

النّفّاشة النفسيّة المُعَلَّمة

العدد الثالث والخمسون - المجلد الرابع عشر - يناير / كانون الثاني 2003

السمنة وعلاجها النفسي

جامعة من الباحثين

- الهيستيريا... التشخيص والعلاج
- أزمة منتصف العمر... وهم أم حقيقة
- خرافات عن الشيخوخة
- العلاج النفسي للسمنة
- العلاج الدوائي للسمنة
- السمنة وإدمان الطعام

مركز الدراسات النفسيّة والنفسيّة - الجسرية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا - ص.ب. 3062 - التل
تلفون: 961.6.441805
فاكس: 961.6.438925
E.mail: ceps 50 @ hot mail.com



الثقافة النفسية المتخصصة

الثقافة النفسية المتخصصة

جريدة الراصد والخمسون - العدد الثالث عشر - شهور ابريل 2002

الجينات والمرض النفسي

جامعة من الباحثين

- » الجينوم والأمراض النفسية
- » السيكلولوجيا وصراع الحضارات
- » العدالة والجريمة
- » الجينوم والسيزوفريانيا
- » الأذونات المظلمة - ليبليت
- » الجينوم والذكاء
- » مقياس التوافق النفسي
- » الجينوم والوراثة

مركز الدراسات التقنية والنفسية - السادس
Center d'Etudes Psychotechniques et Psychosomatique C.E.P.T.



طرابلس - لبنان - شارع عالي - بناية قابضة - هرمه 3002 - الفاكس:
961-6-441683
fax: 961-3-438925
E-mail: cepsa.ku@nol.net.com

تدعوك لزيارة موقعها على الانترنت

www.psyinterdisc.com

English

Français

عربي

سكرتاريا التحرير
حسن الصديق **عبد القادر الاسمر**
هيئة التحرير
روز ماري شاهين **سلمي المصري** دملج
سامر رضوان **جليل شكور**

الهيئة الاستشارية

احمد عبد الخالق - جامعة الكريت - كلية الاداب
 احمد ابو الزايم - رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية
 اسامه الراضي - مجتمع الراضي للطب النفسي
 اليزيديت موسون - عضو شرف في مجال عالمية
 انور البراءة - مستشفى الهادي شاكر للطب النفسي
 بشير الرشيدى - رئيس مجلس امناء مكتب الاتماء الاجتماعى
 جمال التركى - استشاري الطب النفسي / تونس
 جمجمي ييشاي - مثنى الحاربين القدماء / الولايات المتحدة
 خليل فاضل - استشاري الطب النفسي / بريطانيا
 صفاء الاعسر - مركز دراسات الطفولة / عن شمس
 طلعت منصور - جامعة عن شمس - كلية التربية
 عادل الاشول - جامعة الكريت - كلية التربية
 قتيبة شلبي - الولايات المتحدة
 زياد الحارثي - جامعة ام القرى - السعودية
 عبد السatar ابراهيم - جامعة الملك نهد / الظهران
 عبد الفتاح دويدار - جامعة الامارات
 عبد العزيز الشخص - جامعة عين شمس - كلية التربية
 عبد الرزاق الحمد - جامعة الملك سعور - كلية الطب
 عبد الجيد الخلidi - جامعة عدن - كلية الطب
 عدنان التكريتي - رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي
 علي زعبور - الجامعة اللبانية - كلية الاداب
 فاروق السنديوني - جامعة واغا واغا / استراليا.
 فرج عبد القادر طه - عضو الجمع العلمي المصري
 فيصل الزداد - مستشفى الطب النفسي / ابو ظبي
 قدرى حفني - قسم الدراسات الانسانية / عن شمس
 محمد حمدى الحجار - استاذ الطب النفسي السلوكي / سوريا
 محمد الطيب - عبد كلية التربية / جامعة طنطا
 محمد نجيب الصبوة - رئيس تحرير دراسات نفسية

قيمة الاشتراك السنوي

- الافراد ٤٠ دولار اميركي - للمؤسسات ١٠٠ دولار اميركي
 لمن النسخة عشرة دولارات اميركية او ما يعادلها.

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الطبية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S.

النفسيّة المُناهضة

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.)

ان 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 افضلية النشر وفق خطة التحرير
 وبحسب المحاور المحددة مسبقاً.

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

طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا
 P.O. Box: 3026-Tal

تلفون: 961-6-441805 961-6-438925
 E.mail:ceps 50@hotmail.com.

قواعد نشر البحوث في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

تعمل مجلة الثقافة النفسية المتخصصة على تقديم افضل مستوى ممكنا من الاحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولة بذلك الاستجابة لاحتاجات المتخصصين والمهتمين خصوصا بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الانسانية، وذلك من خلال اطلاع القارئ على اتجاهات البحث العالمية وتعريفه باخبار مستجدات هذه البحث وعبر بعض الترجمات المفيدة، اما بالنسبة للبحوث العربية فان العجلة تسعى لتقديم فرصة عرض الدراسات والبحوث الرصينة والمسايرة للمستجدات وللتحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

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

قواعد عامة

- 1 - الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- 2 - ان يكون البحث مطبوعا ومراجعا من قبل كاتبه.
- 3 - ان لا يكون البحث قد سبق نشره او عرضه.
- 4 - ان يقدم الباحث اقرارا بعدم ارساله الى جهة اخرى.
- 5 - ان لا يزيد عدد صفحات البحث عن 20 صفحة.
- 6 - كتابة العنوانين الرئيسية وسط السطر والعنوانين الفرعية على الجانب اليمين.
- 7 - ارسال نسخة واحدة من البحث مع الديسك.
- 8 - السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكتاب 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 اعداد قائمة المراجع ما يلي:
 تسجيل اسماء المؤلفين والمت�رجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.
- 3 - تخضع الاعمال المعروضة للنشر للتحكيم العلمي السرى وفقا للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
- 4 - توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر الى رئيس التحرير.
- 5 - الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كتابها ووجهات نظرهم.
- 6 - تلتزم المجلة بابلاغ الباحث عن قرار النشر وهي لا تعيد الابحاث المرفوعة لاصحابها.
- 7 - لا تدفع المجلة مكافآت مالية عن البحث الذي تنشرها.

المحتويات

■ عزيزي القارئ	٦
■ قضية العدد / اغتراب الطفل العربي	٧
■ علم النفس حول العالم	١١
■ ازمة منتصف العمر... حقيقة أم وهم / د. فيصل محمد الزراد	٢٢
■ الهيستيريا... سرعة التشخيص وتلاؤ العلاج / د. مها سليمان يونس	٢٨
■ خرافات شائعة عن الشيخوخة / محمد حمدي الحجار	٣١
■ الندوات والمؤتمرات	٣٦
■ مكتبة العدد	٤٠
- يهود يكرهون انفسهم / محاكم التفتيش اليهودية	٤٠
- العلاج النفسي بالمحادثة/ التغيير من خلال الفهم	٤٢
- العلاج النفسي / متى يكون مفيدا؟	٤٨
■ ملف العدد / السمنة وعلاجها النفسي	٥٢
- السمنة وأخطارها	٥٦
- أسباب السمنة	٦٨
- علاج البدانة	٨٦



عزيزي القارئ

معك نفتح العام الرابع عشر من عمر هذه المنشورة الاختصاصية مفاحرين بهذه الاستمرارية المستمدة منك قارئاً متابعاً ومتواصلاً مع هذه المجلة. ولعل افتتاح موقع للمجلة على شبكة مركز الدراسات النفسية على الانترنت بادرة تسهل التواصل بيننا. حيث عجزنا طيلة هذه السنوات عن إيصال هذه المطبوعة الى العديد من الاقطارات العربية. وتضائفت في اعقاقي توزيع المجلة صعوبات التوزيع وغلاء البريد وغيرها من الصعوبات. حتى ان تعرف الزملاء عليها غالباً ما كان عبر توزيعنا لها في المؤتمرات والمناسبات الاختصاصية المختلفة. وهي عقبات نأمل في تجاوزها عبر النسخة الالكترونية للمجلة.

ملف هذا العدد يناقش موضوع السمنة من الزاوية السيكوسومانية والعلاجات النفسية والدوائية والجراحية المطروحة للسمنة. اما مقالات العدد فهي: خرافات شائعة حول الشيخوخة/ د. محمد حمدي الحجار وازمة متتصف العمر/ د. فيصل محمد الزراد والهستيريا... التشخيص والعلاج/ د. مها سليمان يونس.

وذلك اضافة للابواب الثابتة وفيها تعرض مكتبة العدد للكتب التالية: يهود يكرهون انفسهم والعلاج النفسي... التغيير من خلال الفهم والعلاج النفسي... متى يكون مفيداً ومجلة خطوة. اما قضية العدد فهي تتناول موضوع اغتراب الطفل العربي وتنقض طروحات فوكوياما ومعها شبهايتها طروحات برنامج التنمية التي تقترح علينا اعترافات وهمية. وها هي تطبيقات العلوم الانسانية تظهر لا جدواها مرة اخرى. فالخطوة الاولى لنبيل الاعتراف هو تدعيم تقدير الذات. ولا يمكن لهذا الاعتراف ان يتدعم بجلد الذات وتحقيقها. والموضوع مفتوح على نقاشات واسعة وهو مطروح للنقاش على شبكة المركز لمن يرغب من الزملاء والى اللقاء في لحظة سياسية عربية افضل واقل ايلاماً وخطراً على مستقبلنا ومستقبل اطفالنا...

اسرة التحرير

اغتراب الطفل العربي

بعد عشر سنوات على اطلاقه «نهاية التاريخ» يستدرك فوكو ياما اهماله اهمية «الاعتراف» الهيغيلي فيجري مراجعة تلحظ هذا الاعتراف. مؤكداً على قدرة الثورة البيولوجية على جلب هذا الاعتراف ولو بطريقة اصطناعية هي اقرب الى نشوء التخدير منها الى الشعور الواقعي بقيمة الذات.

مجالنا هنا لا يتسع لمناقشة طروحات فوكو ياما تفصيلاً (١) لذلك نطرح المسألة خالية من المقدمات بالتساؤل عما يمكن للانسان العربي، ولأطفاله تحديداً، ان يفعله بانتظار هذا الاعتراف؟. فعدم الاعتراف وبالتالي الاغتراب هو الكابوس الذي يشتعل وعيانا ويستجلب معاناتها ليشكل كارثتنا المعنوية الاائل. وطفلنا قد لا يدرك الوجوه المادية لهذا الاغتراب لكنه يحس بالقهر المرافق له ويعاني منه. هذه المعاناة واجهة الدراسة والتقصي لوضع جداول تصنيفية لها وخطوات وقاية واقتراحات علاج.

هذه الدراسة تدخل في اطار التخصص السيكلولوجي بمختلف مناهجه وفروعه. وتمازجها مع السياسي لا يلغى مسؤولية دراستها والاعباء الاخلاقية المترتبة على تجاهلها او اهمالها. خاصة وان اعتراض الطفل العربي يتفاقم وفق انداريه غير مطمئنة تتماشى مع تراجع آمال الحصول العربي على الاعتراف. وهي آمال تتراجع عند شعوب لا تزال تصنف راهناً كمتقدمة (٢).

في هذه الورقة سنعمد الى تبيان الشروط الراهنة للحصول على الاعتراف كي ننتقل الى تصنيف انواع الاغتراب التي يعايشها الطفل العربي واثرها على هويته. لنخلص الى اقتراح جملة خطوات تسهل استجلاب الاعتراف وتعفي الطفل العربي من عصاب الهجر والهجرة. حيث نعتقد ان اعاقة الاغتراب لقدرة الاهل على نقل العناصر القيمية، المكونة لهويتهم، الى اطفالهم هي الخطوة الاولى نحو فقدان الهوية. ونحو انتصار الأن (٣) لدى اطفالنا الاغترابيين. ومن هنا فان تصنيفنا لحالات الهجر قد يمتد الى فئات لا تنطبق عليها المعايير التقليدية لمبدأ التهجير والهجرة.

الطفل العربي بين الهجر والتهجير:

يتكلم التحليل النفسي عن عصاب الهجر (٤) لدى الطفل فيعرفه على النحو التالي: ... يرتبط الهجر بحالة اساسية من فقدان الامان العاطفي. الذي ينعكس بحاجة لا محدودة الى الحب بحثاً عن

الطمأنينة المفقودة التي تتخد من اندماج الطفل البدائي بأمه نموذجاً أولياً لها. وقد لا يتطابق هذه العصاب مع هجر فعلى من قبل الام. هو قد يرتبط ب موقف عاطفى نابذ من قبل الام. ومن تجليات عصاب الهجر، التي لا تظهر الا في سياق التحليل، القلق والعدوانية وانعدام القيمة الذاتية وغيرها من العوارض المؤدية لاضطراب الأنماط.

وإذا كان التحليل يقصر فترة تكون عصاب الهجر على المرحلة ما قبل الأوديبيه فان ذلك لا ينفي امكانيات تكونه لاحقاً عبر بدلاً الام أو من خلال مواقف النبذ في فترات حياتية لاحقة. حيث تتحول مواقف النبذ من اشكالها البدائية الى اشكال اكثراً تطوراً وتعقيداً. ومن تلوينات الهجر الملاحظ لدى الاطفال العرب يمكننا تعداد الفئات التالية:

١ - الاطفال المهجرين بسبب الحرب: ولنا في هذا المجال تجربة على علاقة بوجات التهجير والفرز الديمغرافي خلال الحرب الاهلية اللبنانيه. حيث عانى الاطفال المهجرين من نبذ غير ارادى من قبل اسرهم. واضيف العجز الى هذا النبذ ليترك آثاره على صورة الأنماط المثالى عند هؤلاء الاطفال. وهي معاناة لا بد لها من ان تؤدي الى اضطراب الأنماط وهويتها في مراحل لاحقة. حيث تتناوى المشاعر العدوانية في مثل هذه الحالات بسبب وجود عدو يمكن التحديد والتعریف (احياناً امكن معرفة المعذبين الأفراد).

٢ - الاطفال المهجرين بسبب الفقر: يصل في بعض اتجاهات الوطن العربي الى درجة الجماعة وفقدان سبل الرعاية الاولية للاطفال. وفي هذه الحالات تكون الهجرة غير مشروطة وغير مدرستة. اذ ينحصر هدفها في تأمين الحاجات الاولية للمهاجرين. الذين غالباً ما يستقبلون في مخيمات او في تجمعات سكانية معزلة ليعيشوا على المساعدات. وبغض النظر عن مدى ادراك الطفل لهذه المعيشة فان حرماته من حاجاته الاولية هو بحد ذاته انتهاك لانسانيته ولحقه في الحياة.

٣ - الاطفال المنفصلون عن الاهل لأسباب مختلفة: واسباب هذا الانفصال مختلفة وصعبه الحصر في اطار محدد. اذ قد يأتي الانفصال بسبب اليتم (وفاة طبيعية او اصطناعية). او بسبب السفر او الطلاق (بما فيه الطلاق النفسي حيث تستعر الخلافات الزوجية الى مرحلة يصبح معها الطلاق اكثراً امناً للاطفال). او بسبب الهجرة القسرية (لجوء سياسي، فقدان الامن الاجتماعي او الشخصي... الخ). او بسبب انتشار ظاهرة التشرد كملازمة لل الفقر.

٤ - الاطفال المغربون داخل بلدانهم: ويدخل في هذا الاطار الاطفال المحرومون من الرعاية الصحية والاجتماعية الملائمة لغاية التشرد (٥). والاطفال المساء استغلالهم معنوياً (مثل عمالة الاطفال) او جسدياً (باضرب او جنسياً)

٥ - الاطفال المهاجرين: ونقصد بهم الذين يهاجرون بصحبة اسرهم بعد فترة قضاوها في بلدانهم

اعتدوا خلالها انماط الحياة وتقاليدها. ولهؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات تكيف بالغة مع مجتمع الهجرة. بذلك ان قدرة الطفل على تغيير عاداته اليومية تكون معدومة. حتى اننا نواجه في العيادة حالات اكتئانية طفولية لمجرد تغيير الطفل لمدرسته.

٦ - اطفال المهاجرين (المولودين في الخارج): واطفال هذه الفئة يعانون من غربة مزدوجة. اذ يعيشون تحت وطأة انفصال، يصل الى حدود التعارض، بين بيئتهم الاسرية وبين بيئتهم الاجتماعية. ويصل هذا التعارض الى ذروته على الصعيد اقيمي. حيث يحاول الاهل نقل قيم هوبيتهم الى الطفل في حين يحاول الحيط (مجتمع الهجرة) ان يطبعهم مع جهاز قيمه الخاصة مقدماً اغراءات صعبة المقاومة. ومن ضمنها اغراء الاعتراف.

ولكل فئة من هذه الفئات معاناتها وظروفها المميزة كما رأينا. بحيث تحتاج كل فئة منها الى دراساتها الخاصة. فاذا ما اردنا استخلاص عالم مشترك بينها عدنا الى العالئ الرئيسية لعصاب الهجر. التي لا تجد بأسا من تكرارها مع رصد انعكاساتها على الانتماء والهوية. فبغض النظر عن اشكال الهجر والنبد يمكننا الحديث عن العالئ التالية:

١ - انخفاض تقدير الذات للدرجة الانعدام: ويتأتي نتيجة لشعور الطفل بالنبد. سواء بسبب الدوافع العنصرية او التمييزية او السياسية، التي ترسخ شعوره بالاختلاف، او بسبب العزلة المفروضة عليه اما بسبب العجز او بسبب الاختلاف.

٢ - العدوانية: وتأتي كردة فعل دفاعية امام الاحساس بالنبد وعدم الاعتراف. وهي تزداد حدة ممارسته (يتراوح النبد ما بين التجاهل وبين الاعتداء المعنوي او المادي على طفل مباشرة او على رموز الآنا المثالي).

٣ - القلق: الذي غالباً ما يتبدى على شكل مخاوف طفولية. ويمكنه ان يتحول الى حالات ذعر ليلي وكوابيس تكرارية وارتجافات لا ارادية (من نوع جبيل دو لاتوريت) وغيرها من المخاوف.

٤ - تهاوي الآنا المثالي: حيث الآنا المثالي هو استمرارية لا واعية للجبروت النرجسي وللتوحد بالام فائقة القوة. من هنا انكاء التوحد بالبطل الاسطوري على الآنا المثالي (٦). ويتضمن الآنا المثالي محاولة الغاء الآخر، المهدد، اذا لزم ذلك لتأكيد الذات. فاذا ما فشل هذا الالغاء ظهرت آلية التوحد بالمعتدي.

٥ - التوحد بالمعتدي: وهو اختصاراً سلوك ناجم عن الخوف (من العذوان الفيزيقي او المعنوي) يؤدي للررضوخ الى اراده المعتدي. للدرجة التوحد به واعتماد سلوكه العدائي. وتمثل خطورة هذا التوحد بالمواقف العدوانية التي يعتمدها بعض الاغترابيين تجاه مجتمعهم ورموزه. حتى يمكن تصنيفهم في فئة «عرب يكرهون انفسهم».

وكل هذه الأشكال تشتراك في عسر الحصول على الاعتراف فكيف يقترح فوكوياما آلية الحصول على هذا الاعتراف.

فوكوياما واقتراحات الحصول على الاعتراف:

في مراجعته لنهاية التاريخ يعود فوكوياما ليؤكد هذه النهاية ولير تأكّد باهتمال طرحة السابق لأهمية الاعتراف (وفق طرح هيغل). الا انه يرى ان مضادات الاكتتاب من شأنها ان تزيل الغم والكمد عند الشعوب التي تعجز عن الحصول على الاعتراف. وابنتظار ان تأتي الثورة البيولوجية بثرياق جديد للاعتراف (كان تتمكن ثورة الجينات من انتاج مواليد يتمتعون بظهور الانسان المتفوق دون اية آثار للامتحن الموروثة التي يتم التمييز على اساسها) فهو ينصح بدواء «بروزاك» (تجدر الاشارة الى ان قوانين الولايات المتحدة تسمح لغير الاطباء بوصف الادوية النفسية) وغيره من مضادات الاكتتاب (٧).

عبر هذا الاختصار الشديد يتبيّن لنا ان الامل في رقي البشرية، الى مرحلة رفض العدوان والقدرة واعطاء قيمة اكبر للحياة الانسانية وتخفيف معاناتها، هو نوع من السراب. اذ يبدو ان الانسانية مصرة على اكتر واقدم اسلحتها العدوانية وهو سلاح البند. وحقنا في هذا الاستنتاج مبرر بتصور الفكرة عن مفكّر مستقبلي ذي تأثير وليس عن يساري هامشي منبود على الطريقة الاميركية. وهلعنا من جرعة هذه العدوانية النابذة يعيّدنا لطرح السؤال عما اذا كانت سرورة التاريخ خاضعة لمشيئة الافراد او الجماعات؟ او ان لها سياقها وسيرورتها المميزان، عبر التاريخ، بالمفاجآت غير المرتقبة؟ (التايلسي، ١٩٩٩).

الاهم ان نعرف ان الطفل العربي لا يستوفي الشروط الراهنة للاعتراف. وبالتالي فهو يعيش البند منذ ولادته ويغترب لحظتها. ليبدأ صراعه من اجل الحصول على الاعتراف مع بداية حياته. شأنه في ذلك شأن اطفال العالم الثالث او المتخلّف بحسب القاموس الراهن. الذي يطرح الليبيرالية كوسيلة وحيدة للحصول على الاعتراف. لكنها ليبيرالية لا تتسع لنا (التايلسي، ١٩٩٥). على اتنا وقبل ان نفرق في مناقشة اخيط المهدد بالبند ومحركاته. لا بد لنا من مراجعة اصناف الاعتراف التي يعيشها الطفل العربي. مما يقتضي منا العودة الى الاختصاص وعيادته حتى لا يأخذنا النظرى فنفقد الصلة بالعيادي التجربى. وان كان الجمع بينهما ضرورة لتكوين صورة متكاملة.

د. محمد احمد التايلسي



علم النفس حول العالم

إعداد:

نثأت صبور - رمزية نعمان - سناء شطح

الرياضية تعالج الاكتئاب

حقيقة مؤكدة ان الرياضة تهزم الاكتئاب ولكن احدث دراسة تشير الى ان التمرينات الرياضية قد تساعد على الا تعيد اليك الاكتئاب مرة اخرى، فهي تهزمه بصفة نهائية.

وشارت احدث دراسة عن الاكتئاب الى ان الاشخاص الذين استمروا في ممارسة الرياضة حتى بعد شفائهم من الاكتئاب كان لديهم احتمال قليل جداً بإمكان عودة الاكتئاب لديهم... عكس الذين ذهب عنهم الاكتئاب بعد تناولهم الادوية المضادة للاكتئاب ولم يقوموا بمارسه اية تمارين رياضية!

ويقول د. جميس بلومنثال استاذ الطب النفسي في مركز علاج جامعة ديوك، ان الذين مارسوا الرياضة استطاعوا ان يهزموا الاكتئاب بصفة نهائية.

اما د. رونالد أونكن الطبيب النفسي الذي راجع هذه الدراسة الجديدة، فلقد حذر من ممارسة التمارين الرياضية فقط في علاج الاكتئاب دون الرجوع الى الادوية الخاصة بذلك.

فالتمرينات الرياضية تسير جنباً الى جنب مع الادوية المضادة للاكتئاب، في علاج الاكتئاب. وقد قامت الدراسة على تقسيم الاشخاص المصابين بالاكتئاب الى اثنتين، وكانت مدة العلاج للفئتين الثلاث، ١٦ أسبوعاً، الفئة الاولى استخدمت التمارين الرياضية والايروبيك فقط، والفئة الثانية تم علاجها بالادوية المضادة للاكتئاب فقط، اما الفئة الثالثة فقد تم علاجها بالادوية المضادة للاكتئاب مع ممارسة التمارين الرياضية، وقد حددت التمارين الرياضية فقط بثلاث مرات اسبوعياً من خلال السير على الاقدام او ركوب الدراجات.. بعد مدة العلاج للكل، كانت نسبة الشفاء من الاكتئاب للجميع حوالي ٦٥٪ وكانت نتائج العلاج والتجربة مذهلة، حيث ان الباحثين لاحظوا ان الاشخاص الذين تم علاجهم من الاكتئاب بالتمرينات الرياضية فقط، عاد الاكتئاب الى حوالي

نصفهم !! ويقول د. أونونكن الطبيب النفسي بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس، ان الاشخاص الذين مارسوا الرياضة قد مارسوها تحت اشراف الباحثين ومن خلال جماعة، ثلاث مرات، اسبوعيا، بينما الاشخاص الذين تم علاجهم من الاكتئاب بالعقاقير فقط، لم يقابلوا الاطباء الا خلال دقائق قليلة كانت اربعة اسابيع لمتابعة تأثير الادوية على حالتهم المزاجية والصحية. وهذا لغى تماما تأثير الاتصال الدائم مع المريض الذي يحقق ايجابية معقولة ويساعد على سرعة الشفاء، كذلك اكده د. اونونكن ان اربعة اشهر ليست بالمرة الكافية للتخلص من الاكتئاب تماما عن طريق تناول الادوية فقط!

اما الدرس المهم التي استخلصه د. لومنتال من هذه الدراسة، فهو ان التمرينات الرياضية كان لها تأثير رائع في التخلص من الاكتئاب، وان الالتزام ببرنامج رياضي، قد يقلل من احتمال عودة الاكتئاب الى الشخص مرة اخرى بنسبة كبيرة.

ويضيف د. أونونكن انه يوافق تماما على ان الرياضة تلعب دوراً مهما في التخلص من الاكتئاب. فالشخص الذي يتم علاجه من الاكتئاب بالادوية فقط، يتناولها ثم يجلس في المنزل ويشاهد التليفزيون، حالته لا تتحسن كثيراً، بينما اذا قام الشخص بمجرد السير حول المنزل او الذهاب الى الحديقة او حمل اثقال لمدة عشر دقائق فقط فسوف يلاحظ نتيجة ايجابية ملحوظة غير ان هناك ايضاحقيقة مهمة جداً يؤكدها الاخصائيون في العلاج النفسي، هي ان التمرينات الرياضية لا تشفي وحدها من الاكتئاب، كما ان الادوية وحدها لا تتحقق الخلاص النهائي، من الاكتئاب، فلا غنى عن العلاج الدوائي لتصحيح خلل التوازن الكيميائي في المخ للأشخاص المصابين بالاكتئاب الشديد فيجب ان يسير الدواء جنباً الى جنب مع التمرينات الرياضية للحصول على افضل نتيجة لعلاج الاكتئاب.

وتجدر الاشارة الى ان المجلة كانت قد تناولت هذا الموضوع في مناسبات عديدة. وذلك من زاوية العلاج بالحركة. الذي يدعم العلاجات الدوائية عن طريق مساعدة المريض على معايشة جسده والاحساس به بصورة مطمئنة. وهذه الاحساسي هي التي تعطي للرياضة اهميتها في علاج الحالات النفسية.

أزمة منتصف العمر

د. منال القاضي
اختصاصية الطب النفسي والعصبي

انها وقفة ما بين الماضي والحاضر، فاضافة الى التغيرات البيولوجية والفسيولوجية التي تحدث للرجل أو المرأة في هذه المرحلة العمرية الحرجة، نجد فورة في الافكار والمشاعر، قد تدفع البعض الى منحني خطير لم يجربوه طوال حياتهم، فالرجل او المرأة غالباً ما يجد نفسه غير راضٍ في منتصف العمر، وقد تكشف امامه الهوة التي تفصل بين احلام سنوات الشباب وما تحقق منها بالفعل على ارض الواقع. ولهذا... فمن البديهي ان تتملك الكثيرين في هذه المرحلة رغبة حقيقة في التغيير. هذه الرغبة

من المحتمل ان تفضي بصاحبها الى اليأس لانه قد يفشل في وضع تصور واضح للكيفية التي يمكن بها تحقيق اي تغيير، فهو وان كان متمراً على حياته، ولكنه في نفس الوقت ليس حرّاً تماماً، إذ تقيده قوالب اجتماعية والتزامات من الصعب تجاهلها او التنصل منها.

ولا تقتصر متاعب منتصف العمر على الاعراض البيولوجية التي تصيب المرأة او الرجل، فقد يجد الانسان نفسه فريسة تهويات تزيد من حدة هذه الاعراض.

فالمرأة قد تعاني من الهبات الساخنة والارق واضطرابات الذاكرة والاعراض الاخرى التي تحدث بسبب انخفاض الاستروجين في مرحلة انقطاع الطمث. ولكن ما يشغلها بالفعل ويسبب لها الضيق الشديد هو التغيرات الشكلية التي تحدث لها في هذه الفترة، ففكرة فقدان شبابها وجمالها وانها صارت غير مرغوب فيها يشعرها بازمة حقيقة.

والرجل تندحر وظائفه البيولوجية في هذه السن، ولكن قلقه الشديد قد يزيد من حجم المشكلة، وقد يكون انحدار وظائفه البيولوجية لاسباب اخرى غير دخوله لهذه المرحلة العمرية مثل تناوله للكحوليات او الادوية (المهدئات ومضادات الاكتئاب) وكذلك الضغوط العصبية والارهاق. من الضروري ان نذكر هنا ان بعض الاحاديث تساهم في تعميق ازمة منتصف العمر بالنسبة للمرأة او الرجل منها:

- موت شريك .
- فقدان العمل.
- الاصابة بمرض خطير.

وللنؤاً ايضاً اثارها في طريقة تعامل المرء مع هذه المرحلة العمرية فالذين ينحدرون من اسر تفقد الانسجام او يعاني فيها احد الوالدين او كليهما من اضطراب عصبي او كان غير قادر على تحمل المسؤولية هؤلاء يكونون اكثر معاناة من غيرهم في هذه السن.

ان منتصف العمر ممكن ان يكون حقبة من الخلق للبعض او الركود للبعض الاخر. فمواكبة تطورات العصور والتواصل مع الاجيال التالية وتربية الابناء. يعطي لكل من الرجل والمرأة فرصة سحرية لاكتشاف النواحي الحلاقة في شخصيته ولانا مختلفون فيما اعطتنا اياه الحياة، وعدد غير قليل منا حرم نعمة الابناء. فقد تعددت نواحي العطاء وسبله ويمكن لهؤلاء ان يكونوا مؤثرين من خلال مساعدة الاخرين او تقديم ابداع متميز في مجال ما، المهم هو المشاركة الفعالة في بناء المجتمع. اما ما نعنيه بالركود فهو التوقف عن التطور بكل ما تعنيه الكلمة وان ننغلق على انفسنا، ونضن بالعطاء وقد يكون للمرء ابناء ولكنه لا يهتم بوجودهم او بمستقبلهم.

