجاهات ومعتقدات وردود أفعال الأسرة تجاه العميل ومختلف أعضاء أسرته داخل النسق الأسري.

فالبيئة الأسرية تساهم بشكل مباشر، أو غير مباشر، في إحداث مشكلة العميل، وتلعب البيئة الأسرية دوراً أساسياً في تكوين اتجاهات ومعتقدات العميل، سواء بالسلب، أو الإيجاب. لذلك برزت مجموعة من المبررات والصلاحيات التي تؤيد العلاج الأسري، وأهمية التعامل مع البيئة الأسرية، ومن أهم هذه المبررات:

- يؤدي التماسك الأسري بين أفراد الأسرة الواحدة إلى إحساس كل فرد منها أنه ليس وحيداً مشرداً ضائعاً في الحياة، وهذا ما يقيه شر الانحراف. فاستقرار الأسرة، متعاونة مترابطة بجميع أفرادها، يؤدي لرد المنحرف عن طريق الانحراف، ومحاسبته على سلوكه، وتثبيت دعائم هذه البيئة العائلية المتماسكة. (1:117).

- فالأسرة هي الخلية الأولى للمجتمع، التي يولد فيها الإنسان، ويقضي بها الفترة الحاسمة من عمره. لذا كان للبيئة الأسرية دور عظيم في تشكيل شخصية ووعي وقيم وسلوكيات الإنسان. ولذلك يمكن القول إن تقصير البيئة الأسرية في أداء رسالتها يعتبر

من العوامل البيئية الهامة التي قد تؤدي إلى الإدمان.

- فقد أوضحت دراسات عديدة أجريت على المدمنين أن دوافع الإدمان والانتكاس نابعة من الأسرة التي تعاني الاضطرابات، بسبب انفلاق قنوات الاتصال بين أعضائها، واختلال التوازن، واهتزاز الجهاز القيمي، وغياب القواعد والحدود الأسرية، أو عدم وضوحها. (93:2).

- وقد وجه سكانته اهتمامه بخبرة أفراد الأسرة وتأثيرهم في تعافي المدمن إذا لم يحصلوا على العلاج ضمن خطة تعافي المدمن لما يعانيه من اضطرابات نفسية وسلوكية تظهر على أفراد الأسرة، كنتاج للتفاعل المباشر والمستمر مع عضو مدمن داخل البيئة الأسرية. (1:3).

- كما توصل عدد من الباحثين إلى أن المناخ الأسري غير السوي يعد من العوامل المهمة في تعاطي المخدرات، فعدم الاستقرار في جو الأسرة، وانعدام الوفاق بين الوالدين، وتآزم العلاقات بينهما، وزيادة الخلافات إلى درجة الهجر، أو الطلاق، وغياب أحد الوالدين لفترة طويلة، مع انعدام التوجيه الأسري، واكتساب الفرد قيماً ومفاهيم خاطئة خلال تنشئته الأسرية، وسوء المعاملة الوالدية، وعدم فهم الوالدين لمطالب نمو الابن، والحد من حرته ومصادرتها، كل هذا يؤدي إلى انسياق الشباب إلى الاتصال برفاق السوء، ويبدأ في رحلة التعاطي. (20:4 - 21).

- وتعيش أسرة المدمن في بيئة مضطربة ومرهقة بتأثير الإدمان، لأن الطبيعة القهرية الملزمة للإدمان تفرض بالقوة تغييرات في حياة المدمن، مما يؤدي إلى ظهور دفاعات نفسية قوية تؤثر على حياة أفراد الأسرة الآخرين. (3:3).

- كما يفضل غالبية العلماء أن تتم فترة النقاهة، من إدمان المخدرات داخل الأسرة، باعتبارها أكثر الجماعات اهتماماً بالمدمن، وأكثرها حرصاً على إتمام علاجه بنجاح، كما أن وجود المدمن في الأسرة يحقق إحساساً بالأمن والطمأنينة لدى المدمن، كما يحقق له التفاعل مع أفراد الأسرة، مما يخلصه من الإحساس بأنه إنسان مختلف عن الآخرين، ويشعره بتقبل الأسرة والآخرين له، مما يحقق خطوات نجاح أفضل في العلاج. (133:1).

- ومن خلال استعراض وجهات النظر المختلفة، التي ركزت على أهمية البيئة الأسرية للمدمن في مرحلة التعافي، نركز هنا على أهمية التعامل مع المدمن المنتكس في مرحلة التعافي، من خلال جلسات علاجية فردية، وجلسات علاجية بمشاركة الأسرة لتعديل البيئة الأسرية، وتحمل الأسرة المسؤولية في الخطة العلاجية، لكونها جزءاً هاماً ومؤثراً في مشكلة المدمن، فالأسرة طرف أساسي في العملية العلاجية لإنجاح خطة العلاج،

ووقاية المدمن من العودة للتعاطي.

ما هي البيئة الأسرية المضطربة:

تعد البيئة الأسرية أهم عنصر فعال في التأثير المباشر، والغير مباشر، على شخصية الفرد واتجاهاته وسلوكه داخل المجتمع، كما تساعد الفرد على تنمية وعيه واهتمامه بالبيئة، وما يرتبط بها من مشكلات، وإكسابه المهارات والمعارف والاتجاهات الإيجابية نحو مواجهة المشكلات القائمة، وتجنب ظهور مشكلات أخرى بقدر الإمكان، ومن الأمور البديهية أن أي خلل في البيئة الأسرية يؤدي إلى عجز هذه البيئة عن أداء وظائفها، وتؤثر على العلاقات والتفاعلات داخل البيئة الأسرية للفرد. ولكل بيئة أسرية خصائصها التي تميزها، وتجعل لها هوية تختلف عن غيرها من الأسر، لكن هناك مجموعة من الخصائص والسمات عندما تتواجد في بيئة أسرية تجعلنا نطلق عليها مصطلح البيئة الأسرية السوية، أو البيئة الأسرية المضطربة.

البيئة الأسرية السوية تتسم العلاقات بين أفرادها بالنضج والإشباع المتبادل، هي أسرة يكون التواصل بين أعضائها صريحاً ومباشراً وواضحاً، هي أسرة لديها قواعد ظاهرة، وغير ظاهرة، والعنف غير مسموح به داخل بناء الأسرة، وأسرة تتقبل التغيير والضغط كجزء من الحياة، مع وجود أدوار تتفق مع إمكانيات الأفراد ووجود توازن أسري يتسم بأنه سوي. (10:5).

وفي دراسة شاملة تعاون فيها عاملون في التربية والتعليم والرعاية الصحية وخبراء المشورة الأسرية وبعض هيئات الخدمات التطوعية، حدد الباحثون 12 سمة للأسرة السوية هي: يسمعون بعضهم بعضاً، ويتواصلون مع بعضهم البعض، يشجعون بعضهم بعضاً، ويساندون بعضهم بعضاً، يحترمون بعضهم بعضاً، يتقون ببعضهم البعض، قادرون على اللعب والفكاهة معاً، يشتركون معاً في المسؤولية، يعلمون بوضوح الفرق بين الخطأ والصواب، لديهم عادات وتقاليد أسرية محترمة، لهم انتماء ديني وحياة روحية مشتركة، يحترمون الخصوصية، يقدرون قيمة خدمة الآخرين، يعترفون باحتياجهم للمساعدة ويطلبونها. (5:6).

وتركز هذه التعريفات على توضيح سمات البيئة الأسرية السوية، من خلال العلاقات الإيجابية بين أعضائها، والإشباع للحاجات اللازمة لأعضائها، والتواصل الجيد، والتعبير عن المشاعر، والتشجيع المستمر، والمساندة، والاحترام، والمقدرة على اللعب والفكاهة المشتركة بين أعضاء البيئة الأسرية، وتحمل المسؤولية، ووضوح القواعد، وأهمية وجود قوانين للصواب والخطأ ضمن قواعد العلاقات الأسرية، وحدودها للمحافظة على القانون العرفي للبيئة الأسرية وحمايته من الخلل وعدم الاتزان، واحترام الخصوصية وعدم انتهاكها، كما أن الأسرة

السوية هي التي تتطلب مشاركة شخص، أو أشخاص، موثوق بهم للمساعدة على حل المشكلات عندما يتعذر حلها داخل نطاق البيئة الأسرية، وكل ذلك يتم من خلال قنوات اتصال جيدة، وحدود يضعها قاضي البيئة الأسرية الأب والأم، بمشاركة بقية أعضاء الأسرة من الأبناء، ويستمددها من خلال ثقافة المجتمع والتشئة الدينية، وفي حالة إغلاق قنوات الاتصال بالبيئة الأسرية، وغياب الحدود والقواعد داخلها، يلجأ عضو الأسرة إلى مكان آخر خارج البيئة الأسرية ليجد فيه البديل الذي افتقده في بيئته الأسرية.

أوضحت دراسات عديدة أن نسبة الإدمان ترتفع بشكل ملحوظ بين الأسر غير السوية، التي يشعر أبنائها بمشاعر الإحباط والفضل في أداء الدور المجتمعي المطلوب منهم، والاستمتاع بما يفترض أن تمنحه الأسرة لهم من استقرار واطمئنان، كما ينتشر الإدمان بين أبناء الأسر التي تفتقد إلى السلطة الضابطة، والحدود، وغياب التعاون، وسيطرة التنافر، وفي ظل الجو السابق قد يهرب الأبناء بمشاعرهم خارج البيت إلى الأصدقاء الذين يكونون في الغالب السبب في الانحراف والإدمان. (7:343).

فالمصدر الأساسي للسلوك الإدماني يتمركز في انعدام الأمن العاطفي داخل البيئة الأسرية، وانهايار وضعها الداخلي.

ونجد أن من أهم عوامل تعاطي المخدرات هو انشغال الوالدين المستمر، إما بالكسب المادي، أو لتحقيق نجاح شخصي، مما يحرم الأطفال من التوجيه السليم، وكذلك ضعف الوازع الخلقي عند الوالدين، إضافة إلى كثرة المشاكل العائلية، مما يجعل الجو الأسري مملوءاً بالاضطرابات. (8:25).

وأوضحت أيضاً دراسة روبرت لويس Robert Lewis, 1989: أن كل أسرة من أسر المتعاطين كانت لها ملامحها وخصائصها المختلفة والتميزة عن غيرها من الأسر، إلا أنه يوجد الكثير من الملامح والخصائص المشتركة التي تجمع بين هذه الأسر جميعاً، فتبين أن لجوء الكثير من الأبناء نحو تعاطي المخدرات في تلك الأسر إنما يعد مرضاً أسرياً ناتجاً عن عدم سواء الأسرة، الذي يتمثل في وجود أكثر من فرد واحد من المدمنين داخل هذه الأسرة. والإدمان لا يقتصر داخل هذه البيئة الأسرية على المواد المخدرة فقط، بل يمتد ليشمل الإدمان على الطعام، مثل الإفراط العصبي في تناول الطعام، أو فقد الشهوة العصبي، وغيرها من الإدمانات الأخرى، مثل إدمان الحب، أو إدمان الجنس. وأوضحت الدراسة أنه إذا كان الخلل الوظيفي الموجود داخل أسر المدمنين قد دفع بالكثير من أبناء تلك الأسر إلى الاتجاه نحو الإدمان بمختلف صورته، فإن تقشى الإدمان في تلك الأسر له بدوره الكثير من الآثار السلبية

على حياة تلك الأسر، وأن هذه الآثار السلبية تنتقل من جيل إلى جيل، مما يستلزم وجوب التصدي السريع للحد من هذه الآثار الخطيرة على البيئة الأسرية. (9:254-257).

كما تمكن ماكورد وماكورد Mackord & Mackord من تحديد هوية أربعة أنواع من الأسر التي تتجرب أبناء يدمنون على تعاطي الخمر وهي:

- أسر من صفات الأم فيها الازدواجية الصريحة (التناقض الوجداني) والانحراف وضعف الاتجاهات الدينية، مع وجود أب معاد للأم، يتهرب من المسؤولية، ويحقر من شأن زوجته، ولا يتوقع من الطفل النجاح، أو التفوق.

- أسر تتهرب الأم فيها من المسؤولية، وميولها الدينية ضعيفة، بالإضافة إلى تخاصم الأب والابن.

- أسر يدور فيها الصراع بين شخص خارجي والوالدين حول قيمهما، بالإضافة إلى عدائية الأب، وميله للتهرب.

- أسر تجتمع فيها صراعات شخص خارجي مع الوالدين، بازدواجية وانحراف، أو تهرب الأم. يتضح من خلال الاستعراض السابق أهمية دور الوالدين في المشكلة كلما فشل أحد الوالدين، أو كليهما، في القيام بدوره الصحيح، واضطربت نتيجة لذلك علاقاته مع الأبناء كلما زاد احتمال وارتفاع نسبة الإدمان بين الأبناء، وقد يكون سبب عجز الوالدين عن أداء هذا الدور الأمراض الجسمية المزمنة الغياب أو ما يسمى بالأسباب العارضة، أو الطارئة، وفي أحيان أخرى سبب الفشل إهمال الطفل، أو إفراط الوالدين، أو كليهما، في تعاطي الخمر، ونسبة حدوث الإدمان بين هذه الأسر المفككة تتراوح ما بين 40-83%. (10:38).

وحددت (ماري تريزاويب) 10 سمات للبيئة الأسرية المضطربة وهي:

- 1 - يقللون من شأن بعضهم البعض، وينتقدون بعضهم البعض، ويعيرون بعضهم البعض.
- 2 - لا يوفون بوعودهم.
- 3 - لا يعبرون عن مشاعرهم.
- 4 - يبالغون في التعبير عن مشاعرهم.
- 5 - يقللون من قيمة النجاح، ويشمتون في الفشل.
- 6 - يحتفظون بكثير من الأسرار.
- 7 - يسيئون لبعضهم البعض نفسياً وجسدياً وجنسياً.
- 8 - يشعرون بعضهم البعض بالذنب.
- 9 - يخيفون بعضهم البعض ويهددون بعضهم بعضاً.

10 - يتصرفون بطريقة الأمر دون شرح أو تبرير. (5:6 - 8).

هذا ونستخلص هنا أهم العوامل والأبعاد والسمات للبيئة الأسرية المضطربة التي يمكن أن تلعب دوراً مهماً في الاتجاه نحو الإدمان أو الانتكاس كما يلي:

- البيئة الأسرية المضطربة تفتقد إلى السلطة الضابطة والحدود والقواعد بداخلها.
- البيئة الأسرية المضطربة تفتقد إلى الأمن العاطفي وانهايار وضعها الداخلي.
- البيئة الأسرية المضطربة تفتقد إلى التعاون والمشاركة بين أعضائها.
- البيئة الأسرية المضطربة تشغل بالحصول على المال وتفتقد الوازع الخلقي والديني بداخلها.
- البيئة الأسرية المضطربة تكثر بها الصراعات والمشاجرات.
- البيئة الأسرية المضطربة يكثر بها الإدمان بين أعضائها في أشكال متنوعة، مثل إدمان طعام، إدمان حب، إدمان جنس، إدمان عمل، إدمان مخدرات، وغيرها من السلوكيات السلبية.
- البيئة الأسرية المضطربة لديها معتقدات غير عقلانية تتحكم في مشاعر وسلوكيات أعضائها في الاتجاه السالب.
- البيئة الأسرية المضطربة ليس لديها القدرة على مواجهة وحل المشاكل التي تواجه أعضائها بأسلوب منطقي يتضمن أكثر من بديل.
- البيئة الأسرية المضطربة يدور فيها صراع بين الأب، والأم، أو الزوج والزوجة، من أجل السيطرة والسيادة.
- البيئة الأسرية المضطربة تفتقد التعبير عن المشاعر الإيجابية، أو السلبية، بصراحة وبطريقة مقبولة.
- البيئة الأسرية المضطربة يفتقد أعضاؤها الثقة في بعضهم البعض.
- البيئة الأسرية المضطربة يفتقد أعضاؤها التواصل اللفظي، وغير اللفظي، بين أعضائها.
- البيئة الأسرية المضطربة لا يتمتع أعضاؤها بالقدرة على اتخاذ القرارات وتحمل مسؤوليتها.
- البيئة الأسرية المضطربة القرارات فيها في يد عضو واحد فقط من أعضائها.
- البيئة الأسرية المضطربة لا يدعمون بعضهم البعض في المواقف المختلفة.
- البيئة الأسرية المضطربة لا تتحمل مسؤولية أعضائها.

- البيئة الأسرية المضطربة عاجزة عن إشباع احتياجات أعضائها، سواء النفسية، أو الجسمية، أو الجنسية، أو الروحية.

لذا يجب علينا، كأسر عربية، أن نراعى هذه القواعد في تعاملنا داخل أسرتنا، لحماية أبنائنا، وحماية البناء الأسري من التفكك والانهيار، والوقوع في براثن الإدمان والانحراف اللعين، نظراً لظروف العصر الحالي، من ضغوط العمل، والانسحاق وراء المادة، والإهمال في رعاية الأولاد، ومتطلباتهم ليست المادية، ولكن الأهم منها المتطلبات النفسية، من عطف وحنان للأبناء والزوجة، لضمان بناء أسري قوي يستمد قوته من أعضائه الصالحين.

المراجع:

- 1 - علي الدين السيد محمد (1988): دور الأسرة في رعاية الناقهين من إدمان المخدرات، المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان "الوقاية - العلاج - المتابعة" جامعة الدول العربية من 13-16 سبتمبر، القاهرة.
- 2 - محمد مدحت أبو بكر الصديق (1991): فاعليه العلاج الأسرى في خدمة الفرد في علاج العائدين إلى إدمان الهيروين، رسالة دكتوراه، غم، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
- 3 - David & James, (1991): Coaddiction treatment of the family Member, Fair oak Hospital, Summit, New Gersey.
- 4 - حسن مصطفى عبد المعطى (2001): الأسرة ومواجهة الإدمان، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- 5 - داليا مؤمن (2004): الأسرة والعلاج الأسري، القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.
- 6 - ماري تريزاويب (2004): العلاج المعرفي السلوكي للمدمنين وأسرههم، ترجمة: إيهاب الخراط، دورة تدريبية بمستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة، تابعة للأمانة العامة للصحة النفسية، وزارة الصحة، القاهرة.
- 7 - محمد عارف (1975): الجريمة في المجتمع - نقد منهجي لتفسير السلوك الإجرامي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 8 - أحمد عبد الله السعيد (1990): دراسة نفسية لمعاطي الحشيش بمنطقة الرياض، الرياض، السعودية - مطابع الجمعة الالكترونية.
- 9 - Lewis, (1989): The family and addiction An introduction, Journal of family Relations, vol., 38, No. 3
- 10 - عادل الدمرداش (1982): الإدمان مظاهره وعلاجه، سلسلة عالم المعرفة، العدد 56، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

من إصدارات مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

- العلاج السيكوسوماتي المعرفي.
- سيكولوجية الشائعة / شائعات الحرب العراقية أنموذجاً.
- علم النفس الأمني.
- الأمراض النفسية وعلاجها / دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية.
- الثلاثاء الأسود / خلفيات ما جرى في 11 أيلول.
- النفس المقهورة / سيكولوجية السياسة العربية.
- أميركا في المستنقع العراقي.
- الخصوصية العربية والعقل الأسير/ نحو سيكولوجية عربية.

القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية- الاجتماعية

د. نجوى اليحفوفي

نبال الحاج محمد

ملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة المحتملة ما بين القلق العام والاضطرابات الجسدية، وبعض المتغيرات الديمغرافية - الاجتماعية: كالطبقة الاجتماعية، والعمر، وعدد الأصدقاء وحجم الأسرة. تكونت العينة من 200 مسن يقطنون مع أسرهم، تراوحت أعمارهم ما بين 60 و85 سنة. أكدت النتائج على ارتفاع مستوى القلق والاضطرابات الجسدية لدى المسنين الذين ينتمون إلى الطبقة الفقيرة والفقيرة الدنيا، مقارنة بالطبقتين الوسطى والعليا. وفي ما يتعلق بمتغير العمر، فقد كان المسنون الأكبر سناً أكثر قلقاً من أقرانهم الأقل سناً، لكن لم تسجل فروق جوهرية بينهما بالنسبة للاضطرابات الجسدية. وبالنسبة لمتغير عدد الأصدقاء، فقد تبين أنه كلما ارتفع عدد الأصدقاء انخفضت نسبة القلق والاضطرابات الجسدية. كذلك الأمر في ما خص حجم الأسرة، إذ كشفت النتائج أنه كلما ارتفع عدد أفراد الأسرة كلما تدنى مستوى القلق والاضطرابات الجسدية لدى كبار السن. هذا وقد نوقشت النتائج في ضوء المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والمساندة الاجتماعية والصحة الجسدية للمسن.

Abstract:

Generalized anxiety and Somatic disorders among elderly: its relationship with socio-demographic variables

Dr Najwa EL Yahfoufi

Nibal Elhajj mhamad

The aim of this study is to explore the relationship between Anxiety and Somatic disorders and its relationship with socio-demographic variables: such as socioeconomic class, age, number of friends and family size, among men 60 and 85 years old. The sample consists of 200 men who belong to various social classes, religions and jobs. All the members were chosen from city of Beirut. Results showed high levels of anxiety and somatic disorders among lower social classes than higher ones, and those who have a small family size and a few numbers of friends, and are very old in age are more anxious than those who are not very old. Results are discussed in light of socioeconomic status, social support and physical health.

مقدمة:

يتزايد الاهتمام بدراسة مرحلة الشيخوخة مع تزايد أعداد المسنين في العالم، إذ سيزداد عددهم حوالي أربعة أضعاف في الخمسين سنة القادمة، ويرتفع من 600 مليون إلى بليونين مسن تقريباً، وبحلول عام 2050 سيبلغ عدد كبار السن واحد من بين خمسة أشخاص (الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة 2002). أما في لبنان فقد ارتفعت نسبة المسنين من 7.7 عام 1970، إلى 8.3 عام 1984 وإلى 10.3 عام 1996 (سباعي، 2001). والشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية تتميز بظهور تغيرات فيزيولوجية، إنما تعتبر ظاهرة نفسية - اجتماعية تتمثل بفقدان العلاقات الاجتماعية، والعديد من الاهتمامات والنشاطات، وزيادة الاعتمادية والعدوانية، وعدم الثقة في الذات، والشعور بالوحدة والعزلة. وترتبط هذه المشكلات لدى المسنين بعوامل اجتماعية - ديمغرافية كالحالة الاقتصادية، والتقاعد عن العمل، والانسحاب الاجتماعي، وفقدان الهدف، وفقدان الأصدقاء، ودرجة التدين، وحجم الأسرة، وبالتغيرات السلبية التي تطرأ على دينامية الروابط الأسرية (الحاج محمد واليحفوف 2007؛ جمعة ومبروك 2006؛ اليحفوف 2004؛ سليجمان 2002؛ عبد الخالق ومراد 2001؛ أرجايل 1993؛ Bowling, et al, 2002; Meyers & Diener, 1995).

ويعتبر القلق أحد أهم الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المسنون، إذ تتراوح نسبته ما بين 10% إلى 15%، في حين لا تتعدى نسبته 7% لدى الشباب (McCullough, 1992). وهو يتميز بوجود استعدادات للإصابة به، ويتسم بالشدة وعدم الواقعية، ومما يعزز وجوده وتأثيره على الفرد حدوث تغيير في مجريات الأحداث، أو ظهور ظروف جديدة في حياته (عكاشة، 1992). وتوجد علاقة وثيقة بين القلق والاضطرابات الجسدية التي يعاني منها كبار السن (الحاج محمد واليحفوف 2007)، لذا تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة المحتملة بين القلق العام والاضطرابات الجسدية، وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية الاجتماعية.

مشكلة الدراسة:

تظهر الخلفية النظرية للدراسة لأهمية دراسة القلق العام والصحة الجسدية، وعلاقتها ببعض المتغيرات، كالعمر، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي (يوسف ومبروك، 2006؛ اليحفي، 2004؛ مبروك، 2002؛ عفيفي 1990؛ Wethrall,2003; Qakes & Rossi,2003; Zimmer et al,2001; Simon et al,2000 Lenze et al,2000 Jones & Meredith,2002) لكن هذه الدراسات لم تتناول العلاقة المحتملة بين القلق والاضطرابات الجسدية من جهة، وبعض المتغيرات كالعمر، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، وعدد الأصدقاء، وحجم الأسرة مجتمعة، فهل توجد علاقة بين هذه المتغيرات؟ وهل إن بعض هذه المتغيرات تؤثر أكثر من غيرها في القلق والاضطرابات الجسدية؟ في لبنان لا يوجد أية دراسة حول الموضوع، لذا يكتسي هذا البحث أهمية خاصة، سيما وأن أعداد المسنين في ارتفاع مطرد.

مفاهيم الدراسة:

الشيخوخة:

يوجد تباين كبير في استخدام الباحثين لمفهوم الشيخوخة، فاستخدم البعض مفهوم الشيخوخة الزمنية، والبعض الآخر الشيخوخة الاجتماعية، وآخرون الشيخوخة البيولوجية، فالشيخوخة هي المرحلة العمرية التي تأخذ فيها الوظائف بالتدهور عما كانت عليه سابقاً، وتطرأ فيها تغيرات على العمليات النفسية، والعقلية والوظيفية. وهي عملية تتأثر بعدة عوامل بيولوجية، وسيكولوجية، واجتماعية وبيئية. (خليفة، 1997؛ Crosini,1999).

وقد حدد بروملي العمر الزمني بأربع مراحل، تمتد المرحلة الأولى من سن 55 إلى 60 سنة، وهي فترة ما قبل التقاعد، أما المرحلة الثانية فتبدأ حوالي سن 65 إذ ينفصل فيها الفرد عن الأدوار المهنية، وتظهر عليه تغيرات في مختلف النواحي البيولوجية، والعقلية، والنفسية والاجتماعية. في حين تمتد المرحلة الثالثة من سن 70 فأكثر، وتتميز بالاعتمادية والضعف العقلي والجسدي. أما المرحلة الرابعة والأخيرة فتتمد إلى 110 سنوات، والتي تتسم بالمرض والعجز والوفاة (Bromly, 1966; 21-2).

القلق العام:

عرفه أحمد عكاشة (1992) بأنه واحد من أنواع القلق الذي تتمثل أعراضه بالعصبية، والضييق والتوتر. بالإضافة إلى الأعراض الجسدية، كارتجاف الأطراف وجفاف الحلق. ويشمل هذا البعد أيضاً شكاوى المريض من أعراض القلق الهائم، ونوبات الرعب، ومشاعر الشك. ويعتبر كورسيني (1999) أن القلق العام هو شعور غير سار بالتوتر والخوف وتوقع

حدوث مصيبة ما ، حيث يدوم لمدة ستة أشهر على الأقل. ويظهر من خلال عدة أعراض: منها التوتر العضلي والنشاط الحركي الزائد والأرق والصعوبة في التركيز والاستغراق في النوم. ويرى "كولمان" بأن القلق العام اضطراب يتصف بقلق زائد يتعذر ضبطه لكونه ليس مرتكزاً على أحداث معينة، ولكنه يتعلق بأحداث الحياة اليومية. ويتميز هذا القلق بمجموعة من الأعراض: منها الشعور

بالتعب، وعدم الراحة، وصعوبة في التركيز، والتوتر العضلي، إضافة إلى اضطراب النوم مع إيجاد صعوبة في إتمام وظائف الحياة اليومية (Colman, 2001). وعرف ممتاز عبد الوهاب (2001) القلق العام بأنه قلق يتميز بالإحساس بعدم الراحة، والتوتر والخوف من شيء مجهول سيحدث في المستقبل، ولكنه لا يستطيع الإفصاح عن هويته، والقلق الشديد من دون أي سبب أو دافع، ويستمر هذا الشعور لمدة ستة أشهر أو أكثر. كما توجد مجموعة من الأعراض الجسمانية التي تتمثل في الشعور بخفقان القلب وزيادة في ضرباته، والشعور بالاختناق، وانقباض الصدر، وزيادة إفراز العرق البارد، مع برودة الأطراف، وجفاف الحلق وصعوبة التنفس، إضافة إلى عدم الرغبة في الأكل وميل للقيء، والشعور بالانتفاخ والصداع، خصوصاً في مؤخرة الرأس، وسيتم اعتماد هذا التعريف في الدراسة الحالية.

الاضطرابات الجسدية:

يعتبر أحمد عبد الخالق (1998) أن الاضطرابات الجسدية هي الأعراض والشكاوى التي تركز على الجوانب الجسمية وليس النفسية. ويعرف ربر الاضطرابات الجسدية بأنها اضطرابات تتعلق بالجسد فقط (Reber,2001).

ويشير كورسيني إلى أن الاضطرابات الجسدية هي اضطرابات عضوية يمكن تمييزها عن الاضطرابات السيكلولوجية أو الوظيفية (Corsini,1999). وسيتم اعتماد تعريف أحمد عبد الخالق في الدراسة الحالية.