هؤلاء في خطر لأنهم عاجزون عن التعامل مع هذه المرحلة غير مؤهلين الى تحمل التحديات

والوفاء بالتزامات وبالتالي الانتقال الى المرحلة العمرية التالية، ومن ملامح مرحلة منتصف العمر هي شکوری الجسد من علل صحية مختلفة كارتفاع ضغط الدم، مرض السكر، امراض القلب، هشاشة العظام وغيرها من الامراض ولكن ممارسة الرياضة في سن صغيرة، عدم التدخين وتكوين عادات صحية في المأكل والمشرب يمكن كثريين من الاحتفاظ بسلامتهم الجسدية.

ان مرحلة منتصف العمر قد تكون عبئاً على صاحبها لو اصر على:

- خداع النفس.
- التحسن على سنوات الصبا.
- معاداة الشباب وعدم التواصل معهم.
- افتقاد المرونة ونفاد الصبر والتحفظ دون مبرر.

ولكنها في نفس الوقت قد تكون مرحلة عمرية لها حلاوتها لو نظرنا اليها على انها:

- سن الانجاز والنجاح.
- وقفة لاعادة تقييم الحياة وطرح البديل لجعلها افضل.
- الالتزام بالمسؤوليات تجاه انفس والمحبيين.
- تقبل التغيرات الشكلية وبصمات الزمن بصورة طبيعية.
- تعميق الصداقات التي تكونت والاستمتاع بها.

ولو احتفظ المرء بصحته فمن الممكن ان تكون هذه السن بداية لحياة اخرى اكثر سعادة وتألقا. وللتعمق في هذا الموضوع انظر مقالة «أزمة منتصف العمر حقيقة أم وهم» في هذا العدد.

الذاكرة المسلوبة

اختبارات الذاكرة.. خير من يتمناً بالزهايمرا!

اختبار بسيط للذاكرة، قد يكون افضل سبيل للتنبؤ بما اذا كان الشخص قد يصاب بمرض الزهايمر عندما يكبر في السن.

بحث جديد اظهر ان اختبارات الذاكرة هي اكثـر حساسية ودقـة، عن اشعـة المـخ للاعـلان عن علامـات التـحذير المـبكرة لمـرض الزـهايمـر او النـسيـان.

ويقول احدث بحث في هذا الشأن، انه عندما يشيخ جيل اطفال القنابل، في السنوات القادمة، فان عدد الناس الذين يعانون مرض الذاكرة المطلوبة، او النسيان، او الزهايمـر، سوف يزداد بطـريقة مؤـسـفة.

ولأن التشخيص المبكر والعلاج قد يساعد على ابطاء تطور مرض الزهايمر، فان الباحثين يؤكدون انه من المهم ان يتمكن الطب من وضع اعراض المرض تحت المهجر.

وقد ظهر في بحث سابق ان فقدان الذاكرة ومرض الزهايمر يبدأ منذ سنوات بعيدة قبل ان يستفحـل الموقف المرضـي، غير ان التـفرقة بين فقدان الذاكرة كـنتـيـجة طـبـيـعـة لـتـشـيـخـوـخـة وـبـيـن الـاصـابـة بـمـرـضـ الزـهـاـيـرـ قد تكون صـعـبة عـلـى الـاطـبـاءـ.

وقد قام د. قسطنطين ذاكرانيـسـ، وزـيمـيلـهـ دـ.ـ مـارـكـ بـولـسـ،ـ الطـبـيـيـانـ بـجـامـعـةـ تـورـنـتوـ،ـ بـتـحلـيلـ،ـ قـارـنـاـ فـيـهـ،ـ نـتـائـجـ ٣ـ١ـ درـاسـةـ شـمـلـتـ الفـاـ وـمـائـةـ مـريـضـ بـالـزـهـاـيـرـ وـسـتـةـ آـلـافـ مـنـ الـاـشـخـاصـ الـاصـحـاءـ،ـ وقد قـارـنـاـ نـفـسـياـ وـبـصـورـ لـلـمـعـخـ،ـ ليـتـعـرـفـاـ عـلـىـ اـفـضـلـ وـسـيـلـةـ لـتـتـبـعـ مـرـضـ الزـهـاـيـرـ قـبـلـ انـ تـظـهـرـ اـعـرـاضـ الـحـقـيقـيـةـ لـهـ،ـ وـكـذـلـكـ بـحـثـ عـنـ اـمـكـانـ وـجـودـ جـينـاتـ تـؤـدـيـ لـمـرـضـ الزـهـاـيـرـ،ـ وـهـوـ مـاـ يـتـأـكـدـ عـنـدـ وـجـودـ الـجـينـ (APOE)ـ اـذـاـ مـاـ كـانـ يـؤـثـرـ عـلـىـ فـعـالـيـةـ هـذـهـ الـاـخـبـارـاتـ.

وقد وجد الباحثون، بصفة عامة، ان الاختبارات التي تقيـسـ الـذـاـكـرـةـ،ـ سـوـاءـ عـلـىـ الـمـدىـ الـبـعـيدـ اوـ الـقـرـيبـ،ـ كـانـتـ اـكـثـرـ حـسـاسـيـةـ فـيـ اـكـتـشـافـ العـلـامـاتـ الـاـوـلـىـ لـمـرـضـ الزـهـاـيـرـ،ـ وـقـدـ يـتـأـكـدـ لـدـىـ الـبـاحـثـيـنـ انـ هـذـهـ الـاـخـبـارـاتـ كـانـتـ صـادـقـةـ بـنـسـبـةـ ٦٠ـ٪ـ فـيـ التـبـؤـ بـالـزـهـاـيـرـ.

وبالرغم من ان انكمـاشـ الـذـاـكـرـةـ عـلـامـةـ منـ عـلـامـاتـ الشـيـخـوـخـةـ،ـ فـانـ كـيفـيـةـ انـكـماـشـهـاـ قـدـ يـؤـدـيـ بـالـاطـبـاءـ إـلـىـ التـبـؤـ بـمـرـضـ الزـهـاـيـرـ وـقـدـ تـكـوـنـ اـيـضاـ هـيـ الـعـاـمـلـ الـاـسـاسـيـ فـيـ تـشـيـخـ النـاسـ الـذـيـنـ يـعـانـونـ فـيـ الـمـراـحلـ الـمـبـكـرـةـ مـرـضـ الـخـرفـ!ـ وـقـدـ تـقـدـيمـ هـذـهـ الـدـرـاسـةـ الـجـديـدةـ عـنـ اـكـتـشـافـ اـعـرـاضـ مـرـضـ الزـهـاـيـرـ باـخـتـيـارـاتـ للـذـاـكـرـةـ،ـ فـيـ الـمـؤـتـمـرـ السـنـوـيـ لـلـجـمـعـيـةـ الـاـمـرـيـكـيـةـ لـلـطـبـ الـنـفـسـيـ بشـيكـاغـوـ،ـ بـعـنـوانـ اـخـتـيـارـاتـ الـذـاـكـرـةـ خـيـرـ مـنـ يـتـبـؤـ بـالـزـهـاـيـرـ!

فيـتـامـينـ [B] يـحـافظـ عـلـىـ قـوـةـ الـذـاـكـرـةـ وـسـلامـتهاـ

اظـهـرـتـ الـدـرـاسـاتـ الـحـدـيـثـةـ اـنـ وـجـودـ مـسـتـوـيـاتـ عـالـيةـ مـنـ مـجـمـوعـةـ فيـتـامـينـ (B)ـ فـيـ الدـمـ،ـ يـحـافظـ عـلـىـ قـوـةـ الـذـاـكـرـةـ وـالـقـدـراتـ الـذـهـنـيـةـ لـلـاـنـسـانـ.

وـوـجـدـ الـعـلـمـاءـ اـنـ اـدـاءـ الـاـشـخـاصـ الـذـيـنـ يـتـمـتـعـونـ بـتـركـيزـ دـمـ عـالـىـ مـنـ فيـتـامـينـ (B₆)ـ وـ(B₁₂)ـ وـالـفـولـيـتـ،ـ فـيـ اـخـتـيـارـاتـ الـذـاـكـرـةـ كـانـ اـفـضـلـ مـنـ اوـلـئـكـ الـذـيـنـ يـمـلـكـونـ مـسـتـوـيـاتـ مـنـخـفـضـةـ مـنـهـاـ.ـ وـقـالـ الـبـاحـثـيـنـ اـنـ الـاـكـثـارـ مـنـ تـنـاـولـ الـاـطـعـمـةـ الـغـنـيـةـ بـهـذـهـ الـعـاـنـصـرـ الـغـذـائـيـةـ مـثـلـ الـدـجاجـ وـالـاـطـعـمـةـ الـبـحـرـيـةـ،ـ وـالـخـضـرـاوـاتـ الـوـرـقـيـةـ الـذـاـكـرـةـ كـالـاسـبـارـاجـوسـ وـالـسـيـانـخـ وـبـرـعـمـيـاتـ الـمـلـفـوـفـ.ـ إـلـىـ جـانـبـ الـبـرـتـقـالـ وـالـسـخـالـةـ وـالـخـبـزـ الـأـسـمـرـ،ـ يـسـاعـدـ فـيـ تـحـسـينـ الـمـهـارـاتـ الـذـهـنـيـةـ،ـ وـمـنـهـاـ الـذـاـكـرـةـ،ـ بـشـكـلـ كـبـيرـ.

كما اشار الخبراء الى ان وجود كميات كافية وطبيعية من فيتامينات (ب) في الجسم يقلل مخاطر الاصابة بالازمات القلبية والسكريات الدماغية.

اكتشاف مادة نباتية تساعده في علاج اورام الدماغ

اكتشف الباحثون الامريكيون مادة نباتية قد تساعده في تطوير طرق علاج جديدة لاكثر انواع سرطانات الدماغ عدوانية وهي التي تصيب الاطفال. واوضح الباحثون في جامعة جونز هوبكنز الامريكية ان هذا المرض الذي يعرف بالورم البرعمي التخاعي، يمثل خمس حالات الاورام الدماغية التي تظهر عند الاطفال، ويكونه الانتشار من الدماغ الى اجزاء اخرى في الجسم، ولا يتوافر له علاج فعال حاليًا.

وقد تمكّن الباحثون من قتل خلايا هذا الورم المزعول من الفتران والخلايا الشبيهة به المأخوذة من الانسان بالمادة الكيميائية المستخلصبة من نبتة زنبقة النمرة التي تنمو في المروج الجبلية غربي الولايات المتحدة.

واكتشف الباحثون هذه المادة التي يطلق عليها اسم «سايكلوبامين» قلت نحو خلايا الورم المخيخي للفتران النمأة في المختبر وسيبت تقلص الاورام المزروعة في الفتران ايضاً، مشيرين الى ان هذه المادة تمكنت من القضاء على ٩٩,٩٪ من الخلايا السرطانية المأخوذة من سبعة مرضى خضعوا للجراحة لاستئصال هذا الورم.

ويرى خبراء الطلب ان المادة النباتية المذكورة والمركبات الاجرى الشبيهة بها، قد تصبح ادوات مهمة في علاج الاورام الدماغية المخيخية في المستقبل من خلال تطوير عقاقير مضادة شديدة الفعالية. وتتجدر الاشارة الى ان نبات «الخيار الصيني» معروف منذ القدم كعلاج للسرطان. وهو يحتوي على مواد فعالة لهذا العلاج. الا ان تصديريته الى خارج الصين لم يبدأ الا منذ سنوات قليلة.

اختراع ياباني يمكن الصابين بالشلل من الحركة

اعاد باحثون يابانيون الامل للمصابين بالشلل الجزئي في ان يتحرّكوا مرة اخرى بمساعدة نظام يستخدم اشارات من القدم السليمة تساعده على التحكم في القدم المنشولة. لكن الباحث ويدعى يو قال ان هذا النظام قد يحتاج لخمس سنوات على الاقل قبل ان يتسلّى استخدامه خارج المعامل. وبفضل جهود يو وزملائه في جامعة هو كايدو اليابانية استطاع رجالان غير قادرین على السير

بدون مساعدة لاصابتهم بالشلل الصفي بسبب، استطاعوا الجلوس والوقوف والسير. وقال يو انه نظام واعد لانه يعتمد على اجهزة استشعار تعمل بالكمبيوتر تتولى عمل الاعصاب التالفة مما يمكن من الحركة دون ان يوجه المريض امراً مباشراً عن طريق لوحة حروف او ازرار.

واوضح الباحث ان هذا النظام يستخدم مجسات للعضلات لمتابعة الاشارات في الساق في ١١قطباً كهربائياً تزرع قرب الاعصاب في الساق المشلولة ومن ثم تتنقل الساق المصابة الاشارات من الساق السليمة.

فيتامين E يحمي قلوب النساء من المرض

اظهرت دراسة جديدة ان فيتامين «E» يلعب دوراً مهما في منع تراكم الصفائح الدهنية في الشرايين التي تؤدي الى الاصابة بامراض جهاز القلب الوعائي. واظهر البحث الذي ركز على الاشخاص المصابين بامراض القلب او من عانوا من نوبات قلبية، ان الفيتامينات المضادة للاكسدة تساعده في حماية الشرايين من تراكمات الدهون.

ووجد الباحثون بعد تحليل الفحوص ومقارنة الاستبيانات، ان السيدات اللاتي سجلن تناولاً أقل للطعام المحتوية على فيتامين «E» كالبقول والخضروات وزيت الزيتون، واللاتي يملكن اقل مستويات منه في دمائهن، كن اكثر عرضة بحواليضعف لوجود التراكمات الدهنية الشريانية من اللاتي سجلن استهلاكاً متكرراً للطعام المحتوية على هذا الفيتامين ويمكن اعلى مستويات منه.

السعادة دواء ناجح لتتجنب السكتة الدماغية

قال باحثون امريكيون ان الشعور بالسعادة والتفاؤل يبدو وكأنه الدواء الناجع للحد من خطر الاصابة بالسكتة الدماغية. اثبتت عدة دراسات سابقة تتعلق بتأثير العوامل النفسية على حدوث السكتة الدماغية وجود علاقة بين الاكتئاب وزيادة خطر الاصابة بها. واستقصى باحثون في الفرع الطبي لجامعة «تكساس» تأثير المشاعر الايجابية على احتمالات الاصابة بالجلطة ومن ثم السكتة الدماغية التي تعد ثالث اكبر سبب للوفاة في معظم الدول المتقدمة. وتبع دراستهم ٢٤٧٨ شخصاً تبلغ اعمارهم ٦٥ عاماً واكثر لمدة ست سنوات. ووجدوا ان الاشخاص موضع الدراسة الذين تفوقوا فيما يتعلق بالصحة النفسية ومظاهرها من السعادة والتفاؤل انخفض لديهم وبشكل له دلالته خطر الاصابة بالجلطة والسكتة الدماغية، بينما زاد هذا الخطر لدى غيرهم من وقوع فريسة للاكتئاب.

وقال «جلين اوستير» الذي قاد الدراسة: «ان المشاعر الايجابية ترتبط بعدد من الخصائص المعروفة عنها انها تحسن الحالة الصحية او تقى من الامراض المزمنة». وأضاف «ان الاشخاص ذوي المشاعر الايجابية قد يكونون اكثر حرصاً من غيرهم على ممارسة التمارين البدنية واتباع اسلوب حياة صحي، والالتزام بأى علاج طبى يحدده لهم». ووجدت الدراسة ان الانفاس في التعرض للجلطة المرتبطة بالصحة النفسية كان اكثر وضوحاً في الرجال عنه في النساء وفي البيض عن السود.

فحص جديد يكشف اعتلالات وتشوهات الاجنة

ستتمكن السيدات اللاتي يخضعن لاجراءات الاخصاب الصناعي من انجاب اطفال اصحاء، وذلك باستخدام تقنية جديدة تبدو واعدة في الكشف عن الاعتلالات الوراثية عند الاجنة.

وقال الباحثون ان الفحص الجديد يسمح للاطباء بانتقاء الاجنة التي تتبع حملأً طبيعياً وطفلاً سليماً رغم ان هذا الفحص محدود، حيث يمكن رصد ٦ الى ٩ كروموسومات بكل خلية تحتوي على ٢٣ زوجاً من الكروموسومات. وأشار الى فحص اخر اكثر شمولية يسمى التهجين الجينومي المقارن لكنه يستغرق وقتاً حيث يتم مزج البويضة مع الحيوان المنوى في اطباقي مخبرية، بحيث يتم نقل الجنين الناج الى رحم المرأة خلال اربعة ايام.

ولكن الاطباء بمركز سانت بارناباس الطبي في نيوجيرسي تمكنا من تقصير هذا الوقت من خلال فحص ما يسمى الاجسام القطبية، وهي عبارة عن مجموعات من الكروموسومات المتبقية بعد انقسام خلية البويضة باستخدام نوع اسرع من فحص التهجين الجينومي المقارن، حيث تختلط نصف محتويات خلية البويضة مع المادة الوراثية للحيوان المنوى لتشكيل الجنين، بينما يتم التخلص من النصف البالى على شكل جسم قطبي. فإذا ما وجد عدد غير طبيعي من الكروموسومات في هذا الجسمقطبي فذلك يعني ان نمو الجنين غير طبيعي ايضاً، وقد ينتهي الحمل بالاجهاض غالباً او بإصابة الطفل بمتلازمة دارون المنغولى.

واوضح الباحثون انه بالامكان فحص الاجسام القطبية مباشرة وكذلك جميع الكروموسومات فيها عند فحص الجنين بعد ثلاثة ايام من الاخصاب.

واستخدم العلماء في هذه الدراسة فحص الجسمقطبي مع التحاليل الجينية التقليدية عند امرأة تبلغ من العمر ٤٠ عاماً، خضعت للاخصاب الصناعي ولكنها اخفقت في تحقيق الحمل، وقاموا بسحب ١٢ بويضة من المرأة وفحص ١٠ أجسام قطبية، تبين ان ٩ منها كانت غير طبيعية واستحوت على عدد زائد او ناقص من الكروموسومات، وقد تطورت ٧ من الـ ١٢ بويضة على اجنة. كما أكدت الفحوصات التقليدية نتائج فحص الجسمقطبي.

ووجد هؤلاء ان جنينا واحداً فقط بدا طبيعياً، ولكن رغم نقله الى الرحم الا ان المرأة لم تتحقق الحمل، مشيرين الى ان من ٥ الى ٣٠٪ فقط من الاجنة التي تنقل الى الرحم في تقنية الاصناب الصناعي تنتج ولادة حية.

ترميم الانسان بالاستنساخ

د. أميمة خفاجي

أستاذ مساعد الهندسة الوراثية

جامعة قناة السويس

قال تعالى: ﴿يَا ايُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِّنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِّنْ عُلْقَةٍ ثُمَّ مِّنْ مُضْغَةٍ مُخْلَقَةٍ وَغَيْرَ مُخْلَقَةٍ﴾ - الحج وتكرر لفظ النطفة في القرآن الكريم في اثنى عشر موضعًا منها:

﴿وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سَلَالَةِ مِنْ طِينٍ ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ﴾ - المؤمنون.

﴿إِنَّ حِسْبَ الْإِنْسَانِ إِذَا تَرَكَ سَدِيَّهُ إِنَّمَا يُكَلِّفُهُ اللَّهُ بِنَفْسِهِ مِمَّا كَانَ عَلَقَةً فِي خَلْقِهِ فَسُوَى مِنْهُ زَوْجَيْنِ الْذَّكَرِ وَالْأَنْثَى﴾ - القيامة ﴿إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ أَمْشَاجٍ﴾ - الانسان.

و قبل ان نتوقف عند المضخة غير المخلقة وهي التي لم تتكتشف بعد لاعضاء متميزة والتي تعد لعنة العلماء الان للحصول على الاعضاء المطلوبة التي اصابها التلف والعلل المختلفة، ستتوقف عند الدقة المتناهية في كتاب الله عز وجل في وصف المراحل الثلاث: النطفة.. العلقة.. المضخة.

والنطفة تعني (الحيوانات المنوية) أو (البويضة) والمشيخ هو الشيء المختلط. ولم يذكرها الله عز وجل في الموضع بانها «نطفة امشاج» اي مختلطة من الذكر والانثى وكأنه من الممكن خلق الانسان من نطفة واحدة فقط ذكرية كانت او انثوية.. كما يحدث الان باستنساخ.. مجرد الحصول على خلية ما جسدية وغير صناعية في امرأة - امرأة وليس رجلاً اي انه لا يمكن الاستغناء عن النساء ولكن الاستغناء تماماً عن الذكور - للحصول على صورة كاملة للشخص المراد استنساخه، صورة فقط. نسخة طبق الاصل. ولذلك تفهم كيف امكن بالاستنساخ العلاجي اعادة ترميم الانسان وصيانته وذلك عن طريق الاجنة قبل اكتمالها ستتوقف قليلاً عند شرح القرآن الكريم خلق الانسان وكيف ذكرت كلمات الله هذه المراحل بمنتهى الدقة والايجاز وكأنك امام حدث محدث مرجع في علم الاجنة. ويقسم بعض علماء الاجنة مراحل تكون الجنين الى: مرحلة النطفة ومرحلة الحميم ذي الكتل البدنية (المضخة) ومرحلة التخلق او تكوين الاعضاء.

والنطفة تبدأ بالانشطار فتنقسم الخلية انقسامات متتالية فتنقسم الخلية الى اثنين ثم الى اربع ثم

ستة عشر حتى تكون الخلايا على هيئة ثمرة التوتة، وعندئذ تسمى Morulla حتى تصل الكرة الجرثومية الى مرحلة Blastula ثم تحيط النطفة (وهي عبارة عن كرة جرثومية لا يزيد حجمها عن نقطة) بدماء للتغذية وسميت علقة حيث تتعلق الكرة الجرثومية البلاستولا باكمالها بالرحم.. ثم بدأ ظهور الكتل البدنية التي بظهورها تتحول العلقة المضخة ثم تحول الى عظام الفقرات والكتل البدنية هي الاساس الذي يقوم عليه الجهاز الهيكلي والعضلي، ويكون معرفة عمر الجنين بمعرفة عدد الكتل البدنية، وهذه الكتل البدنية هي التي تعطي الجنين شكل المضخة (قطعة مضخة) وكل ما يهمنا هنا الكرة الجرثومية قبل تميزها وتشكلها للجنين (يصبح معنى مضخة مخلقة وغير مخلقة واضحاً جلياً الان) حি�ص يستخدم العلماء هذه المضخة غير المخلقة او التي تبدأ بعد مرحلة التمايز - تكشف الخلايا الذي يؤدي لظهور الاعضاء والاجهزة - في عملية استنساخ الاعضاء بتجهيز الخلايا وتسخيرها لتكتشف خلايا معينة الحصول على الاعضاء المطلوب استنساخها.

﴿يا ايها الناس ان كتم في ريب من البعد فإننا خلقناكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم من مضخة مخلقة وغير مخلقة﴾.

وسبحان الله الذي وصف هذا الوصف الدقيق:

﴿ليس ذلك بقدار على ان يحيي الموتى﴾ - القيامة.

ولكن شتان بين احياء الموتى من العظام وبين استنساخ الموتى ايضاً من العظام، فالاستنساخ بحاجة الى بويضة - نواتها مفرغة - ورحم، علاوة على انه بالاستنساخ سعيد صورة الراحل وليس شخصيته لانه لا يمكن تجاهل ان الصفات الوراثية لا يمكن اظهارها الا بالظروف البيئية المحيطة وكل ما في الامر انه بالشطارة العلمية اخذنا للك لقطة حية برغم كونك عظاماً وتصبح مسألة حفظ جينات العظاماء لاعدادهم للحياة مرة اخرى اكتنوبة وليس حقيقة. ولكن يبقى هناك هدف اخر من هذه القضية وهو استخدام بعض الجينات المسؤولة عن بعض الصفات، المرغوبة وامكانية زراعتها في اجنة جديدة للحصول على هذه الصفات ومن هنا يحمل العلماء بإمكانية تحقيق حلم السوبرمان.. ومن اهم تطبيقات الاستنساخ العملية انه امكن استنساخ بعض الاعضاء كقطع غيار من نفس الشخص بل وتحقق بالفعل في العام الماضي استنساخ بعض الاعضاء، ويستخدم الاستنساخ العلاجي لإنقاذ مئات المرضى الذين يعانون من امراض السكر والكبد والقلب وامراض الدم واضطرابات المناعة. والاستنساخ هو عبارة عن تكاثر او توالي بدون اصحاب او تلقيح (اي بدون ان تخصب البويضة ببنطاف) اي ينتج من شخص واحد قد يكون ذكر وانثى ويمكن الاستغناء عن الذكور ولكن لا يمكن الاستغناء على الاناث بأي حال من الاحوال لأن الانثى هي التي تحتوي على البويضة التي تزرع فيها خلية المستنساخ سواء كانت هذه الخلية من ذكر او انثى.. شيء مضحك.. كوميديا.. اي نحن لسنا بحاجة الى رجل.

وقد تم بالفعل انتاج اجنة بشرية باستخدام تقنيات الاستنساخ والشركة التي سعت الى ذلك كان هدفها الحصول على اجنة مبكرة (خلايا لم تكتشف بعد مضافة غير مخلقة) لعزل خلايا جذعية لتصبح الخزن الاساس الاولى لانماء الخلايا المختلفة من خلايا عصبية او عضلية او نسج اخرى مختلفة بديلة.. اي بعبارة ابسط قطع غيار مختلفة تستعمل لعلاج مصابين بعمل مختلف ومتباينة او من يعانون بتر عضو ما من الاعضاء فالهدف هنا العلاج ولذلك يطلقون عليه العلاج بالاستنساخ والاهم من ذلك كله هو القضاء تماماً على مسألة رفض المريض للخلايا الجديدة او الاعضاء الجديدة لانها مأخوذة من المريض نفسه اذ امكن استخدام خلايا المريض ذاته (استخدام المادة الجينية الوراثية لتوليد مثلاً جزيران بنكرياسيه لعلاج مرض السكر او للحصول على خلايا عصبية لاصلاح الاحوال الشوكية التالفة) وهذا كله يختلف كل الاختلاف عن الاستنساخ التوالي Reproductive Cloning الغرس او زرع خلية من فرد ما كاملة العدد الكروموسومي) في رحم امرأة للحصول على صورة مطابقة لنفس الفرد او ذات الفرد المأخوذ منه تلك الخلية اي ولادة طفل مستنسخ. ولنا ما نتخيله في مسألة تبرع او بيع النساء (في الخارج) لبيضها وkanها فراخ. فالهدف الرئيسي هو كيفية العلاج، فمثلاً عندما يجمع بيض من امرأة مصابة بمرض القلب وتفعيله وحثه في المعمل لانتاج خلايا عضلية قلبية تتضمن في اطباق بتري (المعملية) لغرسها في المأة ذاتها لاصلاح المنطقة المصابة في قلبها. ايضاً هناك محاولة لاستخدام تلك التقنية «الاستنساخ العلاجي» في Androgenesis (تولد الذكورة) لتكوين خلايا جذعية لعلاج رجل ما الا انها ستكون اكثر صعوبة لاحتياجها الى النقل او الزرع (زرع نطف الرجل المصاب) في بيضة نرعت نواتها.

الكائن المستنسخ لم يأت نتيجة اصحاب بيضة بنتفية (نطفة مخلقة وغير مخلقة) وانما نطف جديد. ولم يعد جنيناً لأنها بيضة منشطة Activated egg او مفعولة (نامية) وانها ليست جنيناً.. كرة من الخلايا لا يزيد حجمها على حجم نقطة في نهاية هذه الجحملة. فهو لم يتشكل بعد وكلها ایام فقط فما المانع استخدام هذه الخلايا في إنقاذ الأطفال والبالغين المرضى.

استخدام البيض المفعول يؤدي الى انقاذ الحياة. قد يلجأون الى الاتجار بهذه القضية كالمعتاد وهي ان كل الاشياء الان تخضع للمكسب والخسارة ومسألة الحصول على بيض بشري (انثوي بالقطع) بغرض البحث العلمي مسألة في غاية الخطورة.. سلاح ذو حدين وعملية الحث الهرموني لانتاج عدد كبير من البيض (حيث ان المرأة عادة ما تنتج بيضة واحدة فقط او اثنتين كل شهرين) باستخدام العقاقير المنبهة (لتقويض) لها اثار جانبية خطيرة على المرأة اذ انها قد تؤدي الى تلف في الكبد او قصور كلوى او سكتة دماغية.. فلا تنس ان لكل شيء ضرورة وضرورية التطور العلمي وهي اندثار الانسانية والرحمة.

الكشف عن لغز الولادة المبكرة

ووجد الباحثون ان النساء اللائي يبلغن طول عنق الرحم عندهن حوالي خمسة وعشرين مليمتراً في فترة الاسبوع السادس عشر والثامن عشر من الحمل هن اكثر استعداداً للولادة المبكرة. ويساعد هذا الاكتشاف الاطباء على تشخيص النساء اللائي يتحملن ان يلدن مبكراً، وتعتبر الولادة المبكرة احد اهم اسباب وفيات الاطفال. غير ان الاطباء في بريطانيا يقولون ان هناك القليل الذي يمكنهم ان يفعلوه لمساعدة النساء حتى لو تم تشخيص الحالة. وقد قام الاطباء في جامعة اليمام الامريكية بدراسة ١٨٣ امرأة كن قد سجنن في الولادة المبكرة واستخدام الاطباء اجهزة متطرفة لقياس عنق الرحم باستخدام الموجات فوق الصوتية، كما درسوا تغير الهيئة والقصر اللذين يحصلان في عنق الرحم عند الحمل وما اذا كان لذلك تأثير على الولادة ويدرك ان ١٠٪ من النساء الحوامل، يلدن مبكراً، قبل الاسبوع السابع والثلاثين من الحمل غير ان الدراسة وجدت انه اذا كان طول عنق الرحم اقل من خمسة وعشرين مليمتراً، اذ يبلغ طوله في العادة ثمانية وثلاثين مليمتراً، فان الاستعداد للولادة المبكرة يزداد بأكثر من ثلاثة اضعاف. بينما يرتفع خطر الاستعداد للولادة المبكرة عند من يصبن بقصر عنق الرحم الى اربعة اضعاف ونصف.

ويقول العلماء ان سبب الولادة المبكرة عند النساء اللائي يحدث عندهم تغير في شكل الرحم هو ايضاً طول عنق الرحم وليس التغير الحاصل في هيئته.

ويقول البروفيسور كيروس نيكول، استاذ طب الاجنة في مستشفى كلية كينجز في لندن، ان تشخيص النساء المعرضات للولادة المبكرة يعتبر مهماً، وان هذه الدراسة تعتبر مهمة، اذ هي تنقل الابحاث في هذا المجال خطوة الى الامام، لكن المشكلة هي ان الاطباء في الوقت الحاضر غير قادرين على القيام بأي عمل لمساعدة من يكتشف انها ستلد مبكراً.

ويقول جون جراوندز من جمعية «اكسشن ريسيرتش» التي مولت الدراسة ان الولادة المبكرة يمكن ان تكون مدمرة بالنسبة للمرأة او الطفل.