الإطار النظري:

عالجت نظريات التحليل النفسي، والسلوكية، والمعرفية، والبيولوجية، إضافة إلى النظريات الوجودية والإنسانية، موضوع القلق وعلاقته بالنواحي العقلية، والانفعالية والجسمية لدى الأفراد. فقد أوضح "فرويد" أن عدم قدرة الإنسان القيام بالاستجابة المناسبة لدى مواجهته وضعية ما هو الذي يولد لديه الشعور بالقلق (فرويد 1989).

أما "يونغ" فقد أشار إلى أنه عندما تغزو عقل الانسان هوامات غير معقولة، وهوى صادرة عن

اللاوعي الجمعي، فإنه حتماً سيشعر بالقلق (عكاشة 1992).

واعتبر "سوليفان" أن القلق ينتج جراء إحباط إشباع الحاجات العضوية، أو فقدان الأمن الاجتماعي، مما يولد لدى البعض شعوراً مؤلماً يتمثل بالقلق (أنجلز 1990).

أما "أدلر" فرأى أن الانسان يصبح قلقاً عندما تنتابه مشاعر العجز خلال تفاعله مع الآخرين (Adler, 1965)

ورأى السلوكيون أن القلق عبارة عن استجابة شرطية مؤلمة. فيما اعتبر "مارك" أن القلق هو استجابة شرطية، أو متعلمة، تنتج بداية من ارتباط شعور الفرد بالخوف من موضوع ما، أو وضعية معينة. ثم يكتشف الفرد في المرحلة الثانية بأن هروبه من هذه الوضعية سيوفر له الشعور بالراحة والأمان. وفي المرحلة الثالثة يعتمد الفرد إلى تجنب الشعور بالقلق من خلال تجنبه الموضوع المسبب للخوف، كذلك الوضعية التي يوجد فيها (Mark, 1994).

في المقابل، يعتبر أصحاب المنحى البيولوجي أن المرض النفسي ينجم عن مشكلات تتعلق بالانتقال السيנابثي، وتركيب المخ، ومعدل الهرمونات. ويؤدي النشاط العصبي بدرجة قليلة، أو كبيرة، إلى المرض النفسي. ويتأثر الاضطراب بمستوى التثبيط، وبالجزيء الموجود في المخ الذي يحدث فيه النشاط (Holmes, 1994) ولقد وضع "غراي" نظرية بيولوجية حول القلق، بين فيها أن القلق ينجم عن تنشيط جهاز الكف السلوكي BIS (Grau, 1982) وكما يشير الاسم، فإن هذا الجهاز يكف السلوك لدى ردة فعل تجاه مثير خطر. وأوضح الباحث أن الاشخاص الذين يمتلكون أجهزة كف سلوكية نشطة توجد لديهم درجة عالية من سمة القلق.

وتعتبر النظرية المعرفية أن معظم الاضطرابات السلوكية تنتج عن الأخطاء في التفكير، فالأفكار التي تؤدي إلى المرض النفسي تنجم عن مشكلات في الإدراك، والتخزين واسترجاع المعلومات (Holmes, 1994).

ويعتبر أصحاب المنحى المعرفي وجود أربعة مصادر أساسية من القصور المعرفي تؤثر إلى ظهور الاضطرابات النفسية، ومنها القلق، وهي:

- 1 - قلة المعلومات والخبرات وسداجة الشخص في حل المشكلات.
- 2 - أخطاء في أساليب التفكير، كالتعميم والتطرف.
- 3 - الآراء والأفكار التي يكونها الفرد عن نفسه، وعن الآخرين، والمواقف التي يتفاعل معها.
- 4 - التوقعات السلبية.

أما أصحاب النظرية الوجودية، فيعتبرون أن فشل الأفراد في تحقيق أهدافهم من الوعي، والنمو، والخبرة والوجود الشخصي يؤدي إلى شعورهم بالقلق والاكتئاب (Holmes, 1994).

أما النظرية المناعية فتعتبر أن الجهاز المناعي الموجود لدى كل إنسان تضعف قدرته على محاربة الأجسام الغريبة عن الجسم كلما تقدم الإنسان في العمر، مما يؤدي إلى حدوث ما يعرف بالتدمير الذاتي المسؤول عن التغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة (Cape & Rossman, 1983).

فرضيات الدراسة:

- توجد فروق دالة إحصائية في القلق والاضطرابات الجسدية بين الطبقات الاجتماعية العليا، والوسطى والفقيرة والفقيرة - الدنيا.
- يرتفع مستوى القلق العام والاضطرابات الجسدية تبعاً للتقدم في العمر.
- يرتفع مستوى القلق العام والاضطرابات الجسدية تبعاً لانخفاض عدد الأصدقاء.
- يرتفع مستوى القلق العام والاضطرابات الجسدية تبعاً لانخفاض حجم الأسرة.

أدوات الدراسة:

تم استخدام مقياس القلق من وضع أحمد عبد الخالق (Abdel-Kalek, 2000) ويتألف من عشرين بنداً، ويهدف إلى تقدير الفروق الفردية في سمة القلق لدى الراشدين. ويجاب عن عبارات المقياس على أساس أربعة بدائل (نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً). وتقدر هذه البدائل عبر مدى يتراوح ما بين 1 - 4 درجات. وحسبت معاملات الثبات والصدق بعدة طرق على عينات مصرية، وكويتية، ولبنانية، وسورية، وأميركية، وإسبانية... وتبين أنها مرتفعة. وفي لبنان تم تحديد معاملات الثبات والصدق على عينات من طلاب المدارس الثانوية وأخرى من طلاب الجامعة (عبد الخالق واليحفوف، 2004). ويشير جدول رقم (1) إلى معاملات الثبات التي تمت بفاصل زمني يتراوح بين أسبوع وأسبوعين، وكانت مرتفعة بشكل عام.

جدول (1) معاملات ثبات مقياس جامعة الكويت للقلق لدى أربع عينات لبنانية

طريقة الثبات	طلاب ثانوي			طلاب جامعة		
	ذكور	إناث	الجنسين	ذكور	إناث	الجنسين
	ن=60	ن=60	ن=120	ن=53	ن=52	ن=105
ألفا	0,85	0,84	0,86	0,92	0,92	0,92
إعادة التطبيق	0,74	0,84	0,87	0,72	0,83	0,77

ولحساب الصدق طبق مقياس جامعة الكويت للقلق ومقياس سمة القلق لسبيليرغر (Spielberger, 1983) ومقياس هوبكنز (Hopkinz) للقلق. وطبقت المقاييس الثلاثة على طلاب الجامعة والثانويات. وحسبت معاملات الارتباط المتبادلة، وحلتت عاملياً بطريقة المكونات

الأساسية. وتبين أن معاملات الارتباط بين مقياس جامعة الكويت للقلق والمحكين المستخدمين دالة إحصائياً؛ إشارة إلى ارتفاع الصدق المرتبط بالمحك، كما تبين نتيجة التحليل العاملي ارتفاع الصدق العاملي لمقياس جامعة الكويت للقلق. (أنظر جدول 2):

جدول (2) معاملات الارتباط المتبادلة بين ثلاثة مقاييس للقلق لدى طلاب الثانوي اللبنانيين الذكور (ن= 52 المصنوفة السفلى) الإناث (ن= 48 المصنوفة العليا)

العامل الأول		معاملات الارتباط			المقاييس
اناث	ذكور	3	2	1	
0.87	0.85	0.71	0.53	-	جامعة الكويت للقلق
0.83	0.89	0.63	-	0.66	سبيلبرجر للقلق
0.91	0.82	-	0.60	0.50	هوبكنز للقلق
2.25	2.18	-			الجذر الكامن للتباين%
75.03	72.58				

كما تم تقنين المقياس للدراسة الحالية على عينة من المسنين 60 ذكراً وأنثى بلغ معامل ثبات الاختبار 0,93 وبلغ معامل الصدق المرتبط بالمحك 0,83 حيث اعتمد المقياس الذاتي لتقدير القلق إعداد " كومور" (Komor, C, 1999).

واستخدمت قائمة الأعراض والشكاوى الجسمية (عبد الخالق 1998)، إذ تم تجميع أكبر عدد ممكن من الأعراض والشكاوى الجسمية. وتشتمل القائمة 60 بنداً يجاب على كل واحد على أساس سلم تقدير رباعي: لا، أحياناً، كثيراً، دائماً. وتم تقنين القائمة على عينة من 200 مسناً بلغت درجة ثبات الاختبار ثم إعادة الاختبار 0,93 أما فيما يتعلق بصدق القائمة فقد تبين أن اضطراب آلام القدمين والساقين سجلاً أعلى معدل في نسبة الإجابة على قائمة الأعراض (150). في حين سجل عارض ضعف حاسة التذوق أدنى نسبة على القائمة (30)، وبذلك لم يتم حذف أية فقرة من فقرات القائمة.

العينة:

تكونت العينة من 200 مسن من مدينة بيروت، تراوحت أعمارهم ما بين 60 و85، يقطنون مع أسرهم، وهم ينتمون إلى مختلف الطبقات الاجتماعية، وتم استخدام العينة العرضية التي تتضمن اختيار الأفراد على أساس توفرهم واستعدادهم للاستجابة لمقتضيات الدراسة، وهو أسلوب ملائم لهذا النوع من البحوث، ولقد تم تقسيم الطبقات الاجتماعية تبعاً لدراسة عدنان

الأمين ومحمد فاعور(1998) وهي على الشكل الآتي:

الطبقة العليا: تضم أصحاب المهن العليا (أطباء، محامون، مهندسون....)
الطبقة الوسطى: ضمت أصحاب المهن الوسطى (أساتذة، تجار متوسطون، عسكريون ذو رتب...)
الطبقة الفقيرة: وتضم أصحاب الحرف اليدوية، الجنود، التجار الصغار....
الطبقة الفقيرة الدنيا: تضم العمال غير المهرة، السائقون والحراس...

الدراسات السابقة:

في دراسة أجرتها نبال الحاج ونجوى اليحفيوي (2007) حول القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين المتقاعدین والعاملين بعد سن التقاعد. تألفت العينة من 200 رجل مسن. أكدت النتائج على وجود ارتفاع نسبة القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين المتقاعدين، مقارنة بالعاملين بعد سن التقاعد.

وأشارت دراسة جمعة يوسف وعزة مبروك (2006)، والتي تمحورت حول الصحة الجسمية والنفسية للمسنين، حيث تكونت العينة من 501 مسن ومسنة، تراوحت أعمارهم ما بين 50 - 99 سنة مع الإشارة أن المستوى التعليمي، وإدراك المساندة الاجتماعية، والصحة الجسمية هم أفضل منبئات بالصحة النفسية.

وكشفت دراسة نجوى اليحفيوي (2004) حول التفاؤل والتشاؤم، وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية - الاجتماعية. ضمت العينة 200 مسن، تراوحت أعمارهم ما بين 60 و85 سنة، أنه كلما ارتفعت درجة التدين، وزاد عدد الأصدقاء، وكبير حجم الأسرة، كلما زاد مستوى التفاؤل لدى كبار السن، فيما لم تسجل فروق دالة إحصائياً، سواء على مقياس التفاؤل، أو التشاؤم، بالنسبة لمتغيرات المستوى التعليمي، والطبقة الاجتماعية والعمر.

واعتبرت دراسة عزة مبروك (2002) على عينة من 60 مسناً، أن المكانة الاجتماعية، وعدد الأمراض المزمنة، والمستوى التعليمي، والعمر من المتغيرات المنبئة بتقدير المسن لحالته الصحية.

وبرهنت دراسة إلهام عفيفي (1990) أن الوضع الاقتصادي والصحي للمسن يؤثر على علاقته بالآخرين، من الأقارب والأسرة والأصدقاء، وعلى توافقه الاجتماعي عامة.

وقام إبراهيم العبيدي (1988) بدراسة العلاقة بين التقييم الذاتي للحالة الصحية بعد التقاعد والخصائص الاجتماعية والديمغرافية للمتقاعدين. برهنت النتائج وجود فروق جوهرية بين المتقاعدين في تقييمهم لحالتهم الصحية، وذلك تبعاً للوظائف التي كانوا يشغلونها، وظهر

أن أعلى نسبة ممن تحسنت حالتهم الصحية كانوا يحتلون وظائف عليا، فيما ساءت الحالة الصحية بعد التقاعد للعمال غير المهرة. أكد الباحث أنه كلما ارتفع المستوى المهني للمسن كان أكثر توافقاً مع التغييرات التي يواجهها بعد التقاعد.

وأظهرت دراسة حسن عبد المعطي (1988) والتي تمخورت حول القلق لدى المسنين بأن حالة القلق تعد سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة، وهي تزداد كلما تقدم المسن في العمر، خاصة لدى إحالته إلى التقاعد.

أكد ويذريل (Wetherall,2003) في دراسته على عينة من 75 مسناً ومسنّة، تراوحت أعمارهم ما بين 65 و 67 سنة من معاناتهم من أعراض القلق العام، والتي تترافق مع اضطرابات جسدية نتيجة إحالتهم للتقاعد.

ودلت دراسات سيمون وآخرون وكاكس وروسي (Qakes & Rossi,2003; Simon et al,2000)، إن المسنين الذين ينتمون إلى المستوى الاقتصادي الاجتماعي الأعلى يقدرّون صحتهم بأنها جيدة مقارنة بالذين ينتمون إلى مستوى اجتماعي اقتصادي متدن، ولقد اتضح وجود علاقة وثيقة بين الحالة الاجتماعية الاقتصادية والصحة الجيدة، فالأفراد الذين يحتلون أعلى السلم الاجتماعي يتمتعون بصحة جيدة مقارنة بالذين يحتلون أدنى درجات السلم. وكلما اتجهنا نحو أعلى السلم الاجتماعي، كلما انخفضت معدلات الإصابة بالمرض والوفاة.

وأجرت بولينغ وآخرون (Bowling, et al,2002) دراسة حول نظرة المسن لنوعية الحياة والعوامل المؤدية إلى جودتها. تكونت العينة من 999 مسناً ومسنّة، تراوحت أعمارهم ما بين 65 سنة وما فوق. تركزت مطالب المسنين بشكل أساسي على التأمين الصحي، والاستقلالية المادية، وإقامة شبكة علاقات ونشاطات اجتماعية. كما شددوا على أهمية إقامة صداقات، وتبادل المساندة الاجتماعية، والوقاية من الشعور بالوحدة والعزلة.

وأظهرت دراسة بارلو (Barlwo,2002) أن اضطراب القلق العام يظهر في مرحلة الشيخوخة نتيجة استجابة كبار السن لأحداث الحياة الضاغطة، وأهمها خبرة التقاعد.

وفي دراسة أجراها جونز وميريديث (Jones & Meredith,2002) على عينة من 2041 مسناً، استخدم فيها مؤشر كورنيل الطبي، أكدت النتائج على تدني الصحة النفسية مع تقدم العمر، وإلى ارتباط متغير العمر بالوجدان السلبي لديهم.

فيما ربطت دراسات زيمر وأموريسيريسومبون وكوهن وكابلان (Zimmer & zornisirisomboon,2001; Cohen & Kaplan,1999) بين تدني المستوى الاجتماعي الاقتصادي وارتفاع معدل الوفاة وعدم القدرة على الحركة.

وأوضحت دراسة لنتز وآخرون (Lenze,et al; 2000) شيوع الاضطرابات الجسدية لدى المسنين غير العاملين جراء معاناتهم من الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب. وأشارت دراسة ليف وفريس (Leigh & Fries 1999) إلى أن المسنين الأكبر عمراً 70 - 74 سنة قدروا حالتهم الصحية بصورة أكثر إيجابية من أترابهم الأقل سناً 60 - 64 سنة.

تعقيب على الدراسات:

أشارت الدراسات إلى أهمية العديد من المتغيرات الديمغرافية الاجتماعية في حياة المسن، خاصة العوامل الاجتماعية الاقتصادية، والتقدم في العمر، ومدى تأثيرها على صحة المسن الجسدية والنفسية (الحاج محمد واليحفوف في 2007؛ جمعة ومبروك 2006؛ اليحفوف في 2004؛ مبروك 2002؛ عفيفي 1990؛ العبيدي 1988؛ عبد المعطي 1988؛ Qakes & Rossi, 2003؛ Wethrall, 2003. لكنها لم تشدد على أهمية حجم الأسرة، وعدد الأصدقاء، ومستوى القلق والاضطرابات الجسدية. في حياة كبير السن.

أهداف الدراسة وأهميتها:

هدف الدراسة هو التعرف على العلاقة المحتملة بين القلق العام والاضطرابات الجسدية وبعض المتغيرات الديمغرافية - الاجتماعية: كالطبقة الاجتماعية، والعمر، وعدد الأصدقاء وحجم الأسرة. لدى مراجعة البحوث السابقة تبين ندرة الدراسات التي عالجت هذا الموضوع، وشبه انعدامها في لبنان. من هنا يكتسي هذا البحث أهمية خاصة، سيما وأن أعداد المسنين في زيادة مطردة. وأن الحفاظ على صحتهم النفسية والجسدية أمر ضروري لإدخالهم في أي عملية تنموية في المجتمع والإفادة من خبراتهم.

النتائج:

لاستخراج النتائج الإحصائية تم استخدام برنامج (SPSS) الإحصائي، واحتساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، واختبار "ت"، واختبار تحليل التباين المتعدد، واختبار توكيه لمقارنة المتوسطات داخل كل مجموعة كما اعتمد معامل ارتباط بيرسون لحساب صدق وثبات المقاييس.

جدول رقم (1)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل التباين للقلق تبعاً لمتغير الطبقة الاجتماعية

الطبقات الاجتماعية	القلق		قيمة "ف"	دلالة "ف"
	ع	م		
الطبقة العليا ن=55	11,02	35,53	14,79	0,00 دال
الطبقة الوسطى ن=50	13,85	37,50		

		13,90	40,67	الطبقة الفقيرة ن= 49
		15,12	45,04	الطبقة الفقيرة الدنيا = 46

يشير جدول (1) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الطبقات الاجتماعية الأربعة، إذ تبين أن الطبقة العليا أقل قلقاً، فالطبقة الوسطى تلتها الطبقة الفقيرة، فالفقيرة الدنيا، والتي كانت أكثر الطبقات قلقاً.

جدول رقم (2)

مقارنة المتوسطات للقلق تبعاً لمتغير الطبقة الاجتماعية باستخدام اختبار توكيه

الطبقات الاجتماعية	تباين المتوسطات	الانحراف المعياري	الدلالة الإحصائية
العليا / الوسطى	2,97	2,6	0,67
العليا / الفقيرة	10,51	2,63	0,00
العليا / الفقيرة الدنيا	16,15	2,68	0,00
الوسطى / الفقيرة	7,54	2,69	0,03
الوسطى / الفقيرة الدنيا	13,17	2,74	0,00
الفقيرة / الفقيرة الدنيا	5,63	2,75	0,17

يشير الجدول (2) إلى وجود فروق جوهرية بين الطبقة العليا والطبقتين الفقيرة والفقيرة الدنيا، الذين كانوا أكثر قلقاً، فيما لم تكن الفروق دالة إحصائية ما بين الطبقة العليا والوسطى. كما تبين أن الطبقة الوسطى أقل قلقاً من الطبقتين الفقيرة والفقيرة الدنيا. هذا ولم تظهر فروق على مقياس القلق ما بين الطبقة الفقيرة والفقيرة الدنيا.

جدول رقم (3)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل تباين الاضطرابات الجسدية تبعاً لمتغير الطبقة الاجتماعية

الطبقات الاجتماعية	الاضطرابات	الجسدية	قيمة "ف"	دلالة "ف"
	م	ع		
الطبقة العليا ن= 55	84,49	25,07	4.28	0.006
الطبقة الوسطى ن= 50	86,12	22,89		
الطبقة الفقيرة ن= 49	90,98	21,21		
الطبقة الفقيرة الدنيا ن= 46	101,09	30,75		

يظهر الجدول (3) وجود فروقات إحصائية دالة في الاضطرابات الجسدية بين بعض الطبقات الاجتماعية.

جدول رقم (4)

مقارنة المتوسطات للاضطرابات الجسدية تبعاً لمتغير الطبقة الاجتماعية باستخدام اختبار توكيه

الطبقات الاجتماعية	تباين المتوسطات	الانحراف المعياري	الدالة الإحصائية
العليا / الوسطى	1,63	4,91	0,99
العليا / الفقيرة	6,49	4,94	0,56
العليا / الفقيرة الدنيا	16,59	5,02	0,006
الوسطى / الفقيرة	4,86	5,05	0,77
الوسطى / الفقيرة الدنيا	14,69	5,13	0,02
الفقيرة / الفقيرة الدنيا	10,11	5,16	0,21

يبين الجدول وجود فروق في الاضطرابات الجسدية بين الطبقة العليا والوسطى اللتين كانتا أقل اضطرابات جسدية من الطبقة الفقيرة الدنيا، ولم تظهر فروق بين الطبقة العليا والوسطى والفقيرة، إذ تساوت لديهم نسبة الاضطرابات الجسدية.

جدول رقم (5)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للقلق تبعاً لمتغير العمر

متغير العمر	القلق		قيمة "ت"	دلالة "ت"
	ع	م		
من 60 - 72 ن = 102	13,22	35,68	6.30	0.00
من 73 - 85 ن = 98	13,72	47,68		

يدل الجدول (5) إلى ارتفاع نسبة القلق لدى المسنين الأكبر سناً مقارنة بالمسنين الأقل عمراً، والذين كانوا أقل قلقاً.

جدول رقم (6)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للاضطرابات الجسدية تبعاً لمتغير العمر

متغير العمر	الاضطرابات الجسدية		قيمة "ت"	دلالة "ت"
	ع	م		

0.07	74.2	23,74	85,94	من 60 - 72 = ن= 102
		26,89	95,32	من 73 - 85 = ن= 98

لا توجد فروق في الاضطرابات الجسدية تبعاً لمتغير العمر، لكن يذكر أن قيمة "ت" اقتربت من الدلالة الإحصائية.

جدول رقم (7)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل التباين للقلق تبعاً لمتغير عدد الأصدقاء

دلالة "ف"	قيمة "ف"	القلق		عدد الأصدقاء المقربين
		ع	م	
0,00	20,32	14,88	47,90	0 - 3 = ن= 94
		13,03	37,52	4 - 5 = ن= 50
		11,16	34,52	6 وما فوق = ن= 56

يكشف الجدول (7) وجود فروقات دالة إحصائية بين المسنين على مقياس القلق تبعاً لعدد الأصدقاء لديهم.

جدول رقم (8)

مقارنة المتوسطات للقلق تبعاً لمتغير عدد الأصدقاء باستخدام اختبار توكيه

الدلالة الإحصائية	الانحراف المعياري	تباين المتوسطات	عدد الأصدقاء المقربين
0,09	2,36	9,26	0 - 3 / 4 - 5
0,00	2,27	13,39	0 - 3 / 6 وما فوق
0,49	2,62	3,002	4 - 5 / 6 وما فوق

يشير الجدول (8) إلى أنه كلما ارتفع عدد الأصدقاء المقربين كلما انخفضت نسبة القلق، وسجلت فروق جوهرية بين المسنين الذين بلغ عدد أصدقائهم ما بين (0 - 3) و(6 وما فوق). فيما لم تسجل فروقات دالة إحصائية لدى المسنين الذين تراوح عدد أصدقائهم ما بين (0 - 3) و(4 - 5) أو بين من لديهم (4 - 5) و(6 وما فوق) صديق.

جدول رقم (9)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل التباين للاضطرابات الجسدية تبعاً لمتغير عدد الأصدقاء

دلالة "ف"	قيمة "ف"	الاضطرابات الجسدية		عدد الأصدقاء القريبين
		ع	م	
0,005	5,48	24,52	96,36	0- 3 = ن 94
		26,23	87,10	4- 5 = ن 50
		25,33	83,00	6 وما فوق = ن 56

يبين الجدول (9) إلى ارتفاع مستوى الاضطرابات الجسدية تبعاً لانخفاض عدد الأصدقاء.

جدول رقم (10)

مقارنة المتوسطات للاضطرابات الجسدية تبعاً لمتغير عدد الأصدقاء باستخدام اختبار توكيه

الدلالة الإحصائية	الانحراف المعياري	تباين المتوسطات	عدد الأصدقاء المقربين
0,09	4,41	9,26	0- 3 / 4- 5
0,01	25,4	13,36	0- 3 / 6 وما فوق
0,68	4,89	10,4	4- 5 / 6 وما فوق

يكشف الجدول (10) وجود فروقات دالة إحصائية بين المسنين الذين لديهم (0- 3) إذ ترتفع لديهم نسبة الاضطرابات الجسدية مقارنة بالمسنين الذين لديهم 6 أصدقاء وما فوق في حين لم تبرز فروق جوهرية بين المسنين الذين يتراوح عدد الأصدقاء لديهم ما بين (0- 3) و(4- 5) أو أولئك الذين يتراوح عدد الأصدقاء لديهم ما بين (4- 5) و(6 وما فوق).

جدول رقم (11)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل التباين للقلق تبعاً لمتغير حجم الأسرة

دلالة "ف"	قيمة "ف"	القلق		حجم الأسرة
		ع	م	
0,006	5,25	16,23	45,76	0- 4 = ن 62
		13,58	41,67	5- 8 = ن 27
		13,47	37,50	9- 15 = ن 66

يشير جدول (11) إلى انخفاض مستوى القلق كلما ارتفع عدد أفراد الأسرة.

جدول رقم (12)

مقارنة المتوسطات التلق تبعاً لمتغير حجم الأسرة باستخدام اختبار توكيه

الدلالة الإحصائية	الانحراف المعياري	تباين المتوسطات	حجم الأسرة
0,23	2,49	4,09	8- 5 / 4- 0
0,004	2,55	8,26	15- 9 / 4- 0
0,21	2,46	4,17	15- 9 / 8- 5

يظهر الجدول (12) ارتفاع نسبة القلق لدى المسنين الذين ينخفض عدد أفراد الأسرة لديهم إلى (0 - 4) مقارنة بالمسنين الذين يرتفع عدد أفراد الأسرة لديهم إلى (9 - 15).

جدول رقم (13)

المتوسطات والانحرافات وتحليل التباين للاضطرابات الجسدية تبعاً لمتغير حجم الأسرة

دلالة "ف"	قيمة "ف"	الاضطرابات الجسدية		حجم الأسرة
		ع	م	
0,01	4,74	26,83	96,79	62=ن 4- 0
		25,58	91,28	27=ن 8- 5
		22,86	83,15	66=ن 15- 9

يشير الجدول (13) إلى وجود فروق دالة إحصائية في متغير الاضطرابات الجسدية تبعاً لعدد أفراد الأسرة.

جدول رقم (14)

مقارنة متوسطات الاضطرابات الجسدية تبعاً لمتغير حجم الأسرة باستخدام اختبار توكيه

الدلالة الإحصائية	الانحراف المعياري	تباين المتوسطات	حجم الأسرة
0,42	4,38	5,51	8- 5 / 4- 0
0,007	4,47	13,64	15- 9 / 4- 0
0,15	4,31	8,13	15- 9 / 8- 5

يظهر الجدول (14) ارتفاع نسبة الاضطرابات الجسدية لدى المسنين الذين ينخفض لديهم عدد أفراد الأسرة مقارنة بأقرانهم الذين يرتفع لديهم عدد أفراد الأسرة إلى 9 - 15 فرداً.

مناقشة النتائج:

تحققت الفرضية الأولى جزئياً، والتي نصت على وجود فروق دالة إحصائياً بين الطبقات الاجتماعية على مقياس القلق والاضطرابات الجسدية، إذ برهنت النتائج وجود فروق جوهرية بين أبناء الطبقة العليا والوسطى الذين كانوا أقل قلقاً واضطرابات جسدية من أقرانهم من الطبقة الفقيرة والفقيرة الدنيا، وهو ما يتوافق مع دراسات أشارت إلى أن الفئات ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع قدرت صحتها بصورة أفضل من الفئات ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، وأن الوضع الصحي والاقتصادي للمسن يؤثر على توافقه الاجتماعي، وعلاقته بالأصدقاء، والأقارب والأسرة (جمعة ومبروك 2006؛ عفيفي 1990؛ العبيدي Qakes & Rossi,2003; Zimmer,et al,2001; Simon,et al,2000;Cohen & Kaplan, 1988; 1999). هذا ولم تظهر فروق إحصائية لدى المسنين من الطبقة الفقيرة والفقيرة الدنيا فأبناء الطبقتين يعانون من عدم إشباع حاجاتهم الأساسية، وبالتالي فالعانة متماثلة. كما تساوى متوسط القلق والاضطرابات الجسدية لدى كبار السن من الطبقتين الوسطى والعليا، وهو ما بينته دراسة نجوى اليحفيوي في (2004) من عدم وجود فروق في التفاؤل والتشاؤم بين مختلف الطبقات الاجتماعية على اعتبار أن المسنين قد ينشغلون بمشكلاتهم الصحية والنفسية، وذلك بغض النظر عن انتمائهم الطبقي، وهو ما توصلت إليه مايسة النيال وماجدة علي (1995) من أن الشيخوخة تبقى عبئاً على أصحابها في بعض المجتمعات حتى في حالة اليسر المادي.

كما تحققت الفرضية الثانية جزئياً، والتي نصت على ازدياد مستوى القلق والاضطرابات الجسدية كلما تقدم المسن بالعمر، فيما يتعلق بالاضطرابات الجسدية لم ترتفع تبعاً للكبر في السن. لكن ازداد مستوى القلق لدى المسنين الأكبر سناً (73 - 85 سنة) مقارنة بالمسنين الأقل عمراً (60 - 72 سنة) وهو ما أكدته دراسات (عبد المعطي 1988؛ عكاشة 1992؛ Wetherell,2003; Barlow,2003; Jones,& Meredith,2002) فالسن يعاني من قلق الصحة، وتدني القدرة على مواجهة المشيرات الخارجية، والقلق الاقتصادي، وقلق الانفصال، والشعور بالوحدة، وقلق الموت، حيث الشعور بعدم القدرة على الشفاء والاقتراب من دنو الأجل. لكن، في المقابل، لم تكشف النتائج عن ارتفاع مستوى الاضطرابات الجسدية كلما تقدم المسن في العمر، وهو ما يتوافق مع دراسة ليف وفريس (Leigh & Fries,1992)، والتي أظهرت أن المسنين المتقدمين في العمر كانوا أكثر إيجابية في تقديرهم لحالتهم الصحية من أقرانهم الأقل عمراً. الواقع قد تلعب متغيرات كثيرة دوراً في هذا المجال، كنظرة المسن سابقاً للحياة، ومدى تفاؤله وتشاؤمه، ومدى تمتعه بصحة جيدة، وعدم فقدان الأحبة، والعمل.

صحت الفرضية الثالثة، والتي نصت على انخفاض نسبة القلق والاضطرابات الجسدية كلما زاد عدد الأصدقاء، (الجددير ذكره هو عدم وجود فروق جوهرية بين المسنين الذين يملكون (4 - 5) أصدقاء، والذين يملكون (0 - 3) أو (6 وما فوق) أصدقاء. والفارق الأهم برز بين الأفراد الذين يملكون (0 - 3) أصدقاء حيث كانوا أكثر قلقاً ومعاناة من اضطرابات جسدية، مقارنة بأترابهم الذين يملكون (6 وما فوق) أصدقاء ولكن كانوا أقل قلقاً واضطرابات جسدية. فوجود الأصدقاء في حياة المسن يشكل عامل وقاية من الاضطرابات النفسية، إضافة إلى توفير دعم معنوي مرتفع، فيما يسبب فقدان شبكة العلاقات المتماسكة الشعور بالقلق والاكتئاب، فعدم البوح بما يعتمل في داخله من دواعي الشعور بالوحدة وتساهم المساعدة العملية والمعلومات التي يوفرها الأصدقاء، وكذلك الدعم الاجتماعي المتمثل بتقديم النصح أو التعاطف والمشاركة في الأنشطة المختلفة وتشابه الاهتمامات، يساعد الفرد على التمتع بالصحة النفسية، ويعتقد المسنون أن علاقات الصداقة تساهم في رفع الروح المعنوية لديهم، وتمدهم بقدر من المتعة قد لا تؤمنه الصلات الأسرية، التي تمثل واجباً بالنسبة للبعض، عليه أن يؤديه إيفاء بالتزاماته العائلية (أبوسريع 1995؛ أرجايل 1993:2002; Bowling,et al)) وهو ما توصلت إليه دراسة نجوى اليحفي (2004) من ارتفاع درجة التفاؤل لدى المسنين كلما ارتفع عدد الأصدقاء لديهم.

بالنسبة لحجم الأسرة، برهنت النتائج أن انخفاض عدد أفراد الأسرة يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق والاضطرابات الجسدية. (تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المسنين الذين يتراوح عدد أفراد الأسرة لديهم ما بين 5 - 8، وأولئك الذين يتراوح عدد أفراد الأسرة لديهم ما بين 0 - 4 أفراد)، لكن النتيجة اللافتة ظهرت بين المسنين الذين يتراوح عدد أفراد الأسرة لديهم ما بين 0 - 4، حيث كانوا أكثر قلقاً ومعاناة من الاضطرابات جسدية مقارنة بالمسنين الذين يتراوح عدد أفراد الأسرة لديهم ما بين 9 - 15 فرداً، حيث كانوا أقل قلقاً ومعاناة من الاضطرابات جسدية، وأشارت الدراسات (عودة 1986؛; Chapleski 1981)

(Degar,1990) إلى أهمية التواصل بين أفراد الأسرة والمسن بعدم فرض نمط الحياة المعقد الذي أوجد تباعداً بينهم، والثمن هو وحدة قاسية تسبب للمسن الشعور بالقلق. ويشعر المسنون الذين يحاطون بأحفادهم، والذين يمدون لهم يد المساعدة بالرضا، أما الذين يفتقرون إلى الأسرة كبيرة العدد يضطرون إلى الاعتماد على ذواتهم مما يشكل عبئاً عليهم (Sussman & Pfeiffer,1987) فالأسرة الكبيرة على تنوعها قد تؤمن إشباع حاجات نفسية اجتماعية كثيرة للمسن، على عكس الأسرة الصغيرة، أو متوسطة الحجم، والتي يبدو أن الأبناء فيها

يعملون على إشباع حاجاتهم دون القدرة على إيلاء المسن الاهتمام الكافي. ويرى مصطفى حجازي (2000) أن كثرة الأولاد تعتبر ضماناً للمستقبل والتأمين على الغد من غوائل الدهر، وهي سبيل الإحساس بالمتعة والحصانة، وهو ما أكدته دراسة نجوى اليحفيوي (2004) من ارتفاع مستوى التفاؤل لدى المسنين الذين ينتمون إلى أسر كبيرة الحجم.

خلاصة:

مما تقدم، يتبين لنا الأهمية القصوى لمتغيرات الطبقة الاجتماعية، وعدد الأصدقاء وحجم الأسرة في حياة المسن، إذ يكفي إشباع حاجاته الأساسية، ودون السؤال عن البحوث المادية، كي يبعد عنه مشاعر القلق والاضطرابات الجسدية، وهو ما تجلى في عدم وجود فروق بين الطبقة الوسطى والعليا. كما برز عامل المساندة الاجتماعية، ممثلاً بمتغيري الأسرة والصداقة، اللذين يشكلان دعماً معنوياً، وواقعياً من المشكلات النفسية والجسدية على حد سواء، وزيادة في مستوى التفاؤل لدى كبار السن، فاحتياجاتهم تتلخص بتلبية متطلباتهم المادية الملحة، وتواصلهم مع شبكة علاقات من الزملاء وأفراد العائلة، مما يوفر مشاعر الأمن، والرضا الوجدان الإيجابي، وبالتالي الإفادة من خبراتهم وطاقتهم في المشاريع التنموية للمجتمع للحفاظ على صحتهم النفسية والجسدية.

بعض الإسهامات الحديثة في تفسير عسر القراءة عند الطفل: التناول المعرفي السيميولوجي نموذجاً

د. إسماعيل لعيس

المركز الجامعي بالوادي - الجزائر

ملخص:

يتناول هذا الموضوع عرضاً لأهم جوانب البعد السيميولوجي، في محاولة لتفسير عسر القراءة عند الطفل، بالتركيز على موضوع الاضطراب في حد ذاته، وهو اللغة الكتابية، وبالاعتماد على أداة التحليل السيميولوجي التي تقوم على تصنيف الوحدات الخطية حسب طبيعة العلاقة بين المرجع والشكل من جهة، وبالنظر إلى طبيعة الوظيفة المعرفية التي يؤديها الفرد في استعماله للغة الكتابية، أي الوظيفة الرمزية من جهة ثانية، وهو ما يحيلنا إلى مجال دراسة معرفية بالأساس بأدوات سيميولوجية.

Résumé:

A travers le présent travail on essaye d'exposer les principaux éléments de la dimension sémiotique dans le cadre de l'explication de la dyslexie développementale, et ce, sur la base de l'objet même du trouble, c'est-à-dire la langue écrite, en ayant recours à l'outil d'analyse sémiotique basé sur la distinction entre différentes unités graphiques selon la nature de la relation qui unit la forme du signe à son référent d'une part, et en se référant à la nature cognitive des opérations incluant l'utilisation du langage écrit, c'est-à-dire la fonction symbolique d'autre part, ce qui nous renvoie à un champ d'étude cognitive avec des outils sémiotiques.

مقدمة:

لقد ساد التوجه العضوي العصبي في تفسير عسر القراءة، عند الراشد في أول الأمر كما امتداد لدراسة الحبسة، وذلك منذ بداية الاهتمام بهذا الاضطراب في مطلع القرن 20، وحتى يومنا هذا، حيث أخذت الدراسات العصبية آفاقاً جديدة مع تقدم وسائل استكشاف وظائف المراكز الدماغية.

لكن عسر القراءة بدأ أكثر كموضوع محوري في الاتجاه الأداتي، كون هذا الأخير نشأ في سياق ظهور "علم النفس التربوي" في الدول الأنجلو - سكسونية و "علم النفس المدرسي" في الدول الفرنكوفونية. هذا الاتجاه الذي يشمل بالاهتمام عدة عناصر ذات طبيعة معرفية، ركز أكثر على ما يعرف "بالإدراكات، أو المكتسبات الأولية"، بينما أصبحت العمليات، أو الوظائف الذهنية العليا: الذاكرة، الذكاء واللغة الشفوية تمثل تدريجياً، مع التراكم المعرفي المتزايد، موضوعات الاتجاه المعرفي والاتجاه اللساني في دراسة صعوبة تعلم القراءة عند الطفل.

في إطار البحث في مجال صعوبة القراءة، ورغم التركيز على دراسة العوامل المسببة، إلا أن ذلك لم يؤد إلا لزيادة التباين بين وجهات النظر المختلفة، بل ونشوء وجهات نظر جديدة.

إن منشأ هذا التباين مرتبط بالاختصار على مظهر، أو مجموعة مظاهر، من نفس الطبيعة، من صعوبة تعلم القراءة، حيث يبنى عليه تفسير الاضطراب، مع إهمال تظافر العوامل مع بعضها البعض، وبالتالي فقد أهمل "موضوع" الاضطراب (اللغة الكتابية) في حد ذاته، كمنطلق أساسي في رأينا لدراسة صعوبة تعلم القراءة، مما يقودنا حتماً إلى ميدان الدراسة السيميولوجية، وما يتصل باللغة الكتابية من سلوكيات خطية سابقة الظهور، باعتبار أن اللغة تمثل إحدى أطوار نمو التعبير الخطي.

يمثل التعبير الخطي أهمية قصوى، كون الوظيفة الرمزية، خلال النمو المعرفي للطفل، تصبح غير منحصرة في المظهر الحركي (التقليد البعدي واللعب الرمزي) بفضل ظهور التعبير الخطي، أو الرسم، خلال العام الثالث من حياة الطفل، وهو إعلان عن بداية اندماج واستيعاب هذا الأخير للنظام الخطي الذي يمهّد لظهور واكتساب نظام اللغة الكتابية، من هنا كانت الضرورة لدراسة الرسم عند الطفل عسير القراءة.

الخلفية النظرية المعرفية - السيميولوجية لنشاط الرسم:

من أبرز مظاهر نمو القدرات الذهنية، هو ما اتفق رواد الاتجاه البنائي التفاعلي (constructivisme interactionniste) المفسر لهذا النمو، بتسميته "بالوظيفة" الرمزية (Wallon, ; 1945, Piaget 1942)، رغم اختلافات تتعلق بأصولها ومنشأها. وتكمن "قوة"

الوظيفة الرمزية، حسب Wallon في الطابع المميز للرموز والدلائل المتمثل في بناء تقابل دال - مدلول، وذلك عن طريق عدة وسائط. لكننا نجد الرسم من بين الوسائط الأخرى، ومن الناحية التطورية، أول مظهر يفصل الوظيفة الرمزية بدرجة كبيرة عن المظهر الحركي، كونه يتبع اللعب الرمزي، ليليه "بناء الصور الذهنية" حسب Piaget، ويشترك معها في "تقليد الواقع"، فمصدر التمثيل خارجي. لذلك فإن Luquet، الذي قدم مراحل تطورية للرسم عند الطفل يُعتمد عليها إلى اليوم، يمثل هذا المصدر الخارجي، والذي يتحول تدريجياً إلى "نموذج داخلي" (modèle interne)، يمثل، إذن، أساس التغير في تطور مراحل الرسم عند الطفل. أي أن الرسم يؤول إلى الاكتمال كلما تشعب هذا الأخير بخصائص الواقع، بالاعتماد على القدرات الذهنية للطفل في المقام الأول: فمن مجرد تجميع العناصر المرجعية من خلال الرسم، دون إظهار علاقتها والتنسيق في ما بينها، إلى القدرة على تمثيل العناصر بأبعادها، وعلاقتها مع بعضها، كما تبدو في الواقع، فيعبر ذلك عن تطور في التنظيم والإدراك المكاني لدى الطفل، ويظهر من خلال استعمال وحدات خطية جديدة من حيث طبيعتها السيميولوجية تماشياً مع هذا التطور.

غير أن هذه الوحدات، أو "الدلائل الخارجية"، ليست مجرد وسائل لنقل "الدلائل الداخلية"، فهناك أدوات خارجية يعكس استعمالها أشكال وعمليات فكرية، أو ما يسمى "بالترميز" الذي تشترك فيه أدوات التمثيل المختلفة، كاللغة الشفوية، الكتابية، الرسم،...إلخ. لذلك، فإن السيميولوجيا الذهنية (la sémiotique cognitive) اليوم لا تقرب أكثر من نمط تمثيل واحد، وهو "التمثيل الأيقوني" (La représentation iconique)، الذي تتغير درجة تجريده حسب نظام الوحدات المستعملة (Meunier, 1999) (أي نوعية العلاقة بين الدال والمدلول في هذه الوحدات، والتي على أساسها بنيت عدة تصنيفات للوحدات السيميولوجية التي تحمل بالضرورة صفة "التمييز"، أو الاختلاف (différenciation) بين شكل ومدلول: "إذا كان الدال يتميز عن المدلول، فإن علاقتهما تتطور بتطور الطفل، وبخاصة أثناء المرحلة الحسية - الحركية" (Piaget, 1966). فتطور العلاقة دال - مدلول، من ناحية درجة التجريد في استعمال وحدات النظام السيميولوجية يمكن تصورها، من هذا المنظور، على أنها تمثل مؤشراً على نمو الترميز، لفظية أو خطية، ومؤشراً في نفس الوقت على نمو الوظيفة الرمزية التي تبني، كما تمت الإشارة إليه سابقاً، على تطور القدرات الإدراكية المكانية بدرجة كبيرة، ولذلك فهي ترتبط في البداية بالقدرة على فك الترميز (décodage).

يمكن تحليل القدرة على التحكم والمراقبة على النشاط الخطي بداية من الخريشة إلى

الكتابة، وفق ثلاثة مستويات: مستوى حركي، إدراكي، وتمثيلي (Lurçat,1974).
بما أن الوظيفة السيميولوجية تقوم على الجانب التمثيلي في المقام الأول، فإنه سيمثل محور اهتمامنا في نشاط الرسم؛ مع كون الجانب الإدراكي والحركي يتصل كل منهما بقدرات خاصة، فإنهما قد يشكلان موضوعات مستقلة في البحث: الإدراك والذاكرة البصريين، من خلال إعادة نماذج خطية (Bourdier,1964) والتنفيذ الحركي للرسم (Goodnough,1977). (Wallon ,1987 ; Bleu,1977).

الرسم كموضوع سيميولوجي:

لقد بين بعض الباحثين أن "نشاط التمثيل مرتبط بالوظيفة الرمزية، أي تلك الوظيفة التي يقوم بها الإنسان لإنجاز الرموز. ومن هذه الرموز يمكن أن تنشأ تمثيلات مادية من نمط إيقوني، ولكن أيضاً تمثيلات معرفية" (Peraya,1995,p131). كما أن الأساس المشترك لكل مظاهر و"أدوات" الوظيفة الرمزية، أو السيميولوجية، وفقاً لـ Piaget، والتي من بينها الرسم، يتمثل في القدرة على تمثيل الواقع عن طريق أشكال دالة تتميز عن مدلولاتها. في نظر الكثيرين، فإن أنسب طريقة لفهم ودراسة "الصورة"، كمنتوج لنشاط الرسم، وكمعطى سيميولوجي، هي تلك التي قدمها Bresson (1987) والتي تتضمن ثلاث مجموعات من العمليات (Deleau,p153):

- "العمليات الداخلية للصورة"، لوضع العلاقات في ما بين العناصر الموجودة في الصورة، وهو ما يعادل مستوى التركيب في العبارات اللغوية.
- "عمليات خارجية عن الصورة"، تسمح بالتعرف على الإحالة (référenciation) التي تؤديها عناصر الصورة في علاقاتها مع الواقع، مثلما هو الحال في علاقة الكلمة بالشيء.
- "عمليات خاصة بالشكل الدال"، تتعلق بالإنجاز المادي: التمييز بين الصورة والسند، اتجاه إنجاز وقراءة الرسم... الخ.

لقد بينت الدراسات حول قراءة الأطفال للصور، حساسية هؤلاء لطابع التشابه بين الصورة والموضوع، والذي لا يتطلب أي تعليم، وقد يمثل "تجهيزاً أساساً" في الإنسان، في حين أن مستويات العمليات الأخرى الضرورية للوصول إلى فهم الصورة، فإن اكتسابه يكون تدريجياً. يمكن القول، إذن، أن القدرة على التعرف على الطبيعة الشبيهة من العنصر المرجعي، وتمثيله الخطي، وكذا إنجازها في ما بعد، هو شرط ضروري أولي في "الوظيفة التمثيلية الصورية".

وكتمثيل مادي للأشكال، يمكن تقطيع الرسم إلى "وحدات دالة ووظيفية"، بحيث تحمل كل وحدة دالة معنى خاصاً بها في ذاتها، أو بارتباطها بوحدات أخرى (Richard، 2000).

انطلاقاً من هذا المنظور الدلالي، تتأسس القيمة السيميولوجية للدليل الأيقوني، المتعلقة بكيفية وطريقة مساهمة هذا الدليل في بناء المعنى ونمط دلالاته.

بالرجوع إلى المنطلق المفاهيمي للسيميولوجيا، تتأسس هذه الأخيرة وفقاً لروادها الأوائل (1931، De Saussure؛ 1914، Peirce) على مفهوم "الإحالة إلى شيء آخر"، يمكن من التعرف عليه وتفسيره حسب الوضع المتعارف عليه ثقافياً في المجتمع في زمن معين. هكذا، فإن كل نظام من الدلائل يمكن أن ينشئ علاقات تواصل بين الأفراد، ويبني علاقة خاصة بينه وبين الأنظمة الأخرى.

فالدليل الأيقوني، أو الصورة، مثلها مثل اللغة، تمثل نظاماً من الدلائل، غير أنه إذا كان ليست هناك علاقة بين العنصر المرجعي الذي يحيل إليه الدليل في الواقع، والدال كسند مادي لهذا الدليل، فإنه في حالة الدليل الأيقوني نوع من العلاقة التشابعية بين العنصر المعين والدال، ففي الحالة الأولى يحمل الدليل طابع "الاعتباطية"، أما في الحالة الثانية، فهو يحمل طابع "التشبهية" أو التماثل أو "الأيقونية".

غير أنه إذا كانت صورة الشيء تشبه الشيء نفسه، فهذا لا يعني أنها تعتبر إعادة إنتاج دقيق له، "فالصورة تعمل وفقاً لسيرورات دلالية متعددة ضمن العمليات المعرفية المؤدية لها".

في هذا السياق، حاول Peraya (1995) دمج سيميولوجيا الدلائل البصرية بالإطار المعرفي للتمثيلات من خلال دراسة العلاقة، والتمييز بين الشيء في الواقع، والشيء كموضوع مدرك، الشيء المتخيل والشيء المتمثل، فكل شيء مستقل عن الشخص هو عنصر من الواقع، يصبح مدركاً عند رؤيته من طرف هذا الشخص، ليصبح موضوع تفسير في خيال الشخص (شيء متخيل) ثم يتجز مادياً ويتخذ المزداد (شيء ممثل).

في هذا الإطار، يمثل الدليل الأيقوني تمثيلاً "النموذج المدرك" للشيء في الواقع (Peraya، 1995، p127): "ليس لنشاط الرسم كهدف نقل سلبي للواقع، لكن إنجاز الواقع

في تركيب جديد" (Rondal، Hurtig et al، p578).

هناك اتفاق واسع لاعتبار بنيات ووظائف التمثيل الذهني، السابق والمؤدي إلى التمثيل الأيقوني، تتحدد بشكل أساسي بوظيفة الذاكرة المتمثل في "استدخال العالم الخارجي" (Denhiere، 1992، p37). هذا الدور للصور الذهنية، يوفر للفرد "مادة معرفية" قابلة للاستعمال منها، مثل مادة العملية الإدراكية المباشرة، وهو ما تبين من خلال ملاحظة أن

الأفراد الأكثر قدرة على التصور الذهني لديهم أكثر قدرة على "توليد التمثيلات" (Reuchlin et al, 1990, p102).

في إطارها السيميولوجي، أخذنا بعين الاعتبار نوعين من بين ثلاثة أنواع في تصنيف الوحدات السيميولوجية حسب Peirce:

- الأيقونة، التي يحمل شكلها الدال خصائص، أو ميزات، من العنصر المرجعي، ويبني التعرف على طابعه وقيمه الشبيهة على ما هو متفق عليه ثقافياً؛

- الرمز، لا يتضمن علاقة شبيهة، ولا ترابطية، بل يتميز باعتباطيته، كالدلال اللغوية بصورة خاصة.

هذا التصنيف مبني على أساس الاتجاه نحو زيادة درجة التجريد من "المؤشر" وهو الأكثر قريباً وارتباطاً بالتجربة المادية إلى الأيقونة، بتمثيلها لخصائص العنصر المرجعي الشكلية بدرجة معينة إلى الرمز الأكثر تجريداً من باقي الوحدات.

تطور استعمال الرسم في دراسة عسر القراءة:

لقد سبق لـ Kopp أن بين أن بعض الأطفال المعسورين "يجدون متعة خاصة في عالم الخيال والألوان، ويبعدون قصصاً تخيلية، ويقومون بأعمال يدوية متفوقة".

وإذا كانت لم تتحدد في هذه الأعمال طبيعة نشاط الرسم المطلوب من الطفل، ولم يتحدد معه معيار، أو معايير، تقييم الرسم، فإن القليل من أخذ في الحسبان نمط مهمة الرسم (Critchley, 1974). ففي ملاحظاته حول 125 من الأطفال المعسورين في مهمة رسم حر، وجد 17 منهم فقط يمتلكون "قدرة فنية" أعلى من المتوسط، أما غالبية مجموع الحالات فوصفت أعمالهم "بعدم النضج" و"الغرابة" أحياناً؛ فالرسم يحتل حيزاً صغيراً بدرجة غير طبيعية، كما أنه يحدد عن مركز الورقة بشكل ملحوظ.

أما النمط الآخر من الرسم، فتمثل، بالنسبة لنفس الباحث، في مهمة رسم موضوع مقترح يتعلق بـ "رسم دراجة"، والذي يسمح في نظره بالكشف عن اضطراب "مكاني بنائي كامن" (Critchley, 1974, p99).

درس Alverman (1983) كيف يمكن استعمال "منظم صوري" (Organisateur) Pictural في الإنجاز اللفظي لكلمات مجردة، وفهمها من طرف المصاب بصعوبة تعلم القراءة، أو المعسور. يمثل هذا المنظم الصوري، الذي يرافق النص، شكلياً، العلاقات الدلالية بين الكلمات الهدف بعضها ببعض في هذا النص، مما يساعد الطفل، حسب الباحث، على تطوير "استراتيجية ذاكرية" (Stratégie mnésique) لاكتساب معاني الكلمات، بفضل توفر

كم من المعلومات المتضمنة في هذا السياق لدى الطفل.

تفحص Barr (1986)، بدوره، أثر الرسومات، أو التشكل الصوري، في القراءة لدى أطفال معسورين، حيث يتعلم هؤلاء الأطفال القراءة بمساعدة دليل مدرسي يتناسب مع مستواهم الدراسي، وذلك وفق نشاط قراءة موجهة. فتبين من خلال تحليل نتائج الاختبار البعدي، أن هذه الأخيرة أحسن من تلك المحصل عليها في الاختبار القبلي. فيتعلق الأمر حسب الباحث بأثر إيجابي للرسومات، ودليل على فعاليتها.

من جهته، عاين Bernard (1990,b) كيف يستفيد أطفال سيثو القراءة من اقتران "مؤشرات تيبوغرافية" (indices typographiques) بقراءة نص وإعادته من الذاكرة، وذلك بالمقارنة مع قراء عاديين. فتوضح للباحث الأثر الإيجابي لهذه المؤشرات التيبوغرافية في هذا النشاط، حيث لعب دور المنظم الخطي في النص.

مجموع مثل هذه النتائج دفع بالبعض إلى إنشاء طرق علاجية، كما هو الحال بالنسبة لـ Mavrommati et Miles (2002) اللذان وضعوا "الطريقة الصورية" (Pictographique Méthode) لاكتساب وتعلم اللغة الكتابية اليونانية، أو (Picto Méthode).

هذا الدور تؤكدته دراسة Mokhtari et Richard (1998) التي أظهرت فروقات واضحة من حيث عدد الكلمات، الجمل، والأفكار المكتوبة بين مجموعتي 60 فرداً من التلاميذ في السنة الدراسية الثالثة، حيث يرسم الطفل موضوعاً حراً، ثم يعبر عنه كتابياً في المجموعة الأولى، أما المجموعة الثانية فلا يسبق الكتابة الرسم.

رغم أن كل هذه الدراسات لا تتأسس على نموذج نظري معين، فإنها سمحت بتوجيه الاهتمام وفتح الطريق حديثاً نحو دراسة "نشاط" الرسم، كمؤشر على النمو المعرفي لدى القارئ العادي (Chapell et Steitz, 1993)، والقدرة على التنسيق البصري الحركي (Bensur et Eliot, 1993) الذين أكدوا الارتباط الإيجابي بين المتغيرين.

كما شكل كل من الإدراك والتنظيم المكاني، موضوع دراسة مفضل عند تناول صعوبة تعلم القراءة، حيث يظهر اللجوء إلى وسيلة الرسم أمراً ضرورياً. يتعلق الأمر بصورة خاصة بمهمة إعادة إنجاز أشكال هندسية معقدة: الصورة المعقدة لـ Rey، الصورة المعقدة المعدلة لـ Osterrieth et Rey، أو باختبار "الدوران الفضائي الذهني" (rotation mentale). ويعد سلسلة اختبارات على مجموعتين من الأفراد الراشدين، قراء عاديين، ومعسورين، يخلص Malinsky (2000) إلى أن النتائج لا تؤيد الاعتقاد الشائع بأن عسر القراءة مصاحب بمظاهر تعويضية ذات طبيعة بصرية مكانية، بل على العكس من ذلك، فإن المعسورين لم يظهروا

تفوقاً ذا دلالة إلا في اختبار "التعرف على الأشكال المستحيلة"، والتي تتطلب دمج أجزاء من الرسم في كل متكامل. أما في باقي المهام فقد كان المعسورون مساوين، أو أقل كفاءة، من الأفراد العاديين.

إلى جانب ذلك، نجد الدراسات التي تمت على أطفال معسورين تهتم كسابقاتها بعلاقة بعض القدرات الذهنية بعسر القراءة دون الاهتمام بالدراسة المعمقة لخصائص الرسم لدى المصاب بهذا الاضطراب، حيث يظهر أن للطفل المعسور مستوى من "الإبداع الصوري (Créativité figurale) مماثل للمستوى الموجود في الحالات العادية من السن نفسه، وذلك من خلال اختبار تجميع أشكال هندسية أساسية لتكوين أشياء معينة (Everatt, 1999). فالأطفال المعسورون، من مستوى التعليم الابتدائي والثانوي، تمكنوا من إنجاز هذه المهمة في المستوى نفسه الذي لأقرانهم من القراء العاديين. الأمر نفسه أكدته دراسة حالة لـ Romani et al (1999) الذي كان أداءه متوسطاً لمهمة تتصل بالذاكرة البصرية للرسم، أو التشكيل الفضائي، عن طريق إعادة رسم أشكال هندسية.

إلى جانب القدرة الإبتكارية، مثل المظهر الخطي المحض جانباً رئيسياً في دراسة نشاط الرسم لدى المعسور (Pontius, 1983) من خلال مهمة "رسم رجل"، بناءً على معيار "الأخطاء" المرتكبة في الإنجاز، والتي تذكر حسب الباحث بتلك الملاحظة في الكتابة، والتي لا تتراجع تماماً حتى بالتدريب.