فالطفل الخديج، او المولود مبكراً، يخرج الى الحياة وهو ناقص النمو لانه لم يكمل تطوره في رحم الام وهو معرض للاصابة بأمراض جسدية وعقلية، بينما يموت آخرون لأن الطبع في هذا المجال غير قادر على تقديم العلاج المناسب وانقاد هؤلاء الاطفال الخديج. ويعتبر تشخيص اسباب حالات الولادة المبكرة والنساء المعرضات لها وتقليل حدوثها تقدماً كبيراً في الابحاث الطبية في القرن الحادي والعشرين. ومع ذلك تتنامي احتمالات الوقاية من الامراض النفسية المرافقة لحالات الولادة المبكرة.

ازمة منتصف العمر حقيقة أم وهم؟

(Women midlife crisis)

د. فيصل محمد خير الزراد

دكتور ورئيس قسم علم النفس السريري

مستشفى الطب النفسي - ابو ظبي

ان تقدم الدراسات الطبية، والطبية - نفسية أكدت على ان الكثير من المفاهيم والعبارات التي كانت تستخدم لوصف حالة مرضية، او مرحلة من مراحل العمر، او صفة من الصفات الشخصية قد ثبت عدم صحتها، ولا اساس علمي لها، وهي (اي هذه المفاهيم) قد شاعت بين الافراد دون تدقيق، او تعم بضمونها أو مدلولها... مثل استخدام كلمة ازمة (Crisis)، التي تشير لغرياً الى وجود صعوبات، أو عقبات، أو مشكلات تقف حائلاً امام تحقيق امال الفرد او رغباته، وتعترض مسيرة حياته.. وتؤدي الى مشاعر نفسية مؤللة مثل الاحساس بالفشل، والقهر او الاحتياط، وبالدونية، وبحالة من القلق والتوتر والخوف، مع اعراض اكتئاب، وانطواء، او استسلام، وقد يصاحب اعراض عضوية نفسية - جسمية (سيكوسوماتية)، وغير ذلك من اضطرابات تطال الجانب العضوي، والجانب النفسي، والجانب الفكري والاجتماعي لدى الفرد. ويعنى اخر ان الازمة لا تكون ازمة الا اذا فشلت الخبرات والوسائل في تجاوز المشكلة او العائق، او اذا استعصمت المشكلة التي يواجهها الفرد على الحل. لهذا وحسب هذا التعريف اللغوي للازمة لا يمكننا حقيقة ان انقول بأن المرأة (و كذلك الرجل) تمر بما يسمى بأزمة منتصف العمر. وهذا الكلام ينطبق تماماً على مفهوم ازمة المراهقة او على الاقل يذكرنا بما اشار اليه العالمان أرنولد جيزل عام (١٩٥٤)، وستانلي هول عام (١٩٥٦) عندما تحدثا في كتابتهما عن ازمة للمراهقة، ووصفوها لنا من خلال الدراسات النفسية والاجتماعية مرحلة المراهقة على انها ازمة عضوية، ونفسية، وعقلية واجتماعية... الخ وانها مرحلة مشاكل وصراعات نفسية يتعرض اليها

المرأة بين عمر (١١ - ٢١) سنة وتناقلت الأدبيات والكتب الطبية والنفسية والاجتماعية مفهوم الازمة دون تحيص أو تدقيق، وما زال هذا المفهوم يتداول حتى يومنا هذا علمًا بأن العديد من الدراسات التفسيرية (غير الوصفية)، وكذلك الدراسات الانثربولوجية لم تؤكّد على ما جاء على لسان ارنولد جيزل وستانلي هول، ونفت وجود ازمة يتعرض اليها جميع المرأةين او جميع النساء في منتصف اعمارهن وتبيّن ان هذا المفهوم خاطئ من حيث يصعب تعميمه على كل الناس، لقد اصبحنا في وقتنا الراهن ومن خلال منظورنا للمرأة كأزمة لدى المرأة نتسامح مع المرأة اذا كذب، او ضرب، او سرق، او فشل في دراسته، او اساء... الخ لاعتقادنا الخاطيء بأن المرأة يعاني من ازمة جسمية او عقلية او عاطفية او اجتماعية وبالتالي علينا ان نقبل او ان نتسامح تجاه هذه السلوكيات غير السوية. كلنا نعلم بأن هناك فروقاً بين مراهن وآخر حتى داخل نطاق الاسرة الواحدة، وهناك فروقاً بين امرأة وآخر وذلك من حيث الثقافة والوعي والتضيّع والخبرة في الحياة وهذا ما يجعلنا نبتعد عن التعميم، وعن اصدار احكام قبلية ويفرض علينا كباحثين، ومتخصصين، واطباء، وعلماء نفس واجتماع، ان نناقش مفهوم الازمة لغوية، ونفسية، واجتماعية، وفكريًّا... وبشكل حيادي وموضوعي ودقيق وبالاعتماد على اسس علمية متقدمة، والسؤال الذي يتبدّل الى الاذهان هو ما يلي:

١ - من الذي قال ان هناك ازمة سواء جسمية او نفسية او اجتماعية... في منتصف العمر؟

٢ - ثم كيف تم تحديد منتصف العمر؟ او ما هو منتصف عمر المرأة؟

٣ - هل المعيار الزمني هو الذي يحدد منتصف العمر؟

في بعض البلدان المتقدمة مثل فرنسا اصبح متوسط العمر بفضل التقدم الصحي والرعاية الصحية حوالي (٧٥) عاماً. لذلك من الذي يقول ان متوسط عمر المرأة في (٤٥ - ٥٥) سنة هو منتصف العمر لدى المرأة وكذلك الامر بنسحب على الرجل الذي يعتبر مسنًا او شيخًا اذا تجاوز عمر السنتين سنة، ولو فرضينا ان رجلاً ينقصه يوم واحد عن بلوغه عمر السنتين فهو يعتبر بالامس رجلاً وبعد يوم او في الغد يعتبر في عداد الشيوخ او المسنين، (ان البعض يتحدث عن ازمة منتصف العمر لدى الرجل على غرار ما يقال عن المرأة).

صحيح ان المرأة عندما تتقدم في عمرها تتوقف لديها الدورة الطمثية وذلك بسبب حدوث بعض الاضطرابات في الهرمونات الجنسية مثل الاستروجين، والبروجسترون. كما يتوقف عمل المبيض لديها، وقد تظهر بعض اعراض البرود الجنسي، وتحدث بعض الالتهابات الموضعية، او النزوفات الرحمية، وقد ينكح حجم الرحم، وتفقد الاعضاء التناسلية شيئاً من مرونته... وهذا قد

يحدث فعلاً بين عمر (٤٥ - ٥٥) سنة، الا ان ذلك لا يعني منتصف العمر. ولا يعني ان هناك ازمة. حيث ان هذه التغيرات يمكن ان تحدث في اي مرحلة من مراحل العمر السابقة وذلك بسبب بعض الامراض او الاضطرابات النفسية، حتى ان الدورة الطمثية يمكن ان تتوقف بسبب العديد من العوامل. والمرأة العادمة التي تكون قد انجبته قد تريده ما تريده من اطفال وتشعر حاجتها الى الحمل والولادة والامومة لا تشعر اذا توقفت دورتها الشهرية بعد ذلك بمشكلة كبيرة. او لا تشعر بوجود ازمة نهائية، حيث لم تعد بحاجة الى مزيد من الحمل والولادة او الانجاب، (ونذكر هنا بأننا نتحدث عن ازمة منتصف العمر وليس عن العنوسه) اما الانثى التي لم تتزوج فقد تكون معاناتها اكبر الا انها سرعان ما تتكيف مع الواقع، او تختار الب戴ائل، واساليب التعويض، والمرأة الوعية تنظر الى هذه الامور نظرة موضوعية بسيطة دون تعقيد، او تضخيم، وتهيئ نفسها لذلك، وعليها ان تعلم بأن هذه الاعراض لا تعني الكبر، او الشيخوخة او غير ذلك.

من ناحية اخرى فان الدراسات الطبية المتطورة تؤكد ان المرأة ليست فقط متعدة، وجنس، وجمال، بل هي اسمى من ذلك بكثير فهي زوجة، وام، وصديقة، وعون الرجل، كما انها خبرة، وفكرة، وmode، وعطاء، ومصدر سعادة، وعطاف وحنان، ويمكن للرجل الاستفادة من هذه القدرات التي تعتبر اكثراً ديمومة. واكثر اهمية من متعة الجنس والحمل... من ناحية اخرى ان الدراسات الاجنبية حول علم الجنس (sexology) تشير الى ان المرأة الناضجة والوعية او المثقفة تستطيع بعد انقطاع الدورة الشهرية لديها ان توفر لنفسها ولزوجها الاشباعات العاطفية والجنسية بشكل افضل من المرأة الصغيرة او غير الوعية او الجاهلة... مثلاً. لذا ليس غريباً ان تجد معظم الزوجات في العالم المتقدم غالباً ما يكن من الكبار في اعمارهن (اكبر من الزوج غالباً). وحسب علم الجنس ان مفهوم الحب هو محصلة لعاطفة، وجنس، وفكـر او شخصية، وعامل التضيـع الفكري او نضـج الشخصـية لا يـتوفر في الغالـب الا الى النـسـوة المتـقدـمات في اعـمارـهن.

ومن ناحية اخرى ان رعاية الزوج لزوجته، ورعاية الزوجة لزوجها تجعلان العلاقة العاطفية والجنسية والاحساس بالسعادة تستمر الى نهاية الحياة شرط ان تتوفر هذه الرعاية الصحية والتفسية والاسرية بالشكل الصحيح، وهذا ما يجعل المرأة (والرجل) تجذب مرحلة توقف الدورة الشهرية بشكل عادي ودون مبالغات او خوف او اضطرابات نفسية او جسمية.

اذن اين المشكلة فيما يقال عن ازمة منتصف العمر؟ لماذا الخوف والقلق والاكتئاب، والصداع والاضطرابات؟ مما لا شك فيه ان بعض اجزاء هذه المشكلة ترجع الى المرأة ذاتها وذلك بسبب عدم وعيها او نضجها، او ضعف ثقافتها، او جهلها، او ضعف ايمانها، بالإضافة الى تأثيرها بأراء الآخرين.

وبنطرة المجتمع اليها... وكذلك تكون هذه المشكلة بسبب التربية الاسرية الخاطئة والتمييز بين الذكور والإناث، والعادات البالية، وعدموعي المجتمع بأهمية المرأة ودورها في الحياة الاسرية والاجتماعية، والنظرة المحدودة للمرأة من زاوية الجنس والمعنة والانجاب... ووسائل الاعلام التي أصبحت تظهر استخدام مفاسن المرأة لترويج السلع التجارية... ان هذه العوامل وغيرها تؤثر في نفسية المرأة وتجعلها تنظر لنفسها نظرة دونية مع مشاعر الدونية، والاحباط والاكتئاب، وهذا بدوره يؤدي او يزيد من الاضطرابات العضوية، ويجعل المرأة تنظر الى صورة جسدها بشكل ناقص او مشوه (Image body)، ويصبح مفهومها عن ذاتها سالباً (Self Concept) مما يزيد من آلامها النفسية ويجعلها اكثر بؤساً، وقد تخفي (او تكتب) بعض النساء هذه المشاعر او الصور المؤلمة، وتظهر امام الاخرين ما هو مغاير لذلك او مخالف للواقع (Reaction Formation)، الا ان عملية اخفاء المشاعر المؤلمة تكون مؤقتة، ولأن الواقع والمجتمع (المختلف) يوقظ هذه المشاعر بين حين وآخر، لذلك تجد المرأة التي تعاني من هذه المشاعر السلبية والمؤلمة غالباً ما تحدث نفسها بذلك (Self talking)، وهنا تكمن المشكلة اي في داخل المرأة وذاتها بالدرجة الاولى بالرغم من ان هناك عوامل متعددة تغذي ذلك (لذلك فإن المرأة التي تشعر بوجود ازمة لديها بسبب تقدمها بالعمر يكون العلاج من داخلها وبالاعتماد عليها، **فولا يغير الله ما يقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم**). صدق الله العظيم.

وقد تتطور هذه المشاعر السلبية الى مشكلات اسرية، واجتماعية وغير ذلك. ومن المؤسف ان المجتمع الذكوري (كما هو الحال في مجتمعاتنا العربية) يعمل على التمييز غير العادل بين المرأة والرجل، وذلك على حساب المرأة، وما زال ينظر للمرأة على انه متعة وجنس، وسمرا، وانجاب، وما شابه ذلك. ووسائل الاعلام الغربية (او عملية التحرير) تعمل بشكل مباشر او غير مباشر على تعزيز ذلك.

فإذا كبرت المرأة في عمرها، او فقدت قدرتها على الانجاب، او ضعفت قدرتها الجنسية، او تعرضت لحادث ما، او ذيل عودها بسبب ما تبذله من جهد وعناء لرعاية اولادها وزوجها، او مرضت... (وهي انسانة اولاً وآخرها) فان الرجل (الماهلي) غالباً ما ينظر اليها نظرة ضعف، او يأس، او نظرة دونية متناسياً دورها العظيم في الحياة، ولعل بعض المحللين النفسيين يصيرون عندما يعتبرون عملية انكار دور المرأة من قبل الرجل عبارة عن دفاع نفسي ومقاومة يمكن وراءها ضعف الرجل... احياناً والرجل يستطيع بحريته، ان يسيء للمرأة ودون ان يحاسب المجتمع على فعلته، بينما المرأة لا حرية لها في الغالب، او انها فقدت حريتها في هذا المجتمع الذكوري، لذلك كان عليها الرضوخ والاستسلام وهنا تكمن الازمة ايضاً، ولو كان الرجل صادقاً ومحلساً وواعياً بدور المرأة في الحياة،

وقام برعايتها زوجته صحيحاً ونفسياً واجتماعياً، لما شعرت المرأة هذه المشاعر السلبية، بل كانت مشاعرها تتصرف بالقوة، والسعادة، والاحترام، والحالات التي ترد الى عيادة الطب النفسي تؤكد على ذلك، كما تؤكد على ان المرأة تحتاج الى المادة بقدر ما تحتاج الى رعاية نفسية واحترام وتقدير وخاصة من المقربين اليها بدءاً من اسرتها وزوجها... اذن ننتهي من ذلك ان لا وجود لازمة منتصف العمر، وان هذه الازمة مصطنعة، وهي من صنع البيئة المتخلفة، وان على الرجال والازواج تغيير نظرتهم للمرأة، بل العكس على عالم الرجال والازواج الاستفادة من قدرات المرأة وخبراتها في الحياة، وهي قادرة على اشباع رغبات زوجها العاطفية والجنسية والاجتماعية، كما انها قادرة على تحمل انانية الرجل وعنفوانه، ولا خوف من المستقبل اذا كان هناك رعاية متبادلة واحترام متبادل، وعلى الرجل ان لا ينسى بأن ما يقال عن المرأة بشأن ازمة منتصف العمر يقال ايضاً عنه، وباختصار ان هذه المرحلة المتقدمة من عمر المرأة (او الرجل) هي مرحلة عادية من مراحل حياة الانسان، يمكن تجاوزها بسهولة وبشكل عادي ودون مضاعفات او خوف وقلق واكتئاب فلا ازمة، ولا منتصف عمر، ولا مخاوف من المستقبل، والرعاية الصحية والنفسية والاهتمام المتبادل هما من اهم عوامل الوقاية والعلاج والاستمرار.

تعقيب

يقدم الزميل الزراد رؤية مبتكرة لمرحلة سن اليأس والمذروة الرجولية (Viril climax). الا ان البعض يربط بين التغيرات البيولوجية، وانعكاساتها الجسدية، الملازمة لهذه المرحلة وبين مصطلح الأزمة. مثال ذلك ما تبينه الدراسات عن اصابة ٥٠٪ من النساء (نصفهن) بارتفاع الضغط عقب انقطاع الطمث. كما ان العديد من التصنيفات النفسية تعتمد مبدأ التصنيف وفق الاضطرابات المصاحبة للمراحل العمرية.

مهما يكن فإن الزميل الزراد يطرح وجهة نظره للنقاش ونأمل من الزملاء مناقشة هذا الطرح.

الرحم (الهستيريا) سرعة التشخيص وتلكؤ العلاج

د. مها سليمان يونس

اختصاصية الطب النفسي / مستشفى بغداد التعليمي

جذور تاريخية:

الرحم او (الهستيريا) كما يبني لفظها بذلك، مشتق اصلاً من الكلمة (الرحم) (hystro) باللغة الاغريقية حيث لوحظت هذه الاعراض بكثرة عند الاناث وخصوصاً تحت خط الكهولة واعتقد الاطباء آنذاك انها ناتجة عن تحول الرحم في الجسم وخروجها من مكانه مما يسبب ظهور اعراض مختلفة لا ترتبط بصلة واحدة.

وكان علماء الطب العرب في العصر العباسي اول من اعطى تحليلأ علمياً لهذه الاعراض، واستخدمو المتنطق والحدس الطبي في علاجها حيث عزى السبب الى افعالات نفسية او ردود فعل عاطفية، وكان النطاسي البارع جرائيل بن يختيشوع في القرن السابع الميلادي قد عرضت له جارية للخليفة هارون الرشيد اصيبت بشلل وظيفي في ذراعيها بعد كسر جرة ثمينة واستعصى على الاطباء قبله ايجاد حل لمشكلتها فقام جرائيل بمناداتها الى مجلس الخليفة وفي حركة مفاجئة جر طرف ثوبها السفلي الى الاعلى مما جعلها تخفض ذراعيها المشلولتين لتستر نفسها وبهذا شفيت.

ان الحيلة البارعة التي قام بها تدل على فهمه لآلية حدوث هذا الشلل الوظيفي كعارض عصبي نتيجة القلق والخوف وعلاجه له بطريقة ناجحة وغير مؤذية.

كما ذكر العالم الجليل ابن سينا (١٠٣٠م) في كتابه الشهير القانون) والذي سماه الاوروبيين بإنجيل الطب bible of medicine او صافاً دقة للقلق والكتابة وكيفية تأثيرها على الجسم بحيث تظهر بصورة اعراض جسمية وله ايضاً قصة طريفة في علاج الامير العاشق حيث اصيب باعراض رحمية نتيجة افعالاته العاطفية واوضح ابن سينا كيفية تسارع نبضات قلبه وتغير لون بشرته عندما ذكر امامه

المنطقة التي تذكر فيها محبوبته.

ان الحديث يطول عن النظريات والبحوث التي اجريت وما زالت على المرضي العصابيين الذين تتقولب معاناتهم النفسية بشكل شكاوي عضوية تطال مختلف اجهزة الجسم وبدرجات تتفاوت في شدتها.

الجوانب الواقعية في الوقت الحاضر:

أخذت المصادر العلمية الحديثة في تغيير لفظة (الهستيريا) واعادة النظر في فهرسة الاعراض التي كانت دارجة في العقدين الماضيين في كتب الطب النفسي لتصبح اكثر دقة في اعطاء المفهوم الطبي للتشخيص. وهناك قسمين رئيسيين لهذه الاعراض:

١ - الاعراض الاستقلالية :Conversinal disorders

حيث يكون هناك خلل في وظيفة الجهاز او العضو المعني في الجسم بدون وجود سبب عضوي مباشر مع ترافقه بعراض المريض لضغوط نفسية مستمرة او حدوث ازمة نفسية سابقة للمرض وتظهر هذه الاعراض في غالبية الاحيان بشكل شلل جزئي او كامل في الحركة، فقدان او اضطراب القدرة على المشي، الاغماء، الشعور بالاختناق، فقدان حاسة معينة من الحواس كالسمع او البصر او الحرس الرحمامي.

٢ - الاعراض المصاحبة لاحتلال الوعي:

وهي اندر حدوثاً من سابقتها وتظهر بشكل فقدان ذاكرة مؤقت او شعور المريض بالتيه مما يؤدي الى تركه لسكنه ومقر عمله بدون ادراك.

بالاضافة الى ما تقدم فهناك فئة المرضى المدمنين للتרד على العيادات والمؤسسات الصحية تبرز شكاواهم للطبيب بصورة متعددة وتطال كافة الاختصاصات الطبية.

ان شيوخ هذه الاعراض وخصوصاً الاشكال الاستقلالية منها في الاناث الشابات وفي المجتمعات التي تتسم بالاهمال العاطفي وتردي الوضع المادي والثقافي والاجتماعي والميول الاستعراضية المرافقة للاعراض ادى الى نشوء ادراك غير سليم لدى قسم من الاطباء وخصوصاً حديثي التخرج حول كنه المرض واعتباره تمارضاً متعيناً وقد يستنتاج الطبيب المعالج بشكل مسيق وجود غاية معينة من وجهة نظره مما يؤدي الى حدوث حالات علاجية خارجة عن الخلق الطبي وعن العلم وعلى سبيل المثال يلجأ بعض الاطباء واحياناً الكادر التمريضي الى صنع المريضة بقسوة وتوجيه الاذى

الجسدي لها او اعطاؤها حقنة عضلية مدررة وفي احسن الاحوال اعطاء السوائل المغذية الوريدية بدون وجود داعي طبي مما يؤدي الى خلخلة توازن الالماح والسوائل في الجسم.

ان هذه الممارسات بعيدة جداً عن قسم ابو قراط الطبي وعن الواقع العلمي والطبي وفي الآلفية الثالثة ومع وجود التقنيات الحديثة للتشخيص نجد ان اسلافنا العرب كانوا اكثر دراية واكثر رحمة في علاج هذه الاعراض.

ان علينا زرع المفهوم العلمي والانسانى حول الاعراض العصبية بصورة عامة والاعراض الرحامية بصورة خاصة والتشدد في محاسبة من يقوم بهذه الممارسات العلاجية الخاطئة التي تترافق في بعض الاحيان مع استغلال عاطفى وجنسي للمريض.

الخطوة الاولى والاهم في هذا المضمار هي تثقيف وتدريب طلبة الطب والعاملين في المختبر الطبى حول تشخيص وعلاج الامراض النفسية واقامة صلات علمية مع الاطباء في الاختصاصات الاخرى للتعاون في علاج هذه الامراض.

هناك مبادئ رئيسية يتوجب على المعالج الاخذ بها عند علاج الاعراض الرحامية وسنورد ذكرها هنا بصورة مختصرة:

١ - اخذ تاريخ مرضي مفصل من المريض او المريضة ومن الاهل والاهل المرافقين له عادة والتحري عن وجود اي صدمة نفسية سابقة للمرض او وجود مرض نفسي في المريض او احد افراد عائلته. ومن الحكمة ان يتوخى المعالج اللباقة واللطف مع الحزم في توجيه الاسئلة الشخصية والاجتماعية.

٢ - الفحص الجسمى التكامل وفحص الجهاز العصبى للتأكد من عدم وجود مرض عضوى مسبب او مصاحب لهذه الاعراض.

٣ - اجراء التحاليل المختبرية وفحوص الاشعة الضرورية التي تتفق مع خطة التشخيص مع عدم الاسراف في طلب اجراءات تشخيصية معقدة ومكلفة. بعد الانتهاء من هذه الاجراءات وحصول قناعة مبدئية بتشخيص الاضطرابات الرحامية يبدأ عنصر التطمئن reassurance الذي يوفره الطبيب في لعب دور هام في انهاء المشكلة ويكون اقناع المريض واهله بعدم وجود خطورة في الحالة وبكونها مؤقتة عنصراً اساسياً في عملية تهدئة المريض وازالة الغموض والقلق لدى العائلة. ولا يأس من اعطاء عقار دوائي مهدئ لبضعة ايام وتوجيه المريض بضرورة مراجعته لاختصاصي الطب النفسي لاكمال العلاج.

ثمانى خرافات شائعة عن الشيخوخة

د. محمد حمدي الحجار

يتحدد عمر الشيخوخة بالصحة العامة البدنية والنفسية. على المستوى الفيزيولوجي ليس هناك سن للشيخوخة. وإن سن التقاعد الذي ينافر عمر الستين هو اصطلاح اداري أكثر منه عمراً تفرضه الحالة الفيزيولوجية لتدني الوظائف البدنية والعقلية. وهناك مسنون يحتفظون بلياقتهم البدنية والنفسية النسبية حتى سن الثمانين.

١ - الشيخوخة والعته: والعته الخرافه الاولى الشائعة تقول ان الافراد المسنون نساعون للاشياء، اي انهم مصابين بداء الزهاير.

الحقيقة: ان انحطاط الوظيفة المعرفية، وفقدان الذاكرة المترقي والعته تحدث هذه الانتكاسات بنسبة ١٠٪ من جميع المسنون الذين تجاوزوا ٦٥ سنة وتحت السن ٨٥. وإن القول بأن المسنون هم في حالة عته الشيخوخة أو يعانون من مرض الزهاير هو اعتقاد شائع جداً بحيث ان كبار السن يعتقدون بذلك ويقلقون علىشيخوختهم.

هذا وعلى الرغم من ان بعض الجوانب الوظيفية المعرفية تنحط وتتقهقر بعد السن ٦٥ فإن نتائجها لا تذكر وتكون مبالغ فيها. والحق يقال ان الدماغ البشري عند مسن عمره اكثر من ٦٥ سنة لا يمكنه ان يؤدي اداء عالياً يماثل دماغ الشباب او عندما يكون اكثر شباباً، ولكن التقهقر العقلي الحاد هو شيء غير حتمي. ومن جانب اخر نجد ان دماغ المسن يمتلك قوى مدهشة وقدرات قوية. فالكثير من المسنون لا يظهرون انحطاطاً في القدرة العقلية، او يكون هذا الانحطاط قليل الدرجة.

ويرافق الشيخوخة اعتقاد سائد ايضاً ان من علاماتها التسيان انطلاقاً من التفسير الفيزيولوجي - التشريحى ان الدماغ الذي شاخت فيه نورونات عصبية ميته وعدد هذه النورونات ينكمش ويتضاعل تضاؤلاً متربقاً ومتسرعاً ولكن الدراسات اظهرت كيف ان خلايا الدماغ الذي شاخ قد تنكمش او تصبح هاجعة وليس ميته اذا لم يتم تشويطها تشويطاً كافياً.

ولا مرء ان فقدان التذكر يصاحب عملية الشيخوخة، ولكن هذا امر ليس حتمياً. وهناك مثل قديم يقول: نشط ذاكرتك او تفقدتها. وهذه حقيقة عندما نطبق العلاقة بين قوة الدماغ وشيخوخة

الدماغ، عندما لا يحدث فقدان التذكر فإننا نستطيع ان نصون الذاكرة باعطاء ادوية نفسية مثل المركب donepezil. فهذا الدواء يطء عملية تجزيء الناقل العصبي الذي اسمه استيلوكولين (وهذا الناقل مهم لأن له صلة بتشكيل عملية التذكر في الدماغ) وذلك بفعل حصاره لنشاط خميرة acetylcholinesterase (وهذه خميرة تدمر الناقل العصبي استيلوكولين). في كثير من الثقافات والحضارات ينظر الى المسنين (بالأشخاص الحكماء والعقلاء). وتدل الدراسات على ان الكبار المسنين يميلون الى تكيف ببطء قدراتهم العقلية بمخازن اعمال اكثراً فعالية من الكبار والاكثر شباباً. ثم ان الكبار المسنين يكونوا اكثراً قدرة على التكيف ببروز ملاحظة ازاء البيولوجية المتبدلة في ادمغتهم. ولنعرف ان الادمة المسنة هي ليست اقل من الادمة الشابة ولكنها مختلفة.

٢ - الخرافه الثانية: الحياة الجنسية: الكبار المسنون نشاطهم الجنسي ضعيف.

الحقيقة: في غياب المرض، يبقى النشاط الجنسي عند الفرد حتى الثمانينيات. والحق يقال ان المسنين غالباً ما يكونون عندهم تقدير للابعاد المختلفة للحب والتعبير الجنسي في الملاطفة. وهناك خطأً في التصور شائع بين الشباب ان الاشخاص المسنون وخاصة الاجداد محرومون من المشاعر الجنسية. وهناك دراسات استغرقت مدة اكثراً من ٣٥ سنة اكدت ان النشاط الجنسي الصحي يمارس من قبل المسنين بعمر ٦٥ سنة. ويبعد ان الجنس يbedo اكثراً اهمية من اعمار الفرد.

وخلالاً للمعتقد الشائع بين الناس ان تقدير الكاهل المسن للخبرة الجنسية يبقى سليماً. وبالطبع يكون الانتصاب ابطأ، والايغاف (قذف المني) ضعيفاً، في حين تكون جدران المهبل عند النساء المسنات رقيقة واقل لزوجة، ومع ذلك يظل الجماع الجنسي ساراً.

وناحية مهمة جديرة بالذكر ان المواقف الجنسية للكبار والمسنين لا بد من اعادة النظر بها وفقاً لمجرى الضغوط الاجتماعية وتأثيرات امراض الحياة ومن العقلانية الافتراض ان الشخص النشط جنسياً قد يبقى كذلك طوال حياته. ومن سوء الحظ ان رفض المجتمع لانحراف الكبار المسنين في نشاط جنسي يؤثر تأثيراً سلبياً على المقدمين بالسن الذين يجدون في العلاقة الجنسية انجازاً. ويرى الكبار بفعل هذا الرفض بأنه من الضروري كبت جنسيتهم. ان مرض القصور الاكيلي القلبي او الذين تعرضوا الى جراحات تبدل شرايين قلوبهم يعتقدون خطأً ان ممارسة الجنس تعرضهم للخطر. وقد يجدون حرجاً ان يفصحوا عن معتقدهم الخاطئ لابطائهم لذلك يظلون في حالة احباط.

٣ - الانتاج والخرافه تقول: العمال الكبار السن هم اقل انتاجاً وفعالية من العمال الاكثر شباباً.

الحقيقة: بالمقارنة مع العمال الشباب، فالعمال الكبار هم:

أ - اكثراً انتاجية.

ب - اقل غياباً عن العمل.

ج - حوادث العمل عندهم قليلة.

ان تجاهل مثل هذا البرهان، نجد ان ارباب العمل يرون ان العمال الكبار المسنين اقل انتاجية. العمال الكبار في السن غالباً ما تكون عندهم خبرات متعلمه عندما يتدخلون ويحدثون تبديلات ويحلون المشكلات الصعبة. فالعمال الكبار الذين امضوا سنتين كثيرة في الشركة نفسها يتكلمون ذاكرة مؤسسية. فهولاء الموظفون هم مصدر لا يقدر بثمن. فهم غالباً ما يعلمون ما الذي يصلح والذى لا يصلح عندما يضطرون في حل مشكلات مماثلة لتلك التي حدثت لهم في الماضي. انهم يستطيعون ان يلعبوا دور المرشد وفي الوقت نفسه يتذمرون من اقل منهم سناً المنظورات الجديدة الاكاديمية الحديثة.

٤ - الاحالة الى المعاش: الخرافه: الاحالة الى المعاش يخلق الازمة.