في سياق الاتجاه المعرفي لبياجيه، أظهرت نتائج فحص أطفال "سيئي القراءة" (Aman et Casale, 1980) بواسطة اختبارات تتضمن نتائجهم عن القراء العاديين في هذا الاختبار، لكنهم يتماثلون في اختبارات أخرى تعتمد على التعرف على أشكال هندسية وتصنيفها. في الاتجاه نفسه، أظهر تحليل Klees et Lebrun (1972) لنتائج أفراد سيئي القراءة في "اختبارات صورية"، درجة من التأخر قدرها 80% بالمقارنة مع النتائج المعيارية للاختبار، والذي يناسب حسب الباحثين حوالي السنة من الزمن العمري، خاصة في القدرة على الاحتفاظ (Conservation) والترتيب (Sériation).

قدم Levin (1973) مجموعة من القصص القصيرة في شكل كتابي، وسند أيقوني، أو صورة لتفحصها من طرف مجموعة أطفال معسورين في مستوى السنة الرابعة الابتدائية، فتبين له أن فهم القصة وفق السند الأيقوني يفوق ذلك الحاصل وفق الشكل الكتابي.

غير أن الأعمال التي اهتمت بالصورة الذهنية (Images Mentales) لدى المعسورين، رغم قلتها، تعطي نتائج مغايرة. فحسب Mackworth et Mackwork (1974)، فإن الصور

البصرية للكلمات المخزنة في الذاكرة طويلة الأمد تتصف بعدم الوضوح عند الأفراد سيئي القراءة، وهذا ما يعرقل بصورة خاصة عملية الكتابة لديهم. هذا النموذج من الدراسات يعكس التصور الذي مفاده أن وظيفة الصور الذهنية للمسعودين مضطربة (Fijalkow, 1990). لقد عرضت نتائج دراسة pontius (1983)، وهي أولى الدراسات القليلة التي اهتمت لموضوع مقترح كمنتوج لدى عسيري القراءة على اعتبار أن رسم موضوع مقترح، رسم إنسان على الخصوص له بالعديد من خصائص اللغة الكتابية: التنظيم المكاني الزماني، تركيب الوحدات... إلخ، وكانت الملاحظة الأساسية على إثر هذه الدراسة أن الاختلالات، أو النقائص، في الرسم، تقارب في مظاهرها تلك الموجودة في الكتابة. وبناءً على مثل هذه الملاحظات، كما في الدراسات التي تناولت النشاط الخطي نفسه في الرسم، وطريقة الأطفال عسيري القراءة في إنجازهم حركياً (Wallon, 1990)، اقترحت برامج لتأهيل المهارة الحركية والتنسيق والتنظيم المكاني، أملاً في الوصول إلى تحسين مردود الطفل في النشاط الخطي، وبالتالي في الكتابة.

بالرغم من تقييد مثل هذه الدراسات بالإطار الأداتي لتناول صعوبة تعلم القراءة، التي يعتمد على الجوانب الحسية - الحركية الإرادية، ذكرت عيوبها ونقائصها في الجانب النظري، إلا أن هناك ربطاً وثيقاً بين جانبي الاستقبال والنتائج، أي تفسير مظاهر صعوبات استقبال الرموز الكتابية (القراءة) عن طريق الإنتاج الخطي (الرسم) للطفل، وهي إشارة إلى أن الأسس الذهنية التي تعتمد عليها معالجة الوضع الخطي متماثلة، سواء تعلق الأمر بعملية الترميز، أو عملية فك الترميز، وما يدفع إلى هذا التصور هو ملاحظة أن الأخطاء تحصل في القراءة من نمط أخطاء الكتابة نفسه لدى عسيري القراءة، كما خلصت دراسة pontius إلى وجود "خلل نوعي"، بالإضافة إلى اضطرابات القراءة والكتابة لدى عسيري القراءة، دون أن يوضح هذا الخلل النوعي الذي يميز عسيري القراءة عن القراء العاديين.

غير أن الرسم لم يحظ بالدراسة لذاته، كنظام اختبار من طرف المستعمل. هذه المقاربة تعكس إلى حد ما "التفاعل بين الدلائل الخارجية...، والصور أو النماذج التي يمكن اعتبارها تمثيلات، أو دلائل داخلية" (Meunier, 1999.p35)

من ها المنظور، انصب اهتمامنا على الوحدات المستعملة في الرسم، والذي يندرج في مجال "السيمولوجيا المعرفية" (Sémiotique Cognitive) المطبقة هنا على حالة عسر القراءة، والتي من أهم محاورها وأهدافها التعرف على وظائف الصور الذهنية، عن طريق الصور المادية، وتأثير تغيراتها على الجانب الأول.

مبادئ التحليل في دراسة الرسم لدى هسير القراءة:

منذ (1974, Lurçat)، أصبح يعرف أن النشاط الخطي يتوظف على أساس التحكم في 3 نواحي: حركي، إدراكي، وتمثيلي. هذا الجانب الأخير يظهر من خلال العلاقات المبكرة بين استعمال اللغة والإنجاز الخطي.

لقد طور Cambier et Ostrieth فكرة تحليل "رسم إنسان وفق تعليمة"، حيث أخذنا في الاعتبار بصورة خاصة: دور التعليمة، أهمية الإسهام الحركي، إسهام الإدراك، وتأثير المقصد (التيار المؤسس على الدافعية). على هذا الأساس، حصرت (1990) Cambier هذه الجوانب في ثلاثة عناصر: "الإسهام الحركي"، المتعلق بالحركات اليدوية، والذي يرتبط بمستوى النضج العصبي - العضلي للشخص؛ "الإسهام الإدراكي" المتعلق بتمثيل الأشياء، والذي يتولى مراقبة الحركة و"الإسهام الفكري، أو المعرفي"، حيث أن "قيمة دلالة الخط تحيل بالضرورة إلى المعلومات المكتسبة والمحفوظة في الذاكرة... هذا التمثيل يتطور تبعاً للمحيط ولسن الطفل، فليس هناك من غرابة إذن من أن يكون تشبع ودرجة اكتمال الرسم، وتنظيم أجزائه... تعبيراً عن مستوى تطور الطفل. فبعد أن كان إنجاز الرسم منحصراً في المجال الإدراكي - الحركي يصبح يتسع إلى مجال رمزي وسيميولوجي" (Cambier, 1990). هذا المظهر السيميولوجي للرسم تقترح في تحليله النظر إلى الوحدات المكونة له، المستعملة من خلال الرسم (الأيقونات والرموز) وفق مستويين بنيوي وسيميولوجي.

من الجانب البنيوي، أو التكويني، للرسم، نجد Borelli-Vincent يقترح، من أجل "دراسة شاملة" في تحليل "رسم العائلة"، المظاهر البنيوية للشخصيات من حيث تنظيمها مكانياً كما تظهر. غير أن الأمر يتعلق هنا بالكشف عن الدلالات الإسقاطية، والصراعات لهذه المظاهر الخطية. من جهتنا، اقترحنا التمييز الواضح بين مستويين، بنيوي وسيميولوجي، من أجل إبراز الاختلاف، والتمييز بين فئتين رئيسيتين من الوحدات المستعملة الخطية: الأيقونات والرموز، المتقابلتين على أساس نمط العلاقة، تشابهية اعتبارية على التوالي، بين الدال والمرجع.

يتم تصنيف الوحدات، بعد التعرف عليها، والكشف عنها، في المستوى البنيوي، وفقاً للعناصر التي تتضمنها التعليمة، والمشار إليها سابقاً، والتي تتطلب لأجل تمثيلها خطياً استعمال الأيقونات بشكل خاص: أشخاص، الأشياء، التنظيم المكاني بين الشخصيات. أما المستوى السيميولوجي، فيتضمن العناصر التي يتطلب تمثيلها خطياً، استعمال الرموز بصورة خاصة: كبير/ صغير، فعل/ رد فعل، القيم/ الواقعية. ويكون التقييم في مهمة الرسم.

في دراسة تحليلية مقارنة للخصائص السيميولوجية لرسم موضوع لدى الطفل عسير القراءة (لعيس، 2005)، وانطلاقاً من مبادئ التحليل المشار إليها سابقاً، تم الاعتماد على التحليل الكمي للأيقونات والرموز في المستويين البنيوي والسيمولوجي عند كل فئة عمرية من القراء العاديين والمعسورين، موضحاً الفارق في استعمال صنفين رئيسيين من الوحدات في الرسم: الأيقونات والرموز، وهو ما يحدد نمط التمثيل الخطي الذي تتميز به كل فئة في كل مستوى من التحليل، بالنسبة لكل الفئات، لكن بدرجات متفاوتة.

يعتبر هذا التحليل، كذلك، كدليل على أن ما تقوم شبكة التحليل المقترحة من فصل بين مستوى بنيوي (تكويني) وسيمولوجي، وهو مؤسس على نظرة سيمولوجية قائمة على طبيعة الوحدات المكونة.

يبدو أن الخصائص السيميولوجية المشتركة بين القراء العاديين وعسيري القراءة، والتي تنتقل إلى اللغة الكتابية، هي الخصائص الأيقونية التي تقاربت نسبها بين المجموعتين، لكنها لا ترتبط بدرجة ذات دلالة بمستوى القدرة القرائية، إلا عند عسيري القراءة فئة 8-10 سنوات، وهذا اعتماد اللغة الكتابية على التمثيل الرمزي، كما يتوضح من خلال درجة الإرتباط بين درجات الرموز، ودرجات القراءة في فئة 10-12 للقراء العاديين.

لذلك فإن التمثيل الأيقوني لا يعد نقطة اختلاف بين المجموعتين حول دوره في القدرة القرائية، لأنه كما تبين في العديد من الدراسات (Levin, 1973) أن معالجة وفهم الخصائص الأيقونية (الصورية) لا يختلف بين العاديين و المعسورين، فلماذا إذاً، تمثل الخصائص الرمزية صعوبة لدى عسيري القراءة؟

إن الصورة الذهنية للكلمة (mentales images les) التي تحيل إلى الصورة الذهنية المنبتقة من الكلمة، أو المدلول، والمخزنة في الذاكرة طويلة الأمد، تكون غير واضحة لدى عسيري القراءة (Worth, 1974 et Mackworth)، ولهذا فإن قراءة المقاطع دون معنى (non mots-) تكون أصعب لديهم من الكلمات، وهذا لغياب البعد الأيقوني في هذه المقاطع الذي يحيل أن يتصل بالصورة الذهنية، أو المدلول، وعليه فإن تفسير الصعوبة في القراءة ينبغي أن يعتمد على الطبيعة السيميولوجية للوحدات موضوع التعرف. ويتمشى هذا التفسير مع الفكرة السائدة حالياً حول وجود "قاعدة ذاكرية" (base de mémoire) يتم ضمنها تنشيط وحث نفس الوضع الدلالي (code sémantique)، كنظام معالجة، من طرف المشيرات ذات الطابع الصوري (figuratif)، أو اللفظي. وذلك ما يتبين من خلال، الخصائص المتشابهة لترميز الرسومات، وخصائص ترميز الكلمات من جهة، ومن جهة ثانية "القوانين" المتشابهة في الحفظ

الذاكري للمعطيات الصورية والمعطيات اللفظية (Anderson et Paulson, 1978).

لكن ذلك لا يعني أنه ليس هناك اختلاف بين كيفية التعرف والتمييز بين النمطين من المثيرات: فهناك "طرق دخول" لهذا النظام، وبعضها سريع بالمقارنة مع الطرق الأخرى. فتمثيل دلالي معين (représentation sémantique) يمكن أن يتم تنشيطه بصورة أكثر آلية، وبالتالي بسرعة أكبر، لما يتعلق الأمر بمثير صوري في ما لو كان هذا المثير لفظياً. أما المعلومات حول المثير السمي تصبح موجودة في هذا التمثيل، فهي ذات طبيعة مفاهيمية (conceptuel) محفوظة في صورة مجردة لا تحمل إلا قدرأ ضئيلاً من المعلومات الصورية، أو اللفظية للمثير عند التقاطه (Guenther, 1980).

لكن لماذا هذا الخلل السيميولوجي يمس فقط القدرة على التمثيل الخطي، دون المظاهر الأخرى من هذه الوظيفة، كاللغة الشفوية مثلاً؟ نعتقد أن ذلك راجع لعامل زمني بالدرجة الأولى، حيث أن ظهور النشاط الخطي يظهر متأخراً بالمقارنة مع الجوانب الأخرى. كما أن الخلل يكمن في نظرنا في "الأداء" (performance) وليس في "القدرة" في حد ذاتها (compétence)، وهو ما يتضح من خلال نتائج عملية إعادة التربية.

وبالتالي، فإن القدرة على التمثيل الرمزي، باستعمال وحدات أكثر فأكثر اعتباطية وتجريد، ترتبط بعامل القدرة القرائية، ونرفض الفرض الأصغري الثاني.

خلاصة:

انطلاقاً من المنظور المعرفي، نعتبر أن لدى القارئ قدرة سيميولوجية تسمح له بمعالجة الرموز الكتابية والتعرف عليها، ومن ثم فهم المقروء.

فالقدرة القرائية تبنى، إذن، بشكل أساسي، على نمو القدرة السيميولوجية الخطية التي تتجلى في مظاهر نمو التعبير الخطي، والتي تمثل أهم مظاهر نمو القدرات المعرفية، حيث تتجلى هذه القدرة السيميولوجية في القدرة المتواصلة والتدرجية على تمثيل العناصر أكثر فأكثر تجريداً، أي أكثر فأكثر اعتباطية من منظور علاقة الدال بالمرجع.

يظهر من خلال تحليل المعطيات المحصل عليها في هذا البحث أن الأطفال عسيري القراءة من الفئتين العمريتين يختلفون عن القراء العاديين، حسب السن، في القدرة على التمثيل الخطي للرموز في رسم موضوع مقترح، حيث يغلب لديهم النمط الأيقوني من الوحدات السيميولوجية. فالتمثيل الذي يعتمد على إعادة تكوين صورة ذهنية خاصة بعنصر مرجعي

معين لا يتم بالمهارة نفسها، كما عند القراء العاديين. هذا القصور الإدراكي الذاكري لا يمكن ربطه بالإنجاز الحركي اليدوي، لأن تمثيل نمط الإيقونات لا يختلف عن الحالات العادية. وهذا الاختلاف في القدرة السيميولوجية على التمثيل الخطي، من خلال الرسم، يظهر كذلك حسب عامل السن فقط عند القراء العاديين، مما يدل على وجود متزامن (coexistence) بين ضعف القدرة القرائية من جهة، والقدرة السيميولوجية الخطية من جهة أخرى، وهذا ما أظهرته قيم العلاقة الارتباطية القوية بين درجات التمثيل الرمزي ومستوى القدرة القرائية.

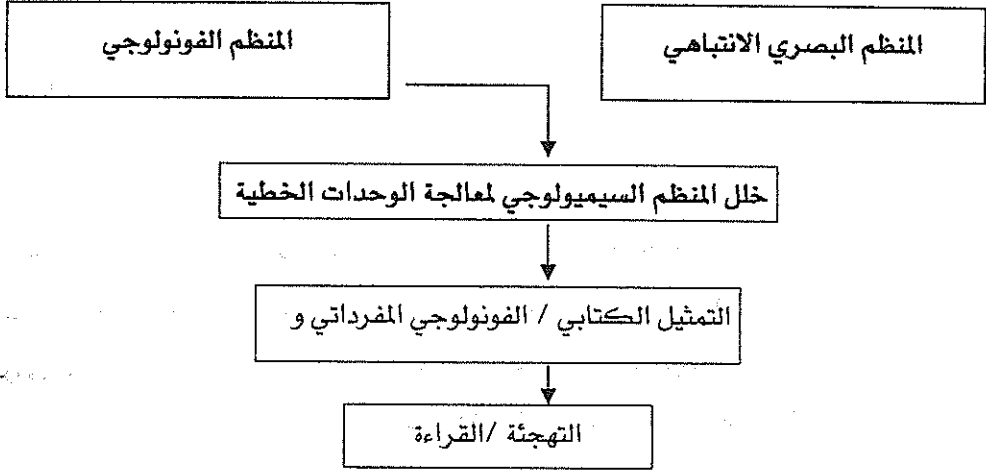
كما يتميز الأطفال عسيرو القراءة، بضعف القدرة الفونولوجية، من خلال مهمة اكتشاف وحدات صوتية داخل الكلمات، وذلك مقارنة بالأطفال العاديين، والتي تعتمد على قدرة فك الرموز للمثير السمعي (الكلمة) وربط هذه الرموز بالعنصر الهدف، أو الصوت. فمعالجة الرموز الصوتية، كما هو الحال في الرموز الخطية، تشهد قصوراً واضحاً في مهمة الكشف لدى عسيري القراءة، بالمقارنة مع أقرانهم العاديين.

إن مختلف التيارات النظرية المفسرة لعسر القراءة تطرح، كعامل مسبب، الخلل في "وظيفة منعزلة" (الانتباه، الإدراك، الوظيفة العصبية، القدرة الفونولوجية، .. إلخ) في حين أن كل وظيفة من هذه الوظائف تتطور قبل وأثناء مرحلة اكتساب القراءة، ومن هنا فهي ذات علاقات تفاعلية مع بعضها البعض، وبالتالي فإن الوظيفة في الحالة المنعزلة ليست ذاتها، وظيفياً على الأقل، كما في حالة توظيفها لأداء مهمة معينة، كالقراءة مثلاً، كما تختلف في حالتها الراهنة عن حالتها في مراحل سابقة من نموها.

فعملية القراءة تتطلب، إذن، تنشيط مستوى عالٍ من الوظيفة السيميولوجية لفك الترميز الخطي، والدليل على ذلك هو سهولة استدعاء تمثيلات الأشياء والعناصر المرجعية، أي الفهم، عندما يقترن السياق البصري (الصورة البصرية) بالسياق اللساني (النص). فوجود وسيطين من طبيعة مختلفة يؤدي إلى تجاوز صعوبات فك الترميز في المستوى الأول.

استناداً إلى المعطيات التطبيقية والنظرية، يمكن تقديم تصور صعوبية تعلم القراءة، ضمن هذا الإطار المعرفي السيميولوجي، باعتبارها خلافاً في سيرورة استدعاء مختلف التمثيلات التي تحيل إليها الرموز الكتابية، والتي تتصف بمستوى كبير من التجريد، نظراً لطابعها الاعتباطي في الدرجة الأولى.

نموذج تشكيلي مقترح يوضح موقع الخلل السيميولوجي
في عسر القراءة عند الطفل (لعيس، إ، 2005)



قائمة المراجع باللغة العربية:

- خيرى، المغازي عجاج (1998) - صعوبات القراءة والفهم القرائي (التشخيص والعلاج)، الطبعة الأولى، المنصورة: دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- لعيس، إسماعيل (2005) - دراسة سيميولوجية لصعوبة تعلم القراءة من خلال رسم موضوع مقترح، أطروحة دكتوراه دولة في علم النفس، جامعة سطيف.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- Abu-rabia.S., Share.D., Maysaloon. S. M.(2003). Word recognition and basic cognitive processes among reading-disabled and normal readers in Arabic Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal. 16 ,423-442.
- Alvermann. D.E.(1983). The mnémonique value of the picot – Organizer for Word identification among disabled readers, in reding Horizons, 29, 125 – 129 .
- Barr. J (1986). The effects of pictorial illustrations on reading compréhension of middle school learning disbaled students thèse de doctorat, university of Alabama.
- Belin. D. (1995)."J'ai treize ans, j'apprends à lire", de la constitution d'un illettré à l'émergence d'un lecture, Bulletin d'audiophonologie, XI (4 et 5), 421 – 428.
- Bensur. B.J., Eloit. J., Hegde. L. (1997). Cognitive correlates of complexity of

- children's drawings, in: percept. Motor skills, 1997. A, Estienne. F (1998). Les dyslexies, décrire, évaluer, expliqué, traiter, paris:Masson.
- Critchley. M.(1970). La dyslexie vraie, et les difficultés de lecture de l'enfant, trad. Mignard. A, Toulouse:Eduard privé, éditeur .
 - Deleau. M. (1990). Les origines sociales du développement mental, communication et symboles dans la première enfance, paris:Armand Colin.‘
 - Denhière. G., Baudet. S. (1992). Lecture, compréhension de texte et science cognitive, paris: PUF .
 - Fijalkow. J.(1990). Mauvais lectures pourquoi? Paris: PUF - .
 - Frith. U.(1999). Paradoxes in the definition of dyslexia, in: dyslexia 1999, 5 (4), 183 – 191.
 - Everatt. J. (1999). An eye for the unusual: créative thinking in dyslexics, in – dyslexia, 1999, 5 (1), 28 – 46.
 - Goswami.U., Schneider.W., Scheurich.B. (1999), Picture naming dificits in developmental dyslexia in german , Developmental Science,2-1,53-58.
 - Jacobson.C., Lundeberg.I.G.(2000). Early prediction of individual growth in reading,Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal 13, 273–296.
 - Khomsi. A. (1994). Essai de définition des dyslexies, neuvièmes journées Régionales d'Etude sur le jeune Enfant Handicapé, Amiens 42 – 26 mars 1994.
 - Lurçat. L.(1979).l'activité graphique à l'école maternelle , Paris: Ed Sociales Françaises.
 - Mavrommati. T., Miles. T.(2002). A pictographic method for teaching spelling to Greek dyslexic children, in: dyslexia, april/ June 2002, 2, 86 – 101.
 - Meunier. J.P.(1999). Connaître par l'image, in: Recherches en communication, 1999, 10, 35 – 75.
 - Mokhtari.K,C.Reichard.(1998). Children's use of drawing as a prewriting strategy , Journal of Research in Reading , 21(I) ,69-74.
 - Peraya. D. (1995). Vers une théorie des parataxes: images mentales et images matérielles, in – Recherches en communication, 4, 119 – 115.
 - Piaget. J., Inhelder. B.(1986). La psychologie de l'enfant, 12eme ed., Paris: PUF -
 - Pontius.A.A.(1983).links between literacy skills and acurate spatial relations in the representation of the face:comparison between preschool, school children ,dyslexic and mentally retarded, in- perceptual and motor skills ,57 (2) ,659-666.
 - Reinxein. J.(1998). L'illustration et texte: revue analytiques des recherches expérimentales, Québec.
 - Valdois.S. , Bosse.M-L., Ans.B. , Carbonnel. S., Zorman, M.,David,D. , Pellat.J. (2003).Phonological and visual processing deficits can dissociate in developmental dyslexia: Evidence from two case studies, Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal ,16, 541–572.‘

- Wallon.Ph. ,Lurcat.L. (1987).dessin ,espace et schéma corporel chez l'enfant, Paris:ESF.
- Wallon. Ph., Cambier. A., Engelhart. D. (1990). Le dessin de l'enfant, paris:PUF -
- Widlocher. D. (1977). L'interprétation des dessins d'enfant (9eme ed), Bruxelles: pierre mardaga. Ed.
- Wilson. D., Ratekin. C.(1990). An introduction to using children's drawings as an assésment tool, in – cognition , 34 (1). PP 57 – 83.

ملف العدد

أمراض المرأة النفسية

أمراض المرأة النفسية

إعداد: أسرة التحرير

المقدمة

القلق، والنفاس، والانفعالية، والإنهيار/ الاكتئاب، والهستيريا، وأوهام المرض، هي أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المرأة. تضاف إليها الاضطرابات النفسية المصاحبة لفترات المرأة الفيزيولوجية، مثل انقطاع الطمث، والعادة الشهرية، وفترات الحمل، والولادة. مجمل هذه الاضطرابات تلبس في الغالب أقتعة جسدية، من خلال تظاهرها بمظاهر جسدية، كمثل الغصة (شعور بلقمة عالقة في الحلق) - Hypoglossus، ونظير الربو (شعور بالضغط على الصدر يضايق التنفس) - PseudoAsthme، والدوار Vertige، والصداع Cephalee، وعدم ثبات ضغط الدم Labilite Tensionelle... إلخ من المظاهر الجسدية ذات المنشأ النفسي.

هذا الملف يحاول تقديم شرح مختصر لإمراضية هذه الحالات، وسبل تشخيصها وعلاجها، والتعامل معها، سواء في العيادة، أو عبر علاج ذاتي، وعملية تثقيف للقارئة. وعليه، فإن الكتاب يتوجه للممارسين العامين من الأطباء، وإلى المتخصصين في الطب النسائي، والقابلات القانونيات، والمعالجين النفسيين، وغيرهم من المتخصصين الذين تضعهم ظروف ممارستهم العلاجية في مواجهة هذه الاضطرابات، التي أصبحت تعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية، نظراً لتمازج النفسي بالجسدي في هذه الحالات.

وتسهيلاً لاستيعاب محتويات هذا الكتاب، تمت إضافة بعض الملاحق إليه، وهي:

- 1 - ملحق الأمراض النفسية وتصنيفها وأنواعها.
- 2 - ملحق الأدوية النفسية ومجالات استعمالها.
- 3 - ملحق المصطلحات الطب نفسية.

على أمل أن يؤدي هذا المختصر في طب نفس المرأة دوره في تقديم المساعدة للمهتمين في المجال.

الفصل الأول

اضطرابات الدورة الشهرية

1 - اضطرابات ما قبل الدورة:

تعتبر الدورة الشهرية واحدة من الإيقاعات البيولوجية للجسم الإنساني (Rythmes Circadiens). ويميل بعض الباحثين لافتراض دورة شهرية غير طمثية لدى الرجل، بحيث يعاني الرجل خلالها وقبلها من اضطرابات المزاج وتغيراته. وكان أبقراط قد وصف عوارض الدورة الشهرية وصفاً طبيياً منذ قرون عديدة. ومثلها مثل بقية الإيقاعات البيولوجية، فإن آثارها وتواترها يختلف من امرأة إلى أخرى، فالدورة الشهرية هي حدث فيزيولوجي طبيعي يؤثر بدرجات متفاوتة على قدرة النساء على العمل والإنجاز، وتؤثر في نوعية حياتهن، وفي أنشطتهن الاجتماعية. وهي قد تكون حادة بدرجة ترقى بها إلى مستوى المرض، حتى ولو كان مرضاً دورياً يحدث لعدة أيام كل شهر.

ونظراً للاختلاف في تعريف "كدر ما قبل الدورة"، فإن هناك اختلافاً في الإحصاءات حول مدى انتشاره. وفي المتوسط، نجد أن 40% من النساء يعانين من بعض الأعراض، في حين أن حوالي 2 - 10% فقط من النساء يحتجن لمساعدة طبية للتغلب على الأعراض التي تسبق الدورة. وقد لوحظت زيادة في معدلات دخول المستشفيات والحوادث والجرائم والانتحار، وغيرها من الحوادث المرتبطة بالمزاج، وبالتوازن النفسي الجسدي (السيكوسوماتي) في فترة ما قبل الدورة، حيث تكون المرأة في حالة مزاجية متعسرة بدرجات متفاوتة. وفي محاولة للتفريق بين الحالات الطبيعية، والحالات التي يمكن اعتبارها مرضية، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الأميركي الرابع DSM V I يضع اقتراحاً للخصائص التشخيصية للحالات المرضية كالتالي:

توجد خمسة فأكثر من الأعراض التالية في غالبية الشهور في الأسبوع الأخير من الدورة في السنة الأخيرة، وهذه الأعراض تبدأ في الزوال مع نزول الدورة، أو بعد نزولها بأيام قليلة:

- 1 - مزاج مكتئب بشكل واضح، مع إحساس باليأس، وانخفاض المودة نحو الذات والآخرين.
- 2 - قلق واضح، توتر، إحساس بأنها "مقفولة" أو "على الحافة".
- 3 - تغيرات سريعة في المشاعر (سيلان المشاعر)؛ فتجدها تبكي فجأة، أو تشعر بالحزن بشكل مفاجئ، أو تزيد حساسيتها للرفض.

- 4 - غضب وسرعة استئثاره دائمين، وزيادة في الصراعات الشخصية (فتكثر المشاكل والمشاجرات).
- 5 - ضعف الاهتمام بالأنشطة المعتادة (العمل- المنزل - الصديقات - الهوايات).
- 6 - ضعف التركيز.
- 7 - خمول، سرعة تعب، وانخفاض الطاقة.
- 8 - تغير واضح في الشهية للطعام: حيث تزيد الرغبة بشكل واضح للطعام، أو لبعض أنواعه على وجه التحديد، وأحياناً تقل الرغبة فيه.
- 9 - اضطراب النوم بالزيادة، أو النقصان.
- 10 - إحساس بزيادة الضغوط، وفقد السيطرة على الأمور.
- 11 - أعراض جسمانية مثل: آلام وتورم في الثدي، صداع، آلام بالمفاصل والعضلات، شعور بالانتفاخ والتورم، زيادة الوزن.. إلخ.