الحقيقة: ان الانتقال الى مرحلة التقاعد يكون عادة لطيفاً ومرضياً وان مسألة الرضا تتحدد بالحالة الصحية للأفراد، وبالوضع المالي وموقف الأفراد تجاه مسألة التقاعد. فالافراد الذين امضوا حياة عملهم باعمال روتينية فلم ينالوا الحظ بالكافات النفسية والاجتماعية، فإنهم يططلعون عادة الى التقاعد. ومع ان بعض المسنين يفضلون الاستمرار بالعمل بعد سن ٦٥، فإن الكثيرين يفضلون التقاعد.

ان اولئك الافراد الذين يوظفون ذواتهم: ويعملون في شركات صغيرة يمليون عادة الى الاحتفاظ بالرضا عن خبرة عملهم بصورة اطول وبالتالي يبقون في العمل لمدة اطول من عمر التقاعد النموذجي.

المتقاعدون لا يبدلون عادة من نماذج حياتهم الاساسية بعد تقاعدهم. وعادة نجد ان الاهتمامات والنشاطات والاصحاحات الاجتماعية التي رسخوها سابقاً في حياتهم تظل قائمة حتى بعد التقاعد.

ان هذا يعني ان حياة الفرد لم يصيدها التبدل بفعل الانسحاب من العمل. فقدان الوظيفة سواء اتم النظر اليها نظرة مستحبة ام لا، فإنها في كل الاحوال تتضمن فقدان موقع وظيفي مهم بالإضافة الى زوال الروتين اليومي للوظيفة. فليس فعل التقاعد هو سبب الازمة عند بعض الافراد ولكن الظروف الجديدة التي يملأها التقاعد. فالافراد الذين يشكلون شكوى مزمنة في العمل قبل التقاعد يستمرون في ان ايجاد مشكلات مداعاة للشكوى في التقاعد وان بعض الافراد يجدون في الدخل المالي للتقاعد غير كاف للبذلة حاجاتهم ويعودون الى العمل لاستكمال ما نقص من دخلهم بفعل التقاعد. بينما نجد اخرين يعودون الى العمل بسبب اعتمادهم عليه كيما يتزودوا بتركيب لحياتهم والاحتفاظ بالروتين اليومي الذي اعتادوا عليه.

من ناحية اخرى ليس للتقاعد المعنى نفسه عند كل فرد. فمخاطر خبرة ازمة التقاعد تختلف اختلافاً كبيراً من فرد الى اخر. على المستوى النموذجي. ذلك أن رضا الفرد عن حياته خلال مرحلة الانتاج والعمل يمكن ان ينبع بتكيف ملائم في مرحلة التقاعد.

٥ - الخرافه الخامسة هي المرتبطة بترتيبات الحياة حيث تقول الخرافه ان معظم الاسر يودعون كبارهم في مراكز رعاية المسنين.

الحقيقة: ان معظم الاسر الاميركية، وهذا خلاف ما هو شائع، ونسبتهم حوالي ٨٠٪، تقدم الخدمات لهم من قبل اقاربهم حيث معظم هذه الاسر تتتجنب مراكز الرعاية للمسنين، ويبذلون قصارى جهدهم للعناية بكبارهم عنابة مستقلة في البيوت. وهنا ينبع الازواج والزوجات والابناء الكبار وحتى زوجات المسنين لتقديم افضل العناية والرعاية. ومثل هذه الرعاية تقدم فضائل التكيف الملائم للمسنين. وعادته تعتبر مراكز رعاية المسنين الملجأ الاخير بنظر معظم الاميركيون عندما لا تقدم الخدمات الطبية الرعاية الكافية في البيت للمسن.

٦ - الخرافه السادسة وتتعلق بإساءة استخدام المواد الكيميائية والادوية حيث تقول هذه الخرافه ان مسألة سوء استخدام المواد المخدرة تعد مشكلة عند الشباب والشابات، ولكنها ليست مشكلة مهمة عند الكبار المسنين.

الحقيقة: ان مسافه الكحول غير المقصودة واللا متعمد وايضاً الادوية الاخرى هما اكثر انتشاراً عند الكبار بأكثر مما يظن معظم الناس. وفي معظم الاحوال تمثل هذه المسافه بالادمان على الادوية الطبية الموصوفة، والافراط في الكحول او التدخين الامر الذي يؤدي الى التعود.

وهذا وبما ان المسنين يراجعون العديد من الاطباء بتشخيصات مختلفة فإن مراقبة المزيج من الادوية المتعاطاة ومقاديرها مشكلة تحدي الاطباء. وان الاستفساء والتاجم عن الارتكاسات غير المرغوبه الدوائية يشكل ٥٠٪ عند المسنين الذين تتجاوز اعمارهم الستين. هذا ومن المعلوم ان المسنين تستقلب عضوياتهم الادوية والكحول يبطء اكثراً من الافراد الشباب، لذلك فإن هذه المواد تبقى في الدم لفترة اطول وهذا ما يؤدي غالباً الى حدوث فرط في المقادير الدوائية. ثم ان اشراك الكحول مع الدواء يزيد من مخاطر التداخل الدوائي المهدد للحياة. ولتعلم ان الكحول والادوية الموصوفة تصبح في موضع سوء الاستعمال لانها توفر للمسن الهروب من اعراض القلق والاكتئاب.

٧ - الخرافه التي تقول ان الانتحار هو من نتاج مرض الاكتئاب وان الانتحار يحدث بكثرة عند الشباب.

الحقيقة: في الولايات المتحدة الاميركية تكون معدلات الانتحار اكبر بين المسنين البيض الذين تجاوزوا الثمانين من العمر. فمنذ عام ١٩٨٨ تضاعف عدد المنتحرين في هذا السن. ويبعد ان

الاسباب تعود الى القضايا الصحية والمشكلات الاقتصادية، والعزلة الاجتماعية، الا ان السبب التحتي هو الاكتئاب غير المعالج.

من المعلوم: ان الشيختوخة هي سيرورة مصحوبة بخبرات حتمية للخسارة. فقدان الاستقلالية وتبديلات الدور الناجم عن خسارة المكانة الاجتماعية، وخسارة الاحباب حيث يؤدي ذلك الى تراجع تقدير الذات. ولعل الاستجابة العاطفية السوية لایة خسارة تكون بالتفجع. وعند البعض نجد ان رد الفعل التفجعي السوي يتطور الى الاصابة بمرض الاكتئاب الرئيسي. الذي اذا ما ترك بدون معالجة فإنه يؤدي الى الانتحار في المجتمع الصناعي المادي الفاقد للقيم الروحية.

٨ - الخرافات التي تقول المسنون هم اكثراً خوفاً من الموت من الشباب.

الحقيقة: ان المسنين يكونوا اكثراً اهتماماً واستنغالاً بعملية الموت اكثراً من الموت ذاته. ولعل الاهتمام عند المسنين ينصب على الموت بكرامة. وبما ان الموت ظاهرة حتمية للبشر، فإن الكبار يترتب عليهم تحمل الالم اذا كان لا بد من ان يموتونا وهم لوحدهم، وفيما اذا كانوا سيعرضون الى فقدان السيطرة على وظائفهم البدنية (التبول والتغوط) او فقدان قدراتهم العقلية او مشاعرهم تلك هي الامور التي تقلقهم.

ان التعامل مع هذه القضايا والموت هو مختلف من شخص الى اخر. ذلك لأن كل فرد له قصة حياته فريدة بذاته، وكل واحد له منظور خاص بمسألة الموت. الا انه بالتأكيد ان القبول الواقعى للموت الحتم يمثل اعلى درجة من النضج الانفعالي عند المسن.

مراجع البحث

مجلة التقدمات في ميدان العلاج النفسي الطبي والتشخيص النفسي الدورية رقم ١٠ تاريخ ٢٠٠٠ - ١٩٩٩ الصادرة عن الборد الاميركي للمعالجين النفسيين الطبيين (ولاية تنسى).



الندوات والمؤتمرات

مؤتمر عالمي لبحث ظاهرة السمنة اكتشاف الجين المسبب للسمنة

في الماضي، كانوا يعتبرونها معياراً لجمال المرأة وعلامة من علامات الحياة المترفة، أما اليوم ويرغم ان السمنة ما زالت احدى سمات الدول ذات المستوى المعيشي المرتفع فانها في الوقت نفسه تحولت الى ظاهرة اجتماعية تثير الذعر في الاوساط العلمية والطبية من حيث كونها مرادفاً لامراض القلب والسكر بسبب تأثيرها اماشر في اعضاء الجسم المختلفة وقدرة هذه الاعضاء على القيام بوظائفها الحيوية بطريقة طبيعية تحفظ للجسم نشاطه وحيويته.

و حول الاسباب الحقيقة للاصابة بالسمنة كشفت اكاديمية العلوم الامريكية في نشرتها الاخيرة عما توصل اليه العلماء الامريكيون من نتائج من شأنها احداث ثورة في مجال علاج السمنة، و تفتح الدراسة طرقة جديدة لعلاج السمنة والوزن الزائد وذلك باستخدام الجينات ثبتت بالتجارب التي اجريت على عدد من الحيوانات المعملية (فهران) امكان التخلص من الوزن الزائد باستبعاد جين معين، الغريب ان هذه الحيوانات لم تخضع لرجيم غذائي فالطعم الذي كانت تتناوله يحتوى على ١٥٪ من الدهون.

ويرغم نجاح التجربة فإن العلماء ما زالوا يعتقدون ان العلاج باستبعاد الجين المسمى اس.سي.دي. - ٣ قد يؤدي الى اثار جانبية تشمل الرؤية ونعومة الجلد، في حين يؤكّد جميس ناتميي كاتب المقال الذي قام بالتجارب الخاصة بهذا العلاج ان نتائج العلاج باستخدام الجينات مبشرة للغاية و تفتح افاقاً جديدة في المستقبل لامكان الحفاظ على رشاقة الجسم دون الحاجة لاتباع نظام غذائي قاس و خاصة ان الغالبية العظمى من الناس ترى ان تناول الاطعمة اللذيذة - التي غالباً

ما تحتوي على سعرات حرارية عالية - هي في الواقع متعة من متع الحياة.

المستقبل للجينات:

و حول السمنة والطريقة المثلث لعلاجها، عقد في سان باولو بالبرازيل مؤتمر عالمي في الرابع والعشرين من شهر اغسطس ٢٠٠٢ ، حضره العديد من العلماء والباحثين في مجال السمنة وتأثيرها الضارة على الصحة ومن بين هؤلاء العلماء اكاد دومنيك لونجان العالم الفرنسي الوحيد المشارك في المؤتمر ان الاسلوب الامثل في المستقبل سيكون باستخدام التدخل الجيني، ويرغم انه يتم تحديد الجين المسؤول عن السمنة بشكل قاطع حتى الان، فإن هناك مشروعًا يتم تحت اشراف اللجنة الاوروبية لدراسة حالة ٧٥٠ شخصاً مصاباً بالسمنة من سبع دول اوروبية. وقد تم اخضاع هؤلاء الاشخاص خلال شهرين لنظام غذائي غني بالمواد الدهنية ثم اخذ منهم عينة من الجلد لتحليلها وتحديد كيفية عمل بعض الجينات على خلايا الجسم وبهذه الطريقة يمكن للباحثين استخلاص المعلومات الضرورية لتحديد نظام غذائي يتناسب مع كل فرد بحيث يتواافق مع نظام حياته وتركيبته الجينية.

الرشاقة ليست موضة:

الواقع ان ظاهرة السمنة والتي قد تبدو للوهلة الاولى من المشكلات التي قد يعتبرها البعض ظاهرة خاصة جداً بالدول المتقدمة في الوقت التي تعاني فيه الدول الفقيرة نقصاً شديداً في الغذاء الى حد يصل الى المجاعة، فان التقارير تؤكد انها قد تكون من الامراض التي لا تفرق بين الاغنياء والفقراء، فهناك دول كثيرة برغم مستوى معيشتها المنخفض فان مواطنوها يعانون من السمنة بسبب النظام الغذائي الخاطئ الذي يعتمد بالدرجة الاولى على النشويات مثل الارز والخبز بينما تخلو وجباتهم من البروتينات الضرورية لبناء خلايا الجسم والسبب بالطبع ارتفاع اسعارها! كما انهم لا يحرصون على تناول الخضروات او الفاكهة التي تحتوي على الفيتامينات التي تساعد على مقاومة الامراض المختلفة، ولذلك فان السمنة اصبحت ظاهرة تستحق البحث والدراسة سواء في الدول المتقدمة او النامية حتى ان منظمة الصحة العالمية قد اعتبرتها نوعاً من «الوباء العالمي» ففي الولايات المتحدة - على سبيل المثال - يقدر عدد السيدات السمينات بنحو ٢٨٪ والرجال بنحو ٢٦٪ بالنسبة للاشخاص الذين بلغوا سن السادسة والثلاثين وهو ما يعني ان عدد المصابين بالسمنة

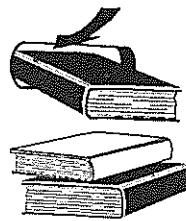
في المجتمع الامريكي قد زاد مرتين بالمقارنة لعام ١٩٦٠ بينما تصل نسبتهم الى نحو ٦١٪ من تعداد السكان في الولايات المتحدة الامريكية.

ولا تقتصر الابحاث الاخيرة في علاج ظاهرة السمنة على اكتشاف الجين المسؤول عن زيادة الوزن انما يحاول العلماء البحث عن ادوية جديدة تساعده في الحفاظ على الرشاقة وتجنب الاصابة بامراض السكر فقد اثبتت الدراسة التي اجريت على ٣٣٠٤ مرضى على مدى اربع سنوات بـ ٣١ معهدا من معاهد السويد المتخصصة في علاج السمنة ان المرضى الذين يستخدمون دواء محدداً بعينه للتخلص (بأمر من الاطباء) بالإضافة الى اتباعهم نظاماً غذائياً والمواظبة على تمارين الرياضة يكونون اقل عرضة للاصابة بالسكر من الذين يتبعون المنهج نفسه ولكنهم لا يستخدمون هذا الدواء وعن هذه الدراسة والتي تعد الاولى من نوعها ويقول البروفيسور توني برنيت بمستشفى (برنجهام هارت لاند) ببريطانيا ان النتائج مبشرة للغاية فمن المعروف ان السمنة هي واحدة من الاسباب الاساسية في الاصابة بامراض السكر عند ٨٥٪ من الاشخاص السمان. ويتوقع العلماء ان يتضاعف عدد المصابين بامراض السكر في بريطانيا في عام ٢٠١٦ فيما يقدر بنحو ثلاثة ملايين شخص ويرجع الباحثون ارتفاع هذه النسبة الى زيادة عدد المصابين بالسمنة بسبب نظام الحياة البريطانية التي تخلو من الحركة نظراً للتقدم التكنولوجي الرهيب الذي جعلهم يعتمدون على الآلة في جميع اوجه الحياة اليومية، ومن هنا تكمن اهمية استخدام نوعين من الدواء مصحح باستخدامهما في بريطانيا بمعرفة وزارة الصحة.

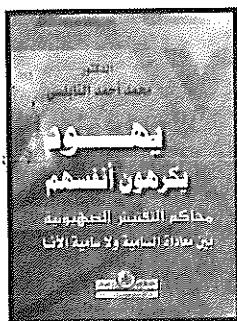
واخيراً فإن الحفاظ على رشاقة الجسم والبعد عن الاصابة بالسمنة ليس نوعاً من الرفاهية او سمة من سمات نساء يحرصن على مظهرهن ويحاولن اتباع احدث خطوط الموضة، انما هو - في الواقع - نوع من العلاج والوقاية.

مواقع مؤتمرات

- مؤتمر العلوم الإنسانية بعنوان (العلوم الإنسانية اساس التنمية الحضارية الشاملة)
 - ١- تاريخ انعقاد المؤتمر: من ٢٦ فبراير ٢٠٠٣ م.
 - المكان: العراق - الجامعة المستنصرية - كلية الآداب.
 - آخر موعد لتسليم الملخصات: ٢٠٠٢/١٢/١
 - آخر موعد لتسليم البحوث: ٢٠٠٢/١/٢
 - المحاور عامة للتخصصات الإنسانية وستلتحق قريباً.
- المؤتمر التاسع عشر لعلم النفس في مصر والحادي عشر العربي تقيمه الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
 - الزمان: من ٢٧ الى ٢٩ يناير ٢٠٠٣
 - المكان: جامعة القاهرة - القاهرة.
 - المحاور في علم النفس الصناعية والاجتماعي والتربوي والقانوني والاعلامي السياسي وغيرها.
- مؤتمر الكويت، ٥ - ٨ نيسان / ابريل ٢٠٠٣ دولة الكويت (٦ - ٤/٨/٢٠٠٣)
- مؤتمر علم نفس في العراق مركز البحوث التربوية والنفسية من ٢٥ - ٢٧ حزيران - يونيو ٢٠٠٢
- المؤتمر العلمي العربي الاول الموسوم (دور علم النفس في مواجهة تحديات الحاضر والمستقبل العربي) المعلن عن انعقاده في بغداد من ٢٥ - ٢٧ حزيران ٢٠٠٢م تحت محور: معوقات البحث النفسي في الوطن العربي.
- المؤتمر العلمي الرابع - كلية التربية - جامعة ديالى العراق - آخر موعد لتسليم ملخصات البحوث في ٢٠٠٢/٢/١٥ م.
- المؤتمر العلمي السنوي الخامس عشر - مستقبل كليات التربية في ضوء التغيرات الحديثة من ٢٧ مارس الى ٢٨ مارس ٢٠٠٢م. - العراق - الجامعة المستنصرية - كلية التربية.



مكتبة الثقافة النفسية



العنوان: **يهود يكرهون أنفسهم / محاكم التفتيش الإسرائيلية.**

المؤلف: محمد احمد النابسي.

الناشر: دار الفكر بيروت / دمشق.

موضوع الخلافات الإسرائيلية الداخلية هو موضوع يعاد طرحه في الأزمات الإسرائيلية المفصلية، لكن التجربة تثبت مرونة الإسرائيليين وقدرتهم على تجاوز هذه الخلافات عند شعورهم بالخطر. وهذا ما يفسر التفاهم حول شارون وطروحاته المتختلفة. والاختلاف فرسان السلام والمؤرخون الجدد ودعاة الحقوق الإسرائيليين. الذين أخلوا الساحة السياسية للمتطرفين. وتركوا من يسموا بالمعتدلين العرب بدون ورقة التوت. والمراجعة الأمينة لهذه الخلافات تقسمها إلى صعد مختلفة باختلاف محاور التقسيم وهي التالية : ١ - بلدان المنشأ (اشكيناز/سفارديم ومتفرعاتهم) و ٢ - التدين (علمانيين / متدينين) و ٣ - وفق زمن الهجرة (صبار/موجات الهجرة المتلاحقة/المهاجرون الجدد) و ٤ - العقاديدية السياسية (صهاينة/ومجددين/ومعادين للصهيونية).

كتاب «يهود يكرهون أنفسهم» للدكتور محمد احمد النابسي يناقش تحديداً فئة اليهود الذين يرون مستقبل إسرائيل مرتبطاً بتبليها عن الصهيونية التقليدية. وهم يظهرون معانين لإسرائيل التي لا تزال وحتى إشعار آخر صهيونية.

من بين اليهود كارهي أنفسهم يختار النابسي الأسماء التالية : نعوم تشومسكي وحنة آرنندت والخامام هيرتش وموريس جاكوبى ونورمان فنكليشتاين وإسرائيل شاحاك وسيغموند فرويد.

هؤلاء يشكلون طليعة التجديد في الرؤية الصهيونية المتأكدة. ولعل فرويد كان الأسبق للاعتقاد بفشل المشروع الصهيوني، حيث بين المؤلف أن فرويد كان ملتزماً بيهوديته اجتماعياً وملحداً دينياً وغير معتقد بالصهيونية، حتى أن مجموعته من الحليلين اليهود لم تكن تضم صهاينة، أما الأفكار المتعلقة بحق اليهود في أرض كنعان تحديداً، فإن أن معارضة فرويد للصهيونية كانت معارضه مبدئية.

فهو يري أن يهود موسى لم يكن لهم حق في أرض كنعان وإنما هم ادعوا هذا الحق !؟.

هذا الكلام يشكل سبيلاً كافياً للإصادق تهمة «معاداة السامية» بمقابلة بما بالك أنه صادر عن يهودي من المشاهير !؟.

أما تشوسمسكي فيخصه الكتاب بفصل خاص نظراً لعاصرته وجرأة طروحاته. فيعد المؤلف إلى تقديم عروض مختصرة لقائمة من أهم كتب تشوسمسكي مثل : «فرضية وأباطرة» و«مثلث الشؤون» و«النظم العالمية قديها وحديثها» و«إعاقة الديمقراطيّة»، وهذا الكتاب الأخير يضمّن جملة فضائح للسياسة الأميركيّة. ربما لم يعد هناك فسحة لذكرها بعد هيجان الثور الأميركيّي الراهن.

ويتوقف الكتاب عند «الهولوكوست» فيورد عروضاً مختصرة لكتاب يهود يعترون بأنه كان كذبة مضبحة وتجارة مفضوحة بأدمية المعتقلين السابقين، ومنهم اليهود في سجون هتلر. ويؤكّد فنكشتاين بأنّ والديه كانوا سجناء هتلر. لكن كل أصحابهم ادعوا أنّهم كانوا كذلك عندما تحول الهولوكوست إلى تجارة رائجة. ولا داعي للتذكير بما فعله اليهود بروجيه عارودي وبغيره من المشككين بالهولوكوست. فما بالنا أمام تشكيك هؤلاء اليهود بالحقيقة؟!

فصل طريف وهام هو فصل «التحليل النفسي للنكتة اليهودية»، حيث يورد المؤلف دراسات تحليلية لفرويد وتيودور رايك للنكتات اليهودية التي ينطوي تحليلها على عدوانية متطرفة تجاه الأغمار، كما على مشاعر اضطهاد متصلة في الذات اليهودية.

ويخصص المؤلف الفصل السابع من كتابه لصراعات الفقه الإسرائيلي. حيث نقطّة الخلاف الإسرائيليّة الأكثـر جدية وخطورة. وهي تتعلّق بالانتماء الإسرائيلي وتعريف اليهودية الإسرائيليّة، ومتبايعة اختلافات الانتماء تضعنا أمام شيزوفرانيا إسرائيلية حقيقة لكن يبدو أن اليهود قد أفادوا من تاريخهم الشتاتي كي يكتسبوا المرونة الكافية لعدم تغيير هذه الاختلافات.

أما الفصول الثلاثة الأخيرة من الكتاب فهي مخصصة لمناقشة حركة المؤرخين الإسرائيليّين الجديد. هذه الحركة التي استأثرت باهتمام واسع في أوساط المثقفين العرب. الذين توزعوا بين متفائلين بتحقيق السلام مع الشعب الفلسطيني خاصة ومع الجيران العرب عموماً. وهذا التفاؤل مرتبط بآمال السلام. هذا الارتباط الذي دفع بفتة مقابلة من المثقفين العرب من يؤكّدون على عجز إسرائيل التام عن تحقيق أي مشروع سلمي. وذلك بسبب الخوف من فقدان العدو. الذي يوازي نهاية إسرائيل بتجزير تناقضاتها. وإن كان من الملفت أن هؤلاء لا ينخرطون في مشاريع السلام المعجلة بنهيـة إسرائيل.

أما الفئة الثالثة، وهي الأوسع بين مثقفينا، ترى ضرورة الاطلاع على رأي الآخر واتجاهات تحوله. ولكن دون أن يكون لذلك أي تأثير على الضوابط الموضوعية للعلاقة مع هذا الآخر. إذ أن حيلة دبلوماسية الأبواب الخلفية لم تعد ذات جدوى بعد عقود من الصراع العربي الإسرائيلي.

لكن ما هو موقف المؤلف من هذه الحركة؟ إنه يرى أنها تتقدّم في الوثائق المعلنة (بعد ٣٠ سنة) من قبل المخابرات الإسرائيليّة. وهي تعيد صياغة هذه الوثائق لتحاول تسويقها وكأنّها آراء أو مواقف شخصية، وبالتالي فإن المؤرخ الجديد هو مجرد نصاب، برأي المؤلف، يحاول بيع حقائق عنا عليها

الزمن. كما يشير المؤلف إلى تراجع معظم المؤرخين الجدد عن طروحاتهم بعد صعود التصرف الشاروني.

من هذه المنطلقات فإن المؤلف يغمز من قناعة الفئات الداعية للانفتاح العربي على هؤلاء المؤرخين، وهو يحذر تحديداً من أفكار ودعوات مغلوطة وملغومة مخابراتياً. كما أنه يحذر بشدة من الاستجابة للدعوة إلى التدوين المشترك (عربي - إسرائيلي) للتاريخ. إذ أن ما يقدمه الإسرائييليون في هذا المجال لا يتخطى المعلن. في حين يطلبون من المؤرخين العرب تقديم معلومات عربية غير معلنة. بل وغير مرشحة للإعلان على المدى المنظور. وتلقى هذه المعارضة تبريرها أيضاً في تراجع المؤرخين الجدد حتى عن هذه الدعوة.

في المقابل لا يهمل النابلسي عرض كتابات هؤلاء المؤرخين والتركيز على النواحي الإيجابية فيها. بل على النواحي التي أثارت المتطرفين بصهيونيتهم. ومنها الاعتراف أن الإرهاب الصهيوني هو الذي هجر الفلسطينيين وليس دعوة العرب لهم للانسحاب. كذلك اعترافهم بالاستعداد العسكري الإسرائيلي المتفوق والمدعوم من يهود الخارج وامتداداتهم السياسية. وذلك في مواجهة جيوش عربية غير مستعدة لهذه المواجهة. وهذا ما يفسر إصرار إسرائيل على تحويل الأزمة إلى حرب طاحنة أسمتها حرب الاستقلال.

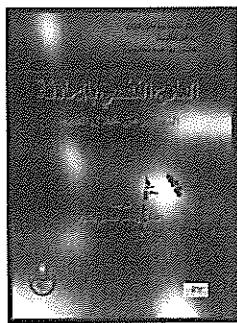
الكتاب صادر عن دار الفكر بيروت / دمشق في ٣٠٠ صفحة من الحجم الصغير. وهو يلقي الضوء على معطيات غير معروفة عربياً عن إشكاليات العلاقة بين الفئات اليهودية المختلفة. مع ملاحظة أن تهمة «يهودي بكره نفسه لا تصل إلى حدود التكفير. فهو يقى يهودياً وإن كره نفسه، ويتمني المؤلف أن نصل إلى التخلص من تهمة تكfer العرب وإبدالها بتهمة كره بعضهم لأنفسهم.

العنوان: العلاج النفسي بالمحادثة / التغيير من خلال الفهم

المؤلفون: إيفا - ماريا بيرمان راتيان، يوخن إيكيرت، هانس - يواخيم شفارتس

ترجمة الدكتور سامر جميل رضوان

الناشر: دار المسيرة: عمان الأردن ٢٠٠٢



تعتبر المعالجة النفسية بالمحادثة أو المعالجة المتمركرة حول الشخص من الأساليب العلاجية النفسية الواسعة الانتشار في العالم، ليس في المجال العيادي فحسب، وإنما في كل مكان يتعلق الأمر فيه بالتعامل مع الناس. وهي من الاتجاهات الإنسانية التي تحترم إنسانية الإنسان وحريته في اتخاذ القرار وتومن أن الإنسان خير بطبيعته ويملك في ذاته القدرات الالزمة

للتفتح والتطور إذا أتيحت له إمكانية اكتشاف هذه القدرات بنفسه. وقد شهدت هذه الطريقة منذ صياغتها على يد كارل روجرز قي أربعينيات هذا القرن تطويرات متنوعة من الناحية المفاهيمية وطraائقية وخصوصاً في ألمانيا، غير أنها للأسف لم تلق في الوطن العربي الانتشار المهني (والشعبي) الكافي لها كالتحليل النفسي والمعالجة السلوكية وبقيت محصورة في جانب التدريس الأكاديمي تعرض كطريقة علاجية ضمن الطرق الأخرى بأسلوب لا يخلو أحياناً من التبسيط الغامض لمفهوم «التمرکز حول المتعالج أو الشخص».

ويعد هذا الكتاب الأول من نوعه الذي يتعرض باللغة العربية إلى طبيعة المعالجة النفسية المتمرکزة حول المتعالج والتي تطلق عليها في ألمانيا تسمية المعالجة النفسية بالمحادثة كطريقة علاجية نفسية محاولاً تخلصها من سوء الفهم والغموض والآراء التي لا علاقة لها بالمعالجة النفسية بالمحادثة.

المعالجة النفسية بالمحادثة عبارة عن تغير من خلال الفهم . ويظهر هذا الكتاب أن المتعالج لا يعتبر شافياً إلا عندما يستطيع أن يقيم العلاقة مع نفسه، التي يقدمها له المعالج النفسي بالمحادثة كعرض علاقة علاجية . ويرى الكتاب أن الصعوبات التي تترجم في العلاج لا تستدعي التخلص عن التصور العلاجي النفسي بالمحادثة أو تعديل هذا التصور. وعلى هذه الخلفية يقوم الكتاب :

« بإعادة تفسير نتائج الدراسات المتوفرة؟

« بمقارنة عرض العلاقة التي يعرضها المعالج النفسي في المعالجة النفسية بالمحادثة على المتعالج مع عرض علاقة المخلل النفسي والمعالج السلوكـي؟

« بمعالجة مسألة الاستطباب

« بإيضاح حدود المعالجة النفسية بالمحادثة التي تميزها عن الأشكال الأخرى من العلاقات المساعدة.

ويتناول الكتاب الفصول التالية:

١- عرض العلاقة من قبل المعالج النفسي بالمحادثة على المتعالج

(مشروع لعلاقة المعالج النفسي بالمحادثة)

٢- الاختبار التجاري لنموذج العلاج النفسي بالمحادثة

٣- مقارنة عرض العلاقة في المعالجة النفسية بالمحادثة مع أشكال أخرى من التأثيرات العلاجية النفسية

٤- مقارنة الإرشادات الموجهة للمعالج النفسي بالمحادثة والتحليل النفسي

٥- مقارنة النقاط الأساسية لنموذج المعالجة النفسية بالمحادثة والتحليل النفسي

- ٣- مقارنة المعالجة النفسية بالمحادثة و التحليل النفسي من منظور التحليل النفسي
- ٤- مقارنة وجهة النظر التوجيهية للمعالجة السلوكية مع المعالجة النفسية بالمحادثة الالتوجيهية.
- ٥- مقارنة متغيرات المعالج في المعالجة النفسية بالمحادثة والمعالجة السلوكية
- ٦- مناقشة ما يسمى بببدأ الاستطباب التفريقي
- ٧- وصف العرض العلاجي باعتباره عرض علاقة
- ٨- التأثيرات (الاستطبابات) والتباين
- ٩- التصور المترکز حول المتعالج في الخدمة الاجتماعي جاذبية التصور المترکز حول المتعالج بالنسبة للعامل في الخدمة الاجتماعية والتربية الاجتماعية.