وهذه الأعراض تؤثر بوضوح في نشاطات المرأة، كالعمل، أو الدراسة، أو الأنشطة الاجتماعية، أو الهوايات. والسبب المباشر لهذه الاضطراب غير معروف على وجه التحديد، ومع ذلك هناك نظريات تفسر حدوث هذه الأعراض، نذكر منها:

أ - الهرمونات الجنسية: حيث وجدت زيادة في معدل الأستروجين/ بروجستيرون في الحالات التي تعاني أعراضاً شديدة. وتعتبر هذه الزيادة هي العامل الأساسي الذي يؤثر في المخ، وفي الغدد الصماء، فتحدث الاضطرابات المذكورة.

- نقص مستوى الإندورفين (المورفين الداخلي)، ويتبع ذلك زيادة القابلية للألم بأنواعه.
- اضطراب نشاط الغدد الصماء، مما يؤدي إلى اضطراب الهرمونات التالية:
 - ثيوركسين، كورتيزون، بروجستيرون، ميلاتونين.
 - زيادة البروستاغلاندين.
 - نقص الفيتامينات.
 - اضطراب الدورة البيولوجية.

ب - عوامل جينية: 70% من بنات الأمهات المصابات بكدر الدورة الشهرية يعانين من المرض.

عوامل نفسية واجتماعية: بينت بعض الدراسات أن النساء العصائيات يكن أكثر عرضة للاضطراب، وأيضاً النساء اللاتسي يرفضن الدور الأنثوي، سواء كان ذلك شعورياً، أو لاشعورياً. يضاف إلى ذلك من لديهم تاريخ مرضي نفساني سابق.

ج - العوامل الاجتماعية: ولها أثر كبير، فللمعتقدات الدينية، والاتجاهات الثقافية والاجتماعية، تأثير كبير على حالة المرأة في مواجهة تقلبات الدورة الشهرية.

2 - الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية:

ملايين النساء في العالم يعانين من الأعراض النفسية المصاحبة للدورة الشهرية، وفهم هذه الأعراض معقد جداً. فعلى سبيل المثال، عبرت النساء المصابات بهذا الاضطراب في أحد البحوث الطبية المشهورة عن وجود أكثر من 150 نوعاً من الأعراض المرضية، إذ تتراوح تلك الأعراض بين أوجاع خفيفة تخزن في الماء في أماكن مختلفة من البدن، إلى أوجاع صداع الشقيقة، والتعب الجسمي، والإرهاق العصبي، والحالات الشديدة التي تؤدي إلى الاكتئاب الشديد، وأحياناً الاضطراب العقلي الحاد المصاحب بشعور محاولة قتل الآخرين أو قتل النفس (الانتحار).

لقد أثبتت بعض الدراسات أن حوالي الثمانين في المئة من نساء العالم في سن البلوغ والإنجاب قد جرين بعضاً من تلك الأحاسيس والأعراض النفسية المصاحبة للدورة، وفي معظم الحالات تكون تلك الأعراض خفيفة الحدة، أو متوسطة، ولكن في بعض الأحيان تكون تلك الأعراض شديدة وعميقة، وتحد من نشاطهن. والغريب في الأمر أن عدد النساء اللاتي يشكين من تلك الأعراض في تزايد مستمر، والطب الحديث، على تقدمه، لا يجد أسباباً متفقاً عليها لهذه الحالة. وبما أن الأطباء والعلماء لم يتفقوا بعد على الأسباب الأصلية لهذه الحالة، فإنه لا يوجد علاج متفق عليه بصورة نهائية، وهناك بعض العلماء الباحثين من يشكك في وجود تلك الحالة، كمرض محدد، أو وجوده كاضطراب مستقل بذاته، بل هم يرونه مظهراً من مظاهر أمراض أخرى، كالاكتئاب مثلاً. وبسبب ذلك، نرى أن كثيراً من النساء المصابات بتلك الحالة لا يهتمن بها بصورة جدية كما يجب، فهن لذلك يستمررن في المعاناة، التي يضاف إليها الآن الشعور بالشك في أنفسهن، وفي مقدرتهن على التعرف على ما يشعرن به في أجسامهن، ومن ثم قد يصبين بالإحساس بالفشل وانعدام الأمل.

وتصنف الجمعية الأميركية للطب النفسي في كتابها "المصنف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية" الذي يعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض النفسية، الاضطرابات النفسية المصاحبة للدورة تحت مجموعة "اضطرابات المزاج"، وتسمى أحياناً بـ "الاضطرابات الوجدانية أو العاطفية". ويشرح ذلك المصنف تلك الحالة بأنها: تشكيلة من الأعراض الجسمية والنفسية في أوقات تتكرر في الأسبوع الأخير قبل الحيض، والتي تختفي، أو تتخف كثيراً، في اليوم الأول، أو الثاني من بدء الحيض. "ويعتمد في تشخيص تلك الحالة

تكرارها في أكثر من دورة شهرية، ويفضل أن يأخذ الطبيب وصفاً للأعراض بصورة مستقبلية، بتتبع المريضة، والأعراض لمدة شهرين على الأقل. ومن الناحية العملية، يكون ترك المريضة بدون علاج للتأكد من التشخيص غير ممكن في كثير من الأحوال، لذا يستحسن استخدام ورقة، أو استمارة بيانات، تملؤها المريضة، وتشير فيها إلى الأيام التي تشعر فيها بتلك الأعراض. وعلى الرغم من أن كثيراً من النساء يشعرن في الحالات العادية ببعض الآلام الجسمية، أو النفسية، الخفيفة، إلا أن حوالي 5% منهن تكون الأعراض عندهن من الشدة بما يمكن أن يوصف بأنه من "الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية"، أي أنها تكون من الحدة بحيث تشتمل على كل الخصائص والأعراض التي يجب توافرها في المصنف التشخيصي الإحصائي للجمعية الأميركية للطب النفسي، الذي سوف يأتي شرحه.

3 - أسباب الاضطرابات المتعلقة بالدورة الشهرية:

إن الأسباب الحقيقية لهذه الحالة غير معروفة بصورة قطعية متفق عليها، ولكن هناك كثيراً من الأبحاث الطبية التي تشير إلى أن اضطرابات الهرمونات لها تأثير مباشر في التسبب بالحالة. ومن البديهي أن نتوقع أن التغيرات البيولوجية الهرمونية التي تصاحب الدورة لها الدور الأول في الحالة، لأنه بانعدام الدورة تختفي الأعراض. وهذه الأعراض لا توجد قبل سن البلوغ، وتختفي أثناء الحمل، وبعد سن انقطاع الخصوبة.

وبمراجعة مئات الأبحاث، التي أجريت في هذا المجال، نرى أن هناك خلافاً في كثير من الهرمونات في هذه الحالة. ولم يكن هذا الخلل في أي من تلك الهرمونات شديداً لدرجة تجعل تشخيص الحالة بمعرفة أسبابها سهلاً، كما أن الباحثين لم يتفقوا على تفسير واحد، أو مقنع، لنتائج تلك الأبحاث.

ولقد كشفت تلك الأبحاث عن اختلال في الهرمونات التي تتعلق بصورة مباشرة بالوظائف الجنسية عند المرأة، مثل هرمون الأستروجين والبروجستيرون، أو الهرمون المحفز للحويصلات، أو الهرمون الباني. كما أن هناك بعض الهرمونات التي لا تتعلق بصورة مباشرة بالوظائف الجنسية، مما يعني أن هناك بعضاً من الاختلاف فيها. مثال ذلك هرمون التستستيرون، وهو هرمون الذكورة الذي يوجد عند المرأة بكميات قليلة، ولكنه مهم جداً عند المرأة، لأنه المسؤول عن تحفيز وإثارة الشهوة الجنسية عندها، وقد يضطرب هرمون الكورتيزول. كما أن هناك من يشير إلى بعض من الخلل في مستقبلات الأفيون في الجسم، أو في المادة الكيماوية التي تسمى بالسيروتونين، فهناك مواد كيماوية في الجسم الإنساني تشبه في تأثيرها الأفيون (الأندورفين)، ولها وظائف مهمة في العمليات الحيوية في الجهاز العصبي، وغيره.

ولوحظ أن النساء اللاتي يشتكين من تغيرات كبيرة في المزاج عند تناولهن حبوب منع الحمل، أو النساء اللاتي يصبن باكتئاب ما بعد الولادة، يكن أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية من غيرهن. كذلك يكون الحال عند النساء اللاتي يعانين من حالات الاكتئاب العادية غير المتعلقة بالدورة. وهذا يعني أن المرأة التي تشكو من الاكتئاب العادي تكون في حالة أشد، من حيث حدة الأعراض، عند اقتراب دورتها الشهرية لها. كما لوحظ أن الاضطرابات المصاحبة للدورة تسري في النساء من القريبات، مما يشير إلى أهمية العوامل الوراثية في هذه الحالة. كما لوحظ أن كثيراً ممن يأتين إلى عيادات الأطباء بسبب الأعراض المصاحبة للدورة يعانين من اضطرابات نفسية مصاحبة، مثل: الاكتئاب على أنواعها، واضطرابات القلق والمزاج على أنواعها. كما أن اكتئاب ما بعد الولادة يتسبب في ظهور الأعراض ذات الصلة بالدورة الشهرية لدى المكتئبة. ومن هنا كانت أهمية الفحص النفسي الدقيق للمعانيات من اضطرابات الدورة، والتأكد من وجود، أو عدم وجود اضطرابات نفسية مصاحبة. كما أن الفحص الطبي العام، وتتبع التاريخ الطبي، والفحص النسائي، مهم جداً للتعرف على أمراض أخرى من الممكن أن تسبب النوع نفسه من الأعراض التي نراها في اضطرابات الدورة، ومنها، مثلاً، انتشار بطانة الرحم، أو آلام الجماع، بمسبباتها المتنوعة، أو مرض صداع الشقيقة، أو الصرع، أو مرض الذئبية، أو آلام الألياف العضلية، أو أمراض الغدة الدرقية، أو حتى أمراض القولون، مثل القولون العصبي.

4 - تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالدورة الشهرية:

لا يوجد أي فحص طبي، أو تحليل معين، يؤكد تشخيص حالات الاضطراب النفسي المصاحبة للدورة، إلا أن تلك التحاليل تجرى للتأكد من عدم وجود أمراض أخرى جسمية لها الأعراض نفسها. فإذا كانت المريضة تشكو من حالة عياء (إرهاق وتعب)، فيمكن إجراء فحص الغدة الدرقية للتأكد من عدم وجود نقص في إفرازها، وهو نقص يتسبب بنقص النشاط، وفي حالة العياء يمكن أيضاً إجراء فحص للدم لتحري احتمال معاناة المريض من فقر الدم. كما يمكن إجراء فحص هرمون البرولاكتين (Prolactine) أو الهرمون المحفز للحويصلات (FSH) إذا كان هناك شك في وجود خلل عام في الهرمونات النسائية، كأن تشكو المرأة من نزيف، أو دم، في غير أوقات الدورة الشهرية، وتكون قد قاربت سن انقطاع الخصوية. كذلك يجب أن نتعرف على العادات الغذائية للمريضة، إذ أن تناول الكحول، أو المنبهات، ومنها القهوة، له تأثير سلبي على هذه الأعراض. كما أن تناول حبوب منع الحمل يجعل المرأة أكثر عرضة لتلك الأعراض. ومن هنا وجوب تقييم مدى تأثير تلك الحبوب على المريضة.

هذا، ويعتمد تشخيص الاضطراب النفسي المرافق للدورة الشهرية على وجود الأعراض النفسية المرضية. وتتفق غالبية المراجع الطبية النفسية على اعتماد ما جاء في التصنيف الأميركي للأمراض النفسية، كوسيلة للتشخيص العادي. وفي ما يلي نورد العوارض المؤدية لتشخيص اضطرابات الدورة الشهرية بحسب التصنيف الأميركي، وهي التالية:

أولاً: يجب توافر خمسة، أو أكثر، من الأعراض التالية، في معظم الدورات خلال السنة السابقة، وذلك في النصف الثاني من الشهر في ما بين فترتي الحيض، على أن تختفي تلك الأعراض بعد أيام من بداية الدورة الجديدة بعد الحيض التالي، حيث يشترط التشخيص وجود واحد، أو أكثر، من الأعراض الخمسة الأولى، وهي:

- 1 - اضطراب مزاجي اكتسابي واضح، أو شعور باليأس، أو تفكير بخذلان النفس.
- 2 - شعور واضح بالقلق مع التوتر، وشعور بعدم الراحة.
- 3 - عدم استقرار المزاج، أو المراوحة المزاجية، وفيها شعور مفاجئ بالحزن، أو الخوف، أو الحساسية الشديدة.
- 4 - شعور بالفضب المستمر، أو عدم الاستقرار، أو اضطراب العلاقة مع الآخرين.
- 5 - تناقص الاهتمام بالنشاطات اليومية الاعتيادية.
- 6 - الشعور بعدم القدرة على التركيز.
- 7 - الشعور بالتعب والإرهاق.
- 8 - تغير واضح بالشهية، من انعدام الشهية لغاية الشراهة الزائدة.
- 9 - تغير في طريقة النوم، من الأرق إلى النوم المتزايد.
- 10 - شعور بالاحباط، أو فقدان السيطرة على النفس.
- 11 - أعراض جسمية، مثل: ألم، أو انتفاخ في الثدي، أو الصداع، أو آلام في المفاصل والعضلات، أو الشعور بتجمع السوائل في الجسم.

ثانياً: أن تكون تلك الأعراض المذكورة من الشدة بحيث تؤثر على سير الحياة المعتادة في العمل، أو العلاقات الاجتماعية والدراسة.

ثالثاً: يجب ألا تكون تلك الأعراض ناتجة عن اضطرابات نفسية أخرى، مثل الاكتئاب، أو الهلع، أو الاضطرابات الوجدانية، أو اضطرابات الشخصية. رغم أن كلاً من تلك الأعراض قد تكون أعراضاً إضافية لتلك الأمراض، أو الاضطرابات.

رابعاً: يجب أن تكون تلك الأعراض مؤكدة، بتتابع مستمر، وتقييم لشدة الأعراض لدورتين متتابتين. ولكن من الممكن أن يكون التشخيص بمتابعة تاريخ الحالة بصورة مبدئية.

5 - العلاج:

في غالبية الحالات الخفيفة، والمتوسطة، لا تحتاج المرأة إلى علاج طبي، وإنما تحتاج لدعم ومساندة من المحيطين بها، وتحتاج للتكيف مع هذا الحدث، مثل أي حدث طبيعي، على أنه ضرورة للحياة والتكاثر، وهو جزء من الدورات البيولوجية الكثيرة للإنسان. هذا، وتساعد الرياضة البدنية كثيراً في دعم التوازن البيولوجي والنفسي، حيث تنظم توزيع السوائل والدهون في الجسم، وتساعد على إفراز الإندورفين.

أما بالنسبة للعلاج الدوائي، فهو يستخدم فقط في الحالات الشديدة التي تستوجب العناية الطبية، وقد وجد أن مثبطات امتصاص السيروتونين (SSRI)، ومضادات الاكتئاب الأخرى، التي ترفع مستوى السيروتونين في المشبكات العصبية، كلها تؤدي إلى تحسن في الحالة. وهناك طريقتان لوصفها: فإما أن تؤخذ بشكل متواصل لعدة شهور، وإما أن تؤخذ في الأسبوع السابق لنزول الحيض، ويتكرر ذلك أيضاً لعدة شهور. كما توجد أدوية مساندة ثبت فعاليتها في تقليل الأعراض، مثل الأدوية مضادة للقلق. وفي بعض الحالات، تم إعطاء البروجيسترون لموازنة الأستروجين المرتفع، فتحسنت بعض الحالات. وهناك اتجاه حالياً لاستخدام بعض مستخلصات الأعشاب الطبيعية في علاج هذه الحالات.

والأهم، في رأينا، هو العلاج التثقيفي، عن طريق تعريف المرأة بطبيعة الدورة الشهرية، وكيفية ظهور الأعراض والمشاعر المألوفة المصاحبة، وكلها منتشرة لدى جميع النساء. وهو ما يساعد المرأة على مواجهة الانفعالات المصاحبة للدورة، باعتبارها مشتركة لدى كل النساء. وأبرز هذه الانفعالات وأشدّها وطأة على المرأة مشاعر الخجل والذنب، وتراجع صورة الذات، وفقد المودة (Apathie)، وانخفاض القدرة على تحمل الإحباطات، وهي ذاتها العوارض التي يستهدفها العلاج النفسي بشقيه الدوائي والحواري.

أما عن الأدوية المستخدمة لدعم المرأة لمواجهة أعراض دورتها الشهرية فهي: مسكنات الألم: التي تثبط مادة البروستوجلاندين، ولها مفعول مباشر على الالتهابات في مختلف أنحاء الجسم، لأن البروستوجلاندين يدخل في التفاعلات الكيماوية الخاصة بالالتهابات، وفي كيماوية الألم في الأعصاب، وهي الأوسع استخداماً لعلاج الألم الذي يشكل غالباً الشكوى الرئيسة من أعراض الدورة الشهرية لدى غالبية النساء.

الأدوية النفسية: وبخاصة منها مضادات القلق ومضادات الاكتئاب، حيث تدعم الأولى الأدوية المضادة للألم، وتخفف من حدة الإرهاق والضغط النفسي؛ أما الثانية فهي غير

مؤكدة النتائج، كونها تحتاج إلى فترة تتراوح بين عدة أيام وأسبوعين كي تعطي أثرها المضاد لعلائم الاكتئاب. لذلك يفضل بعض الأطباء الأدوية المؤثرة على السيروتونين لسرعة مفعولها، ويلجأ البعض الآخر لمضادات الاكتئاب التقليدية ذات المفعول المهدئ المثبط. وفي بعض الحالات، يمكن إعطاء المنشطات النفسية الخفيفة، وذلك في حال اقتران الدورة مع حالة من الوهن الجسدي القريبة من العياء، أو النوراستانيا التقليدية.

العلاج الهرموني: ويستند هذا العلاج إلى الفرضية القائلة بأن انخفاض كمية هرمون البروجسترون في الدم في الأسبوعين الأخيرين من الدورة، أي المدة التي تسبق الحيض، وتبدأ بعد إنزال البويضة مباشرة، هي المسؤولة عن أعراض العادة الشهرية. ومن هنا فائدة وصف هرمون البروجسترون خلال فترة الدورة، وهو أكثر أساليب العلاج ذيوياً في وقتنا الراهن. ويلجأ بعض الأطباء لاستعمال هرمون "الأستروجين" بالحقن تحت الجلد، إلا أن علاج الأستروجين يترافق مع بعض الأعراض الجانبية مثل: الغثيان، أو ألم في الثدي، أو ازدياد في الوزن. كما ينصح البعض باستعمال الهرمون الذكري "الأندروجين" على شكل تركيب مصنع، وهو يمارس تأثيراً غير مباشر على المبيض، فيوقف عملية الإباضة، وذلك عن طريق تأثيره على الغدة النخامية، حيث يخفض كمية الهرمون المحفز للمبيض، وبالتالي يقلل نشاط المبيض، ولا ينتج البويضة في ذلك الشهر. وأثبت هذا العلاج نفعه في إزالة التوتر والعصبية والاكتئاب، إلا أن استعمال الهرمونات لإيقاف عملية إنزال البويضة ينبغي أن يكون آخر المطاف في العلاج، ولا تستخدم هذه العلاجات إلا عند فشل العلاجات الأخرى.

الفيتامينات: وتستخدم لهذه الغاية فيتامينات من نوع الفيتامين B6 وأملاح الكالسيوم والمغنيسيوم وفيتامين "ي" رغم الشكوك بفعاليتها، إلا أن الكثير من الأطباء ينصحون بها لسلامتها، ولاحتمال ممارستها لدور إيجابي مساعد.

مدرات البول: وتستخدم للتخفيف من حدة الاستسقاء، وتجمع السوائل في الجسم، الذي يؤدي إلى انتفاخ الرجلين وزيادة الوزن. واستعمال المدرات يكون ذو فائدة في الحالات الخفيفة عادة، ولا تكون للمدرات عادة آثار علاجية ملحوظة، إلا إذا كان هناك فعلاً ازدياد في الوزن ناتج من تجمع السوائل. مع التذكير بالمشكلات التي تسببها مدرات البول، مثل نقص البوتاسيوم، وانخفاض ضغط الدم، والشعور بالدوار وغيرها.

مسكنات الألم المثبطة للبروستوجلاندين:

التأثيرات الإيجابية	التأثيرات السلبية
ينقص خطر حدوث تخلخل العظام	يزداد خطر الإصابة بسرطان الرحم وخاصة سرطان باطن الرحم.
تخف أعراض الهبات الساخنة.	تأثيرات جانبية مزعجة مثل الانتفاخ البطني والهبوجية.
ينقص خطر وقوع أمراض القلب الوعائية والحوادث الدماغية	قد يزداد خطر الإصابة بسرطان الثدي، وخاصة عند الاستخدام لفترة طويلة من الزمن
يحسن من الحالة النفسية والمزاجية	قد تحمل المعالجة الهرمونية خطراً للمرأة مهلكاً عند النساء اللواتي لديهن اضطرابات دورية خثرية
جدول يمثل الآثار الإيجابية والسلبية للمعالجة الهرمونية	

الفصل الثاني

سيكولوجية الحمل

على الرغم من أن الحمل حدث فسيولوجي طبيعي يحدث في كل الكائنات الحية التي تتكاثر بهذه الطريقة، إلا أنه يحمل الكثير من الارتباطات والدلالات البيولوجية والنفسية والاجتماعية لدى المرأة. هذه الدلالات التي تؤثر في استقبال المرأة لهذا الحدث، وتقبلها، أو رفضها له، والتفاعل مع الجنين، سلباً أو إيجاباً، حتى لحظة الولادة.

الاتجاهات نحو الحمل:

وتعتمد اتجاهات المرأة نحو الحمل على العوامل التالية:

1 - الإحساس بالهوية الأنثوية: فكلما كانت المرأة متقبلة لدورها الأنثوي، وفخورة به، كلما كانت فرحة بالحمل، ومتقبلة له، وفخورة به، وهذا يجعل فترة الحمل من الفترات السعيدة في حياتها (رغم المتاعب الجسدية)، ودائماً تتحدث عنها، وعن تفاصيلها بفخر وسعادة. أما المرأة الكارهة لدورها الأنثوي (المسترجلة)، فإنها تتأفف من الحمل، وتعاني معاناة شديدة في كل مراحلها، فتجدها كثيرة الشكوى من الأعراض الجسدية والنفسية طوال فترة الحمل، وهي تخجل من مظاهر الحمل، وتتوارى من الناس كلما كبرت بطنها، وربما تخفي خبر الحمل لعدة شهور.

2 - المعتقدات السائدة حول الحمل والولادة: فهناك بعض السيدات ينظرن إلى الحمل على أنه حدث فسيولوجي طبيعي، مثل سائر أنشطة الجسم، ولذلك يتفاعلن معه ببساطة شديدة، في حين أن البعض الآخر تكون لديهن معتقدات مخيفة عن الحمل والولادة، مثل "دخول روح في روح" و"خروج روح من روح"، و"زلزال يهدد سلام المرأة وحياتها"، و"من تنجو منه كتب لها عمر جديد"... وهذه المعتقدات المخيفة تجعل المرأة في حالة توتر ورعب طوال فترة الحمل.

3 - توقيت الحمل: فالحمل في بداية الزواج له فرحته واستقباله الإيجابي، في حين أن الحمل لدى امرأة في نهاية الأربعينات من عمرها لا تكون له مثل هذه المشاعر، بل على العكس تنزعج منه المرأة، وتخجل من إعلانه.

4 - التخطيط للحمل: فكلما كان الحمل مخططاً له، ومتوقفاً حدوثه كلما كان استقباله مريحاً، أما الحمل المفاجئ فربما يقابل بالإنكار والرفض.

5 - مرغوبية الحمل: فالمرأة العقيم التي انتظرت الحمل سنوات عديدة تستقبل حملها بفرحة عازمة تتسى معها كل متاعبها، أما المرأة التي تعاني من كثرة العيال، فإنها ربما تصدم بخبر حمل جديد لا ترغب فيه، نظراً لظروفها الصحية، أو الاجتماعية، أو النفسية. والجنين يشعر برغبة الأم فيه، أو عدم رغبتها، وذلك من خلال المواد الكيميائية التي تفرزها غدد الأم، فهي تختلف في حالة القبول للحمل عنها في حالة رفضه، ولذلك فالحمل المرفوض من الأم غالباً ما ينتج عنه طفل مضطرب نفسياً (عنيد، عدواني، شارد، أو منطو) خاصة إذا قامت الأم بمحاولات فاشلة للإجهاض، فالجنين تصله رسائل بيولوجية منذ أيامه الأولى بأنه مرفوض، والغريب أن الطفل تظل لديه مشاعر الرفض بعد ذلك، حتى ولو تغير موقف الأم منه بعد ولادته، وكان هذه المشاعر طبعت بيولوجياً في خلاياه قبل أن يكون له جهاز نفسي يستقبلها ويفهمها.

6 - العلاقة بالزوج: فكلما كان الزوج محبوباً كان الحمل منه مرغوباً، وعلى العكس فإن المرأة التعسة في حياتها الزوجية تشعر بأن الحمل عبئاً ثقيلاً عليها، لأنه يربطها بزوج غير ودود، وهي تشعر أنها تحمل في أحشائها جزءاً من هذا الزوج. وهذه الأم تحمل مشاعر متناقضة نحو الجنين، وكأنها تكره فيه الجزء القادم من زوجها، وتحب فيه الجزء القادم منها، لذلك تكون في صراع بين الرفض والقبول طوال شهور الحمل.

سيكولوجية الحمل:

تعتمد سيكولوجية الحمل على الاتجاهات نحو الحمل السالف ذكرها، فإذا كانت هذه الاتجاهات إيجابية في مجملها، فإن الحمل يعتبر تحقيق للذات، وتأكيد للهوية الأنثوية، وهو

عملية إبداعية تشبع حاجات نرجسية أساسية للمرأة، حيث تشعر أنها قادرة - بإذن الله - أن تمنح الحياة مخلوقاً جديداً، يكون امتداداً لها ولزوجها، وستبدأ وعزوة وأماناً من الوحدة والضياع. أما إذا كانت هذه الاتجاهات نحو الحمل سلبية في مجملها، فيسود لدى المرأة الحامل مشاعر الرفض والاشمئزاز والغضب، ويصبح لديها خوف شديد من الولادة قد يصل إلى درجة الرهاب (الخوف المرضي)، وخوف من مسؤولية الأمومة، والشعور بثقل العبء في استقبال الطفل ورعايته. والحمل في هذه الظروف ربما يوقظ في الأم ذكريات المراحل الأولى لتموها الشخصي، بما يصاحبها من خوف الانفصال عن الأم. في هذه الظروف السلبية تصبح المرأة أكثر قابلية للقلق، والاكتئاب، والوساوس، والأعراض النفسجسمية، وربما الذهان.

الارتباط النفسي بين الأم والجنين:

في الثلث الأول من شهور الحمل تتشغل المرأة بمشاعر القبول، أو الرفض، لهذا الكائن الجديد الذي ينمو في أحشائها، وتتفاعل إيجاباً وسلباً طبقاً لذلك. أما في الثلث الثاني (من بداية الشهر الرابع إلى نهاية الشهر السادس)، حيث تشعر بحركة الجنين، فتبدأ الأم في تكوين صورة ذهنية لهذا الجنين، وتصبح أكثر سعادة به في حالة قبولها له من البداية، أو أكثر استسلاماً للأمر الواقع في حالة رفضها له من البداية. فإذا وصلنا للثلث الأخير من الولادة (من بداية الشهر السابع من الولادة)، فإن الأم تشعر بالجنين على أنه كائن مستقل له صفات شخصية مميزة تجعله مختلفاً عن أشقائه الذين سبقوه، وهي تعيش بعقلها ووجدانها معه، حيث تشعر في لحظة ما أنه سعيد ويتحرك، وفي لحظة أخرى أنه جائع، وفي لحظة ثالثة أنه نائم، وفي لحظة رابعة أنه غاضب... وهكذا. وفي هذه المرحلة تسقط الأم مشاعرها الإيجابية والسلبية على الجنين، ففي حالة سعادتها يمثل الجنين الجزء المحبوب من ذاتها، فتسقط عليه مشاعر القبول والفرح، وفي حالة شقائها يمثل الجنين الجزء المكروه من ذاتها، فتسقط عليه مشاعر الرفض والغضب وأمنيات الإيذاء. وهذه الإسقاطات تمتد لبعد الولادة، وتؤثر في علاقة الأم بطفلها إيجاباً وسلباً، فالأم المضطربة نفسياً بعد الولادة حين تحاول إيذاء طفلها، فهي بذلك تؤدي الجزء المكروه من ذاتها.

سيكولوجية زوج المرأة الحامل:

يشعر الزوج بالفخر أن زوجته أصبحت حاملاً، لأن ذلك يؤكد رجولته وقدرته على الإنجاب، ولكن يخالط ذلك الشعور مشاعر أخرى، منها الشعور بالذنب تجاه زوجته التي تعاني متاعب الحمل، والشعور بالفضب أحياناً لأن زوجته لم تصبح ملكاً له وحده، بل انشغلت أكثر الوقت بحملها، والشعور بثقل المسؤولية، حيث سيصبح أباً لطفل يحتاج لرعاية.

وإذا كان الزوج على درجة كافية من النضج الانفعالي، فإنه سيتجاوز هذه الفترة بشكل صحي، وينمو معها. أما إذا كان غير ناضج، فإنه ربما يعاني بعض أعراض القلق، أو الاكتئاب، أو الغيرة، أو بعض الأعراض النفسجسمية.

تأثير الحمل على العلاقة الزوجية:

أحياناً يمثل الحمل رباطاً قوياً بين الزوجين، حيث يشعران أن هناك شيئاً هاماً يجتمعان على رعايته، فهو رباط بيولوجي ونفسي واجتماعي يقوي من رباط الزوجية. وفي أحيان أخرى، تكون هناك نوايا انفصال لدى أحد الزوجين، أو كليهما، لكن حدوث الحمل ربما يغير من هذه النوايا.

وربما تشغل الزوجة بحملها عن العناية بزوجها، فيشعر الأخير بالوحدة والفضب، وربما اتجه بمشاعره خارج المنزل. وبعض الأزواج يشعرون بالغيرة من ذلك الكائن الجديد الذي خطف منهم الزوجة الحبيبة. والحمل يحدث تغيرات في شخصية الزوجين، حيث يصبح عليهما أن يستعدا نفسياً ومادياً لرعاية طفل قادم، وذلك يستلزم منهما التخلي عن بعض احتياجاتهما الشخصية، والتضحية من أجل هذا المخلوق الجديد، وهذه الأدوار الجديدة (الأبوة والأمومة) تستلزم تغييرات في التصورات والمفاهيم والعلاقات الاجتماعية، وهذا ربما يصيب أحد الأبوين، أو كليهما، بحالة من القلق والخوف من ذلك العالم المجهول الذي يقدمان عليه، وربما تكون هناك مشاعر متناقضة نحو الطفل، فهو من ناحية أضاف إلى حياة الزوجين أبعاداً ومعانٍ جديدة، ولكنه من ناحية أخرى وضع عليهما مسؤوليات جديدة، وحرهما من الكثير من احتياجاتهما الشخصية.

الاتجاهات نحو المرأة الحامل:

اتجاهات الزوج: وهي تتراوح بين القبول والفرح والغيرة والخوف من المسؤولية والرفض.. إلخ.
اتجاهات الأطفال الآخرين: وهي تتراوح بين الدهشة وحب الاستطلاع (محاولة معرفة كيف نشأ الجنين، وكيف سيولد) والغيرة، والقلق.

اتجاهات المجتمع: بعض المجتمعات تشعر أن ولادة طفل جديد عبء اجتماعي واقتصادي، لذلك تنظر إلى مشهد المرأة الحامل التي انتفخت بطنها بالسخرية والاشمئزاز، في حين أن مجتمعات أخرى تعاني من نقص القوة البشرية تفرح بمنظر المرأة الحامل، وتعتبر الولادة إضافة وعزوة وقوة.

الحمل والعلاقة الجنسية:

تستمر العلاقة الجنسية بشكل طبيعي أثناء الحمل، إلا في الحالات التي تعاني من نزيف،

وهو أحد علامات الإجهاض المنذر في الشهور الأولى للحمل، عندها يمنع الاتصال الجنسي حفاظاً على استقرار الحمل، وأيضاً إذا حدث هذا النزيف في الشهور الأخيرة للحمل، وهو أحد علامات اضطراب وضع المشيمة، فإنه أيضاً يمنع الاتصال الجنسي خوفاً من حدوث نزيف قبل الولادة.

أما في غير هذه الحالات القليلة جداً، فلا توجد أي موانع للنشاط الجنسي خلال شهور الحمل، مع الوضع في الاعتبار عدم حدوث ضغط على الحمل، وذلك ربما يستدعي اتخاذ بعض الأوضاع التي تكفل ذلك.

وهناك فئة من النساء يشعرن أن الرغبة الجنسية قد ازدادت في فترة الحمل، وذلك بسبب الاحتقان في منطقة الحوض، وفئة ثانية تتحسن استجاباتهن الجنسية، وينعظن (يصلن إلى الذروة (Orgasm))، وذلك بسبب زوال مخاوفهن السابقة من حدوث الحمل - تلك المخاوف التي كانت تمنع الوصول إلى الإنعاط (Orgasm).

وفي بعض النساء، نجد عزوفاً عن النشاط الجنسي في فترة الحمل، حيث تكون المرأة مستغرقة تماماً في الحمل والأمومة، وترى أن ذلك يتعارض مع النشاط الجنسي، خاصة إذا كانت لديها مخاوف من أن ذلك النشاط يؤثر على سلامة الجنين، أو سلامتها هي الشخصية. أما من ناحية الرجال، فبعضهم لا يعجبه منظر الزوجة وهي حامل، ولذلك تفتقر هذه العلاقة في فترة الحمل، وربما يؤثر ذلك على العلاقة الزوجية ككل، وهناك نوع آخر من الرجال يخشى الاقتراب من المرأة وهي حامل، وهو ما يعرف بـ "عقدة مادونا" حيث يساوره شعور داخلي بأن إتيان المرأة وهي حامل هو انتهاك لشيء مقدس.

وفي الواقع، فإن نسبة كبيرة من الرجال - خاصة الناضجين منهم - لا تتأثر علاقتهم بزوجاتهم في هذه الفترة كثيراً.

الاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل:

المرأة الحامل يمكن أن تصاب بأي اضطراب نفسي، ولكن هناك بعض الاضطرابات المرتبطة بالذات بفترة الحمل، وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات نتيجة التغيرات الهرمونية في فترة الحمل، تلك التغيرات التي تؤثر في كيمياء الجسم عموماً، وفي كيمياء المخ على وجه الخصوص، وتعيد ضبط بعض المراكز في "ما تحت المهاد" (Hypothalamus) فتؤثر في الشهية لبعض الأطعمة، وتستثير مراكز القيء، فتحدث ميلاً للقيء، خاصة في فترة الصباح. ونذكر من هذه الاضطرابات ما يلي:

1 - بيكا (Pica): في هذه الحالة تأكل المرأة بعض المواد غير المعتادة، مثل الطين،

والنشا، والرمل، والطباشير، والقاذورات. وتوجد هذه الحالة في بعض المجتمعات، خاصة في المجتمعات الريفية الفقيرة. وهذا الاضطراب نراه غالباً في الأطفال، وحين يحدث في المرأة الحامل، فإنه إما أن يكون حالة من النكوص إلى مراحل النمو المبكرة، أو نتيجة إعادة ضبط (Re-setting) "ما تحت المهاد"، مما يؤثر على الشهية لبعض المواد الغريبة.

2 - **الوحم:** وهو اشتياق المرأة الحامل لبعض الأنواع من الأطعمة بالذات، وعزوفها عن أطعمة أخرى، فمثلاً ربما تشتاق للتفاح، أو الخيار، أو العنب. (حتى في غير موسم هذه الأطعمة) في حين أنها تعاف أنواعاً أخرى من الأطعمة، مثل اللحوم، فلا تأكلها، أو تكره طعم الشاي، ورائحته، وتتفر من رائحة السجائر.

وهذه الحالة تتشابه في أسبابها مع الحالة السابقة البيكا "pica".

3 - **الحمل الكاذب (Pseudocyesis):** هو حالة نادرة تحدث في بعض النساء العقيمات، حيث تمر المرأة بفترة اشتياق طويلة للحمل، وبعدها تظهر أعراض الحمل عليها، فتنتفخ بطنها، وتنقطع الدورة الشهرية، ويتضخم الثديان، ويحدث غثيان وقيء في فترة الصباح. وأبصرط هو أول من وصف هذه الحالة النادرة والطريفة. وهناك حالات شهيرة للحمل الكاذب، نذكر منها "ماري تيودور" ملكة إنجلترا (1516- 1558م) و"أنا أو" (Anna O) مريضة فرويد الشهيرة التي اعتقدت أنها حملت من طبيبها.

وهذه الحالة تبين قوة تأثير العوامل النفسية على الحالة الجسدية، حيث تمثل نوعاً من "المطاوعة الجسدية" (Somatic compliance) يحدث فيها تغيرات فسيولوجية استجابة لرغبات، أو صراعات، لا شعورية. وهي تصنف ضمن الاضطرابات النفسجسمية (Psychosomatic)، أو الاضطرابات التحولية (Conversion disorders).

وهذه الحالات تحتاج للعلاج بواسطة معالج نفسي، وطبيب نساء وتوليد، حيث يتم عمل تحليل للحمل، وعرضه على المريضة، مع تدعيمها نفسياً، وهنا تبدأ الأعراض الكاذبة للحمل في الاختفاء تدريجياً، مع استمرار المساندة النفسية للمريضة، وربطها بالواقع، ومساعدتها على احتمالها.

وهناك بعض الحالات تقاوم هذا العلاج، ويتكون لديها اعتقاد راسخ لا يتزعزع بوجود الحمل، وهذه الحالات تحتاج للعلاج بواسطة مضادات الذهان (Antipsychotics).

4 - **القيء أثناء الحمل:** من الطبيعي في الشهور الأولى للحمل أن تشعر المرأة في الصباح بنوع من الغثيان، وأحياناً القيء، وهو ما يطلق عليه "علة الصباح" (Morning sickness)، وهو حالة طبيعية تنتج من التغيرات الهرمونية، وما يتبعها من تغيرات كيميائية أخرى تحدث استثارة

في مراكز القوي، وهي غالباً لاحتياج لعلاج، وإنما يكفي طمأنة الحامل بأن ذلك شيء طبيعي. وفي بعض الحالات، تسعد المرأة بهذه الأعراض، لأنها دليل على وجود الحمل الذي كانت تتمناه، ويسعد به من حولها للسبب نفسه.

أما في قليل من الحالات، فإن القوي يصبح مستمراً في الصباح والمساء، ويستمر أيضاً بعد انتهاء الشهور الأولى للحمل، مما يؤدي إلى حالة من الجفاف، وفقد الوزن، وتغير في التوازن الكيميائي في الجسم، وهذه الحالة تعرف باسم "Hyperemesis Gravidarum"، وهي حالة تحتاج لتدخل طبي، لأنها تؤثر على سلامة الأم وسلامة الجنين، وقد وجد أن بعض هذه الحالات كانت تعاني قبل الولادة من اضطرابات في الكبد، أو الكليتين، وبعضها الآخر كانت تعاني من اضطرابات الأكل، مثل فقد الشهية العصبية، أو البوليميا.

الحمل والعلاجات النفسية:

وجد من خلال الدراسات أن ما يحدث من تشوهات خلقية بسبب الأدوية لا يتجاوز 2,3% من مجموع التشوهات التي تحدث في الأجنة، وهي نسبة ضئيلة، ولكن تعود أهميتها إلى أنها يمكن تفاديها، لذلك فالقاعدة الطبية هي عدم تناول الأدوية، سواء نفسية، أو غير نفسية، خلال فترة الحمل، وخاصة الشهور الثلاثة الأولى، إلا للضرورة، والضرورة يقرها الطبيب، وحتى في هذه الحالات تستخدم الأدوية الأقل احتمالاً للضرر، وبأقل جرعات ممكنة. وقد وضعت منظمة الأدوية والغذاء (FDA) تقسيماً للأدوية على حسب درجة تأثيرها على الأجنة (Caplan, Sadock & Grebb 1995) نوردها في ما يلي:

المجموعة أ: ومن أمثلتها: حمض الفوليك، والحديد؛ لم يثبت لهذه المجموعة أضرار على الجنين من خلال الدراسات المحكمة.

المجموعة ب: ومن أمثلتها: الكافيين، والنيكوتين، والأسيتامينوفين؛ يوجد خطر على الجنين في الدراسات التي تمت على الحيوان، ولكن لا توجد دراسات محكمة على الإنسان.

المجموعة ج: ومن أمثلتها: الأسبرين، والهالوبيريدول، والكلوربرومازين؛ توجد تأثيرات ضارة على الأجنة في الحيوانات ولكن لا توجد معلومات حول تأثيرها على الإنسان.

المجموعة د: ويمثلها الليثيوم، والتتراسيكلين، والإيثانول؛ يوجد خطر على أجنة الإنسان، ولذلك تستعمل فقط في الحالات التي تهدد الحياة.

المجموعة س: ويمثلها الفالبرويك أسيد (ديباكين) والثاليدوميد، وهذه المجموعة لها خطر أكيد على الأجنة في الإنسان، ولا تستخدم حتى في المواقف المهددة للحياة.

وهناك الكثير من الأبحاث أجريت على الأدوية النفسية وتأثيراتها في فترة الحمل، وكانت

نتائجها كالتالي:

مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، ليس لها تأثيرات مؤكدة الضرر بنمو الأعضاء في الجنين.

والمعلومات المتاحة حالياً تفيد أن التعرض في الشهور الأولى من الحمل لمجموعة الفينوثيازين منخفضة القدرة (Low-Potency Phenothiazine)، والليثيوم، وبعض مضادات الصرع (Valproicacid & carbamazepine)، ومجموعة البنزوديازيبين، يمكن أن تؤدي إلى زيادة نسبة حدوث التشوهات الخلقية، ومع هذا فإن الحظر المطلق من استخدام معظم الأدوية النفسية قبل الولادة يعتبر قليلاً.

وبناءً على هذه المعلومات المتاحة من الأبحاث التي أجريت، نجد أن الكثير من الأدوية النفسية لم يثبت لها تأثير ضار على الأجنة في الإنسان، خاصة إذا استخدمناها بعد انقضاء الشهور الثلاثة الأولى، ومع هذا فالقاعدة الطبية توصي بعدم استخدام الأدوية في الشهور الثلاثة الأولى إلا للضرورة، وبالجرعات والنوعيات التي يحتمل أن تكون أقل ضرراً، والطبيب المعالج هنا يقرر طبقاً لقاعدة التوازن بين النفع والضرر، إلا في أدوية المجموعة الأخيرة (المجموعة س) التي لا يوجد مبرر لاستخدامها في فترة الحمل مهما كانت الظروف.

وفي حالة الخوف من استخدام الأدوية نلجأ - بل من المستحب أن نلجأ - إلى العلاج النفسي بدون أدوية، وهو علاج له تأثيراته الإيجابية.

وفي الحالات الشديدة من الاكتئاب والذهان، يمكننا استخدام العلاج بجلسات تنظيم الإيقاع الكهربائي (ECT) وهي مأمونة في فترة الحمل، ومن أكثر أنواع العلاج فعالية في الحالات الشديدة.

الرعاية النفسية للحامل:

يجب أن تبدأ الرعاية النفسية حتى قبل حدوث الحمل، حيث تتم مقابلة المرأة التي يحتمل أن تمر قريباً بفترة حمل، ويناقش معها موقفها من الحمل، وتصوراتها عنه، وظروف حياتها، وبعد ذلك نمدها بمعلومات وأفية عن الحمل، ومراحلها، ومتطلباتها، وتأثير الأدوية، والحالة النفسية على الحمل، وتأثير الشاي والقهوة والتدخين والكحوليات، وفوائد الرياضة البدنية والغذاء المتوازن.

وبمجرد حدوث الحمل، يبدأ تقييم المرأة الحامل من حيث موقفها من الحمل، وهل حدث بترتيب معين أم كان مفاجئاً لها، وهل هي متقبلة له أم رافضة، وما تأثير ذلك على الجنين، وما هو موقف الزوج منه، وما هو تأثير ذلك الحمل على اقتصاديات الأسرة، وعلى علاقاتها

الاجتماعية، وما هي متطلباته، وكيف توازن المرأة بين احتياجات الحمل، واحتياجات الزوج، ومسؤوليات العمل، ويوضح لها تأثير الضغوط النفسية على صحة الجنين، وأن الضغط النفسي الزائد يمكن أن يسبب إجهاضاً متكرراً دون سبب عضوي واضح، أو يسبب ولادة قبل الأوان، أو مضاعفات أخرى في الحمل أو الولادة. وتقييم الحالة النفسية للحامل يعطي فرصة لمتابعتها بعد الولادة حتى لا نفاجاً باضطرابات نفسية شديدة بعد الولادة ربما تهدد سلامة الأم، أو الطفل.

الفصل الثالث

سيكولوجية النفاس

النفاس هو الفترة التي يستمر فيها نزول الدم بعد الولادة، ومتوسطها علمياً عند أغلب النساء حوالي 24 يوماً، (الحفني 1994)، ومن الناحية الشرعية لا حد لأقل النفاس، فيتحقق بلحظة. فإذا ولدت، وانقطع دمها عقب الولادة، أو ولدت بلا دم وانقضت نفاسها، لزم المرأة ما يلزم الطاهرات من الصلاة والصوم، وغيرهما، وأما أكثره فأربعون يوماً (سيد سابق 1987). وتوجد طقوس ومحاذير خاصة بفترة النفاس تختلف من ثقافة لأخرى، فمثلاً في الثقافة العربية يتجمع الأهل والجيران حول النساء، ويقومون بالأعمال المنزلية بدلاً عنها، ويحرصون على أن تأكل دجاجة كاملة بعد الولادة مباشرة، على اعتقاد أن قلبها سقطان"، وأن "بطنها فاضية"، ولا بد من وجود وجبة دسمة "تسند قلبها" وتملاً بطنها، ومحظور على النساء أن تتحرك بعد الولادة كثيراً، اعتقاداً منهم أن "جسمها طري"، ويحرصون على إعطائها كميات كبيرة من مشروب "الحلبة" الساخن، لاحتوائها على الحديد، وأيضاً إعطائها، وإعطاء زوارها مشروب "المغات"، ويكره أن يدخل رجل على النساء، وهو حديث عهد بحلاقة شعره، أو ذقنه، ويكره الدخول عليها بلخم طازج، ويكره دخول من عرف عنهم صفة الحسد... إلى آخر هذه المعتقدات الشعبية، والتي تدل في مجملها على وعي شعبي قديم بأن النساء تكون في حالة هشّة جسمانياً ونفسياً، لذلك تحتاج للدعم والمساندة حتى تجتاز هذه الفترة الصعبة بسلام.

وللتسرية على النساء، يقوم الناس بعمل احتفالات بها وبالمولود، مثل "السبوع"، وهي عادة تضرب بجذورها إلى الأسر الفرعونية القديمة. وفي الفقه الإسلامي، يوجد ما يسمى بالعقيقة، وهي وليمة يصنعها أهل المولود للأهل والأصدقاء والجيران في اليوم السابع للولادة، وفي هذا اليوم يخلقون شعر المولود، ويتصدقون بوزنه ذهباً. وهذه الطقوس، سواء كانت شعبية، أم

شرعية، لها دور هام في دعم ومساندة المرأة النفساء، لكي تتجنب المشكلات الصحية والنفسية في هذه الفترة.

الاستقبال النفسي للطفل:

تنشأ علاقة عجيبة للأم بجنينها منذ اللحظة التي تكتشف فيها أنها حامل، وخلال شهور الحمل تتوثق هذه العلاقة، خاصة بداية من الشهر الرابع، حيث تبدأ حركة الجنين، معلنة عن وجود مخلوق جديد له صفات مميزة محسوسة، فهو حين يجوع تزداد حركته، وحين يشبع تهدأ هذه الحركة، وحين تنفعل الأم ينفعل معها (حيث أن كيمياء الجسم مشتركة بينهما) وحين تهدأ يهدأ. وليست مبالغة حين نقول إن عقل الأم ووجدانها في فترة الحمل يكونان في رحمها يستكشfan هذا المجهول، وتبدأ الأم منذ الشهور الأولى في تكوين صورة للجنين في خيالها، وهذه الصورة تتبلور مع مرور شهور الحمل، ويساعدها على ذلك الآن وجود الأشعة التليفزيونية التي تتمكن من خلالها من رؤية الجنين وهو في بطنها، ولكن هذه الرؤية تعطي صورة كلية، ولا تعطي تفاصيل الملامح، لذلك تستكمل الأم الصورة من خيالها.

وبعد الولادة، ربما لا تكون الصورة التي رسمتها الأم في الخيال مطابقة لصورة المولود الحقيقية، وهنا تشعر الأم بالاستغراب نحو الطفل، وأحياناً تشعر بالضيق، أو النفور من شكله، أو من جنسه (ذكر أو أنثى)، وأحياناً تشعر بالخوف، وتتناهبها صراعات بين القبول والرفض لهذا المخلوق الجديد (وتزداد هذه الصراعات في الشخصيات العصايبية غير الناضجة)، ثم شيئاً فشيئاً يزداد القبول والحب، حتى يكون طفلها هو أعلى شيء في حياتها.

الاعتمادية في فترة النفاس:

نظراً للضعف البدني للأنثى في فترة النفاس، تقوم أمها، أو أختها، أو حماتها، على خدمتها، وتكون محاطة برعاية فوق العادة، وهي تسعد بذلك، وربما تبدأ في التصرف كطفلة صغيرة تحتاج لمن يدلها ويرعاها، وتصبح كثيرة المطالب والشكوى. ويزيد من ذلك إحساسها بالمسؤولية الكبيرة التي ألقيت على عاتقها فجأة ناحية ذلك المخلوق الجديد النائم بجوارها، ذلك الإحساس الذي ربما يدفعها إلى إنكار فكرة الأمومة والرغبة في العودة إلى الطفولة القديمة، حيث لا مسؤولية ولا عناء. والشخصيات الناضجة تتجاوز هذه الفترة بسرعة، وتتقبل الوضع الجديد، مستشعرة فرحتها بوظيفة الأمومة التي جبلت عليها.

الصراع في فترة النفاس:

وفي هذه الفترة يكون الصراع بين الذات التي تريد أن تتحقق في الاستقلال والحرية، والذات التي يشدها الطفل إليه، وتضع معه مقومات جديدة لنفسها، وتراوح المرأة بين

الاتجاهين، وقد يبدو عليها أنها تهمل طفلها، وقد تبكي، وقد تصاب بالاكتئاب، وقد يتداعى بدننا لحالتها، فيجف لبنها كما لو كانت تريد للطفل أن يموت، وكلما كانت الأم صغيرة كلما استهدفها الصراع، وهي تحزن إذ ترى جسمها قد تغير، وثدياها قد تغير شكلهما، وتحتار بين الأمومة وأنوثتها، وبين واجباتها ومتطلباتها الفكرية والعاطفية، وبين أن تكون هي نفسها بنتاً مدللة من أبيها، وأن تكون أمّاً تدلل هي وليدها. وقد تشعر النساء إزاء الأعباء التي يفرضها الوليد عليها أنها أضعف من المسؤولية، وتنتابها المخاوف، وقد تلجأ إلى وسيلة للهروب تدفع بها عن ذاتها، غير أن غريزة الأمومة، التي توحد بينها وبين الطفل، تواجه نواحي الضعف في الذات، وتجعل المرأة تخشى مغبة هذه الرغبات، أو الصراعات، فتفقد طفلها (الحفنى 1992).

ويضاف إلى ذلك الصراع صراع آخر بين اهتمام المرأة بزوجها واهتمامها بطفلها، وهذا الصراع يخلق مشاكل زوجية كثيرة، فالزوج يريد منها أن تعود لحالتها البيولوجية والنفسية، والطفل الوليد يستغرقها بالكامل ببيكائه الذي لا ينقطع حتى في الليل، ومطالبه التي لا تنتهي، لذلك تكون ممزقة بين الإثنين. ويخرجها من هذا الصراع تفهم الزوج، ونضجه، وقدرته على تأجيل بعض احتياجاته، ومحاولتها هي لإعادة التوازن - في أقرب وقت ممكن - بين تلبية حاجات الزوج، وحاجات الطفل.

النمط الأنثوي في النفاس:

المرأة ذات التركيب النفسي الأنثوي الطبيعي تمر بكل الخبرات السابقة في هدوء، وتقبل فكرة الأمومة التي جبلت عليها منذ كانت طفلة صغيرة تلعب بعرائسها وتهدهدها، وتقبل الانتقال من مرحلة الاعتمادية على أبيها إلى مرحلة الاستقلال والعطاء، وتسعد بذلك كثيراً، وتقبل على طفلها راعية محبة، وفي الوقت نفسه تحاول استعادة معالم أنوثتها - التي تحبها - لكي تسعد بها زوجها مرة أخرى، ولا تجد في ذلك أي امتهان لشخصيتها وكرامتها، بل تجد في ذلك كل الشرف والتكريم، وبهذا تصبح مرحلة النفاس عند هذا النمط من النساء مجرد مرحلة من مراحل العمر وعملية فسيولوجية طبيعية تتم في يسر.

النمط الذكوري في النفاس:

وعلى العكس من النمط الأنثوي السابق، فإن هناك نمطاً ذكورياً (مسترجلاً) في بعض النساء، وهذا النمط يحمل في داخله (بوعي أو بدون وعي) رفضاً للوظائف الأنثوية المعتادة، وهذا النوع من النساء يمر بمشاكل صحية ونفسية كثيرة أثناء فترة الحمل، ويمر أيضاً بولادة عسرة، وتصبح فترة ما بعد الولادة كرب شديد، لذلك نجد المرأة من هذا النوع تحاول العودة

لنشاطها العادي (الوظيفي أحياناً) في أقرب وقت ممكن (ربما في اليوم الثاني أو الثالث للولادة)، ولا ترغب في التماثل الناس حولها، وترفض الرعاية والحماية من الأم، وليست لديها مشاعر حميمة نحو طفلها، لذلك تتعامل معه بشكل عقلائي تماماً، وتهتم بقراءة الكتب عن تربية الأطفال، وتطبق ما فيها حرفياً دون إعطاء فرصة للتعامل مع حاجات الطفل بشكل أمومي فطري تلقائي، وهي تحرص من أول يوم على أن تطوع الطفل لإرادتها هي بدلاً من تلبية حاجاته كما يريد. وهي لا تفضل حمل الطفل على صدرها، بل تدعه في سريره أطول فترة ممكنة، بادعاء أنها لا تحب أن تعود على أن يكون في حضنها، وهي تفضل إعطاء رضعات صناعية أكثر، وتجدها كثيرة الشكوى من رغبات الطفل، ومن أحواله، فهي لا تفهم لماذا يبكي، ولا تفهم لماذا يرفض الرضاعة، فهي معزولة تماماً عن لغة الطفل الجسدية. وإذا سنحت لها الفرصة، فإنها تترك طفلها لأمها، أو اختها، أو حماتها، وتخرج لعملها، أو لنشاطاتها السابقة.

وهي في صراع دائم أيضاً مع مطالب الزوج، وتعتبر ذلك انتهاكاً لكرامتها الإنسانية، خاصة في تلك الفترة التي تحتاج فيها أن تعطى بعض الاهتمام لطفلها، فكيف بزوجها أن يطالبها بالاهتمام به، وباحتياجاته في هذه الظروف الصعبة.

والمرأة من هذا النوع تكره المولود الأنثى، وتشعر بالرفض والنفور تجاهها، أما إذا كان المولود ذكراً، فإنها تحاول منذ البداية تطويعه لإرادتها، والسيطرة عليه تماماً، حتى لا يتمرد عليها. وأخيراً، فهذه هي فترة النفاس بصراعاتها ومصاعبها، والتي تحتاج في كل الأحوال مساندة من كل المحيطين بالمرأة حتى تتجاوزها بشكل طبيعي آمن.

الفصل الرابع

الاضطرابات النفسية المرافقة للحمل والولادة

تمتاز فترة الحمل بعوارض نفسية مختلفة في حدتها وفي نوعيتها وفي ديمومتها. وهذه العوارض على علاقة مباشرة بالتغيرات الهرمونية المعقدة التي ترافق الحمل، كما أنها على علاقة بالأجواء النفسية - الاجتماعية المرتبطة به. ولهذه العوارض أشكال عيادية مختلفة، نلخصها بالتالي:

1 - التغيرات النفسية - الفيزيولوجية:

ويمكنها أن ترافق المرأة طيلة فترة الحمل، أو خلال مراحل محددة منه، وهي تقسم إلى:

1 - تغيرات حسية تظال حواس المرأة، وتؤدي إلى الوحم، الذي يعتبر طبيعياً ما لم يدفع بالحامل إلى أكل ما لا يؤكل (مثل الطين والفحم وغيرها...).

2 - انخفاض القدرة على مواجهة الإحباط، بحيث تقصد المرأة القدرة على التمتع بأشياء صغيرة كانت مصدراً لسعادتها، وتصبح سهلة الانفعال، وميالة للاكتئاب لأسباب بسيطة.

3 - انخفاض بسيط على الصعيد الإدراكي (ذاكرة، انتباه، تركيز... إلخ).

4 - تغيرات مزاجية - غريزية (مثل اضطرابات الشهية والمزاج والرغبة الجنسية... إلخ).