مقدمة المترجم

تعتبر المعالجة النفسية بالمحادثة أو المعالجة المترکزة حول الشخص من الأساليب العلاجية النفسية الواسعة الانتشار في العالم، ليس في المجال العيادي فحسب، وإنما في كل مكان يتعلق الأمر فيه بالتعامل مع الناس. وهي من الاتجاهات الإنسانية التي تحترم إنسانية الإنسان وحربيته في اتخاذ القرار وتؤمن أن الإنسان خيرٌ بطبيعته ويملك في ذاته القدرات الازمة للتفتح والتطور إذا أتيحت له إمكانية اكتشاف هذه القدرات بنفسه. وقد شهدت هذه الطريقة منذ صياغتها على يد كارل روجرز في أربعينيات هذا القرن تطويرات متنوعة من الناحية المفاهيمية و الطرائقية وخصوصاً في ألمانيا، غير أنها للأسف لم تلق في الوطن العربي الانتشار المهني (والشعبي) الكافي لها كالتحليل النفسي والمعالجة السلوكية وبقيت محصورة في جانب التدريس الأكاديمي تعرض كطريقة علاجية ضمن الطرق الأخرى بأسلوب لا يخلو أحياناً من التبسيط الغامض لمفهوم «المترکز حول المتعالج أو الشخص».

وفي الواقع أنه كان من الممكن لنا أن نعدد الأسباب الكامنة وراء عدم انتشار المعالجة النفسية بالمحادثة في الوطن العربي لو كان حال العلاج النفسي في طرقه المختلفة بحالة جيدة. إلا أن الأمر ليس كذلك. فالعلاج النفسي في أي مجتمع من المجتمعات يحتاج إلى نوعية خاصة من تطور الوعي الفردي والاجتماعي الذي يدرك أن العلاج النفسي بأساليبه المختلفة يشكل طريقة من طرق علاج الأضطرابات والمشكلات النفسية وأنه يمكن أن يوفر عليهم الأموال والمعاناة وهو ليس ترقاً بأي شكل من الأشكال وأن من يقوم به هو شخص متخصص في أحد أشكال المعالجة النفسية وأن للاضطرابات المختلفة أشكال متنوعة من المعالجة النفسية.

وبدلاً من ذلك نورد لحة حول موقع العلاج النفسي بالمحادثة ضمن الأشكال العلاجية المختلفة.

على الرغم من أنه بشكل عام يتم استخدام مصطلح علم النفس الإنساني وبالتالي الانطلاق ضمنياً من موقع علمي موحد ومتكملاً، فإنه من الأفضل الحديث عن مبادئ ذات توجه إنساني في مجال علم النفس، ذلك أنه حتى الآن لا يوجد تصور موحد. وتقوم هذه المبادئ على عدد كبير من العناصر المختلفة. فإلى جانب الشروط الاجتماعية لنشوئها قبل أكثر من نصف قرن تأثرت هذه المبادئ بالفلسفة الوجودية وطرقها العلمية والظواهرية. بالإضافة إلى ذلك تطورت بعض المبادئ المتفرقة التي تجمع تحت المفهوم العام علم النفس الإنساني باعتبارها قوة ثالثة من الانقاد الموجه للتحليل النفسي والسلوكية، وهما الاتجاهان اللذان كانا سائدين في علم النفس في ذلك الوقت بتصورهما حول الإنسان وفهمهما الوصعي positivistic وأسلوب تفكيرهما الذي يشبه أسلوب تفكير العلوم الطبيعية. كلا الاتجاهان من التفكير فهما الإنسان إما على أنه مخلوق مسير بعوامل داخلية، أي دافعية (التحليل النفسي) أو خارجية، أي مشكلة للسلوك (السلوكية). بالمقابل قدمت المبادئ ذات الاتجاه الإنساني «الاستقلالية» و«الاعتماد الاجتماعي social Interdependence»، و«القصدية Intentionality» و«اتجاه المعنى»، و«تحقيق الذات» و«الكلانية و التكامل أو الاتساق integrity».

وحتى المعالجة النفسية بالمحادثة (المعالجة المتمرکزة حول المتعالج) تنتهي للمبادئ ذات الاتجاه الإنساني في علم النفس وتعد إلى جانب العلاج الجشطالي الذي أسسه بيرلز F. Perls والسيكودراما لمورينو J. Moreno والطاقة الحيوية للوفن A. Loven والعلاج بالمعنى Logotherapy لفرانكل V. Frankel وتصور التفاعل المتمرکز حول الموضوع Concept of subject centered من كوهين R. Cohen من أهم المبادئ التي تمثل الاتجاهات الإنسانية. وقد تمأخذ هذا التنوع في المبدأ الذي نعرض له هنا بعين الاعتبار من خلال محاولتنا دمج طرق الأشكال العلاجية ذات التوجه الإنساني الأخرى على أساس تصور العلاج النفسي بالمحادثة، الأمر الذي يقود وبالتالي إلى توسيع ذخيرة التصرف العلاجي.

يتصف تصور العلاج النفسي بالمحادثة بأنه يضع التفاعل الاجتماعي والتواصل اللغطي بين المعالج والمتعالج في مركز اهتمامه. ويسعى إلى تمكين المتعالج من تعديل أسلوب سلوكه وخبرته، وتنمية نفسه بحيث يستطيع التعامل بشكل أفضل مع مشكلاته الراهنة واللاحقة بطريقة أكثر اتساقاً. يقول روجرز في هذا السياق: «العلاج النفسي بالمحادثة عبارة عن شكل منهجي وانتقائي ومؤهل من التواصل اللغطي وغير اللغطي والتفاعل الاجتماعي بين شخصين أو أكثر - المعالج والمتعالج - بهدف تخفيض الضرر النفسي الذي يحسه المتعالج من خلال توجه جديد للمتعالج في خبرته وسلوكه يظهر على شكل إدراك للذات والمحيط أكثر تمايزاً.

لقد قام كارل روجرز بتطوير العلاج النفسي بالمحادثة في البداية وعدله باستمرار وتم توسيعه من باحثين آخرين فيما بعد. ففي أربعينيات القرن العشرين أطلق عليه كارل روجرز تسمية الإرشاد غير

المباشر حيث كان هدفه الأساسي تقديم موقف (جو) للمتعامل يشعر فيه بالأمان والطمأنينة ويستطيع فيه جمع خبراته الخاصة واتخاذ قراراته. وبالتالي ينبغي لتدخلات المعالج ألا تكون مباشرة وختالية من أي إلحاد. وهنا لا يعني السلوك غير المباشر أنه لا يمكن للممعالج أن يطبق تأثيرات علاجية، بل المقصود هنا أن المعالج لا يقدم من جانبها للممعالج -على عكس التحليل النفسي- تفسيراً سبيلاً خطياً للعلاقة القائمة بين الأسباب والتائج، الذي يمكن أن يعيق مساعدته نحو التفتح والتحرر منذ البداية بصورة قطعية.

وفي خمسينيات وستينيات القرن العشرين قام كارل روجرز بتوسيع هذا المبدأ وأطلق عليه العلاج النفسي التمركز حول المعالج. وفي هذه المرحلة أصبح الهدف مواجهة المعالج مع عالم مشاعره. وتمثل مهمة المعالج هنا في مساعدة المعالج للوصول إلى درجة مرتفعة من إدراك الذات والتعبير عن عالم مشاعره. ومن أجل تحقيق هذا الغرض اعتبر تحقيق ما يسمى بالمتغيرات الثلاثة الأساسية المتمثلة في الأصالة والتقبل والتعاطف من قبل المعالج الشروط الازمة والكافية. وفي هذه الأثناء جرت في المحيط الناطق بالألمانية بطريقة تقنية محاولات لجعل المتغيرة الأساس «التعاطف» إجرائية وقابلة للتعلم كون هذه المتغيرة ليست إلا «التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية» وقابلة للاختبار.

أما في ستينيات وسبعينيات هذا القرن فقد تم توسيع نموذج العلاج التمركز حول المعالج، الذي يسمى في المحيط الناطق الألماني العلاج النفسي المحدثة من قبل غيندلاين Gendlin T.E. وأصبحت نقطة تمركز التدخلات العلاجية على تنمية الاتصال المكثف بين المعالج والمعالج، وبشكل خاص بين المعالج ونفسه، أي تنمية مشاعره وإدراكته وعدم جعلها تنهار. ومن أجل تحقيق هذا الغرض تم إدخال أشكال تدخل منمية للخبرة مثل «الاختبار» Experiencing و «البوعرة» (التبيّن) Focusing إلى النموذج.

وانطلاقاً من الشك الذي ظهر في سبعينيات القرن العشرين حول فيما إذا كان يمكن اعتبار أن تحقيق المتغيرات الثلاث الأساسية من خلال المعالج يعد بحق ضرورياً وكافياً من أجل نجاح العملية العلاجية، تجريي منذ ذلك الحين محاولات لتعويض القصور المفترض في العلاج النفسي التمركز حول المعالج من خلال تبني ودمج عدد كبير من المبادئ وتقنيات التدخل من الأشكال العلاجية الأخرى. وعليه فقد جرت على سبيل المثال محاولات لإدخال مبادئ استعرافية واستعرافية انفعالية مبادئ من نظرية الفعل theoretical-action.

والمترجم كونه متخصصاً في هذا الشكل من أشكال المعالجة النفسية يأمل أن يكون قد أضاف لبنة متواضعة في مجال المساعدة النفسية تاركاً للقارئ (المتخصص) الحكم على مدى الإسهام الذي تقدمه هذه الترجمة.

ما وعديك بعلاقة طيبة مدخل

إذا اعتبرنا أن بداية المعالجة النفسية بالمحادثة هي العام ١٩٤٢، سنة صدور كتاب الإرشاد والعلاج النفسي Counseling and Psychotherapy لكارل روجرز، فهناك جيل بين الصياغة الأولى واليوم. وخلال هذا الوقت تجمعت الكثير من الحقائق التجريبية والخبرات سواء في العلاج النفسي بالمحادثة أم خارجه حيث تحاول الكثير من الأشكال الأخرى من العلاج النفسي الاستقرار، نظرية ومارسة، إلى جانب التحليل النفسي التقليدي.

وتحت تأثير هذا التطور نريد محاولة إعادة مناقشة المعالجة النفسية بالمحادثة في إمكاناتها وحدودها وبصورة خاصة في بديهيتها.

وإعادة النظر في بديهيية المعالجة النفسية بالمحادثة تبدو لنا ضرورية، ذلك أن المعالجة النفسية بالمحادثة قد امتدت إلى أبعد من إطار الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى الضيق. حتى أنه يمكن القول أن تأثيرها ضغيل جداً في مجال علم النفس العيادي مقارنة بالقيمة التي اكتسبتها بعض مبادئ المعالجة النفسية بالمحادثة في التربية والخدمة الاجتماعية وبعض مجالات الوعظ الديني. ففي هذه الحالات تعتبر المعالجة النفسية بالمحادثة بأنها نوع من حكمـة الحياة، التي تتحدد في جوهرها من خلال كونها ((علاقة مساعدة بشكل عام)) بل وحتى الادعاء بأن العلاقات القائمة وفق نـط المعالجة النفسية بالمحادثة تحدد ((شكل التعامل الإنساني)).

ويعني هذا التطور بالنسبة لبديهيـة المعالجة النفسية بالمحادثة الأمور التالية:

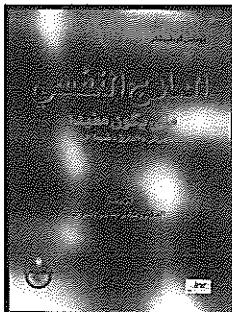
اعتبرت المعالجة النفسية بالمحادثة في بدأ الأمر بأنها عرض علاقة على متعالج ما يكون موجوداً في حالة من اللاانسجام (عدم الانسجام) ولا بد له أن يقوم بخبرات مُغيّرة تصحيحية من خلال معالجة نفسية (Rogers, ١٩٥٧).

بعد ذلك فهمـت المعالجة النفسية بالمحادثة باطراد على أنها إمكانية لمساعدة إنسان ما في نمو شخصيته. وطبقاً لذلك تحول المـعالج إلى ((مساعد)) والمعالج إلى ((شخص)). وهنا كان من المنطقي أن تتغير التسمية من المعالجة النفسية المترنكة حول المـمعالج إلى المعالجة النفسية المترنكة حول الشخص. ومنذ ذلك الحين لم يعد الطريق بعيداً عن التأمل الفلسفـي حول السلوك الإنساني عموماً، أي اعتبار السلوك العلاجي بالمحادثة نوعية إنسانية حيث ازـلقت حقيقة كون المعالجة النفسية بالمحادثة شكلاً من أشكال العلاج في طي النسيان تقربياً. وقد تعلق ذلك أيضاً بأنه غالباً ما قد تم عرض العلاج النفسي بالمحادثة وكأنه ((تقنية)) لإقامة علاقة إنسانية ((طيبة)) يمكنها أن تقدم السمـاد اللازم لأشكال أخرى من التأثيرات العلاجـية.

بالإضافة إلى ذلك إنـا نرى أن إعادة التفكـير بـديهيـة المعالجة النفسية بالـمحادثة مهمة لـسبب آخر

أيضاً. ففي سياق نمو المعالجة النفسية بالمحادثة من المجال العيادي الضيق تعزز كذلك الميل إلى التدرب على أنماط سلوك المعالج النفسي بالمحادثة إما ((كتقنية)) تستخدم منفصلة عن الأهداف العلاجية في أشكال التواصل الإنساني ٢ من ناحية، ومن ناحية أخرى أسيء فهم هذه الأنماط من السلوك باعتبارها سمات طبع إيجابية ينبغي على كل مساعد يسعى إلى تفتح شخصية إنسان آخر امتلاكها.

وعلى خلفية هذا النمو المتنوع الطموح نزيد إثارة إعادة التفكير في أسس المعالجة النفسية بالمحادثة وربما في تحديد جديد لها في ضوء التطورات والمعرف الجديدة، على خلفية ممارسة عملية طويلة في التعامل العلاجي النفسي بالمحادثة مع مرضى عياديين.



عنوان: العلاج النفسي / متى يكون مفيداً

ترجمة: الدكتور سامر جميل رضوان

الناشر: دار المسيرة - عمان - الأردن ٢٠٠٢

تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن واحد من بين أربعة مرضى من يراجعون عيادة الطبيب العام يعاني من اضطراب نفسي، يحتاج إلى علاج نفسي.

ويعود مشروع البحث العالمي المسمى «المشكلات النفسية في الإمداد الطبي الأساسي» الممول من قبل منظمة الصحة العالمية من أكبر الدراسات من نوعه. فقد أجري في ١٤ بلد من جميع أنحاء العالم باشتراك ٢٦٠٠٠ مشارك. فنلاحظ عن نسبة أقل ٢٥٪ المذكورة هناك ٩٪ وفق نتائج منظمة الصحة العالمية واقعون على حدود الاضطراب النفسي، و ٣١٪ يعانون من أعراض متفرقة من أعراض الاضطرابات النفسية. وهذا ما يشكل في مجموعه ٦٥٪ من مراجعى الأطباء العاملين.

ومن المؤكد اليوم أن المعالجة الطبية الجسدية يغلب ألا تكون وحدها كافية وتؤدي إلى خطأ علاجي باهظ التكاليف. وبالمقابل فإن العلاج النفسي المناسب لا يرفع من فرص الشفاء فحسب، وإنما يوفر التكاليف على الناس والمجتمع. ولكن كيف يبدو الوضع في الوقت الراهن؟

يزداد الوعي النفسي عند الإنسان العربي بطارداً. وهذا ما نلاحظه من خلال الاهتمام المتزايد بالبحث عن المساعدة النفسية، أو من خلال صفحات الانترنت. غير أن هذا الاهتمام المتزايد للوعي النفسي لا يوجد ما يوازيه من مقدمي الخدمة والمتخصصين النفسيين في هذا الإطار، وما زال هناك قصور في هذا المجال، نأمل أن يتم تداركه، من خلال تعاون التخصصات النفسية المختلفة والمتعددة.

يتوجه هذا الكتاب إلى من يرغب في تدعيم معارفه حول بعض موضوعات العلاج النفسي، وفوائده والفنية المتخصصة المؤهلة بتقديم العلاج. ومن ثم فقد يساعد في الإجابة عن السؤال، هل أعاني من مشكلة؟ وإلى من أتجه إذا كنت أعاني من مشكلة؟ من هو المتخصص المؤهل لمساعدتي؟ وما هي

المخايدر والأمال المتوقعة. وحدود المساعدة والتفرق بين المساعدة النفسية الحقيقة والاستغلال. فكثير مما يمارس اليوم تحت تسمية العلاج النفسي قد لا يمت للعلاج النفسي بصلة. وقد يساعد المتخصصين النفسيين والمعالجين في أن يقدموا مادة علمية يتناول الكتاب إجابات عن أسئلة متعددة على فيعرض الحالات التي يكون فيها العلاج النفسي ضرورياً، كما هو الحال في حالات المخاوف وإدمان العقاقير والحياة الزوجية، وعندما تبدو جميع الطرق مغلقة وعندما يكون الأطفال في أزمة، وفي حالة المدرسة المشكلة والإرهاقات الأسرية والمراهقة وتخطيط المستقبل والماوف الخرج في مرحلة الرشد المبكر وعندما لا يعود الإنسان قادرًا على الصمود ونواتج الطلاق ز أزمة متصف الحياة - ليس مجرد اختراع ومواجهة المرض والموت وأزمات الشيخوخة ومهمات الحياة كما يتناول موضوعات أخرى مثل: الأحكام المسبقة حول العلاج النفسي ومسألة توريث الاضطرابات النفسية

ويعرض لمحاذير العلاج النفسي ويحذر من التوقعات المبالغ بها للعلاج من قبل المرضى ويشير إلى أن المعالجون النفسيون: لا هم صانعوا معجزات ولا دجالون وإلى مخايدر الأدوية ، وفاعلية العلاج النفسي وأشكاله وفوائد الطرق المختلفة وتقويم الجودة ومعاييرها.

العنوان: مجلة خطوة

المؤلف: جماعة من الباحثين

الناشر: المجلس العربي للطفولة والتنمية

خصص العدد السادس عشر من مجلة «خطوة» ، الصادرة عن المجلس العربي للطفولة والتنمية، لموضوع «الطفل والفن».

ملف العدد

شارك في الملف نخبة من علماء النفس العرب. حيث كتبت أ.د. صفاء الأعسر مقدمة الملف مبينة التواهي الإبداعية الطفولية وعلاقة الطفل بالإبداع وحاجاته الإبداعية. أما أ.د. ليلى كرم الدين (مدبرة مركز دراسات الطفولة في جامعة عين شمس) فقد تناولت موضوع «اعتبارات الفنون الأطفال ذوي الحاجات الخاصة». فناقشت الفنون التي يدها الكبار لهؤلاء الأطفال و التعبيرات الفنية التي يقدمها هؤلاء الأطفال. وطرق أ.د. كمال الدين حسين موضوع «فنون الاداء والطفل». مركزا على فن الحكاية (سرد القصص). وتحت عنوان «نحو فهم أفضل لرسوم الأطفال وتنميتها» كتب أ.د. ناجي شنودة نخلة شارحا الخصائص العامة لرسوم الأطفال. ومراحل تطور مهارات الرسم عند الطفل. مع عروض بعض رسومات الأطفال وتحليلها. أما غناء الطفل فقد ناقشته أ.د. أميمة منير جادو فكتبت عن «فنون الطفل الغنائية وانعكاساتها التربوية».

وتتابع مواضيع الملف فتطرق الباحثة نوال محمد عباس موضوع «أدب الخيال العلمي عند الأطفال». أما أ.د. عبلة حنفي عثمان (عميدة كلية التربية الفنية- جامعة حلوان) فتناقش فنون الطفل من زاوية أخرى فبحثت موضوع «ماذا تعني فنون الأطفال لنا وللطفل». و لا يهمل الملف الناحية الموسيقية فيسلمها إلى الباحثة آيات ريان التي تكتب عن دور الموسيقى في احياء عالم الطفل.

مقالات العدد

إلى جانب مواد الملف عرض العدد لقائمة من المقالات المهمة بالعالم النفسي للطفل. حيث تضمن العدد المقالات التالية:

- ١ التبول اللارادي عند الأطفال / أ.د. علاء الدين كفافي.
- ٢ نمو الطفل النفسي / أ.د. بلال عرابي.
- ٣ نمو اللغة خلال مرحلة الطفولة المبكرة / الباحثة سوسن رضوان.

مقالات للأهل

- ٤ صيف مفيد وممتع لأنشطة وبرامج مقترحة / الباحثة منى يونس.
- ٥ أصنع لطفلك / الباحثة فاطمة فاروق درويش.
- ٦ تجربة بهجت عثمان في التعامل مع الطفل العربي / الباحثة سهير متولي.
- ٧ كامل كيلاني وأدب الأطفال / الكاتب عبد التواب يوسف.
- ٨ تدريب الطفل الأصم على الكلام / الباحث احمد عبد العليم.
- ٩ عرض للمؤتمر العربي حول الاذاعة والتلفزيون والطفل / أ. علي عفيفي.

يقع العدد في ٥٢ صفحة من الحجم الكبير بطباعة فاخرة ويكون تصفحه على صفحة المجلس على الانترنت وعنوانها: www.accd.org.eg التي تضم الى مجلة خطوة عرضاً لنشاطات المركز وبحوثه المهمة بالطفولة العربية وفق منهجية عبر اختصاصية. توظف كل القدرات والمهارات الممكنة لخدمة الطفولة العربية.

- ١- الفلسفة الوضعية، فلسفة أوغست كونت التي تعنى بالواقع والظواهر اليقينية فحسب مهملة كل تفكير تجريدي في الأسباب المطلقة.
- ٢- تكثير ((الروجزة)) و ((التوشنة)) أو حتى ((المسلسلة)) في كل المواقف العلاجية الممكنة التي ليس لها أية علاقة بالمواقف العلاجية وينبغي أيضاً ألا يكون لها علاقة أصلاً. (الروجزة: نسبة إلى روجرز، والتوشنة: نسبة إلى تاوش والمسلسلة: نسبة إلى مينسلي).

السمنة وعلاجها النفسي

الدكتور محمد احمد نابلسي

- اسباب السمنة
- التحليل النفسي للسمنة
- علاجات السمنة
- السمنة وادمان الطعام
- ادوية السمنة
- علاجات حديثة

مركز الدراسات النفسية والنفسية - المدرسية

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

طرابلس - لبنان - شارع عزبي - بناية قاديشا - ص.ب. 3062 - التل

تلفون: 961.6.441805

فاكس: 961.6.438925

E.mail: ceps 50 @ hot mail.com.



السمنة وعلاجها النفسي

بالرغم من الشخصية المرحة التي يتميز بها السمين عادة. الا ان البدناء اجمالاً يخجلون من مناقشة مشكلة بدانتهم والتبعات المترتبة عليها بشكل واضح وصريح. ومن المؤكد بان البدناء يخفى وراء مرحة معاناة عميقه. هذه المعاناة التي لا تستطيع تبيتها ما لم تتوغل في الحديث مع هؤلاء المرضى.

كما ان هنالك شعوراً بالاحباط يكاد يكون مشتركاً لدى كافة السمناء. ويتلخص هذا الشعور بان احداً لا ينير لهم الطريق نحو الشفاء الناجز من بدانتهم. فغالبية العلاجات ترتكز على الحمية الغذائية ولكن البدناء عاجز في الواقع عن التقيد بهذه الحمية. وهو اذا ما فعل ذلك فهو يفعله لفترة محدودة ليعود من حيث بدأ وليعود له شعوره بالاحباط.

واذا كنا قد ادرجنا السمنة في عداد الاصابات النفسية فإن ذلك لا يعود فقط لارتباط السمنة بشخصية مميزة، سنشرحها لاحقاً، ولكن ايضاً لأن السمنة تؤدي الى حالة من الاضطراب النفسي يتجلی بعدم الرضى عن الجسد واحتقار المريض لجسمه. وها نحن نورد بعض الامثلة كما يفسرها بعض هؤلاء المرضى.

١ - بالرغم من بلوغي السابعة والعشرين من العمر فإني لم اقم لغاية الان اية علاقة عاطفية. ومرد ذلك الى شعوري بان الفتيات ينظرن الي نظرات ملؤها السخرية

او التندر على الاقل. وهذا بالطبع يخرج رجولي.

٢ - احس باني مختلف عن بقية الفتيات اذ يهياً لي بان نظرات الرجال تجردني من ثيابي فاحس بنظراتهم الساخرة واللاذعة.

٣ - لا استطيع ان امنع نفسي عن تناول الطعام. لذا فانا اترك العنان لشهيتي واعتبر اني افعل ما يفعله المدخن حين يستمر في التدخين بالرغم من علمه بأنه مصاب بالسرطان.

ولن نطيل الشرح اكثر من ذلك لاننا ستناقش لاحقاً مختلف وجوه المشكلة. الا انه لا بد لنا من الاشارة الى الاخطار الحياتية للسمنة اذ تشير الدراسات الى الارتباط المباشر بين السمنة وبين قائمة طويلة من الامراض. هذا الارتباط الذي حدا بعض الباحثين الى القول بأنه كلما ازداد وزن الشخص ازدادت احتمالات وفاته.

وبالنظر الى تشعب هذا الموضوع وتدخل اسبابه النفسية - الجسدية - الوراثية والبيئية الاجتماعية فقد كان من المستحيل علينا ان نقوم بتقديم الحلول الجاهزة لكافة الاشكال العيادية المنبثقة عن هذه الاسباب.

من هذا المنطلق هدفنا عرض شمولي لاسباب البدانة مرتكزين بشكل خاص على الجذور النفسية لهذا المرض. وفي النهاية الى عرض خطوات العلاج النفسي للبدانة بكافة انواعها ومنابعها. خلا حالات السمنة ذات المنشأ الذهاني.

وعلى هذا الاساس التوزيع على فصول ثلاثة هي: ١) ماهية السمنة، ٢) اسباب السمنة ونظرياتها ٣) العلاج النفسي للسمنة.

ولقد حاولنا ان نعرض للسمنة ولعلاجها من منطلقات حديثة لم يسبق لها ان نوقشت باللغة العربية. وعليه فاننا ان نكون قد ادينا دورنا في سد واحدة من ثغرات مكتبتنا العربية.

تهدید

تفتقـر نـظـرة مجـتمـعاً للـسـمـنة إلـى المـوضـوعـية. فـهـنـالـك قـسـم لـا بـأـسـ بهـ مـنـ النـاسـ مـنـ لـا يـزـالـوا يـنـظـرون لـلـسـمـنة عـلـى أـنـهـ دـلـيلـ صـحـةـ وـعـافـيـةـ. كـمـاـ انـ هـنـالـك قـسـمـ آخـرـ مـنـهـمـ مـنـ يـوـدـونـ التـخلـصـ مـنـ السـمـنةـ رـغـبـةـ مـنـهـمـ فـيـ مـسـاـيـرـ الـمـقـايـسـ الـجـمـالـيـةـ الدـارـجـةـ وـلـيـسـ دـرـءـاـ لـاـخـطـارـ السـمـنةـ وـلـاتـائـيـاتـهـ السـلـبـيـةـ. وـهـذـاـ القـسـمـ مـنـ النـاسـ المـدـفـوعـ بـحـبـ التـقـلـيدـ يـتـبعـ فـيـ بـعـضـ الـاحـيـانـ وـسـائـلـ، لـلـتـخلـصـ مـنـ السـمـنةـ، قـدـ تـكـوـنـ اـكـثـرـ خـطـرـاـ عـلـىـ صـحـتـهـمـ مـنـ السـمـنةـ نـفـسـهـاـ.

وـقـبـلـ أـنـ تـصـبـدـىـ لـلـسـمـنةـ، مـنـ مـخـتـلـفـ وـجـهـاتـ النـظـرـ طـبـيـةـ كـانـتـ أـمـ نـفـسـيـةـ، عـلـيـنـاـ أـنـ تـوـضـعـ أـولـاـ بـاـنـ الـجـهـودـ الـخـيـثـيـةـ الـتـيـ يـيـذـلـهـاـ الـغـرـبـ لـلـقـضـاءـ عـلـىـ السـمـنةـ هـيـ جـهـودـ مـرـتـكـزةـ فـيـ اـسـاسـهـاـ عـلـىـ مـجـمـوـعـةـ مـنـ الـاـبـحـاثـ الـعـلـمـيـةـ الـجـادـةـ. هـذـهـ الـاـبـحـاثـ الـتـيـ اـثـبـتـتـ بـاـنـ السـمـنةـ هـيـ مـقـدـمـةـ اوـ دـافـعـ لـلـلـاصـابـةـ بـقـائـمـةـ طـوـيـلـةـ مـنـ الـاـمـرـاـضـ الـتـيـ تـاتـيـ اـمـرـاـضـ الـقـلـبـ فـيـ مـقـدـمـتـهـاـ.

مـنـ هـذـهـ الـاـبـحـاثـ نـذـكـرـ الـدـرـاسـةـ الـمـعـرـوـفـ بـالـ(B.B.P.S)ـ⁽¹⁾ـ الـتـيـ تـوـصلـتـ إـلـىـ نـتـيـجـةـ مـفـادـهـاـ وـجـوـدـ صـلـةـ مـباـشـرـةـ بـيـنـ السـمـنةـ وـالـمـوـتـ. وـبـتـبـيـرـ آخـرـ فـكـلـمـاـ زـادـ وزـنـ الـشـخـصـ اـزـدـادـتـ اـحـتـمـالـاتـ وـفـاتـهـ. وـالـعـكـسـ صـحـيـحـ اـذـ كـلـمـاـ نـفـصـ الـوزـنـ كـلـمـاـ ضـعـفـتـ اـحـتـمـالـاتـ الـوـفـاةـ. وـهـكـذـاـ تـوـصلـتـ هـذـهـ الـدـرـاسـةـ إـلـىـ نـتـيـجـةـ مـفـادـهـاـ بـاـنـ الـوزـنـ الـمـلـائـمـ، لـلـوـصـولـ بـاـحـتـمـالـ الـوـفـاةـ إـلـىـ حـدـهـ الـادـنـىـ، هـوـ وزـنـ اـقـلـ مـنـ الـوزـنـ الـمـعـرـوـفـ بـالـمـثـالـيـ بـالـنـسـبـةـ لـطـوـلـ الـقـامـةـ.

وـبـنـاءـ عـلـىـ الـدـرـاسـةـ الـمـشـارـ لـهـ اـعـلاـهـ نـشـرـتـ اـحـدـيـ شـرـكـاتـ التـأـمـينـ⁽²⁾ـ جـداولـ جـديـدةـ تـبـيـنـ الـأـوـزـانـ الـمـلـائـمـةـ الـجـديـدةـ. وـقـدـ تـمـ تـوزـيـعـ هـذـهـ الـجـداولـ عـلـىـ عـيـادـاتـ الـاطـباءـ وـعـلـىـ الـمـراـكـزـ الـصـحـيـةـ. وـذـلـكـ بـهـدـفـ تـعـرـيـفـ اـوـسـعـ قـطـاعـ مـمـكـنـ مـنـ الـمـوـاطـنـيـنـ عـلـىـ هـذـهـ الـأـوـزـانـ الـتـيـ تـيـحـ لـهـمـ التـمـتـعـ بـحـيـاـةـ اـطـولـ وـبـصـحةـ فـضـلـ.