2 - العوارض العصابية:

- المظاهر النفسية والجسدية: (راجع التغيرات النفسية - الفيزيولوجية المعروضة أعلاه).

- التناذر الوسواسي - القهري (Syndrome Obsessif- Comulsif):

- التناذر الرهابي (Phobie): الرهاب، أو الفوبيا، هي كناية عن مخاوف مختلفة ومتمازجة. وتختلف باختلاف موضوع الخوف، مثل الخوف من البقاء وحيدة في المنزل، ومن اجتياز الساحات، ومن الحشرات، أو الحيوانات، أو من الدم... إلخ. على أن الفوبيا المهيمنة لدى الحامل هي الخوف من الولادة، وما قد يتفرع عنها من مخاوف الموت والمرض والعمليات الجراحية والألم... إلخ.

- التناذر الهستيري: وتختلف حدة هذه العوارض العصابية باختلاف الشخصية السابقة

للحمل.

3 - العوارض ذات الطابع الذهاني:

المظاهر النفسية والجسدية: وهي نادرة، وتبتدئ غالباً في الثلث الأخير لفترة الحمل، وتتظاهر بشكل انهيارى يمكنه أن يمتد إلى ما بعد الولادة. كما يمكننا أن نصادف بعض التناذرات النفسية - العصبية الخطرة (ولكن نادراً جداً) من نوع:

1 - التهاب نهايات الأعصاب العقلي لدى الحوامل (ويظهر لدى شابات تحملن للمرة

الأولى وسيئات التغذية بسبب الاستفراغ، الأمر الذي يتبدى بتناذر كورساكوف مع شلل ضموري مؤلم وخبل عقلي).

2 - زفن الحمل (Corhee) ويتبدى لدى مريضة زفنية سابقاً، ويختفي بعد الحمل.

3 - يمكن لأولى نوبات الصرع أن تظهر بمناسبة الحمل.

4 - الحالات الخبلية بعد الولادة:

المظاهر النفسية والجسدية: وتبدأ فجأة بدون تمهيدات، وبدون أية علائم التهايبية. وتتراوح

بين البسيطة (دغش الوعي Obnubilation) وبين الخطرة (ذهول Stupeur).

5 - الحالات الخبيلية Etat Confusional:

المظاهر النفسية والجسدية: وهذه الحالة هي عامة من النوع الخبيلي - الحلمي ذي الطابع القلبي "تعيش المريضة حالة قلق (مختلف في حدته) بسبب معاشتها لمشاهد محزنة، وأحياناً مرعبة"، ويمكن لهذا المزيج (خبل + حلم + قلق) أن يتبدى بأشكال مختلفة (كآبة وهوس وحالة جمودية) تتعاقب في ظهورها. وهذه الحالات ذات مستقبل جيد، وتميل إلى التراجع.

6 - الحالات الهذيانية بعد الولادة Etat Delirant:

المظاهر النفسية والجسدية: يمكنها أن تكون على علاقة بالمظاهر الخبيلية، أو أن تكون مستقلة. وتبدأ بحالة من تفكك الشخصية، وانعدام الاستيعاب. وعلى هذا الأساس تظهر الأفكار الهذيانية (ضعيفة البنية) المتمحورة حول الاضطهاد والأفكار. ويمكنها أن تعطي الطابع الذهاني الانهياي.

7 - الحالات الذهانية المزاجية بعد الولادة Etat Psycho - Affectif:

المظاهر النفسية والجسدية: يمكن أن تسبقها فترات من الخبل، أو الهذيان، ثم تبدأ المظاهر الانهيارية مع هذيان على علاقة بالحمل، والطفل، وأفكار انتحارية، و/ أو قتل الوليد. كما يمكن ظهور الحالات الهوسية (نادرة بالمقارنة مع الانهيار)، حيث اضطراب النوم والعدوانية، وهروب الأفكار والشمق.

8 - الحالات الفصامية بعد الولادة Schizophreniforme:

المظاهر النفسية والجسدية: وتبدأ عادة (4 - 6 أسابيع) بعد الولادة، ويمكنها أن تبدأ بالهذيان الذي يزداد تنظيمياً مع تطور الحالة، وميل للانعزال، والنزوية، والعدائية، مع أفكار الغيرة والاضطهاد.

9 - الاضطرابات العصابية المتأخرة:

المظاهر النفسية والجسدية: وتتبدى بعد فترة تتراوح بين 42 يوماً وسنة بعد الولادة. ولها الطابع القلبي - الانهياي، وتتسم بلا مبالاة الأم أمام وليدها.

10 - الاضطرابات الذهانية المتأخرة:

المظاهر النفسية والجسدية: وتتبدى بعد فترة تتراوح بين 42 يوماً وسنة بعد الولادة. ويمكنها أن تكون ذات شكل فصامي (انظر الحالات الفصامية بعد الولادة... أو ذات شكل مزاجي (غالباً انهياي) - انظر الحالات الذهانية المزاجية... وهذه الحالات نادرة جداً، ويجري الجدل حولها عما إذا كانت ذهانات بسبب الولادة، أم أنها ذهانات كامنّة تفجرت بمناسبة الولادة.

الفصل الخامس

الإضطرابات النفسية المصاحبة لسن اليأس

ثلث النساء في أميركا، تقريباً 36 مليون امرأة على أبواب الدخول في سن اليأس، وبافتراض أن معدل الحياة 81 سنة، فإن المرأة بعمر 50 سنة تعيش تقريباً ثلث حياتها في المرحلة التالية لسن اليأس.

سن اليأس، كمفهوم، هو تلك النقطة الحرجة من حياة المرأة عندما تتوقف الدورة الطمثية بشكل كامل، منهية قدرة المرأة على الإنجاب، ويعتبر المرحلة النهائية لعملية حيوية تتجلى بنقص في إفراز الهرمونات الأنثوية من المبيض. وفي حقيقة الأمر، تبدأ هذه العملية الحيوية قبل 3-5 سنوات من توقف الدورة الطمثية، وتدعى هذه الفترة بمرحلة ما قبل سن اليأس، ويعتبر سن اليأس كاملاً عندما يمضي على انقطاع الدورة الطمثية أكثر من سنة، ويحدث هذا بعمر 50 سنة، ويختلف عادة بين امرأة وأخرى، العمر الذي تتوقف فيه الدورة الشهرية تماماً، مثل الاختلاف المشاهد في بدء الدورة الطمثية في مرحلة البلوغ، ويعزى هذا الاختلاف لعوامل عديدة، فمثلاً تدخين السجائر يعجل من حدوث سن اليأس باكراً.

آلية حدوث اليأس:

يحوي المبيض على بنيات تُدعى الجريبات، حيث تحوي في داخلها البيوض، ويحوي المبيض عند ولادة المرأة على 2 مليون بيضة، وعندما تصل البلوغ يبقى فقط 300 ألف بيضة، وفي كل دورة شهرية تتضج وتتحرق 400 - 500 بيضة.

خلال سنوات النشاط التناسلي، تقوم الغدة النخامية بإفراز هرمونات تؤدي إلى نمو البيضة وانبثاقها من الجريب في كل شهر، أما الجريب الذي فقد لتوّه البيضة فيبدأ بإفراز هرمونات الأستروجين والبروجسترون، حيث تؤثر على بطانة الرحم، وتصبح تحت تأثير هذه الهرمونات جاهزة لاستقبال البيضة الملقحة إذا كان هناك إلقاح، أما إذا لم يحصل، فتتكمش هذه البطانة، وتسقط في النهاية مُستهلة دورة طمثية جديدة.

ولأسباب غير معروفة، ينخفض إنتاج الهرمونات الجنسية في المبيض في منتصف الثلاثينات، وفي نهاية الأربعينات تتسارع هذه العملية، وتتأرجح مستوى الهرمونات الجنسية في الدم بشدة، مسببة عدم انتظام في الدورة الطمثية، مصحوبة بنزوف غزيرة غير متوقعة، وعندما تصل المرأة منتصف الخمسينات تتوقف الدورة الطمثية نهائياً. على أية حال، لا يتوقف إنتاج الأستروجين بشكل كامل، حيث يتم إنتاج نوعاً آخر من الأستروجين في النسيج الشحمي بمساعدة الغدة

الكظرية. هذا الشكل من الأستروجين المنتج في الأنسجة الشحمية أقل فعالية من الأستروجين المنتج في المبيض، وبما أن إنتاجه يزداد مع تقدم العمر، ومع كمية المخزون الشحمي الموجود في الجسم، فإن البروجسترون، وهو الهرمون الجنسي الثاني المفرز من المبيض، يؤثر على بطانة الرحم في النصف الثاني من الدورة الطمثية، حيث تتمدّد بطانة الرحم، وتصبح أكثر غزارة بالأوعية الدموية، وأشدّ قابلية لإيواء البيضة الملقحة، وإذا لم يحصل إلقاح، فإن مستوى البروجسترون في الدم يهبط، مما يؤدي إلى انسلاخ بطانة الرحم وسقوطها نهائياً. أحياناً تغيب الدورة الطمثية دون أن يكون هناك حمل بالضرورة. وقد يكون السبب عدم وجود كميات كافية مفرزة من البروجسترون لانسلاخ بطانة الرحم، في حين قد يبقى مستوى الأستروجين عالياً. وعادةً، تتأرجح مستويات الهرمونات الجنسية في الدم في سن اليأس، حيث تكون مرتفعة مرّة، وأخرى منخفضة، ولا يكون الانخفاض في هذه المستويات متجانساً دائماً. إن التغير الحاصل في وظيفة المبيض الإفرازية أثناء سن اليأس يعتبر سلبياً على بقية الغدد في الجسم، حيث تعرف هذه الغدد بمجموعها بالجهاز الغدي، وهذا الجهاز الغدي يدخل ويتحكم في عمليات النمو والاستقلاب والإنتاج التناسلي. وكذلك يؤثر هذا النقص على معظم الأنسجة في الجسم، وخاصة الثدي - المهبل - العظم.

الأوعية الدموية - السبيل الهضمي - السبيل التناسلي والجلد:

الضهي الجراحي: النساء اللواتي على أبواب سن اليأس، أو النساء ما قبل سن اليأس، يتعرضن لبدء حاد لأعراض الضهي بعد إزالة المبيض جراحياً. تشتد الأعراض وتتفاقم لدى هؤلاء النساء، وخاصة الهبات الساخنة، ويزداد تواترها وتستمر لفترات أطول. يزداد لديهن خطر الإصابة بأمراض القلب الوعائية، وتخلخل العظام، ويكونوا أكثر عرضة للإصابة بنوبات اكتئاب. عندما يستأصل مبيض واحد يحدث الضهي بشكله الطبيعي، وعندما يستأصل الرحم فقط، مع الحفاظ على المبيضين، فإن الدورات الطمثية تتوقف، ولكن أعراض الضهي إذا ترافقت، فإنها تحدث في العمر الطبيعي المتوقع لحصولها. على أية حال، بعض النساء اللواتي تم إزالة أرحامهن قد يعانين من أعراض الضهي في عمر مبكر.

الأعراض السريرية المرافقة لسن الضهي:

يعتبر الضهي تجربة ذاتية، وبعض النساء تلاحظ تأثيراً خفيفاً على الجسم، أو المزاج، بينما البعض الآخر يعانين من تأثيرات مزعجة ومعتلة للحياة.

(1) الهبات الساخنة:

تعتبر الهبات الساخنة من أكثر الأعراض المرافقة لسن الضهي شيوعاً، حيث تصيب أكثر

من 60% من النساء في سن الضهبي، وتشعر المرأة بالهبّات الساخنة على شكل إحساس حراري مفاجيء في القسم العلوي من الجسم، أو في كل الجسم. ويتوهج العنق والوجه، وقد يترافق بتبقعات حمراء على الصدر - الظهر - الساعدين.

أحياناً يعقب التوهج فترة من التعرق الغزير، ثم تتلوها فتشعريرة باردة عندما تبدأ درجة حرارة الجسم تتكيف من جديد. وتستمر الهبات الساخنة لبضعة دقائق، وأحياناً تستمر لأكثر من 30 دقيقة.

تحدث الهبات الساخنة بشكل متقطع، وقبل بضعة سنوات من ظهور أعراض الضهبي، ومع تقدم العمر تتناقص شدة وتواتر الهجمات. 80% من النساء المصابات بالهبّات الساخنة تستمر الهجمات لسنتين، أو أقل، بينما نسبة قليلة قد تستمر الهبات الساخنة لأكثر من 5 سنوات. تحدث الهبات الساخنة في أي وقت من اليوم، وقد تكون خفيفة وغير مزعجة للمرأة. أو شديدة لدرجة تجبر المرأة على الاستيقاظ، ولهذا قد تشكو المرأة من الأرق، وعدم القدرة على النوم. وأحياناً تتعرض الهجمات نتيجة عوامل غذائية، وشدات نفسية مختلفة، مثل القهوة - الكحول - المشروبات الساخنة - الأطعمة الحارة - حالات الشدة والخوف. وفي كل الأحوال، تجنب هذه المشروبات لا يتبع بالضرورة غياب هذه الهجمات. ويبدو أن الهبات الساخنة تحدث كنتيجة مباشرة لانخفاض مستوى هرمون الأستروجين في الجسم، واستجابة لهذا الانخفاض، تبدأ الغدد في الجسم بإفراز كميات كبيرة من الهرمونات الأخرى أكثر من الطبيعي، حيث تؤثر على مراكز تحكم الحرارة في الدماغ، مؤدية إلى اضطراب في الميزان الحراري للجسم. إن المعالجة الهرمونية تخفف من شدة وتواتر الهبات الساخنة في معظم الحالات.

(2) التغيرات الطارئة في المهبل والسبيل البولي:

مع تقدم العمر، تصبح جدران المهبل رقيقة وجافة، وأقل مرونة، وأكثر احتمالاً للإصابة بالإنتان. هذه التغيرات تجعل عملية الجماع الجنسي غير مريحة، وأحياناً مؤلمة. بعض النساء تجد راحة عند استخدام المطريات المهبلية، ويفضل استخدام الأنواع المنحلة بالماء، لأنها تقلل من فرصة الإصابة بالإنتان، وكذلك يستحسن تجنب استعمال المراهم المهبلية المليئة ذات الاستنقاء البترولي، حيث معظم النساء لديهن حساسية تجاه المشتقات البترولية، إضافة إلى أنها تؤدي الواقي الذكري.

تتعرض الأنسجة في الجهاز البولي لمجموعة من التبدلات، وخاصة مع تقدم العمر، تاركة النساء في معظم الأحيان أكثر عرضة للإصابة بالسلس البولي، ولا سيما إذا ترافقت مع إنتان

بولي، أو مرض بولي مُزمن. التمارين والتدريبات الرياضية، السعال، الضحك - رفع الأوزان الثقيلة، أو أي نوع من الحركات المشابهة التي تزيد الضغط داخل المثانة، قد تؤدي إلى خروج كميات صغيرة من البول. ومن المهم حقاً أن نعلم أن السلس البولي، وعلى الرغم من أنه ليس اختلاطاً لتقدم العمر، إلا أنه يُعتبر مرضاً طبيعياً قابلاً للعلاج. وقد أشارت الدراسات الحديثة إلى أن تدريب المثانة المنتظم يشكل علاجاً فعالاً وبسيطاً في معظم الحالات، وأقل كلفة، وأكثر أماناً، من الأدوية، أو الجراحة.

تزداد فرصة الإصابة بالإنتان المهبلي والبولي خلال 4 - 5 سنوات من انقطاع الدورة الطمثية. وتعالج الإنتانات البولية والمهبلية، بسهولة، باستخدام الصادات الحيوية، ولكنها تميل لأن تنكس في المستقبل. وللتخفيف من فرص النكس، يمكن للمرأة أن تلجأ إلى:

- التبول قبل وبعد كل عملية جماع.
- التأكد من أن المثانة غير ممتلئة لفترات طويلة من الزمن.
- تناول كميات وافرة من الماء.
- الحفاظ على المنطقة التناسلية نظيفة.

الفصل السادس

سن اليأس والتأثيرات النفسية والعقلية

تتناول الخُرَافة الشعبية النساء في سن اليأس على شاكلة أصحاب تقلبات، وأمزجة غريبة، حيث يتأرجحن بين نوبات من الغضب والسخط، إلى نوبات من الاكتئاب والتفجع. على أية حال، أظهرت الدراسة النفسية في جامعة بتسبيرغ Pittsburg أن الضهي لا يؤدي إلى اكتئاب، أو تأرجح في المزاج، أو حتى شدة عند معظم النساء، وفي الحقيقة قد يحسن من المستوى النفسي العقلي عند البعض، مما يُعطي دعماً إضافياً للفكرة القائلة: "الضهي ليس بالضرورة تجربة سلبية".

دراسة بتسبيرغ تعاملت مع ثلاث مجموعات من النساء:

- مجموعة أولى من النساء: الدورة الطمثية ما زالت سارية.
- مجموعة ثانية من النساء: يوجد ضهي، ولكن غير مترافق مع معالجة هرمونية.
- مجموعة ثالثة من النساء: هناك ضهي مترافق مع معالجة هرمونية.

أظهرت هذه الدراسة أن نساء المجموعة الثانية لا يعانون من الاكتئاب، القلق، الغضب،

ومشاعر الشدة، أكثر من نساء المجموعة الأولى ذوات العمر نفسه. وعلى الرغم من أن الهبات الساخنة قد ذُكرت بنسبة أكبر بين نساء المجموعة الثانية، لكن، وبشكل يدعو للحيرة، كانت الحالة العقلية العامة أفضل من كلا المجموعتين.

إن النساء اللواتي كنَّ يستخدمن المعالجة الهرمونية كنَّ أكثر قلقاً وتوجساً حول أجسامهن، وإلى حدٍّ ما أكثر اكتئاباً، وقد يكون السبب نتيجة لتأثير الهرمونات بحد ذاتهم، ولكن على الأغلب أن هؤلاء النساء أكثر ميلاً. لاعتبار الاهتمامات المتعلقة بالجسد الأولوية الأولى في حياتهن، وفضلاً عن ذلك أشارت الدراسة إلى أن نسبة الاكتئاب لدى النساء في سن الضهي تشبه نسبتها في المجتمع ككل، تقريباً 10% يكون الاكتئاب لديهم عابراً ومقطعاً، و5% مستمراً، والاستثناء الوحيد كان فقط عند النساء ذوات الضهي الجراحي، حيث تضاعفت نسبة الاكتئاب عن مثلها لدى النساء ذوات الضهي الطبيعي.

وكذلك أشارت الدراسة أن معظم حالات الاكتئاب ترتبط بشدات الحياة، أو ما يسمى بأزمات الحياة المعتدلة أكثر من ارتباطها بالضهي. وتتضمن هذه الشدات جوانب مختلفة من الحياة، سواءً على الصعيد الأسري، أو الاجتماعي، هنالك مثلاً التغيير في وظيفة الأسرة عندما يكبر الأطفال، بالبحث عن استقلالية خاصة، حيث يخف اعتمادهم على وجود الأم، أو تغير في الدعم والوظيفة الاجتماعية، كما يحدث عقب الطلاق، حيث تخسر الزوجة كثيراً من أصدقائها وعلاقاتها الاجتماعية، أو فقدان لأحد الأشخاص الحميمين، كوفاة أحد الوالدين، أو الزوج، أو لدى الإصابة بمرض، حيث ينتاب المرأة شعور بالهرم والكبر، كل هذه التغيرات قد تُحدث شدة لدى المرأة.

ماذا عن الجنس...؟

لدى بعض النساء، الضهي يسبب نقصاً في الفعالية الجنسية. إن النقص الحاصل في إفراز الهرمونات يُسبب تغيرات خفية في الأنسجة التناسلية، حيث يُعتقد أنها مسؤولة عن انحدار الرغبة الجنسية. تنقص التروية الدموية للنسيج المهبلّي والأعصاب والغدد المحيطة عندما يقلّ إفراز الأستروجين، مما يجعل النسيج المهبلّي أرق، وأكثر جفافاً، وأقل قابلية لإفراز المواد المرزّقة التي تجعل الجماع عملية مُريحة. على الرغم من أن التغيرات الحاصلة في الإنتاج الهرموني قد أُنْهت كعوامل رئيسية لهذا التغيير في السلوك الجنسي، إلا أن بعض العوامل النفسية والثقافية والذاتية قد تلعب دوراً في ذلك، فمثلاً أشارت دراسة سويدية أن بعض النساء يستخدمن الضهي كعُذر للامتناع عن ممارسة الجنس بشكلٍ كامل، بعد سنوات عديدة من فقدان الرغبة الجنسية، في حين أن قسماً آخر يشعرون بحرية أكثر بعد الضهي، وبازدياد في

الرغبة الجنسية، وخاصة أن الحمل لم يعد يُشكل مصدراً حقيقياً للقلق والخوف بالنسبة لبعض النساء، وتُعتبر حبوب منع الحمل مشكلة مُربكة، وينصح الأطباء النساء اللواتي دوراتهن الطمثية مازالت فعالة، حتى لو كانت غير منتظمة خلال السنة الفائتة، بمتابعة استخدام حبوب منع الحمل. ولسوء الحظ، الخيارات المتوافرة لمنع الحمل ما زالت محدودة. فمستحضرات الفم الهرمونية، وحتى مستحضرات الزرع المانعة للحمل، تحمل عوامل خطورة عند النساء المتقدمات في السن، وخاصة المدخنات، وهناك التأثيرات طويلة الأمد الناجمة عن نقص هرمون الأستروجين.

(1) تخلخل العظم:

يعتبر تخلخل العظم واحداً من أهم القضايا الصحية التي تحمل خطراً على النساء عندما يصبحن في منتصف العمر. وتخلخل العظام هو تلك الحالة التي يصبح فيها العظم رقيقاً وهشاً، وأكثر قابلية للكسر. وهناك دراسات عديدة، خلال السنوات العشرة الماضية، ربطت عوز الأستروجين بهذا المرض المُعقد، وفي الحقيقة إن تخلخل العظم مُرتبط بشدة بالضهي، أكثر من ارتباطه بالعمر الزمني للمرأة. تتألف العظام من أنسجة حية تمارس عمليتين هامتين: تحطيم العظام القديمة، وتشكل عظام جديدة، وهاتان العمليتان مرتبطتان بشكل وثيق. فإذا تجاوز انحلال العظم معدل التشكيل، فإن العظم يصبح رقيقاً وضعيفاً، وعاجزاً عن دعم فعاليات الجسم اليومية.

في كل سنة تقريباً، هنالك 500 ألف امرأة تعاني من كسرٍ عظمي في إحدى فقرات العمود الفقري، و300 ألف يتعرضن للإصابة بكسر في الحوض، وتبلغ كلفة علاج الكسور العظمية الناجمة عن تخلخل العظم في الولايات المتحدة أكثر من 10 مليار دولار في السنة، وتعتبر كسور الحوض من أكثر العلاجات كلفة. كسور الفقرات تقود إلى انحناء العمود الفقري، وفقدان الطول الطبيعي، بينما كسور الحوض تسبب آلاماً مبرحة، والشفاء يتطلب ملازمة الفراش لفترة طويلة. 12 - 20% من النساء المصابات بكسر في الحوض لا يعيشن أكثر من 6 أشهر بعد الكسر، وعلى الأقل 50% من هؤلاء النساء يحتجن إلى مساعدة أثناء قيامهن بالفعاليات اليومية. 15 - 25% قد يتطلبن الدخول في برامج إعادة التأهيل لفترة طويلة من الزمن. ونادراً ما تُعطى النساء المتقدمات في السن، والمصابات بكسور، فرصة كاملة في برامج التأهيل. وعلى أية حال، معظم المرضى يسترددن عافيتهن، ويعدن إلى فعاليتها اليومية المعتادة في حال توافر الزمن الكافي والتأهيل المناسب.

بالنسبة لتخلخل العظم، معظم الباحثين يؤمنون بالمثل القائل "درهم وقاية خير من قنطار

علاج". إن حالة الجهاز الهيكلي العظمي عند النساء المتقدمات في السن يعتمد على مبدئين: كمية الكتلة العظمية الأعظمية الموجودة قبل الضهي، ومعدل فقدان العظمي بعد حصول الضهي. وتلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في تحديد القيمة العظمى للحجم العظمي، فمثلاً النساء السود يكتسبن كتلة عظمية في العمود الفقري أكثر من النساء البيض، ولهذا تكون الكسور العظمية الفقرية بفعل تخلخل العظام أقل. عوامل أخرى تزيد من الحجم العظمي، وتضمن الوارد اليومي من الكالسيوم وفيتامين (د)، وخاصة عند اليافعات قبل سن البلوغ، وكمية التعرض لأشعة الشمس، ومقدار التمارين الفيزيائية. وهذه العوامل تساعد أيضاً في التقليل من معدل التحزب العظمي.

هناك شدات فيزيولوجية يمكن أن تسرع الضياع العظمي، مثل الحمل - الإرضاع - عدم الحركة. ويبقى المذنب الأكبر في عملية فقدان العظمي عوز الأستروجين. ويزداد الضياع العظمي في فترة ما قبل الضهي، حيث تعتبر مرحلة انتقالية تهبط فيها مستويات الأستروجين بشكل هام. ويعتقد الأطباء أن أفضل طريقة لتدبير تخلخل العظم هو الوقاية، لأن الطرق العلاجية المتوافرة حالياً تؤمن فقط من الضياع العظمي، ولا تساهم في إعادة البناء العظمي. وعلى أية حال، يأمل الباحثون أنه في المستقبل القريب سوف تصبح مسألة الضياع العظمي قضية معكوسة. إن أكثر الطرق العلاجية فعالية في تدبير التخلخل العظمي عند النساء ما بعد سن الضهي حالياً يرتكز على إعطاء الأستروجين، وبشكل ملحوظ يحمي الأستروجين النسيج العظمي من الضياع أكثر من الوارد اليومي للكالسيوم، وحتى لو كان بالمقادير العالية.

(2) أمراض القلب الوعائية:

معظم الناس يتصورون أن الرجل المسن، وزائد الوزن، أكثر الأشخاص ترشحاً للإصابة بأمراض القلب الوعائية. وفي الحقيقة، يشكل الرجال نصف القصة. وتعتبر أمراض القلب الوعائية المرض القاتل الأول عند النساء، ومسؤولاً عن 50% من الوفيات لدى النساء اللواتي تجاوزن سن الخمسين. وبشكل يدعو للسخرية، تم استبعاد النساء من الدراسات القلبية السريرية خلال السنوات الماضية، ولكن أخيراً أدرك الأطباء أن النساء تصاب بأمراض القلب الوعائية بالنسبة نفسها التي تصيب الرجال.

يُقصد بأمراض القلب الوعائية تلك الاضطرابات التي تصيب القلب والجهاز الوعائي الدوراني، وتتضمن تمسك الشرايين، أو ما يعرف بالتصلب العصيدي، وارتفاع الضغط، الشرياني، والحناق الصدري، والسكتة. ولأسباب غير معروفة، يساعد الأستروجين في حماية

المرأة من الإصابة بأمراض القلب الوعائية خلال فترة نشاطها الجنسي. ويبقى الأمر صحيحاً حتى بوجود عوامل الخطورة التي تؤهب الرجال للإصابة، وتتضمن هذه العوامل التدخين، وارتفاع الكوليسترول في الدم، والقصة العائلية لأمراض قلبية، وتبقى هذه الحماية عابرة ومؤقتة. بعد سن الضهي، تزداد وقوعات الإصابات القلبية الوعائية، ومع تقدم العمر يزداد خطر الإصابة، ولكن ما يبعث على التفاؤل أنه يُمكن إنقاص معدل الإصابة القلبية الوعائية من خلال التشخيص الباكر، وتغيير نمط الحياة، وتطبيق المعالجة المغيضة بالهرمونات. يُسبب الضهي تبدلات في المواد الدسمة الجارية في دم المرأة، وهذه المواد تُعرف بالليبيدات. كمية المواد الدسمة الموجودة في كل وحدة دموية تحدد مستوى الكوليسترول في المصل. يتألف الكوليسترول من مكونين: الدسم البروتيني ذو الكثافة العالية HDL والدسم البروتيني ذو الكثافة المنخفضة LDL. يُعدّ الدسم البروتيني ذو الكثافة العالية كوليسترولاً مفيداً، حيث يترافق بتأثيرات إيجابية وصحية، بينما الدسم البروتيني ذو الكثافة المنخفضة يترافق بتأثيرات سلبية وضارة، حيث يشجع المواد الدسمة على التراكم في جدران الأوعية، مُحدثاً في النهاية تضيقاً وانسداداً. ومن الواضح أن الدسم البروتيني ذو الكثافة العالية LDL ينخفض، والدسم البروتيني ذو الكثافة المنخفضة يرتفع لدى النساء بعد سن اليأس، كنتيجة مباشرة لانحدار مستوى الأستروجين في الجسم. إن ارتفاع LDL والكوليسترول الكلي قد يقود إلى حدوث السكتات الدماغية والاحتشاءات القلبية، وأخيراً الوفاة.