نتيجة مشابهة توصلت لها دراسة فارمنغهام الشهيرة اذ اكدت بأن أعلى نسب للوفاة هي تلك التي سجلها الاشخاص الذين تفوق اوزانهم الاوزان العادبة اي الاشخاص البدينين.

من خلال هذه الدراسات، وكثيرة وغيرها، نلاحظ بان محاولات القضاء على السمنة لا تهدف الى مجاراة الموضة. ولكنها تهدف الى اطالة معدل الاعمار. وذلك عن طريق الاقلال من احتمالات تعرض السكان للامراض التي تهدد حياتهم. فالهدف من محاربة السمنة اذاً هو الاقلال من معدل الوفيات.

ولو حاولنا القيام باستعراض موجز للعوامل المؤدية للسمنة والمؤثرة فيها لاستطعنا تبويتها في ثلاثة عوامل هي:

١ - **عامل الجنس:** من الملاحظ بان النساء بشكل خاص هن الاكثر تعرضاً للإصابة بالسمنة. ويرد الاطباء ذلك لاسباب هورمونية لا تزال غامضة في معظمها، كما يردوها الى اسباب نفسية ستعرضها لاحقاً.

٢ - **عامل السن:** يلاحظ الباحثون ان نسبة السمنة ترتفع لدى فئات الاعمار التي تتعدى الثلاثين. وهذه الملاحظة تكرسها الجداول المحددة للاوزان. اذ نرى بان الوزن المثالى نفسه يزداد بازدياد العمر.

٣ - **عامل الغذاء:** تلعب العادات الغذائية دوراً رئيسياً في احداث السمنة. ويرى علماء التغذية بان السمنة تزداد في المجتمعات التي تعتمد على السكريات كأساس لعاداتها ومن ثم تليها المجتمعات المعتمدة على النشويات والدهون الغذائية على انواعها.

فالسمنة هي دليل اضطراب التوازن الغذائي وغياب، او شبه غياب، البروتين من هذا الغذاء. مما يؤدي الى عدم حصول الجسم على حاجاته الغذائية بشكل متناسب.

وكلنا يعلم بان المطبخ الشرقي غني بالسكريات والنشويات. وهذا يفسر لنا اسباب ازدياد حالات السمنة في مجتمعاتنا وبالتالي ازدياد تعرض هذه المجتمعات للامراض المترتبة على السمنة. الامر الذي يتضمن التنبه لهذه الاخطار، وعيها ومكافحتها بغية رفع معدل الاعمار والاقلال من معدل الوفيات في مجتمعاتنا.

الفصل الاول

السمنة واطارها

تعريف السمنة:

السمنة او البدانة هي زيادة الوزن التي تساوي او تتجاوز الـ ٢٠٪ من الوزن المثالى للشخص (حسب طول قامته) على ان تتركز هذه الزيادة في الانسجة الشحمية لجسم المريض.

وبالرغم من بساطته الظاهريه فان هذا التعريف هو على درجة من التعقيد. فلو صادفنا مثلاً شخصان لهما ذات الوزن والطول مع ذلك فان احدهما يكون بدینا والآخر يكون مثالياً لأن الاول يتميز بنمو انسجه الشحمية وذلك على حساب انسجة العضلية على عكس الشخص الثاني.

من هذا المثال نستنتج بان التعريفات التقليدية للبدانة لا تفي بالغرض ولا تستطيع ان تعطينا اجاية واضحة محددة عما اذا كان الشخص سميناً ام لا. اذ ان تحديد ذلك قد يتضمن احياناً الفحص العيادي الدقيق. ليس فقط لتحديد السمنة ولكن ايضاً لتحديد درجة هذه السمنة.

فيما يلي سنحاول القيام بالعرض الوافي لمختلف الوسائل المقترنة لتحديد الاصابة بالسمنة وبدرجة هذه السمنة.

في البداية هنالك معادلة حسابية يمكن اعتمادها في تحديد الوزن المثالي (و.م) وهذه المعادلة هي:

$$\text{و.م} = 50 + ط \times (100 - 75)$$

وكما ان هنالك معادلة حسابية اخرى هي بثنائية تطوير للاولى الى جانب الطول تأخذ بعين الاعتبار سن الشخص ^(٤) وهكذا فان المعادلة تمسى كالتالي:

$$\text{و.م} = 50 + ط \times (100 - 75 + س - ٤/٢٠)$$

وهذا الوزن المثالي هو وزن الرجل فاذا اردنا ان نحصل على الوزن المثالي للمرأة ضربنا الحاصل بـ ٩٠، فتحصل بذلك على الوزن المثالي للمرأة.

ولا بد لنا هنا من عرض جداول الوزن المثالي التي تعتبر مساعدةً اساسياً في تحديد اصابات السمنة والهزال على انواعها.

ونعرض هذه الجداول في الصفحات التالية.

السن بالسنة									الطول بالستيometer
٦٩-٦٠	٥٩-٥٠	٤٩-٤٠	٣٩-٣٠	٢٩-٢٥	٢٤-٢٠	١٩-١٧	١٦-١٥		
٦٠,٧	٦٢,٠٠	٦١,١	٥٩,٧	٥٨,٤	٥٥,٧	٥١,٧	٤٤,٩	١٥٣ سم	
٦١,٢	٦٢,٥	٦١,٦	٦٠,٣	٥٨,٩	٥٦,٢	٥٢,١	٤٥,٦	١٥٤ سم	
٦١,٧	٦٢,١	٦٢,٢	٦٠,٨	٥٩,٥	٥٦,٧	٥٢,٦	٤٦,٣	١٥٥ سم	
٦٢,٢	٦٢,٦	٦٢,٧	٦١,٣	٦٠,٠٠	٥٧,٢	٥٣,٢	٤٧,٢	١٥٦ سم	
٦٢,٨	٦٤,١	٦٣,٢	٦١,٩	٦٠,٦	٥٧,٨	٥٣,٧	٤٨,١	١٥٧ سم	
٦٣,٣	٦٤,٧	٦٣,٩	٦٢,٥	٦١,٢	٥٨,٤	٥٤,٣	٤٩,٠٠	١٥٨ سم	

السن بالسنة								الطول بالستيمتر
٦٩-٦٠	٥٩-٥٠	٤٩-٤٠	٣٩-٣٠	٢٩-٢٠	٢٤-١٥	١٩-١٧	١٦-١٥	
٦٣,٩	٦٥,٢	٦٤,٦	٦٣,٢	٦١,٩	٥٩,١	٥٥,١	٤٩,٩	١٥٩ سم
٦٤,٤	٦٥,٨	٦٥,٣	٦٣,٩	٦٢,٦	٥٩,٩	٥٥,٨	٥٠,٨	١٦٠ سم
٦٥,١	٦٦,٥	٦٦,٠٠	٦٤,٧	٦٣,١	٦٠,٦	٥٦,٥	٥١,٧	١٦١ سم
٦٥,٨	٦٧,٢	٦٦,٧	٦٥,٤	٦٣,٧	٦١,٣	٥٧,٢	٥٢,٦	١٦٢ سم
٦٦,٦	٦٧,٩	٦٧,٥	٦٦,١	٦٤,٢	٦١,٩	٥٨,٠٠	٥٣,٥	١٦٣ سم
٦٧,٣	٦٨,٦	٦٨,٢	٦٦,٨	٦٤,٨	٦٢,٥	٥٨,٧	٥٤,٥	١٦٤ سم
٦٨,٠٠	٦٩,٤	٦٨,٩	٦٧,٥	٦٥,٣	٦٣,٠٠	٥٩,٤	٥٥,٣	١٦٥ سم
٦٨,٧	٧٠,٠٠	٦٩,٧	٦٨,٢	٦٦,٠٠	٦٣,٥	٦٠,١ كع	٥٦,١	١٦٦ سم
٦٩,٤	٧٠,٨	٧٠,٣	٦٨,٩	٦٦,٧	٦٤,١	٦٠,٨	٥٧,٠٠	١٦٧ سم
٧٠,٢	٧١,٥	٧١,١	٦٩,٧	٦٧,٣	٦٤,٦	٦١,٦	٥٧,٩	١٦٨ سم
٧١,١	٧٢,٤	٧٢,٠٠	٧٠,٤	٦٧,٩	٦٥,١	٦٢,٢	٥٨,٨	١٦٩ سم
٧٢,٠٠	٧٣,٣	٧٢,٩	٧١,١	٦٨,٤	٦٥,٧	٦٢,٩	٥٩,٧	١٧٠ سم
٧٢,٧	٧٤,١	٧٣,٦	٧١,٨	٦٩,١	٦٦,٤	٦٣,٦	٦٠,٦	١٧١ سم
٧٣,٤	٧٤,٨	٧٤,٣	٧٢,٥	٦٩,٨	٦٧,١	٦٤,٣	٦١,٥	١٧٢ سم
٧٤,٢	٧٥,٥	٧٥,٠٠	٧٣,٢	٧٠,٥	٦٧,٨	٦٥,١	٦٢,٤	١٧٣ سم
٧٥,١	٧٦,٢	٧٥,٨	٧٣,٩	٧١,٢	٦٨,٥	٦٥,٨	٦٣,٣	١٧٤ سم
٧٦,٠٠	٧٧,٩	٧٦,٥	٧٤,٧	٧١,٩	٦٩,٢	٦٦,٥	٦٤,٢	١٧٥ سم

السن بالسنة									الطول بالستيometer
٤٩-٧٠	٥٩-٥١	٤٩-٤١	٣٩-٣٠	٢٩-٢٥	٢٤-٢٠	١٩-١٧	١٦-١٥		
٧٦,٩	٧٧,٨	٧٧,٣	٧٥,٥	٧٢,٦	٧٩,٩	٦٧,٢	٦٤,٩	١٧٦	
	٧٧,٨	٧٨,٨	٧٨,٢	٧٦,٤	٧٠,٦	٦٧,٩	٦٥,٧	١٧٧	
٧٨,٧	٧٩,٦	٧٩,١	٧٧,٣	٧٤,١	٧١,٤	٦٨,٦	٦٦,٤	١٧٨	
٧٩,٥	٨٠,٥	٧٩,٨	٧٧,٨	٧٤,٨	٧٢,١	٦٩,٣ كج	٦٧,١	١٧٩	
٨٠,٤	٨١,٣	٨٠,٥	٧٨,٧	٧٥,٥	٧٢,٨	٧٠,١	٦٧,٨	١٨٠	
٨١,٣	٨٢,٢	٨١,٣	٧٩,٥	٧٦,٣	٧٣,٦	٧٠,٩	٦٨,٥	١٨١	
٨٢,٢	٨٣,١	٨٢,٢	٨٠,٤	٧٧,٢	٧٤,٥	٧١,٨	٦٩,٢	١٨٢	
٨٣,١	٨٤,٠٠	٨٣,١	٨١,٣	٧٨,١	٧٥,٤	٧٢,٧	٧٠,٠٠	١٨٣	
٨٤,٠٠	٨٤,٧	٨٣,٨	٨٢,٠٠	٧٩,٠٠	٧٦,١	٧٣,٤	٧٠,٩	١٨٤	
٨٤,٩	٨٤,٩	٨٤,٤	٨٢,٧	٧٩,٩	٧٦,٨	٧٤,١	٧١,٧	١٨٥	
٨٥,٨	٨٦,٢	٨٥,٣	٨٣,٥	٨٠,٨	٧٧,٥	٧٤,٨	٧٢,٦	١٨٦	
٨٦,٨	٨٧,١	٨٦,٢	٨٤,٤	٨١,٧	٧٨,٢	٧٥,٥	٧٣,٥	١٨٧	
٨٧,٦	٨٨,٠٠	٨٧,١	٨٥,٣	٨٢,٦	٧٩,٠٠	٧٦,٢	٧٤,٤	١٨٨	
٨٨,٥	٨٨,٩	٨٨,٠٠	٨٦,٢	٨٣,٣	٧٩,٧	٧٦,٩	٧٥,٣	١٨٩	
٨٩,٤	٨٩,٨	٨٨,٩	٨٧,١	٨٤,٠٠	٧٠,٤	٧٧,٧	٧٦,٢	١٩٠	
٩٠,٣	٩٠,٨	٨٩,٩	٨٨,١	٨٤,٧	٨١,٠٠	٧٨,٤	٧٧,١	١٩١	
٩١,٤	٩١,٩	٩٠,٠٠	٨٩,٢	٨٥,٤	٨١,٥	٧٩,١ كج	٧٨,٠٠	١٩٢	

السن بالسنة									الطول بالستيمتر
٦٩-٦٠	٥٩-٥٠	٤٩-٤٠	٣٩-٣٠	٢٩-٢٥	٢٤-٢٠	١٩-١٧	١٦-١٥		
٩٢,٥	٩٢,٩	٩٢,٠٠	٩٠,٢	٨٦,٢	٨٢,١	٧٩,٨	٧٨,٠٠	سم ١٩٣	
٩٣,٦	٩٤,٠٠	٩٣,١	٩١,٣	٨٦,٩	٨٢,٦	٨٠,٥	٧٨,٠٠	سم ١٩٤	
٩٤,٦	٩٥,١	٩٤,٢	٩٢,٤	٨٧,٦	٨٣,٢	٨١,٢	٧٨,٠٠	سم ١٩٥	

ملاحظة: يمكن الحصول على الوزن المثالي للمرأة عن طريق ضرب الوزن المثالي للرجل (الذي هو في مثل طولها وسنها) بـ 0.9 .

على ان التشخيص الدقيق للسمنة يتضمن تحديد درجتها. فإذا كانت زيادة الوزن:

- ١ - اقل من 15% من الوزن المثالي نقول بان الشخص يكون مائلاً للسمنة.
- ٢ - من 15% الى 20% يكون الشخص سميناً درجة اولى.
- ٣ - من 20% الى 30% تكون السمنة في درجتها الثانية.
- ٤ - اكثراً من 30% من الوزن المثالي تكون السمنة قد بلغت درجتها الثالثة.

وفي نهاية تعريفنا للسمنة لا بد لنا من التنبيه الى وجوب التفريق بينها وبين انحباس الاملاح المؤدية الى تكون الاورام السطحية في مناطق متعددة من الجسم مثل القدمين، المفاصل... الخ.

الاشكال العيادية للسمنة:

- يعتمد العياديون تقسيم السمنة الى شكلين عياديين رئيسيين هما:
- السمنة المتركزة في البطن Obésité Androïde
 - السمنة المتركزة في الوركين Obésité Ginoïde.

١ - السمنة المترکزة في البطن: وهي السمنة التي تتظاهر بتراكم الانسجة في القسم الاعلى من الجسم وبخاصة في منطقة النقرة والبطن. وذلك بحيث يكون عرض الحوض اصغر من عرض الكتفين. وهذا النوع من السمنة هو اكثرا حدوثا لدى الذكور منه لدى الاناث.

٢ - السمنة المترکزة في الوركين: ويتاز هذا النوع من السمنة بكون عرض الحوض (الوركين) اكبر من عرض الكتفين. وذلك بسبب ترکز النسيج الشحمي في منطقة الوركين. وهذا النوع من السمنة هو الاكثر حدوثا لدى النساء.

ويعود الفضل في هذا التقسيم للعالم J.Vagoe. وهذا التقسيم جليل الفائدة. اذ انه يساعدنا على تحديد احتمالات حدوث التأثيرات الجانبية للبدانة. فعلى سبيل المثال فان السمنة المترکزة في الوركين تؤدي الى ظهور تعقيدات ذات طبيعة ترسبية مثل الدوالى والفتاق والام المفاصل وامراضها.

اما السمنة المترکزة في البطن فهي قد تؤدي الى تعقيدات من نوع آخر مثل التعقيدات الايضية كالسكري او زيادة نسب الدهون البروتينية او زيادة الزلال في الدم.

هذا وقد دلت دراسة اجريت في جامعة غوتبرغ، على ٣٠٠٠ من مرضى السمنة، على ان سمنة البطن يجعل المصاب بها عرضة للإصابة بامراض انسداد الشرايين القلبية او الدماغية... الخ. وقد اثبتت هذه الدراسة بأن ٨٠٪ من المعرضين لهذه الامراض الانسدادية كانوا من الذين تتركز سمنتهم في بطونهم.

ولتبرير هذه الزيادة يرى العالم Wolf Smith بأن نوعية الشحوم المترکزة في البطن هي اكثر حيثاً وخطورة من الشحوم المترکزة في الوركين. اذا ان شحوم البطن تحتوي على احماض دهنية مؤذية تترسب تدريجياً داخل الاوعية الدموية لتنسب لاحقاً في انسدادها.

هذا مع العلم بأن التقسيم العيادي ينظر بعين الاعتبار الى السن الذي ابتدأ فيه ظهور البدانة وعلى اهذا الاساس تقسم السمنة الى:

١ - **السمنة المبكرة:** وهي التي تحدث قبل سن العشرين وتسمى هذه السمنة بالنمو المبالغ Hypreplasique وهي كناية عن زيادة عدد الخلايا الدهنية في جسم المريض. وهذه الزيادة تتحدد في سن العشرين لتبقي ثابتة بعد ذلك. وهذه الزيادة هي التي تجعل من علاج هذا النوع من السمنة عسيراً اذا لم نقل مستحيلاً. وفي نهاية حديثنا عن السمنة المبكرة لا بد لنا من الاشارة الى انها تتركز عادة حول الوركين.

٢ - **السمنة المتأخرة:** وهي التي تحدث بعد سن العشرين. وفيها يكون عدد الخلايا الدهنية طبيعياً الا انها تكون ضخمة بحيث يصل حجمها الى ال ١٠٠ ميكرون في حين ان الحجم العادي للخلية الدهنية لا يتعدى ال ٢٠ الى ٣٠ ميكرون. وهذا النوع من السمنة يتركز عادة حول البطن. وهو اسهل علاجاً من السمنة المبكرة.

ومثلها مثل بقية الامراض فإن تحديد تاريخ السمنة وشكلها العيادي هو من الامور الاساسية في تشخيص المرض وتحديد الخطوات العلاجية الواجب اتخاذها حاله.

انطلاقاً من هذه المعطيات وجب علينا ان نحدد تاريخ بداية ارتفاع وزن المريض. ومن المهم جداً تحديد وزن المريض عندما كان في العشرين من عمره. كما انه من المفيد لنا ان نحدد وزن المريض لدى ولادته اذا امكن ذلك. اما في حالة النساء فمن المهم ان نعرف وزن الاولاد الذين وضعتهم المريضة. وايضاً يتوجب علينا ان نستجوب المريضة بدقة بهدف محاولة تحديد السبب المباشر المؤدي للسمنة هذا السبب الذي قد يكون ناجماً عن الحمل، سن اليأس، صراعات نفسية، تغير نمط الحياة،

الاقلال من الجهد الجسدي كالتوقف عن ممارسة الرياضة... الخ.

وهذه العوامل كثيرةً ما تكون غامضة وصعبة التحديد. على أية حال فإننا لدى فحصنا للبددين لا بد لنا من تحديد ما اذا كان وزنه في ارتفاع مستمر فنتكلم عن السمنة في مرحلتها الدينامية اما اذا كان الوزن ثابتاً فعندها نتكلم عن السمنة في مرحلتها المستقرة.

ومن المهم ايضاً الانتباه الى الآثار السلبية التي قد تخلفها السمنة. وهي قد تتجلى من خلال امراض خطيرة ستناقشها لاحقاً. فإذا ما وجدنا العلامات العيادية مثل هذه الامراض وجب علينا علاجها قبل التصدي لعلاج السمنة نفسها. خاصة في حال وجود مثل هذه الامراض في وراثة المريض. ومن هنا ضرورة مراجعة الطبيب قبل القيام بأى علاج للسمنة وقبل اتباع اي نوع من انواع الحمية الغذائية.

بعد حصولنا على هذه المعلومات التي تمكينا من تشخيص البدانة وتحديد درجتها وشكلها العيادي، يبدأ الفحص العيادي الجسدي للمريض. ويهدف هذا الفحص الى تحديد سماكة النسيج الشحمي في جسم المريض واماكن تجمع هذا النسيج. من اجل ذلك علينا ان نقوم بفحص المريض واقفاً. وبالتحديد فإننا نفحص سماكة النسيج الشحمي في كل من المناطق التالية:

١ - منطقة الرند (العضلة ثلاثية الرؤوس) .Région Tricipitale

٢ - منطقة ما تحت الكتف .Région Sous - Scapulaire

٣ - منطقة البطن .Région Abdominale

كما يتوجب علينا قياس عرض الكتفين وعرض الوركين والمقارنة بينهما.

اخطر السمنة:

تمارس السمنة تأثيرات واسعة على الجسم. وقد لا تبدى هذه الاخطار جميعها

في ذات الوقت وقد ينجو بعض المرضى من هذه الاخطاء. لهذه الاسباب لا بد لنا من مناقشة كافة الآثار السلبية التي تركها السمنة على الصعدين النفسي والجسدي. وذلك بهدف لفت انتظار المرضى الى هذه الآثار لكي يتّقّوها او يعالجوها في حال ظهورها. واذا أردنا استعراض اخطار السمنة فإننا نبدأ بـ:

١ - اضطرابات الأيض:

وأول ما يطالعنا في هذه الاضطرابات هو اضطراب أرض السكريات وهو اضطراب يصادف لدى ٥٠٪ من مرضى البدانة. وعندما تكون السمنة في مرحلتها الاولى فإننا نلاحظ تضخم حجم الخلايا الدهنية التي تصبح أقل حساسية للأنسولين^(٥) مما يؤدي الى زيادة الأنسولين في الدم مما يؤدي وبالتالي الى انخفاض افراز الجسم لهذا الهرمون وذلك بسبب عدم استعمال الجسم للكميات المفرزة منه. وهذا انخفاض في افراز الأنسولين يؤدي في مرحلة لاحقة للاصابة بمرض السكري.

ولكن اضطرابات الأيض تطال ايضاً الزلال والدهنيات البروتينية التي تؤدي السمنة الى ارتفاع نسبتها في الدم مما يشجع على استقرار وظهور امراض متعددة.

٢ - اضطرابات القلب والشرايين.

يلاحظ الباحثون^(٦) بأن البدانة تسبب في ظهور وتعقيد حالات تصلب الشرايين. ويذهب بعض مؤلءات الباحثين الى ان نسبة تتراوح بين ٤٠٪ و ٥٠٪ من مرضى السمنة يصابون بمرض ارتفاع الضغط.

وبدوره يعاني القلب الكثير بسبب البدانة التي تؤدي الى اجباره على ضخ كميات اكبر من الدم الى كافة ا أنحاء الجسم المترهل. وذلك بحيث تصبح كمية الدماء الغذائية للقلب غير كافية. واذا ما اضفنا الى هذا الارهاق عامل ترسب الدهون في الشرايين التاجية نستنتج بأن البدانة قادرة على التسبب في احداث كافة انواع الامراض القلبية. فالجهد المشار اليه اعلاه يمكن ان يؤدي الى تضخم القلب اما

الترسبات الدهنية في الشرايين التاجية فهي قد تؤدي إلى انسداد هذه الشرايين محدثة الذبحة أو الاحتشاء القلبيين. أو حتى الموت المفاجئ.

وهنا نجد من الضروري أن نعرض نتائج الدراسة التي اجرتها البروفسور (٧) W.B.Kannel إذ يلاحظ هذا الباحث أن ٦٧٪ من المصابين بامراض السكتة الدماغية وكذلك بقصور القلب هم من يعانون البدانة وتنخفض هذه النسبة قليلاً لتبلغ ٥٠٪ في حالة امراض الشرايين التاجية.

وتأتي هذه الدراسة لتأكيد عدد من الدراسات السابقة في هذه المجال. ومن ضمن هذه الملاحظات ان معظم مرضى السمنة هن من النساء. وإن للسمنة تأثيرات شديدة السوء على صعيد الجسم وخاصة بعد سن الأربعين. بحيث لا تقتصر هذه الآثار فقط على تعريض المريض للإصابة بامراض القلب والشرايين ولكنها تتمتد لتزيد في تعقيد، أو ربما تسبب في ظهور، عدد من الامراض كالسكري مثلاً كما ذكرنا سابقاً.

ويخلص Kannel إلى القول بأن بدانة النساء (وغالبيتها متركزة حول الوركين) تؤدي بهن إلى الاصابة بقصور القلب او الانسداد الدماغي. في حين يكون الرجال أكثر عرضة لامراض الشرايين التاجية (تركز السمنة لدى الرجل في منطقة البطن) وذلك نتيجة لارتفاع نسب الـ VLDL و L.D.L وبالتالي ارتفاع نسب كل من الكوليستيرول والدهون في الدم.

٣ - الاضطرابات التنفسية:

وتنجم هذه الاضطرابات عن الحد من التهوية الرئوية. وفي حال ترافق الاضطراب التنفسى مع اضطراب ذو طبيعة انسدادية للقصبة الهوائية فإن ذلك يؤدي إلى نشوء عدم كفاية تنفسية مزمنة ممكن التطور لتناول القلب عن طريق تسببها باحداث مرض القلب الرئوي المزمن Cord Pulmonaire Chronique. وإذا ما

وصل الاضطراب لهذا الحد فاننا نلاحظ بأن المريض يأخذ مظهراً عيادياً خاصاً اذا
ييدو هذا المريض بدينا، مائلاً للزقة وراغباً دائماً في اليوم وهذا ما يعرف بتناذر بيك
ويك^(٨).

٤ - اضطرابات الكبد والمرارة:

تدخل المواد الدهنية الى خلايا الكبد وترسب فيها. وهذا الترسب، في حال استمراره، يؤدي الى اتلاف خلايا الكبد مؤدياً للحالة المسمة بالركون الميت للأنسجة Stéatonécrose. وفي حالة السمنة المفرطة فإن هذا التلف يمكن ان يبلغ حد تشمع الكبد وخاصة في حال توافر العوامل الاخرى مثل ادمان الكحول.

كما ان البدانة تؤدي الى كسل افرازات الحويصلة المرارية. وكذلك فهي تساهم في تكوين حصى المرارة. الامر الذي يبرر اجراء هذه الفحوصات لمرض السمنة.

٥ - اضطرابات العظام والمفاصل:

هذه الاضطرابات ذات علاقة مباشرة بدرجة السمنة اي بعدها تطورها. اذ ان زيادة الوزن تؤدي بالطبع الى زيادة الضغط على الغضاريف (غضروف) المفصلية. وهذا الضغط يؤدي مع الوقت الى انحلال هذه الغضاريف وبالتالي فهو يؤدي الى الاعتلال المفصلي Arthrose. وتجدر الاشارة الى ان الاضطرابات المفصلية الناشئة عن السمنة تتجلى عادة على صعيد العمود الفقري ومن ثم مفاصل الورك، الركبة او الرسخ وباختصار المفاصل التي تحمل وزن الجسم. وبالطبع فإن الاصابة بالاعتلال المفصلي تؤدي الى الحد من قدرة المريض على الحركة مما يزيد في بدانته وهكذا دواليك.

٦ - الاضطرابات الغددية:

تتركز هذه الاضطرابات في نطاق الغدد التناسلية بشكل خاص. وذلك بحيث تعكس لدى المرأة باضطراب العادة الشهرية لغاية انقطاعها. اما لدى الرجل فإن هذه

الاضطرابات تتبدى من خلال الضعف الجنسي.

وهذه الاضطرابات ممكنة التعديل والعلاج، على الأقل جزئياً، من خلال انقاص الوزن.

٧ - الاضطرابات النفسية:

ترواح هذه الاضطرابات بين الحالات الانهيارية، القلق والوسوس ويرد العديد من العلماء هذه الاضطرابات للسمنة.

في حين يعتقد بعضهم بأن هذه الاضطرابات تؤدي للسمنة وترافقها.

اما المخلين فإن لهم رأي آخر يعتبرون بأن هذه الاضطرابات ما هي الا علامات الشخصية العصبية المؤدية للإصابة بالسمنة. وستناقش لاحقاً هذه الشخصية.

ولا يفوتنا التذكير في هذا المجال بالأمراض النفسية المؤدية للسمنة، ومن اهم هذه الامراض نذكر:

١ - حالات الهوس.

٢ - الذهانات المزاجية.

٣ - الانفجارات الغريزية المصاحبة لمظاهر الهوس.

٤ - الاضطرابات المزاجية الرد فعلية.

٥ - الدرق المصاحب بزيادة الشهية ليلاً.

٦ - حالات النوم الزائد المصاحبة بارتفاع الشهية.

٧ - بعض الاضطرابات العقلية - الخلقية.

٨ - اضطرابات الحمل والولادة (عصبية او ذهانية).

والحقيقة ان للتشخيص التفريقي لهذه الحالات اهميته البالغة. ففي هذه الحالات

تنشأ السمنة عن اضطراب غريزي - فكري - علائقى يختلف في علاجه تمام الاختلاف عن علاج اضطراب السلوك الغذائي.

ما تقدم توضح لنا اهمية علاج الاضطرابات النفسية التي تأتي السمنة بمثابة انعكاس لها ومظهر من مظاهرها. وهذه الحالات تقتضي علاجاً طبياً - دوائياً الى جانب العلاج النفسي.

الفصل الثاني

أسباب السمنة

أسباب السمنة

إن تحديد الاسباب المولدة للسمنة لا تزال لغاية الآن مثاراً للجدل. وقبل ان نقوم بعرض مختلف الآراء نجد من المقيد التذكير بالاسباب التي سبق وان عرضناها ونعني بها العادات الغذائية - الاجتماعية، عامل والسن وعامل الجنس. وهذه العوامل هي ما تثبته الاحصاءات وما تختلف في تحديده مختلف المدارس الطبية وتفسرها طبقاً لنظرياتها. الواقع ان هناك ثلاثة مدارس رئيسية تبني كل منها مجموعة من الاسباب تعتبرها مؤدية للسمنة. وهذه المدارس هي:

- ١ - **مدرسة الطب الداخلي:** وترى هذه المدرسة بأن السمنة مرتبطة بتناول كميات كبيرة من الاطعمة والسكريات منها بشكل خاص.
- ٢ - **مدرسة طب الغدد:** وترتبط هذه المدرسة السمنة باضطرابات غددية متمثلة بقصور بعض الغدد وزيادة افرازات بعضها الآخر.
- ٣ - **مدرسة الطب النفسي:** ويرى اصحاب هذه المدرسة بأن العوامل النفسية من شأنها ان تؤثر في التوازن الهرموني وبالتالي في افراز الغدد. وكذلك فإن من شأن

هذه العوامل ان تؤثر في شهية المريض وبالتالي في كمية الطعام التي يتناولها هذا المريض. كما يلاحظ اتباع هذه المدرسة وجود نقاط مشتركة في شخصية مرضى البدانة.