تدبير سن اليأس:

(I) المعالجة الهرمونية المغيضة: بدأ الأطباء حالياً في استخدام المعالجة الهرمونية المغيضة لمكافحة الأمراض المرافقة الناجمة عن انخفاض مستوى الأستروجين في الجسم. يقوم مبدأ المعالجة على إعطاء الهرمونات المغيضة بالأستروجين، أو إعطاء الأستروجين بمفرده. وتوصف الهرمونات المغيضة على شكل حبوب، وعلى الرغم أن المراهم المهبلية، والرقعات الجلدية، تستخدم في بعض الأحيان. يُعتقد أن المعالجة الهرمونية المغيضة تُساعد في الوقاية من التأثيرات المُدمرة لأمراض القلب، وتخلخل العظام، حيث تعتبر أمراضاً صعبة العلاج، ومُكلفة لدى حدوثها.

إن التأثيرات القلبية والوعائية للبروجسترون ما زالت غير معروفة، كما أن استخدام المعالجة الهرمونية المغيضة لتدبير الضهي تشكل نقطة طيبة مثيرة للجدل، وتبقى مدى فعالية وأمان هذه المعالجة، على المدى الطويل، من الاهتمامات العُظمى لدى الأطباء والنساء على حدّ سواء. لا توجد حالياً معطيات كافية تدل على أن المعالجة الهرمونية المغيضة تُعتبر الخيار الأمثل

لكل النساء، على الرغم من وجود دراسات جادة تسعى جاهدة لإلقاء الضوء على بعض التساؤلات المطروحة، ولكن على ما يبدو أنها تحتاج لبضعة سنين حتى تصل إلى إجابات صريحة ودقيقة.

في عام 1940، عندما أدخل الأستروجين لأول مرة في علاج الإياس، كان يُستخدم بمفرده، وبجرعات عالية، وفي الوقت الحاضر، وبعد 50 سنة من محاولات التجربة والخطأ، أصبح من المعلوم أن الأستروجين يُعرض الطبقة الداخلية للرحم على النمو، حيث تتسلخ وتسقط أثناء الإحاضة. هذا النمو قد يستمر بشكل عشوائي، مخترقاً آلية التحكم الخلوي، مؤدياً إلى حدوث السرطان. واليوم يصف الأطباء الأستروجين بمقادير منخفضة، وقلة فقط تصف الأستروجين بمفرده، وخاصة عند النساء اللواتي ما زلن يحتفظن بالرحم. معظم الأطباء في الوقت الحاضر يفضلون إضافة أحد المركبات الصبغية للبروجسترون، ويُدعى البروجستين، أثناء علاج الضهي، لمعاكسة التأثيرات الضارة للأستروجين على الرحم. ينقص البروجستين من خطر الإصابة بسرطان الرحم، كونه يسبب انسلاخاً لبطانة الرحم كل شهر، والعائق الوحيد لهذه المقاربة هو عند النساء في سن الضهي هو عودة النزوف الشهرية. تستمتع النساء بمزيد من الحرية عندما يصلن سن الضهي، حيث تتوقف الدورات الطمثية، ولكن بعضهن يُرغمن على استئناف الدورات الشهرية، ويعتبر هذا من أهم التأثيرات الجانبية لاستخدام البروجستين، أما بقية التأثيرات الجانبية لتعاطي البروجستين، والتي تشجع المرأة عن التوقف في استخدامه، فتتضمن: إيلام في الثدي - انتفاخ بطني، قلق وهيجوية، اكتئاب.

بدأ الباحثون في الآونة الأخيرة بتقييم طرق مختلفة لإعطاء البروجستين بجرعات مُخفضة، لتجنب النزوف الشهرية على الأقل، وحالياً، معظم النساء يتلقين ما يُعرف بالمعالجة الهرمونية المُعيضة الشهرية، حيث تأخذ المرأة الأستروجين بشكل مستمر، والبروجستين فقط في الأيام 12 الأولى من كل شهر. إن استخدام المعالجة المشتركة والمستمرة، حيث الأستروجين، وكميات أقل من البروجستين كل يوم، ما زالت قيد الدراسة. نظرياً، استخدام البروجستين سوف يكبح نمو البطانة الرحمية، مما يؤدي إلى توقف النزوف الشهرية. ولسوء الحظ، قد تحتاج النزوف 6 أشهر، أو أكثر، لتتوقف بشكل كامل.

وفي بعض الحالات، تُستبدل النزوف الشهرية بنزوف غير منتظمة، وأكثر إزعاجاً. ومن الواضح أننا نحتاج لأبحاث أكثر لتقييم العلاج، ولتطويره بشكل أمثل. هناك دراسات جادة تتناول أنماطاً متنوعة من البروجستين، ضمن جرعات ومستحضرات، وطرق إعطاء مختلفة، على أمل الإنقاص من تأثيراته الجانبية، مع الاحتفاظ بالفوائد المعروفة للأستروجين.

(1) تأثيرات الأستروجين على العظم:

إن المعالجة الهرمونية المغيضة، سواء المشتركة، أو بالأستروجين لوحده، تعتبر من أكثر الطرق نجاعةً في مكافحة تخلخل العظم. وكما ذكرنا سابقاً، فإن الأستروجين يؤخر من الفقدان العظمي، ولكنه لا يستطيع بالضرورة البناء العظمي، وقد يتطلب استخدام الأستروجين لفترة طويلة الأمد، أحياناً 10 سنوات، أو أكثر، لمنع حدوث الضياع العظمي ما بعد سن اليأس، والآلية التي يحمي فيها الجهاز الهيكلي العظمي غير معلومة.

ومن المعروف أن الأستروجين يساعد العظم في عملية ارتشاف الكالسيوم التي يحتاجها للحفاظ على بنية قوية، وكذلك يصون مخازن الكالسيوم في النظام، حيث يشجع باقي الأنسجة المختلفة في استعمال الوارد اليومي من الكالسيوم بطريقة فعالة أكثر، فمثلاً تحتاج العضلات لكميات من الكالسيوم لإحداث التقلص، فإذا لم يكن متوافراً بشكل كافٍ تقوم العضلات باستقراض الكالسيوم من العظام، وإذا استمرت هذه العملية لفترة طويلة، يتسارع الضياع العظمي، ويتطور تخلخل العظام. كذلك يلعب الكالسيوم دوراً مهماً في عملية التخرن الدموي، وانتشار السيالة العصبية، والإفراز الغدي للهرمونات المختلفة. من هنا تأتي أهمية استهلاك كميات كافية من الكالسيوم أثناء التغذية.

(2) تأثير الأستروجين على القلب:

أظهرت معظم الدراسات السريرية في الآونة الأخيرة أن النساء اللواتي يستعملن الأستروجين ينقص لديهن خطر الإصابة بالحوادث القلبية الوعائية. وأظهرت دراسة أجريت سنة 1991 انخفاض خطر الوفاة بالحوادث الوعائية بمعدل 50%، وانخفاض نسبة الوفيات العامة بمقدار 40% بعد 15 سنة من تطبيق المعالجة الهرمونية المغيضة. ويعزو بعض الباحثين السبب إلى مقدرة الأستروجين الفموي في صيانة LDL و HDL ضمن المستويات الصحية التي كانت عليها قبل مرحلة الضهني، من خلال تفاعل هذه المواد الدسمة مع بروتينات خاصة في الكبد، بينما يعتقد البعض الآخر أن هذه التأثيرات الصحية تعود إلى التأثير المباشر للأستروجين على الجدران الوعائية، وفي الحالة الأخيرة كإلا الأستروجين الفموي واللصوقات الجلدية تحققان النتائج المرضية نفسها.

يعتقد معظم الأطباء أن المعالجة الهرمونية المغيضة تُفيد النساء اللواتي لديهن عوامل خطر الإصابة بالأمراض القلبية، وأهم عوامل الخطورة المؤهبة لحدوث المرض القلبي تتضمن: قصة عائلية لمرض قلبي - ارتفاع الضغط الشرياني - السمنة والتدخين.

في أية مرحلة من العمر، تعتبر النساء المدخنات أكثر عرضة للإصابة بالمرض القلبي، أو

السكتة الدماغية، من النساء غير المدخنات، وبعد سن اليأس يزداد الخطر بشكل معقد عند هؤلاء المدخنات. تُعتبر المستويات المنخفضة من الأستروجين، والتدخين، عاملي خطورة منفصلين في إحداث المرض القلبي، ولكن عندما يجتمعان، فإن هذا الخطر يزداد بنسبة عالية أكثر من نسبة كل عاملٍ بمفرده، وكذلك التدخين يزيد من خطر الإصابة لبعض أنواع خباثات وأمراض الرئة المزمنة، مثل النفاخ الرئوي، ولحسن الحظ الانقطاع عن التدخين في أي مرحلة من العمر ينقص من هذا الخطر بشكل كبير. وأشارت الدراسات إلى أن توقف التدخين عند الأشخاص المتقدمين في العمر يزيد من معدل الحياة البقيا، حيث تنقص خطر الإصابة بالمرض القلبي، وتتحسن وظيفة الرئة، وتصبح الوظيفة الوعائية الدورانية أكثر حيوية ونشاطاً، ولهذا فإن الانقطاع عن التدخين، سواء قبل أو بعد الإياس، يرفع من معدل البقيا، ويحسن من نمط الحياة.

وعلى الرغم من يقيننا الكامل بأن الأستروجين يُخفّض من خطر الإصابة بالحوادث القلبية الوعائية، إلا أن النساء اللواتي لديهن قصة مرض قلبي سابق يُصحح بعدم استخدام المعالجة الهرمونية المغيضة المشتركة، أو المعالجة الهرمونية المغيضة بالأستروجين، وتتضمن قصة المرض القلبي اضطرابات في التخثر الدموي، وهجمات قلبية حديثة العهد. ويأمل الباحثون في توسيع نطاق البحث حول الوسائط غير الهرمونية الواقية من المرض القلبي، مثل تخفيض الوزن، وإيقاف التدخين، وتعديل نظام الحماية الغذائية، اعتماداً على دراسة أجريت عام 1988 لمدة 5 سنوات، حيث أظهرت أن زيادة الوزن يترافق بارتفاع في الضغط الشرياني، الكوليسترول الكلي والخبث، وفي مستويات الدسم في الدم، وأشارت دراسات أخرى أن تناول الكحول بمقادير قليلة في اليوم قد يكون له بعض التأثيرات الواقية على العضلة القلبية، إلا أن الأطباء ينصحون بالتماس الحذر، لأن زيادة استهلاك الكحول يزيد من الخطر لبعض المشاكل الصحية الأخرى في الجسم.

على الرغم من التأثيرات الصحية المفيدة لاستخدام الأستروجين الفموي على العضلة والأوعية القلبية معروفةً بشكلٍ جليّ، إلا أنه من المدهش حقاً أن تكون المعلومات المتوافرة حول التأثيرات القلبية الوعائية الصحية لاستخدام البروجستين قليلة جداً. وتقتصر بعض الدراسات أن البروجستين يعاكس التأثيرات المرغوبة لاستخدام الأستروجين بمفرده، بينما دراسات أخرى لم تُظهر مثل هذه العلاقة.

تقسم مضادات استقلاب استخدام المعالجة الهرمونية المغيضة إلى:

أ - مضادات استقلاب مطلقة:

- احتشاءات وهجمات قلبية حديثة.

- قصة سابقة لحوادث دماغية، وخاصة الحديثة منها.

- وجود سرطان ثدي، أو قصة عائلية لسرطان ثدي.

- سرطانات الرحم.

- أمراض كبدية فعّالة.

- أمراض الحويصل، والطرق الصفراوية.

- أمراض البنكرياس.

- أمراض التخثر الدموي.

- نزوف مهبلية غير مشخصة.

ب - مضادات الاستطباب النسبية:

- تدخين السجائر.

- فرط التوتر الشرياني.

- أمراض الثدي الحميدة.

- أمراض الرحم الحميدة.

- الانتباز البطاني الهاجر.

- التهابات البنكرياس.

- الصرع.

- الشقيقة.

ج - مضادات استطباب قد تمنع، أو تحول دون استمرار، المعالجة الهرمونية الميضة:

- الغثيان.

- الصداع.

- الاكتئاب.

- إحتباس السوائل.

(3) المعالجة الهرمونية وخطر حدوث سرطان الثدي:

أهم الأسئلة المطروحة حول استخدام المعالجة الهرمونية الميضة، سواء المشتركة، أو بالأستروجين، هو معرفة تأثيرات الأستروجين في تطوير سرطان الثدي. معظم الباحثين يعتقدون أن خطر الإصابة بسرطان الثدي يزداد بازدياد التعرض للأستروجين المفرز داخلياً، والحاصل أثناء الحياة الطبيعية، ولم يثبت ما إذا كان الأستروجين المعطى خارجياً له التأثير نفسه. هناك

اختلاف في الوقت الحاضر حول التجارب السريرية المجرىة بسبب الاختلافات الواسعة في الدراسات البشرية، وفي حجم الجرعات الدوائية، ووزن إعطائها، وفي أنماط الأستروجين المستخدم. التحليلات الحديثة للدراسات السابقة تقترح أن إعطاء الأستروجين بكميات صغيرة، ولفترات قصيرة من الزمن، 10 سنوات، أو أقل، لا يزيد من احتمال الإصابة بسرطان الثدي، في حين تطبيق الأستروجين بجرعات كبيرة، ولفترات زمنية أطول من 10 سنوات، يزيد من احتمال هذا الخطر بشكل هام، وعلى الأغلب فإن استخدام الأستروجين لفترات مطولة يزيد من خطر حدوث سرطان الثدي بنسبة 30%، وهذا يعني ازدياد وقوعات سرطان الثدي من 10 حالات لكل 10,000 امرأة في السنة، إلى 13 حالة لكل 10,000 امرأة في السنة. إن الخوف من سرطان الثدي يعتبر من أكثر الأسباب أهمية التي تجعل المرأة غير راغبة في استخدام المعالجة الهرمونية المغيضة، على الرغم من أن نسبة الوفيات الناجمة عن سرطان الثدي لم تزداد على الإطلاق. وقد يكون السبب في هذا زيادة معدل الزيارات الطبية للعيادات النسائية، وتطبيق أكثر للإجراءات الوقائية، وخاصة تصوير الثدي الشعاعي سنوياً. وبينما لا يستطيع أحد أن يقرر كيف يتطور سرطان الثدي، إلا أن هناك عوامل خطر ثابتة يجب على كل امرأة أن تكون ملّمة بها عند التفكير باستخدام المعالجة الهرمونية المغيضة، فقصة عائلية لسرطان ثدي، خاصة عند الأم، أو الأخت، تعتبر من أهم عوامل الخطورة على الإطلاق، وكذلك يزداد عامل الخطر إذا بكّرت الدورة الطمثية بالظهور قبل سن 12، أو عملية الإنجاب حصلت في عمر متقدم، أو الإياس بدأ بعد سن 50. معظم الأطباء يعتقدون أن الفوائد المتحصلة من تطبيق المعالجة الهرمونية المغيضة تفوق أهمية مخاطر الاستعمال إذا لم تكن المرأة مُصنفة ضمن مجموعة النساء ذوات الخطر العالي للإصابة بسرطان الثدي، أو سرطان باطن الرحم. وبالنسبة لبعض النساء تصبح المعالجة الهرمونية أمراً صعباً للاستمرار فيه نتيجةً للتأثيرات الجانبية المرافقة لهذه المعالجة، وتبقى القضية قراراً شخصياً يتعلق بالمرأة، وبطبيبها المختص.

(4) عوامل خطورة أخرى ترتبط بالمعالجة الهرمونية:

عادة ينصح الأطباء النساء بالتماس جانب الحذر عند تطبيق المعالجة الهرمونية المغيضة، وخاصة اللواتي لديهن خطراً عالياً في تطوير أمراض الدم التخثرية، فالسمنة، والدوالي المرثية الشديدة، والتدخين، وقصة سابقة لأمراض دموية خثرية، تضع المرأة في مجموعة النساء ذوات الخطر العالي عند استخدام المعالجة الهرمونية. وكذلك وجود قصة سابقة لأمراض الحويصل الصفراوي قد يمنع من تطبيق المعالجة الهرمونية، حيث تزداد نسبة حدوث الحصيات

الصفراوية لدى استخدام الأستروجين. وبشكل عام، نستطيع أن نُجمل التأثيرات الخاصّة للمعالجة الهرمونية بما يلي:

I - التغذية: هناك اتفاق عام على أن التغذية المتوازنة تُعدّ من أهم العوامل الرئيسية للصحة السليمة، ولكن ما زال هناك الكثير لتتعلمه، وخاصة في ما يتعلّق بمكونات الحمية الغذائية المتوازنة.

تختلف المتطلبات الغذائية من شخص لآخر، ويزداد هذا الاختلاف مع تقدم العمر، وتحتاج المرأة في مرحلة ما قبل سن الضهي بشكل طبيعي إلى 1000 ملغ في اليوم من الكالسيوم، وتُجمع معظم الدراسات الطبية أن المرأة بعد سن الضهي تحتاج لـ 1500 ملغ من الكالسيوم في اليوم في حال عدم تطبيق المعالجة الهرمونية و1000 ملغ من الكالسيوم في اليوم إذا كانت مُقترنة بالمعالجة الهرمونية المُعبّضة. وأهم الأغذية التي تحوي على الكالسيوم بتراكيز عالية تشمل الحليب ومشتقاته والأسماك والخضروات ذوات الأوراق الخضراء. وتعتبر المُحضرات الدوائية الحاوية على كاربونات الكالسيوم من أكثر أنواع الكالسيوم امتصاصاً في الجسم، وإذا كانت المرأة تعاني من مشكلة عدم تحمّل اللاكتوز، فإنه يُنصح باستخدام الحليب المُحب للحامض. وكذلك يلعب فيتامين C دوراً مهماً في امتصاص الكالسيوم، وفي عملية التشكل العظمي، حيث أظهرت الدراسات أن النساء في سن الضهي، والمصابات بتخلخل العظام، لدى تناول فيتامين C لفترة 3 سنوات، فإن معدل حدوث الكسور العظمية في الفقرات الظهرية تنقص بشكل هام. إن تناول فيتامين C بجرعات عالية يسبّب حصيات كلوية، وإمساك، وآلام بطنية، وخاصة عند النساء اللواتي لديهن مشكلة كلوية سابقة. تُوصى النساء بشكل عام باستخدام الإرشادات الغذائية الصحية التالية:

- من المفضل اختيار الأغذية ذات الدسم المنخفض، وخاصة الكولستيرول، والدسم المشبع، بحيث لا يتجاوز الوارد الحروري من الدسم أكثر من 30% من الوارد الحروري اليومي.

- استهلاك كميات وافرة من الخضار والفواكه، وخاصة الغنية بفيتامين (أ) و(ج)، وفضلاً عن ذلك تعتبر الخضار والفواكه مصدراً غنياً للعناصر المعدنية والألياف. تساعد الألياف في الحفاظ على حركية الأمعاء، وقد تنقص من نسبة وقوعات سرطان الكولون. يُنصح الكبار والصغار على حدّ سواء بتناول 20 - 30 غ من الألياف في اليوم.

- تجنّب تناول الأغذية والمعلبات المدخنة، والأطعمة المملحة، فقد يتفاقم الضغط الشرياني، ويصبح اختلاطاً خطيراً لدى تناول الأطعمة الغنية بالأملاح.

- تجنب تناول الأطعمة والمشروبات الحاوية على سكاكر اصطناعية، فليس كسكر

الاصطناعية لا تملك طاقة حرورية، وقد تؤدي إلى زيادة الوزن. ومع تقدم العمر، تنقص متطلبات الجسم من الطاقة، نتيجة لانخفاض الفعالية الفيزيائية، وفقدان كتلة الجسم العضلية. إن زيادة الفعالية الفيزيائية تُزيد من حاجة الجسم للطاقة، وتساعد في النهاية في التقليل من زيادة الوزن. وتحدث زيادة في الوزن عند النساء ما بعد سن الإياس، وقد يعود السبب جزئياً إلى نقص في مستوى الأستروجين. فقد أظهرت الدراسات المجراة على حيوانات المخبر أن الأستروجين يلعب دوراً كبيراً في عملية التحكم بالوزن. فالحيوانات اللواتي تم استئصال مبايضهن جراحياً، قد حصلت لديهن زيادة في الوزن، وحتى لو أطمعت بالأغذية نفسها، التي أطمعت فيها الحيوانات ذوات المبايض السليمة، فإن النتيجة تبقى متشابهة. لقد وجد أن البروجسترون يعاكس تأثيرات الأستروجين، وكلما ازدادت تراكيز البروجسترون في الدم، ازدادت رغبة الحيوانات للأكل.

II - التمارين الفيزيائية: تعتبر التمارين الفيزيائية مهمة جداً في حياة المرأة، وخاصة عندما تتقدم في العمر. التمارين الفيزيائية المنتظمة تُفيد القلب والعظام، وتساعد في تنظيم الوزن، وتساهم في بناء الحس الذاتي السليم، وتُحسن من الحالة المزاجية للمرأة. وبغياب التمارين الفيزيائية المنتظمة، تصبح المرأة أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب الإكليلية، والسمنة، وارتفاع الضغط الشرياني، وتخلخل العظام. الأعمال التي تتطلب فترات طويلة من الجلوس تزيد من فرص حدوث آلام الظهر المزمنة، والصلابة، والأرق، ومعظم هؤلاء النساء لديهن دوران وعائي ضعيف، وهن عضلي، وقصر تنفسي، وفقدان في الكتلة العظمية للجسم. النساء اللواتي يمارسن بانتظام التمارين الفيزيائية، أو الأشكال الأخرى في الفعاليات الهوائية، أكثر قدرة على تجنب هذه المشاكل، وإفراز مستويات عالية من الدسم البروتيني ذو الكثافة العالية. وأظهرت الدراسات أن النساء اللواتي يمارسن تدريبات مقوية للعضل تنقص لديهن نسبة الوفيات، وخاصة الناجمة عن أمراض القلب الإكليلية والخبائث. ومثل العضلات، تماماً، تتبع العظام القاعدة التالية "إذا لم تستخدمه فقد تخسره"، حيث تتناقص كتلة العظام، وتخسر مقويتها في حال عدم الاستخدام.

من المعروف، ومنذ أكثر من 100 سنة، أن التمارين الحاملة للوزن، مثل المشي والركض، تساعد في زيادة الكتلة العظمية للجسم، حيث تسرع هذه التمارين الخلايا على تشكيل أنسجة عظمية جديدة. وأظهرت الدراسات، خلال 20 سنة الماضية، أن النسيج العظمي الذي يخسر من كتلته، نتيجة فقدان الحركية، يستعيد قدرته على البناء من جديد عند ممارسة التمارين الحاملة للوزن. إن التمارين الفيزيائية المعتدلة عند النساء في سن اليأس

تصون الكتلة العضلية في العمود الفقري وتحافظ عليها ، وتنقص من خطر حدوث الكسور في تلك المنطقة.

وكذلك تلعب التمارين الفيزيائية دوراً كبيراً في تحسين المزاج والحالة النفسية. أثناء التمارين الفيزيائية يفرز الدماغ مجموعة من الأندورفينات المؤثرة في التوازن النفسي والجسدي للشخص.



الثقافة النفسية المتقدمة



WWW.psyinterdisc.com

علم النفس

Interdisciplinary Psychology

الكوارث

أدوية نفسية

تحليل نفسي

Psychologie Interdisciplinaire

العلاج النفسي

الميكوسوماتيك

الطب النفسي

السمنة وعلاجها النفسي

د. محمد احمد الشابليسي

العدد الثالث والخمسون / يناير / السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع السمنة والبدانة بوصفها شكل من أشكال إيمان الأكل. عارضا لمختلف النظريات الطبية المفسرة للسمنة والطراحة لأسبابها. ودون إهمال لإقتراحات علاج السمنة الدوائية وحتى الجراحية فإن الملف يعرض للعلاجات النفسية المقترحة للسمنة. حيث يصنفها المؤلف ومعها اضطرابات الأكل عامة في إطار الإضطرابات السيكوسوماتية. للمزيد

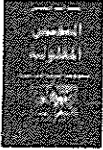


المعلوماتية والعلوم النفسية

د. جمال التركي

العدد الثاني والخمسون / أكتوبر / السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع استخدام المعلوماتية في مجال العلوم النفسية في البلاد العربية. حيث اللغة المشتركة تضمن تضامير الجهود المعلوماتية في هذه البلاد. ويشرف على الملف الزميل التركي صاحب السبق في هذا المجال. للمزيد
اقرأ في العدد القادم



سيكوفيزيولوجية الألم

دراسة نفسية عصبية يشارك فيها ثلاثة من الباحثين الأمان المعروفين. ترجمها للمجلة الزميل سامر رضوان. كما يضم العدد مقابلة مع العالم فاضل عائل وهو من رواد الاختصاص في المشرق العربي...



سيكولوجية أطفال الإنتفاضة

جماعة من الباحثين

العدد الخمسون / أبريل / السعر: دولارات

يتضمن للبحوث التالية: خصوصية الضغوط لتناجمة عن الانتفاضة. قراءة في سيكولوجية طلال الانتفاضة. تصور خطة لعلاج الأطفال الفلسطينيين. ومتابعات الانتفاضة. للمزيد

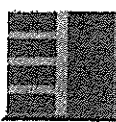
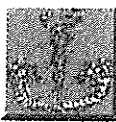


أزمات المراهقة

أ.د. أنور الجراية

العدد الثامن والأربعون / أكتوبر / السعر: دولارات

يحتوي الملف على البحوث والمقالات التالية: المراهق والمسألة. سلوكيات المراهق. المراهق والصحة النفسية. المراهق والتغذيب الأسري. والمراهق والامتدادات. للمزيد



الصفحة التالية

شروط النشر
الهيئة الإستشارية
مؤتمرات للمجلة
ملفات للمجلة
دليل الموقع

18

LES NEVROSES DE LA GUERRE LIBANAISE



Dr. Mohamad Naboulsi
Psychiatre MD-PH.D

**“Mais que vient-il donc faire dans
cette galère ?”**

Cette paraphrase de Gérode, dans les “Fourberies de Scapin” pourrait bien illustrer mes propos. Loin de me perdre dans des données historiques, politiques ou théoriques, je consacre cette étude à l’élucidation de la catastrophe libanaise, du point de vue psychiatrique.

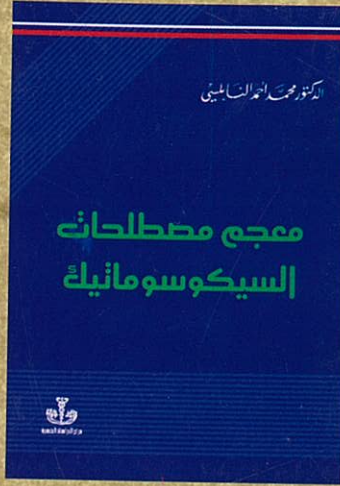
Cette catastrophe, aux effets traumatisants, est devenue quotidienne dans la vie du Libanais. L’histoire de cette guerre est jalonnée de situations catastrophales quand elle n’est pas elle même une.

Dans cette cours folle, le rôle du psychiatre qui cherche à faire une distinction entre le domaine quantitatif et le domaine qualitatif des troubles, semble bien difficile. Ne pouvant accomplir ce rôle, le psychiatre doit alors étudier les nuances des aspects psycho-socio-somatiques, car je suis parti de la définition suivante de la psychiatrie :

“La psychiatrie ne se limite pas au seul rôle curatif mais elle le dépasse pour jouer un rôle dans l’organisation de la défense et promotion de la santé mentale”.



من إصدارات مركز الدراسات النفسية



«إن الخطأ الكبير لأطباء عصرنا هو أنهم يفتصلون النفس عن الجسد لدى تصديهم لعلاج الجسم البشري. فطبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للإنسان ككل» ويتوالى الاهتمام بهذه الخلفية على امتداد التراث الإنساني حيث توقف عندها ابن سينا ليضرد لها فصلاً خاصاً في قانونه وذلك وصولاً إلى العصر الحديث إذ بدأ الأطباء منذ القرن التاسع عشر بإعادة النظر في موقفهم من العلاقة بين النفس والجسد وبالتالي من هذه الخلفية. ولقد كان الطبيب فان دوش Van Dush أول من تخطى الثنائية الديكارتية (التي تفصل بين النفس والجسد) ليعلن عن نمط نفسي خاص بمرضى القلب في العام 1868 حيث وصفهم بأنهم يتكلمون بصوت عال ويأنهم يخوضون الصراعات المتركة حول تدعيم سحرهم وسطوتهم. وكان هاينروث Heinroth قد أطلق مصطلح «سيكوسوماتيك» في العام 1818. لكن الاستخدام الدقيق للمصطلح تأخر لغاية العام 1922 على يد دوتش F.Deutch. وقد كان لظهور التنويم المغناطيسي. وقدرته على شفاء العديد من الحالات المرضية الجسدية، دور هام في إقناع الأطباء بالعلاقة بين النفس والجسد.