وبكل ان نتوغل في شرح كل وجهة نظر على حدة يجب علينا ان نعرف آليات توليد الطاقة من الاطعمة وطريقة استخدام الجسد لهذه الطاقة وتلخيص الفائض ومنها، وهذه الآليات هي:

١ - الأيض *Méabolisme*

يرمز الأيض الى مجموعة من العمليات الفيزيائية والكيميائية المسؤولة عن مختلف تحولات البنية والطاقة. وهذه العمليات إنما تتم داخل الخلايا. وتمر عملية الأيض بثلاثة مراحل هي: أ) ادخال الأغذية الى الجسم عبر الجهاز الهضمي حيث تمتصها خلايا الجسم. ب) عملية الامتصاص التي تتم في معظمها على مستوى الامعاء الدقيقة. ج) تحويل الأغذية المتخصصة الى مكوناتها الاساسية اي الى بروتين وسكريات ودهون. ومن ثم تحويل هذه المكونات الى طاقة يستهلك منها الجسد حاجته ويخرجن الباقى. هذا التلخزين الذي يعرف بـ التمثيل الغذائي^(٩) وهذا التمثيل هو عبارة عن تحويل فائض الغذاء الى انسجة. اما في الحالات التي يحتاج فيها الجسم الى كميات من الطاقة تفوق الكميات الواردة اليه عن طريق الأغذية. فعندها يقوم الجسم بتحريك مخزوناته من داخل الانسجة والخلايا وذلك بهدف سد حاجات الجسم وهذه العملية تعرف هدم الخلايا^(١٠) او الأيض التدميري.

٢ - الأيض الأساسي *Méabolisme basale*

الأيض الأساسي هو كمية الطاقة اللازمة للجسد كي يقوم بعملياته الحيوية (نبض القلب، التنفس، تحريك الدم في الشرايين، عمل المعدة... الخ من العمليات الجوهرية التي تجري في الجسم). دون القيام بأي جهد آخر. وبالطبع فإنه كلما زاد في

وزن الجسم كلما زاد معه الأيض الأساسي.

لما تقدم نلاحظ ان جهاز الطاقة، في الجسم البشري، يمكن اعتباره جهازاً مغلفاً تتعادل فيه الطاقة الواردة^(١١) والطاقة المستهلكة^(١٢). واحتلال هذا التوازن الى مظاهر عيادية مختلفة فإذا زادت الكمية المستهلكة ادى ذلك الى الهزل اما اذا زادت كمية الطاقة الواردة فإن ذلك يعني بداية تكون الانسجة الشحمة وبالتالي بداية السمنة. وكنا قد استعرضنا المدارس الثلاث مع رأيها في اسباب السمنة. وهذه الآراء هي التي تحدد الخطوط العريضة للعلاج. لذلك فإنه من الضروري ان نشرح بالتفصيل آراء كل من هذه المدارس على حدة.

١ - مدرسة الطب الداخلي:

ترتبط هذه المدرسة بين السمنة وبين زيادة كميات الاطعمة الداخلة في الجسم. وهذا يعني زيادة كميات الطاقة الواردة. الامر الذي يؤدي الى تخزين البروتينات، السكريات، الدهنية في الانسجة وذلك ضمن عملية التمثيل الغذائي التي شرحناها اعلاه. وانطلاقاً من هذا المبدأ يرى اطباء هذه المدرسة بأن علاج السمنة يجب ان يتوجه للتقليل من رغبات المريض الغذائية ومن نهمه. ويختلف هؤلاء فيما بينهم حول طريقة تحقيق هذه الهدف العلاجي. فيلجأ بعضهم الى استعمال العقاقير المسماة بصادات الشهية بالرغم من الآثار السلبية المتربطة على استعمال مثل هذه العقاقير.

وهنالك قسم آخر من هؤلاء الاطباء الذين يرون بأن تخفيف شهية البدن يمكن ان يتم عن طريق استهلاك الاطعمة المحتوية على الالياف والفقيرة بالكالوري اي بالمردود الغذائي وهم ينصحون مرضاهم بمضغ العلامة واحيراً فإنهم بقصد انتاج انواع معينة من الاطعمة المحتوية على كميات ضخمة من الالياف، ليكون مضغها صعباً على الا تحتوي على المواد المغذية اي الكاريوهيدرات.

اما القسم الاخير فإنه يرى الحل بإعطاء العقاقير المساعدة للأيض التدميري.

ومثل هذه العقاقير يؤدي غالباً الى احداث اضطرابات هورمونية.

وسواء ارکز الطبيب الداخلي على احدى هذه العلاجات او غيرها فانه في النهاية يقوم بالعلاج انطلاقاً من جمعه للنظريات الثلاثة. ومن البديهي بأن جميع الاطباء الداخليين متتفقين فيما بينهم على ضرورة تحديد نظام حمية الغذائية، قد يختلفون في تحديده، لعلاج السمنة. وسنؤجل البحث في انظمة الحمية الى فصل علاج السمنة.

٢ - مدرسة طب الغدد:

توصل الباحثون في مجال الغدد والهرمونات الى نتيجة مؤداها بأن انخفاض كمية الطاقة التي يستهلكها الجسم هو السبب الرئيسي المفضي للاصابة بالبدانة. وقضى هؤلاء العلماء سنوات عدة في سبيل اثبات صحة فرضيتهم القائلة بأن انخفاض، الأيض الاساسي، الناجم اصلاً عن كسل افراز الغدة الدرقية، هو المسؤول بشكل اساسي عن الاصابة بالبدانة.

انطلاقاً من هذه النظرية يرى هؤلاء الاطباء بأن لا فائدة ترجى من تعاطي الحبوب المخفضة للشهية او تلك العقاقير المساعدة للأيض التدميري.

ويعتمد هؤلاء الاطباء في علاجهم السمنة على العقاقير المحتوية على الهرمونات الدرقية. لأن من شأن هذه الهرمونات ان ترفع الأيض الاساسي. وبالتالي فهي تزيد من استهلاك الجسم للطاقة الواردة اليه وهكذا فهي تعالج السمنة وتقضي عليها.

ومن الضروري التذكير بأن استعمال هذه العقاقير لا يتم ما لم تتأكد من انخفاض الأيض الاساسي. والحقيقة ان هذا الانخفاض يميز غالبية مرضى السمنة.

ومن اكثر حجج هذه المدرسة اقناعاً حجة العالم Davidson.S القائلة بأن الانسان العادي يستهلك حوالي الـ ١٢ طناً من المواد الغذائية خلال خمسة وعشرين

عاماً. ومع ذلك نلاحظ بأن وزنه لا يزيد باكثر من كيلو غرام واحد فقط طيلة هذه المدة. ويخلاص Davidson الى نتيجة مفادها بأن الجسم يمتلك آليات فيزيولوجية معينة تقوم بتعديل استهلاك الاطعمه تبعاً لحاجات الجسم من الطاقة. وذلك بحيث تحافظ هذه الآليات على التوازن بين الطاقة الواردة وبين الطاقة المستهلكة. كما يرى Davidson بأن هذه الآليات الفيزيولوجية المعدلة هي ذات طبيعة عصبية - هورمونية تتركز اساساً في المراكز العصبية الموجودة في ما تحت المهد (الهييتوالاموس).

البدانة مرض سيكوسوماتي

البدانة هي مرض جسدي يعود في جذور نشأته لأسباب نفسية. هذا هو رأي المدرسة النفسية - الجسدية في مرض السمنة. فكيف يدافع اتباع هذه المدرسة عن هذا الرأي.

اذا ما استثنينا حالات البدانة الثانوية، حيث تأتي البدانة كمظهر مرضي لمرض عضوي آخر مثل قصور الغدة الدرقية او بعض حالات الذهان ... الخ، فإن البدانة هي بمنزلة تعبير عن حالة نفسية معينة.

والواقع ان بدايات المدرسة النفسية في هذه المجال كانت على يد العالم Alexander الذي عاد بالعادات الغذائية الى المراحل الفمية والشرجية. ولن نطيل البحث في آراء هذا العالم نظراً لظهور العديد من الدراسات التي طورت هذه الآراء وربطتها بأبحاث موسعة. ونجتمع هذه الآراء على القول بأن الحالة النفسية للشخص تتدخل في تكوين وتعديل العادات الغذائية للشخص. ذلك ان اضطرابات حالة الشخص النفسية تؤثر وبشكل اساسي على الشهية وعلى الافرازات العصبية - الهرمونية.

ولنعد بالامور الى منابعها فالاحساس بالجوع يبدو لنا وكأنه عامل بيولوجي يبحث تحديده حاجات الجسم والعادات الغذائية للشخص. وذلك بمعزل عن اي اثر

للحالة النفسية على هذه العادات وال الحاجات.

ولكننا لو دققنا النظر لوجدنا ان الاضطرابات النفسية تؤثر وبشكل فاعل في شهية المعرض لها، وهذا ما اثبتته العديد من الدراسات ومن بينها دراسة اجرتها باحثو جامعة مينيسوتا وكانت نتيجتها اعتراف ٤٤٪ من المفحوصين بأنهم يزيدون استهلاكهم للطعام لدى تعرضهم للارهاق النفسي.

وهذه الرابطة بين مشاعر الجوع لدى الشخص وبين حالته النفسية هي رابطة تتوضح لنا من خلال مراجعة بسيطة لكافة الاضطرابات النفسية فالانهيار مثلًا يؤدي الى انخفاض الشهية في غالبية حالاته الا انه نادرًا ما يتسبب في زيادة ايضًا وكذلك فإن بعض حالات التخلف العقلي يؤدي الى الافراط المبالغ في الطعام وقس عليه في شتى الامراض والحالات النفسية الأخرى.

هذا وقد شرح فرويد تفصيلًا العلاقة القائمة بين الشهية وبين الحالة النفسية للشخص وفسرها ضمن منهجه التحليلي. اذ يشير الى هذه العلاقة اثناء شرحه للرضاعة فيقول بأن العامل الغذائي يؤدي، عن طريق التدريم، الى ولادة اول المثيرات الجنسية. وبهذا يربط فرويد بين اللذة التي يحصل عليها الطفل من الرضاعة، وهي اساس اللذة الجنسية عند البالغ، وبين غريزة التغذية. وبمعنى آخر فإن العامل الغذائي مرتبط مباشرة وبشكل اساسي باللذة الجنسية المرتبطة بدورها بموضوع جنسي هو ثدي الام او المرضعة. وهذا الاندماج بين الطعام والجنس لا يلبث ان ينفصل في مرحلة لاحقة ولكن فرويد لا يشرح لنا كيف يتم هذا الانفصال. كما ان فرويد لم يحدد ما اذا كان من شأن غريزة التغذية (المتمثلة بالرضاعة) ان تنشئ رابطة او مجموعة من الروابط مع مثيرات اخرى غير جنسية^(١٣).

ولا بد لنا هنا من الاشارة الى نظرية بافلوف حول الارتكاس الشرطي. اذ يرى تلامذة بافلوف بأن الرابطة الغذائية - الجنسية التي تحدث عنها فرويد ماهي الا واحدة

من مجموعة روابط تخلفها الظروف المحيطة بالطفل اثناء تناوله لغذائه وبالتحديد اثناء رضاعته. ولتفسير هذه الروابط لا بد لنا من العودة الى تجربة بافلوف حيث كان يقدم الطعام للكلبة في ذات اللحظة التي يرن فيها الجرس مما أدى مع التكرار الى رابطة اقامها الكلب بين الطعام وبين رنين الجرس. فكان لعب الكلب يسلي مجرد سماعه صوت الجرس حتى ولو لم يقدم له الطعام.

والرضيع يقيم علاقات وروابط شبيهة. فالرضاعة تكون مقرونة بالشبع بالحنان والدفء واللامسة الجلدية... الخ وكلها مثيرات اكثر فعالية وموضوعية من صوت الجرس.

وهكذا نرى ان هنالك اجماعاً على الرأي القائل بأن احساس الجوع، ومنذ عهد الرضاعة، مرتبط بجموعة من الاحاسيس جنسية كانت أم غير جنسية. والحقيقة ان احساس الجوع وتوازن الحاجات الغذائية هي امور لا تتحدد بشكل واضح وواعي ما لم يتوصل الشخص الى تحيدها عن باقي احساسه وانفعالاته. واستمرار الروابط بين التغذية وبين بقية الاحاسيس انما يؤدي الى عجز الشخص عن التفريق بين حاجاته الغذائية وبين بقية حاجاته من عاطفية وجنسية. وهذا العجز إنما ينعكس على عاداته الغذائية فإذا ما تدنت الشهية نتيجة لهذه الروابط اصيب الشخص بالهزال. اما زيادة الشهية فهي تصيبه بالطبع بالسمنة.

بعد هذا العرض السريع فلنعد الى عهد الرضاعة فمن ناحية بيولوجية بحثة نلاحظ بأن جوع الرضيع يؤدي به الى الشعور بألم الجوع مما يدفع به الى البكاء. والرضاعة تكتسب معنى اللذة في المقام الاول لكونها تخرج الرضيع من آلام الجوع. ولهذا السبب فإن اولى ضحكات الرضيع تكون بمثابة ردة فعل لفرحته برؤية الطعام (الثدي او زجاجة الحليب) الذي سيؤمن له لذة التخلص من آلامه.

وبعد هذه المرحلة، اي بعد الضحكة الاولى (٤١)، تتعقد الروابط وتشعب

فيرتبط الجوع والاكتفاء بعد الشبع بالحاجة للعطف والشعور بالامان، باللذة الجنسية، بالاوقات المحددة لتناول الغذاء، برائحة جسد الام، بأوضاع معينة يتناول فيها غذاءه او باشخاص معينين يقدمونه له.

وبالطبع فإن نمو الطفل يترافق مع نمو ادراكه. ومع تشعب الروابط بين غريزة التغذية وبين باقي الغرائز والاحاسيس. وما ان الام هي صلة الوصل بين طفلها وبين العالم الخارجي فإنها المسؤولة عن مساعدة طفلها في تعريف وتحديد كافة احساسه ومن بينها احساسه بالجوع وبالعطش وهذا ما يهمنا في هذا المجال.

إن هذا الدور الذي تلعبه الام بالنسبة لرضيعها يجعل من شخصية الام عاملأً رئيسياً في تحديد الطفل لأحساسه وللفصل بين غريزة التغذية وبين بقية غرائزه وانفعالاته.

وقبل ان نبحث في تأثيرات شخصية الام على الطفل فإن هنالك خطوطاً عريضة يجب على الام اتباعها واحترامها كي تساعد طفلها في فهم احساس الجوع وتعريفه تعرضاً وافياً من شأنه ان يفصل هذا الاحساس عن باقي احساسه. من اجل هذا يجب على الام ان تعود طفلها على تناول الكميات الغذائية الازمة له في اوقاتها المحددة. كما يجب على الام ان تتعود على الاستجابة لمطالب طفلها الغذائية استجابة منسجمة مع حاجاته ومتطلباته وهذا الامر شديد الاهمية في مرحلة الطفولة الاولى. اذ يجب على الام الا تفرض على الطفل طعاماً لا يتسيقه بحججه انه اكثر نفعاً له. كما يتوجب على الام ان تتفهم، وفي منتهى البساطة بأن طفلها اذ يرفض الغذاء فهو إنما يفعل ذلك مدفوعاً بدراوشه الذاتية، فمن الممكن ان يكون هذا الرفض ناجماً عن قائمة طويلة من الاسباب كأن يكون الطفل معايناً لآلام لا يستطيع الاعراب عنها، او ان يشعر برغبة فائقة باللعي، او ان يعاني من ازمات نفسية خاصة به كالغيرة مثلاً وما الى ذلك من الاسباب.

والام، عن طريق احترامها لهذه الخطوات، تساعد طفلها على تكوين العادات الغذائية السوية وتساعده على تعريف احساسه بالجوع وهي بذلك تجنب طفلها، مستقبلاً، عدداً من الامراض مثل البدانة، او الهزال، القرحة، والتهاب الامعاء... الخ.

دور الام في اصابة ابناءها بالسمنة:

ان ربط سمنة الولد بالبنية النفسية للام وبالتالي بشخصيتها هو منحى تحليلي. وعليه فإن هذا الرابط يصلح في حالات السمنة الاولية التي لا ترتكز على اساس عضوي. وبهذا فان دور الام يأخذ اهمية خاصة في الحالات التي يكون فيها المريض سليماً من الناحية الجسدية.

والسؤال الان ما هو السلوك الذي يؤدي الى اتباع الام له الى اصابة طفلها بالسمنة؟

اذا اردنا تلخيص هذا السلوك فإنه يأتي على النحو التالي: يتميز هذا النوع من الامهات بتركيزهن في نطاق الذات. مما يدفع بمثل هذه الام الى تقديم استجابات مبهمة وغير متوافقة مع رغبات الطفل الغذائية. وكثيراً ما يحدث ان تهمل الام متطلبات طفلها الغذائية او ان تعقinya. ولعل اشد مواقف الام تأثيراً في هذا الاتجاه هو اعتمادها اجاية واحدة لا تتغير على كل رغبات الطفل الغذائية. وذلك بحيث يصبح هذا الطفل عرضة لالارتكاك الشديد والحرارة والبالغة في تفسير رغباته الغذائية وفي فصلها فيما بينها. إذ ان مثل هذا الطفل يكون عرضة لصعوبة التفريق بين احساسه بالجوع وبين احساسه بالعطش. وليس من النادر ان نصادف من بين البالغين من يستطيع ان يقضي نهاره دون طعام عن طريق شربه للماء. وفي هذه الحالة فإن الاضطراب في تكوين العادات الغذائية يؤدي الى الهزال والقرحة عادة. اما حين يؤدي هذا الاضطراب الى دفع الشخص للأكل عوضاً عن الشرب فإنه في هذه الحالة يؤدي الى السمنة، اذ ان مثل هذا الاضطراب اذا ما استمر لدى البالغ فإنه لا يدفعه فقط الى

عدم التمييز بين احساس الجوع وبين احساس العطش ولكنه يدفعه الى عدم التمييز بين احساس الجوع وبين كافة احساسه الاخرى.

فنحن اذا راقبنا مريض البدانة لرأيناه يأكل عندما يفرح، عندما يحزن، عندما يضطرب وعندما يهدأ... الخ وباختصار شديد فإن البددين يستجيب لكافة المثيرات الاجتماعية والنفسية بالأكل.

وهذا الشرح لا يقتصر فقط على مرضى السمنة المزمنين، الذي يصابون بها وهم دون العشرين، بل يتعداهم الى الذين أصيروا بالسمنة بعد سن العشرين. وتفسير الحالة الاخيرة هي ان هؤلاء البالغين يتعرضون لاوضاع نفسية معينة تسبب نكوصهم الى واحدة من مراحل طفولتهم (شرجية، فمية، نرجسية... الخ) مما يؤدي الى ظهور الالتباسات في وعيهم. ومن ضمن هذه الالتباسات اضطراب الاحساس بالجوع. وكلما عمقت هذه الالتباسات كلما زاد اضطراب الاحساس بالجوع وبالتالي الى زيادة الوزن في حال لجوء الشخص الى التعويض عن طريق تناول الطعام والى نقصان الوزن في حال عزوف الشخص عن الطعام.

ولدى وصولنا الى هذه المرحلة لا بد لنا من تحديد النمط السلوكي التحليلي للبددين اي للشخص الذي يلجأ للطعام تخلصاً من الازمات النفسية التي تعرض له. ونحن اذا تحدثت عن نمط تحليلي فإن مرد ذلك الى مساهمة النكوص، كما اشرنا اعلاه، في تحديد هذا النمط السلوكي.

تحليل شخصية البددين:

اذا كنا في مجال مناقشة البدانة من الوجهة النفسية فلا بد لنا من تناول شخصية البددين في ضوء التحليل النفسي. وفي هذا التحليل نركز على البددين الذي اصيب بالسمنة قبل بلوغه سن العشرين. ومرد هذا التركيز هو ما سبق وان اشرنا اليه عن زيادة عدد الخلايا الدهنية لدى هذا النوع من المرضى وبالتالي عدم جدوی العلاج

بالعقاقير لهذه الحالات.

ولكي نستطيع ان نتبين جيداً معالم هذه الشخصية فلا بد لنا من سرد بعض الحالات العيادية.

١ - **الحالة الاولى:** مريضة في الخامسة والعشرين من عمرها. يبلغ طولها ١٦٢ سم اما وزنها ٨٥ كغ اي بزيادة تفوق الـ ٤٠٪ عن الوزن المثالي الذي كان يجب ان تكون عليه. تقول هذه المريضة في شرح حالتها: عندما انظر حول سريري اجد دائماً مجموعة من المجالس المعلطة ببقنات الطعام (واحياناً ثبائي وغضاء السري) فلقد تعودت ان آكل جيداً قبل النوم. الامر الذي يساعدني على النوم الهادئ والعميق. ولكنني عندما استيقظ وأرى نفسي وبدانتي امام المرأة عندها تبدأ من جديد الدموع، والخجل واليأس وحتى القرف من نفسي ومن جسدي بل مع مجموعة كاملة من الاحسiss المازوخية المرة المؤلمة.

٢ - **الحالة الثانية:** مريضة في الثانية والعشرين من العمر طولها ١٦٧ سم ووزنها ٨٧ كغ تقول: احس ان لحمي المترهل حزين للدرجة البؤس. هذا البؤس الذي يستوجب الوحدة بنعيمها وجحيمها. في هذه الوحدة المحكمة اشعر بأن الاكل يعطيوني طفلاً (وكأنني احمل عن طريق الاكل)، اشعر بأنني ادلل نفسي وكأنني طفلتي عن طريق الاكل. وهكذا فإنني من خلال لقماتي المتتابعة ابكي على لحمي المترهل فأتألم واربح.

٣ - **الحالة الثالثة:** فتاة في السابعة عشر طولها ١٦٠ سم ووزنها ٩٠ كغ تقول: لا ماض لي ولا مستقبل. لا مشاريع لدى كل ما هنالك هو ملء هذه الثغرة مدفوعة بشعوري بالنقص الذي اعوضه عن طريق الاكل.

٤ - **الحالة الرابعة:** فتاة في العشرين من العمر طولها ١٦٥ سم ووزنها ٨٥ كلغ تقول: ساعدنني على القضاء على هذا الجسم المترهل. اني راغبة في تقطيعه اربأ، كم

اود لو تخلصني من هذه الشحوم، هذه السرطانات. حبذا لو تجري لي عملية جراحية تخلصني من كل هذه الدهون. فهذه الدهون ليست مني انها ليست لي. فلتتم هذه الدهون وتذهب الى الجحيم والا فلاذهب انا الى هنالك. فلتغتصب هذه الدهون فلتعدب فلتقضم بالاسنان ولقطع ببعض المراحيض.

٥ - الحالة الخامسة: شاب في التاسعة عشر طوله ١٦٧ سم وزنه ١١٠ كغ يقول: ادخل لاشتري ملابسي فيستقبلني باائع متناسق الجسم يجهد نفسه ريشما يجد قياسي واخرج من عنده وكلی ثقة بأن له صديقة تتظره او ربما تأتي اليه. واقارنه بنفسه وأرى بأن لا صديقة لي فاصل الى حالة من اليأس ادخل معها الى محل الحلويات وآكل لغاية ما يشبه الشبع! هذا ما يحصل لي تقريباً في كل مرة اشتري فيها لباساً.

والقائمة تطول كثيراً اذا ما اردنا استعراض كافة النماذج ولكننا نكتفي بهذه الحالات الخمس التي نعتقد انها تلخص المواقف والمشاعر التي يتعرض لها غالبية السمناء.

ولا بد من الاشارة الى ان فظاظة هذه الاعترافات انما تعود الى كون هذه التصريحات صادرة في خضم جلسات علاجية - نفسية ذات منحى تحليلي.

والواضح ان هنالك العديد من القواسم المشتركة بين مختلف الشخصيات المعروضة من خلال هذه الحالات. ولمناقشة كلّ منها على حدة:

أ - ظاهرة الادمان:

من الواضح بان كافة الحالات المعروضة تعكس لنا بان البدين ينظر للطعام على انه موضوع مغر، جذاب لا يقاوم ولكنه مخيف في الوقت ذاته. واذا ما دققنا النظر لرأينا مشهداً متربداً لدى جميع مرضى البدانة، بغض النظر عن انواع الغذاء التي يدمونها. وهذا المشهد يمثل الغذاء بطريقة ساحرة وفاتحة ولكن ايضاً فاحشة في ذات

الوقت. وذلك بحيث يترکر تفكير المريض واهتمامه على الغذاء ولا شيء غير الغذاء. فالبدین يحس بان في جسمه فراغ لا بد من سده حتى ولو ازعجه ذلك بل ولو، احياناً، جعله يقرف من نفسه الا انه يحس بنقص لا يمكن احتماله ولا يعوض الا من خلال الطعام.

فالبدین يحس ايضاً بان هذا الشيء (الطعام) السحري هو الوحيد القادر على تخلیصه من قلقه النفسي وتعویضه شعوره بالفراغ في الوقت ذاته. ومن هنا ينشأ هذا التعلق بالطعام ذلك الشيء المحبوب والمكره في آن معاً (ثنائية العواطف) يدفع بالبدین الى الحالة التي نسميها بإدمان الطعام. فالبدین يحقق كفاية نرجسية من خلال الأكل ولكن هذه الكفاية لا تلبث ان تتحول الى جرح نرجسي لمجرد رؤية صورته في المرآة.

على ان مادة الادمان هنا سهلة ومتوفرة اذ تكفي بعض النقود لشراء الكاتو والشکولاہ واللحم... الخ. وهكذا يجد المدمن نفسه، وبسهولة، امام مواد ادمانه اللذينة والجاهزة دوماً لأن تكون متلهمة بل وتغري المدمن كي يتلهما. وهو قد يقوم بهذا العمل بشرابة او بتعدد، بحب او بکره، بقرف او باشتئاء ولكن في النهاية يتلهما.

ما تقدم نستطيع تأكيد تشخيصنا القائل بان هؤلاء المرضى هم في الواقع مدمنون - مدمنو طعام.

فالعلاقة المشروحة اعلاه هي علاقة ادمانية تمثل نكوصاً طفولياً نحو الغذاء.

ومدمن الطعام يلتجأ له ويباشر تناول طعامه كلما وجد نفسه امام ضغوطات نفسية، صراعات، نزوات داخلية، عوامل ضغط خارجية. اذ ان البدین امام هذه الوضع يحس حاجته لتعويض فوري والطعام في حالته هو اسهل التعويضات واقربها لتناول اليد.

ولو اردنا مناقشة ظاهرة ادمان الطعام من وجهاً نظر طبية - كلاسيكية. لوجدنا ان السلوك الغذائي لهذا المريض يخضع لرقابة عصبية آلية من قبل المراكز العصبية اللحائية (المسؤولة أساساً عن الاعمال الإرادية). وهذه الرقابة إنما تتم عن طريق الميكانيزمات البيولوجية وعن طريق الناقلات العصبية. ولكننا نود ان نذكر في هذا المجال بان الجسم الانساني وان كان يخضع لرقابة عصبية في تحديد زنه الا انه قادر في الوقت ذاته على التكليف مع زيادة او نقصان الشحم في جسمه ضمن حدود معينة. وهذه الحدود تحددها الوراثة لوحدها.

ومرضانا عندما يصرحون بأنهم لم يختبروا احساس الجوع والعطش فانهم يوحون لنا بأن الرقابة العصبية لسلوكهم الغذائي هي رقابة معطلة او على الاقل فهي مشوشة. وهم يبدون بالفعل وكأنهم لا يستطيعون التحكم بما يدخل أجسامهم وما يخرج منها. فهل يكتشف اطباء الاعصاب يوماً ما مرضياً عصبياً اسمه البدانة؟

ب - الارادة المسلوبة:

ان حديثنا عن ادمان الطعام يفسر وجهاً من وجوه فقدان البدانين لسيطرته على نفسه امام الطعام الذي يسلبه ارادته.

ولمناقشة حالة المريضة التي تقول: «هذه الدهون ليست مني، فلتمت الخ...» ونحن نسأل من هذه الدهون اذاً؟ ومن الذي اكل الطعام المولد لهذه الدهون.

ان التحليل النفسي لحالة هذه الفتاة يوصلنا الى جواب واحد هو (أمهما).

ان البدانين (خاصة البدانين) يسقط بدانته على امه ويدعى بأنها تلبسه تماماً كما يدعى بعض المشعوذين بأن الشياطين تلبسهم.

واحساس البدانين، بملکية امه له، هو الذي يسلبه ارادته. لذلك نود ان نتوقف عند هذه النقطة لتتعرف على جذورها واسبابها.

ان التحليل النفسي (انطلاقاً من تحديدة للترجسية الاولية والترجسية الثانوية)

يرى بأن الطفل البشري عندما يولد لا يملك القدرة على تأمين استمرارية حياته وهو يتبع امه (او من يقوم بدورها) لتأمين هذه الاستمرارية. وفي هذه المرحلة يدرك الطفل المفهوم التشريجي لجسده. (وهذا ما يسميه المحللون بالجسم الاول). وهذا الجسم الاول هو الجسم ذو الحاجات اي انه الجسم الفيزيولوجي. وبعد تأمين هذه الحاجات والاطمئنان لهذه التأمين يبدأ بالظهور الجسم الثاني او الجسم الشهوانى الذي يسيطر على الجسم الاول ويتأثر باهتمام الجهاز النفسي. وهذا الاستثمار يزداد تدريجياً مع نمو الطفل ليصل الى قمته في مرحلة يسميها المحللون النرجسية.

والطفل يحس بملكية امه له سواء في جسمه الاول (الذى تؤمن الام استمراريتها) او في الجسم الثاني حيث تؤمن الام للطفل كفايته الغلمية وخاصة خلال المرحلة الفميه. وهذا ما حدا بال محللين الى استعمال صفة الفائقة القرة للام في هذه المرحلة .La mère Toute puissante

ج - الطعام كعامل تعويضي:

كما رأينا، أثناء تعرضنا للدور الام في احداث اضطرابات السلوك الغذائي لدى طفليها، فان الام عندما لا تستجيب حاجات طفلها بشكل ينسجم مع هذه الحاجات فإن الام تضع طفلها اما خيارين فهو اما يرضيها بقبوله الطعام الذي تقدمه له (وإن كان لا يعجبه) وهذا ما يحدث عادة في حال وجود رغبة لدى الام في تزويب طفلها.

اما الخيار الثاني فهو طبعاً امتناع الطفل عن تناول هذا الغذاء (لانه لا يعجبه) وبهذا يمارس هذا الطفل اولى مظاهر تردد النرجسي.

ففي الحالة الاولى يتحول الطفل الى السمنة التي تكسرها العلاقة الدويبانية مع الام التي شرحناها في فقرة الارادة المسلوبة. اما في الحالة الثانية فإن الطفل يتحول الى الهزال والى الاصابة يتتجسس المعدة ويرضى القرحة.

وهكذا نلاحظ بان الطعام عند السمين هو دعوة للام لظهور عطفها ولتدوّيه فيها وهو يلتجأ له كعامل تعويضي كلّما احس بحاجة للامان العاطفي وللدعم المعنوي.

د - الطفل - القصيب:

ان عملية الولادة تترك الام شاعرة بفراغ في بطنها. والام وان لم تظهر ردة فعل نفسية ظاهرة عقب الولادة الا ان غالبية الامهات اللواتي وضعن حديثاً يعشن هوماماً (يختلف حدة من حالة لأخرى ليأخذ طابعاً ذهانياً في بعض الحالات) مفاده بان الطفل لا يزال داخل بطنهن. حتى ان بعضهن يعشن هذا الهوام لفترة طويلة. فهن وإن رأين الطفل ينمو امامهن الا انهن يرفضن ان يقطعن الحبل المشيمي. بمعنى انهن يتبعن افتراضهن بأن هذا الطفل لا يزال يرتبط بهن (من خلال حبل مشيمي - نفساني، وهمي بالطبع). وانطلاقاً من عقدة غياب القصيب فان هؤلاء الامهات يعاملن الطفل وكأنه قطعة مفقودة من جسدهن (تماماً كإحساسهن بفقدان القصيب). وهكذا فإن هذه الام تعتبر طفلها بمثابة قضيب (ويزداد هذا الاعتبار عندما يكون الطفل ذكرآ). وهذا الاعتبار يدفع المرأة لرفض الوظيفة الابوية لأنها تريد ان يكون هذا الطفل ملكاً خاصاً لها لا ينزعها احد في هذه الملكية. وهي اما ان تعرض طفلها وكأنه قطعة رائعة واما ان تخبيه وتخفيه في حياء ولكن غالباً ما تتراوح تصرفات الام بين الموقفين. وهذا ما يوضح لنا الارادة المسلوبة (التي شرحتها) والسبب الذي يدفع بالسمين الى الاحساس بأن مركز حياته يقع خارج نطاق ذاته. بل ان غالبية السمناء بدركون دور امهم (وان كانوا لا يستطيعون تفسير تفاصيل هذا الدور) ويسقطون بذاتهم عليها.

ه - غياب الهوية الذاتية:

ما تقدم لاحظنا بأن البدين يعيش احساساً (بایحاء من امه) مفاده بأنه لم يغادر

قط بطن امه. وبالتعبير التحليلي فهو يحس بأنه زائدة قضيبية لأمه (Appendice Phallique). وفي مرحلة المراهقة، حيث تبدي الترجسية، فإن البدين يصبح توافقاً لمارسة غرائزه الذاتية. وفي هذه المرحلة فإن المراهق الذكر يحصل على استقلاليةه بسهولة أكبر من الفتاة لأن ممارسة الشاب لغرائزه هي أكثر سهولة من ممارسة الفتاة لغرائزها. وعندما تجد الفتاة عقبات تمنعها من ممارسة هذه الغرائز فإنها تصب كل اهتمامها على غريزة التغذية فتجد فيها تعويضاً نرجسياً. وصعوبة ممارسة الفتاة لغرائزها هو السبب في أن النساء غالبية مطلقة في مرضي البدانة.

وهكذا فإن الطعام بعد أن كان في البداية تأمين استمرارية الحياة تحول إلى لذة غلمية (فترة الرضاعة - المرحلة الفميه) فإلى رغبة في ارضاء الام وتجنب غضبها (اثناء المرحلة الشرجية) ومن ثم تحول الطعام كمارأينا الى عامل تعويضي لفقدان الشعور بالأمان (اثناء المرحلة الاوديسية)وها هو يتحول أخيراً (اثناء المراهقة) الى متنفس للتعويض عن الحرمان من ممارسة الغرائز وعن الكبت (تعويض نرجسي).

و - العلاقة الذوبانية:

لقد اتضحت لنا معالم هذه العلاقة من خلال الفقرات السابقة. فالطفل يستجيب لأمنية امه(بالاحتفاظ به في بطنها) من خلال رغبته في الذوبان في هذه الأُم. والبدين (خاصة البدينة) يتمنى لو انه لم يولد ولم يترك بطن امه الرائعه ويتنمى لو انه عاش في جسدها وتنعم بداخله الى الابد.

على ان ثنائية العواطف لدى البدين تدفعه الى الخوف من امه، الهرب منها، كرهها ومحاولات التملص منها، وما ذلك الا لأنه يدرك بان تحقيق رغبته بالذوبان في امه انما يعني موته رغبته، موته شهواته وجذونه وهذه المخاطر الثلاث هي اكبر واصعب مخاوف الانسان.

وهكذا نصل الى نتيجة مفادها بأن رغبة البدين بالذوبان في امه انما تقف عند

حدود معينة فهو يدرك بأنه ليس كلية ملك لامه
ووالدة البدنية (تتكلم بالمؤنث لأن غالبية المرضى من النساء كما اشرنا)
تستخدم ابتها البدنية كتوظيف. ولكن لهذه الام توظيفات شهوانية اخرى من فنية
وأدبية ودينية وتعلقها بامها بدورها... الخ. وعندما تعى بالمدينة انشغال امها بهذه
الوظيفات فهي تدرك استحالة ان تكون امها لها لوحدها، مما يتسبب في احباطها.

ومن خلال هذا الاحباط تحول البدنية الى المطالبة بتعويض هذا الاحباط. ومن
خلاله ايضاً تبدي مشاعرها بالنقص العاطفي.

وذا كان الهزيل يرفض الطعام اصراراً منه على التحرر من الذوبانية والهرب من
استحوذ الام فان البدنية تقبل على الطعام وتبالغ فيه رغبة منها في تأكيد رغبتها
الذوبانية. فعن طريق الطعام تحس المدينة بانها تتقارب من امها وتستعيد في ذاكرتها
المرات الاولى لشعورها بالكافية عن طريق ثدي الام.

من خلال هذا المنحى التحليلي ذاته فإنه الافراط في الطعام قد يكون دفاعاً
تمارسه البدنية امام الموت (ورغبتها فيه وصولاً للذوبان في امها والعودة الى بطنهما،
ذلك الفردوس المفقود بتعبير الملائكة). في هذه الحالة فإن كل لقمة تلتهمها البدنية اما
تكون يديلة لرغبتها في الموت مع احتفاظ هذا البديل بطبيعته كواحد من انواع التدمير
الذاتي الذي تمارسه البدنية نحو نفسها.

ز - الطعام بوصفه كفاية نرجسية:

والاتهام الطعام لذة اخرى. فالأكل، والشهي منه بشكل خاص، الذي تتناوله
البدنية خلسة انتا يشعرها بانفصالتها عن امها، ثورتها عليها، وتأكيد على استقلاليتها
(وثانية العواطف هذه هي التي يجعل من الطعام حلاً هروبياً من العقدة الذوبانية ومن
فكرة الموت المرافقة لها).

وَكَمَا رأيْنَا فِي الْفَقْرَاتِ السَّابِقَةِ فَإِنَّ الطَّعَامَ هُوَ الْمَطَافِرَةُ الْأُمُّ وَلَكِنَّهُ لَيْسَ الْأُمُّ ذَاتِهَا. فَالطَّعَامُ هُوَ شَيْءٌ يُمْكِنُ لِلْبَدِينَةِ اِمْتِلاَكَهُ وَالتَّمَتُّعُ بِهِ بِعَزْلٍ عَنِ الْآخَرِينَ. وَالطَّعَامُ بِهَذَا يُخْتَلِفُ عَنِ الْأُمِّ الَّتِي لَا يُمْكِنُ لِلْبَدِينَةِ اِمْتِلاَكَهَا بِسَبَبِ اِهْتَمَامِ الْأُمِّ بِتَوْظِيفَاتِ أُخْرَى غَيْرِ اِبْنَتِهَا الْبَدِينَةِ.

هَكُنْدًا يَتَحَوَّلُ الطَّعَامُ فِي النِّهَايَةِ إِلَى كَفَافَةٍ نَرْجِسِيَّةٍ تَؤْمِنُ لِلْبَدِينَةِ نَشْوَةً ذَاتِيَّةً (لَا تَحْتَاجُ إِلَى مَوْضِعٍ). إِذَانَ الْبَدِينَةُ فِي وُجُودِ الطَّعَامِ تُسْتَطِعُ أَنْ تَقُولَ لِنَفْسِهَا: «أَنَا لَا احْتَاجُ إِلَى أَحَدٍ. وَهَنْتَ أَنْتَ يَا أَمِّي فَأَنَا لَا احْتَاجُكَ». فَقَدْ وَجَدَتْ بِدِيلًا عَنْكَ لَا يَسْبِبُ لِي الْاحْبَاطَ الَّذِي تَسْبِيْهُ لَيْ أَنْتَ مِنْ خَلَالِ اِنْشَغَالِكَ عَنِي بِأَمْوَارِ أُخْرَى».

عَلَى أَنَّ الْعَزْلَةَ الْمَرَاقِفَةَ لِلْبَدَانَةِ أَنْ تَشَكَّلَ مَلَادِيًّا لِلْبَدِينَةِ تَهْرُبُ إِلَيْهِ مِنَ الْعَالَمِ الْخَارِجيِّ (اجْتِمَاعِيًّا وَجَنْسِيًّا... إلخ) الَّذِي يَعْرُضُ عَلَيْهَا صُورًا عَنِ اِمْهَا.

وَفِي نِهَايَةِ حَدِيشَنَا عَنِ الْبَدَانَةِ كَمْرُضُ نَفْسِيِّ - جَسْدِيِّ لَا يَسْعَنَا إِلَّا التَّذَكِيرُ بِالْحَالَةِ الْمَسْمَاءِ Perspirato insensibilis كَمَا تَؤْدِي إِلَيْهِ الْحَالَةُ الْنَفْسِيَّةُ الْمُتَرْدِيَّةُ مَعَ مَا يَصَاحِبُ ذَلِكَ مِنْ اِرْهَاقٍ إِلَى زِيَادَةِ اِفْرَازِ الْهِيُورُمُونِ الْمَانِعِ لِدَرِ الْبَوْلِ وَزِيَادَةِ الْأَلْدُوستِيُّرُونَ كَمَا تَؤْدِي إِلَى خَفْضِ اِفْرَازِ الْجَلَدِ لِلْعَرَقِ مِنْ ٧٠٠ مَلِيلِيُّترٍ فِي الْيَوْمِ إِلَى ٣٠٠ مَلِيلِيُّترٍ فِي الْيَوْمِ. وَيَنْجُمُ عَنِ هَذِهِ التَّغْيِيرَاتِ الْفِيُّزِيُّولُوْجِيَّةِ زِيَادَةُ فِي الْوَزْنِ وَبِالْتَالِي سَمْنَةُ مِنَ النَّوْعِ النَّفْسِيِّ - الْجَسْدِيِّ الْبَحْثُ.

الفصل الثالث

علاج البدانة

علاج البدانة

يَتَسَمُّ هَذَا الْعَلاجُ بِالْكَثِيرِ مِنِ الصَّعُوبَةِ وَالْتَّعْقِيدِ وَذَلِكَ لِجَمِيلَةِ مِنِ الْأَسْبَابِ نَذْكُرُ

اهمها قبل البدء بعرض مختلف الوسائل العلاجية. وهذه الاسباب هي:

- ١ - صعوبة تطبيق العلاج وخاصة في الحالات التي يتطلب فيها العلاج وقتاً طويلاً قد يدوم سنوات طويلة.
- ٢ - اختلاف خطة العلاج باختلاف الاسباب المؤدية للبدانة. ولا نجد بأساساً من التذكير، ومن جديد، بهذه الاسباب:
 - أ - العادات الغذائية السيئة (ومن بينها الاكثار من الطعام).
 - ب - انخفاض استهلاك الجسم للطاقة (عدم القيام بأي نشاط).
 - ج - العوامل العصبية (عقب جراحة عصبية او عقب صدمة نفسية تسبب النكوص).
 - د - العوامل الغددية (قصور الدرقية، قصور غدد الخصية... الخ).
 - ه - العوامل الوراثية (حين تكون البدانة وراثية في العائلة).
 - و - العوامل النفسية(التي قد تصل الى حد الذهان كما رأينا).

وكما نلاحظ فإن هذه العوامل تتدخل فيما بينها بحيث يؤدي هذا التداخل وفي كثير من الاحيان ليس فقط الى صعوبة التشخيص ولكن ايضاً الى صعوبة اتباع خطة علاجية واضحة. ولهذا السبب نلاحظ بأن علاج البدانة غالباً ما يجمع بين أكثر من طريقة علاجية. وذلك بحيث يكون نظام الحمية الغذائية والرياضة حاضران دائماً في هذا العلاج.

٣ - ان هبوط الوزن المرافق لعلاج البدانة لا يطال فقط الانسجة الدهنية ولكنه يطال ايضاً الانسجة العضلية مما قد يؤدي الى اضطرابات جسدية متعددة تقتضي المراقبة الطبية طيلة فترة العلاج.

٤ - صعوبة التحديد المسبق لتطورات البدانة ولآثارها السيئة على الصعيد

الجسدي (راجع اخطار السمنة).

بعد هذا العرض المقتضب للصعوبات التي تتعترض المعالج امام مرض البدانة، نقوم بعرض الخطوات الواجب اتباعها في هذا العلاج، وكذلك انواع هذا العلاج، وهكذا فإن عرضنا لعلاج السمنة يمكن تلخيصه على هذا النحو التالي:

١ - علاج المرض الجسدي (في حال وجوده) المؤدي للسمنة.

٢ - التدليل.

٣ - الحمية الغذائية.

٤ - التمارين الرياضية.%

٥ - العلاج بالعقاقير.

٦ - الاقتراحات العلاجية الحديثة.

- الاطعمة الليفية.

- بالونات المعدة.

- حمامات السنون.

٧ - العلاج النفسي بمدارسه المتعددة ونذكر على:

- التحليل النفسي الحديث.

- التنويم المغناطيسي الذاتي.

- العلاج النفسي الاداري.

١ - علاج المرض الجسدي المؤدي للسمنة:

ما تقدم نلاحظ بأن البدانة هي مرض نفسي - جسدي. ذلك ان الاضطراب النفسي اذا لم يكن واحداً من جملة الاسباب المؤدية للبدانة فهو حتماً واحداً من

النتائج المترتبة عنها. وكذلك القول بالنسبة للأسباب الجسدية التي توجب على المعالج التنبه لها والعمل على علاجها قبل قيامه بمعالجة البدانة نفسها.

والواقع ان الاضطرابات الجسدية المرافقة للبدانة هي اوسع من ان تحصر ولكننا هنا سنحاول ان نعرض خطوطها العريضة فنبدأ :

أ - الاضطرابات الغددية: وفي مقدمتها قصور الغدة الدرقية المتبذلة بظهور عيادة عديدة. وزيادة افراز البنكرياس لهormون الانسولين الامر الذي يزيد الاحساس بالجوع. واذا كان اضطراب الدرقية يزيد الوزن بصورة محدودة فإن اضطراب البنكرياس يزيد بدرجات متغيرة فكلما ازداد افراز الانسولين كلما ازداد الاحساس وكلما ازداد الوزن.

اما قصور افراز الهرمون الذكري (على صعيد الخصية) فيؤدي بدوره الى البدانة التي ترافق في هذه الحالة مع عدد من الاضطرابات النفسية الناجمة عن الاضطراب الجنسي المرافق لهذا القصور.

ومن الاضطرابات الغددية المؤدية للبدانة نذكر ايضاً زيادة افراز الهرمون الانثوي. مع مايسبيه هذا الهرمون من احتباس الماء في الجسم.

واخيراً لا بد لنا من الاشارة الى الاضطرابات الغددية المتنوعة التي تحصل على صعيد الغدة اللوزية . غدة ما تحت المهد (الهييوفيز - هيبوتالاموس) ومنها التنادر الدهني - التناسلي. (Syndrome Adipo - Génital).

ب - اصابات الجهاز العصبي المركزي: وهي اصابات كثيرة التنوع وتقتضي تفحص التاريخ المرضي للبدلين بدقة. فقد تنجم هذه الاصابة عن عملية جراحية في الدماغ، عن رضة تصيب الجمجمة، او بعد علاج مرض التهاب السحايا السلي او بعد التهاب دماغي او اخيراً نتيجة لنمو وتطور ورم في المنطقة الدماغية المسممة بالبطين الثالث.

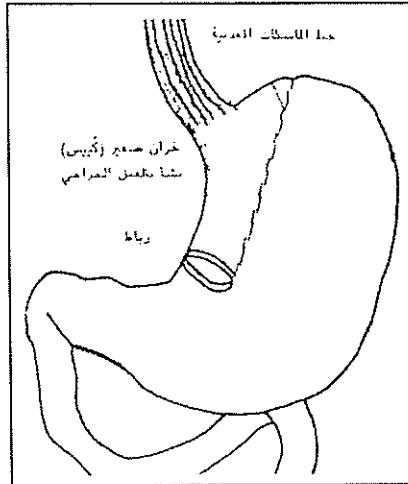
ج - الامراض المتباعدة بالسمنة بطريقة غير مباشرة: وهنا تطول القائمة لتشمل الامراض التي يستوجب علاجها استعمال عقاقير من شأنها ان تزيد الشهية وكذلك تلك الامراض التي تقتضي عدم بذل الجهد من قبل المريض وانهياً تلك الامراض التي تستوجب وصف الفيتامينات بهدف زيادة مناعة الجسم.

ومما ان المجال يضيق بنا هنا لذكر العقاقير التي من شأنها ان تساهم في زيادة السمنة وتطورها فانتا نذكر بانه على المعالج ان يطلع على العقاقير التي يتناولها غالي الدين وان يحدد آثارها الجانبية سواء من حيث تسببها في زيادة السمنة او من حيث تشجيعها لاخطر السمنة.

يشكل العمل الجراحي واحداً من الاقتراحات الحديثة لعلاج السمنة. وتتجلى العملية الجراحية، الهادفة لعلاج السمنة، بالحد من حجم المعدة وبالتالي من قدرتها على احتواء الطعام. ويتم ذلك عن طريق استخدام ماسكات معدنية تقسم المعدة الى كيسين. يدخل الطعام الى الاصغر بينهما (انظر الصورة) ومن هنالك يتابع الطعام طريقه عبر فم المعدة الى الامعاء الدقيقة، ويتحول دون تعدد القناة، الموصولة بين الكيسين، رباط من البلاستيك. بهذه الطريقة تستمر افرازات المعدة الهضمية على ما هي ولكن مع خفض كمية الطعام التي تحتويها المعدة.

٢ - التدليل:

إيًّا كانت اسباب السمنة ودرجتها وايًّا كانت الطرق العلاجية التي نود اعتمادها فإن التدليل يفرض نفسه في جميع الحالات. ذلك ان التدليل يسهل عملية سريان الدم في الاوعية الدموية الموجودة على سطح الجلد. وهو يحول ايضاً دون حدوث ترسبات دهنية والتهاب الخلايا الضامة المعروف بالسييلولوت (Cellulite). هذا طبعاً بالإضافة الى الشعور بالنشاط والحفاظ على جمالية الجسم. ونشير هنا الى وجود آلات التدليل التي يمكن استعمالها منزلياً.



يشكل العمل الجراحي واحداً من الاقتراحات الحديثة لعلاج السمنة. وتنجلى العملية الجراحية، الهدافـة لـلـعـاجـ السـمـنـةـ، بالـحدـ منـ حـجمـ المـعـدـةـ وبـالـتـالـيـ منـ قـدرـتـهاـ عـلـىـ اـحـتـوـاءـ الطـعـامـ. ويـتمـ ذـلـكـ عـنـ طـرـيقـ اـسـتـخـدـمـ مـاسـكـاتـ مـعـدـنـيـةـ تـقـسـمـ المـعـدـةـ إـلـىـ كـيـسـينـ. يـدـخـلـ الطـعـامـ إـلـىـ الـأـصـغـرـ بـيـنـهـماـ (انـظـرـ الصـورـةـ) وـمـنـ هـنـاكـ يـتـابـعـ الطـعـامـ طـرـيقـهـ عـبـرـ فـمـ المـعـدـةـ إـلـىـ الـأـعـمـاءـ الدـقـيقـةـ، وـيـحـولـ دـوـنـ تـمـددـ الـقـنـاةـ، الـمـوـصلـةـ بـيـنـ الـكـيـسـيـنـ، رـبـاطـ مـنـ الـبـلاـسـتـيـكـ. بـهـذـهـ الـطـرـيقـ تـسـتـمـرـ اـفـرـازـاتـ الـمـعـدـةـ الـهـضـمـيـةـ عـلـىـ مـاـ هـيـ وـلـكـنـ مـعـ خـفـضـ كـمـيـةـ الطـعـامـ الـتـيـ تـحـتـويـهـاـ الـمـعـدـةـ.

٣ - الحمية الغذائية:

من العـبـثـ الـلـجـوءـ إـلـىـ انـظـمـةـ الـحـمـيـةـ الـغـذـائـيـةـ فـيـ حـالـ وـجـودـ اـسـبـابـ جـسـديـةـ مـؤـدـيـةـ لـلـبـدـانـةـ. فـيـ مـثـلـ هـذـهـ الـحـالـاتـ وـجـبـ عـلـيـنـاـ عـلـاجـ اـسـبـابـ الـمـؤـدـيـةـ لـلـبـدـانـةـ قـبـلـ تـطـبـيقـ الـحـمـيـةـ الـغـذـائـيـةـ. عـلـىـ اـيـةـ حـالـ إـنـ عـلـاجـ السـمـنـةـ بـمـخـلـفـ اـنـوـاعـهـاـ وـاسـبـابـهاـ يـجـبـ انـ يـمـرـ بـاـتـابـعـ وـاحـدـ مـنـ انـظـمـةـ الـحـمـيـةـ الـغـذـائـيـةـ.

ولـكـيـ نـسـتـطـعـ اـعـتـمـادـ حـمـيـةـ غـذـائـيـةـ مـعـيـنةـ إـنـهـاـ يـجـبـ انـ تـكـوـنـ مـنـسـجـمـةـ مـعـ
الـقـوـاعـدـ التـالـيـةـ:

- انـ يـكـونـ تـطـبـيقـهـاـ سـهـلـاـ بـحـيثـ لاـ يـعـجزـ الـمـرـيـضـ عـنـهـ.
- يـجـبـ انـ تـكـوـنـ الـحـمـيـةـ مـنـتـاسـقـةـ بـحـيثـ تـؤـمـنـ لـلـمـرـيـضـ التـواـزـنـ الـغـذـائـيـ الـمـطـلـوبـ.

- بين البروتين، الدهن، السكريات، الاملاح والسوائل.
- يجب ان يتم تطبيقها تدريجياً لغاية الوصول الى الحد الادنى الذي تحدده الحمية.
- يجب ان يتم تطبيقها تحت رعاية طبية.

- يجب الا يبالغ في اعتمادها لغاية وصول المريض الى ما تحت الوزن المثالي.
- يجب ان تحتوي على ما لا يقل عن الف كالوري في اليوم كحد ادنى.

على ان الصعوبة القصوى التي يواجهها تطبيق نظام الحمية الغذائية هي صعوبة البدء فيه. ولذلك فإن بعض الأطباء ينصحون بدء الحمية من خلال فترة من الصوم تمتد من أسبوع إلى شهر، حسب الحالة، وبعدها يبدأ تطبيق نظام الحمية بحد ذاته.

اما عن نوعية الأطعمة المعتمدة في أنظمة الحمية فهي تحوي على مقدار ضئيل من السكريات لا يتجاوزه الـ ٢ غرام في كل كلغ من وزن الشخص وذلك عوضاً عن ٧ غرام في حالة الإنسان العادي. وكذلك الدهون فهي شبه معروفة في أنظمة الحمية بحيث لا تتجاوز الـ ٢٠ غراماً يومياً. وهذا الإقلال إنما يعود إلى الزيادة الكبيرة في نسب السكريات والدهون الموجودة في جسد اليدين.

اما البروتينات فإن أنظمة الحمية تحافظ على نسبتها الطبيعية وهي ١ غرام بروتين لكل كلغ من الوزن. ومصدر هذه البروتينات هو اللحوم التي تحتوي على ٢٠ غرام بروتين في كل ١٠٠ غرام او الاجبان التي تحتوي على ٣٠ الى ٤٠ غرام بروتين في كل ١٠٠ غرام منها.

بالنسبة للسوائل فيجب الابتعاد عن السوائل المحتوية على الكالوري ومنها الكحوليات وخاصة البيرة. اما الماء والشاي فيمكن شربها بالكميات التي يريدها المريض على ان لا يشرب اثناء تناوله الطعام.

وأخيراً الاملاح فيجب تجنبها تجنبأً شبه تام وان يطهي الطعام بدون ملح. اما ملح الطعام (المستخدم على المائدة) فيجب ابداله بالملح الخالي من الصوديوم. وفي نهاية حديثنا عن الحمية الغذائية فها نحن نعطي مثالاً عن احد انظمة الحمية.

- لحمة دون دهون (هبرة) ١٧٥ غرام
- زبدة ٢٠ غرام
- جزر ٢٠٠ غرام
- حليب ٢٠٠ غرام
- جبنة ٣٠ غرام
- بندورة ١٠٠ غرام
- خبز محمص (توست) ٥٠ غرام
- فاكهة (اجاص، دراق، مشمش، خوخ، عنب، تين، كرز، ليمون، تفاح... الخ) ١٥٠

وهذا النظام يحتوي على الف كالوري ويعتبر الحد الادنى لما يجب ان يتناوله المريض يومياً. من الممكن اجراء بعض التعديلات على هذا النظام على سبيل التنويع. فمن الممكن استبدال البندورة بالخضار الاخرى كالخس والسبانخ والفجل والخيار... الخ. ومن الممكن ايضاً استبدال الجزر بالبطاطا (١٠٠ غرام) او الفاصوليا (٢٠٠ غ) او الارز (٣٠ غ) او البازيلا (١٠٠ غ)... الخ.

٤ - التمارين الرياضية:

تهدف الحمية الغذائية الى الاقلال من الطاقة الواردة الى الجسم عن طريق الاطعمة. وذلك بحيث يصبح الجسم مجبراً على استخدام مخزونه من الطاقة. وهذا المخزون يتم، كما شرحنا مسابقاً، من خلال تخزين الجسم للدهون في انسجته الدهنية

ومن خلال تخزين مادة الغيلوكجين في الكبد بشكل خاص. وهذه المخزونات قابلة للتلفك والتتحول إلى طاقة وهذا ما تهدف إليه الحمية الغذائية.

الآن للحمية الغذائية، وخصائص القاسية منها، مساعدةً لها وفي طليعتها استهلاك المخزون الاضافي للغلوكوجين. وهذا يعني بأن الحمية الغذائية القاسية تؤدي إلى اضعاف العضلات وإلى الانقصاص من القدرات الذهنية - الفكرية وكذلك انخفاض حيوية الشخص. لأن هذه العمليات تعتمد على الغلوكوجين كمصدر رئيسي للطاقة. وبمعنى آخر فإن الحمية لا تطال فقط الشحوم ولكنها تطال أيضاً العضلات والقدرات الجسدية والفكرية للبددين.

ولكي يستطيع البددين أن يتلافى هذا المأزق فإن التمارين الرياضية تمثل مخرجاً مثالياً من هذا المأزق. فمن شأن هذه التمارين أن تحافظ على عضلات الجسم وعلى حيويته وقدراته الفكرية. هنا إضافة إلى تعويض هذه التمارين عن انخفاض الأيض الأساسي.

اما عن نوعية هذه التمارين فتحتختلف باختلاف الحالة المرضية وتعقيداتها. ففي الحالات التي تؤثر فيها السمنة على القلب والشرايين لا يمكننا أن ننصح بأي جهد جسدي قد يضر القلب. وتقتصر التمارين في هذه الحالة على رياضة المشي. أما في الحالات التي يكون فيها المريض شاباً لم تطاله التأثيرات السلبية للسمنة فيكوننا عندها أن ننصحه بتمارين أكثر عنفاً وربما بممارسة رياضيات معينة.

فتحديد طبيعة التمارين الرياضية ومدى الجهد المسموح بيذله اثناءها هو تحديد يرتكز على الفحص الطبي الدقيق.

لهذه الأسباب وتلافياً لزيادة تعقيدات السمنة فإننا ننصح بالتمارين الرياضية البسيطة مثل المشي، السباحة والحركات السويدية. ونبه هنا إلى زيادة الشهية التي قد تسببها هذه التمارين الأمر الذي يستوجب المراقبة والانتباه.

٥ - العلاج بالعقاقير:

من وجهة نظر عيادية نستطيع تقسيم العقاقير المستخدمة في علاج البدانة الى قسمين:

- صادات الشهية.

- الادوية التي تزيد استهلاك الجسم للطاقة.

وهذه العقاقير يجب ان توصف من قبل الطبيب، بسب اخطارها الجانبية، فصادات الشهية تتسبب في تهييج الجهاز العصبي ومن الممكن ان تتسبب في الادمان على تناولها،

اما الادوية التي تزيد استهلاك الطاقة فهي تتسبب في اضطرابات غددية اذا كانت ذات طبيعة هورمونية. اما اذا كانت هذه الادوية من نوع مدرات البول او المسهلات فإنها قد تؤدي الى انخفاض نسبة البوتاسيوم في الدم مع ما يمكن أن ينجم عنه من تعقيدات. وخلاصة القول فإن هذه العقاقير لا تعطي أية نتيجة ما لم تترافق مع الحمية الغذائية وما لم يتم مراقبتها طيباً.

ان الاقلال من كمية الطعام يؤدي الى انخفاض الأيض الاساسي اي الطاقة اللازمة للجسم وذلك بسبب انخفاض الجهد الذي يبذله الجسم لهضم الطعام، ويقدر هذا الانخفاض بـ ١٠٠ كالوري كلما نقصت كمية الطعام بـ ألف كالوري.

٦ - الاقتراحات العلاجية الحديثة:

من الطبيعي ان يحاول الباحثون، في ميدان علاج السمنة، الافادة من مختلف المعطيات المتوافرة حول هذا الموضوع. وهذه المعطيات هي:

أ - تجاوز الشهية الفائقة المميزة لمريض السمنة. هذه الشهية التي تكمن وراء صعوبة، واحياناً استحالة، التزام المريض بالحمية الغذائية.

- ب - خفض كمية الطاقة التي ترد الى الجسم عن طريق الاطعمة.
- ج - تلاقي مظاهر ادمان الطعام وخاصة على الصعيد النفسي - العصبي. اذ ان عادة الاكثار من الاكل تؤدي الى نشوء ارتكاس عصبي متمثل بنشوء عادة المضغ او الشعور بال الحاجة الى ملأ الفم، تحريك الفكين وطحن الطعام بين الاسنان.
- و هذه الحركات تؤدي الى التفريغ العصبي. فإذا ما اقل السمين من كمية طعامه فإننا نراه يشعر بالتوتر العصبي.
- د - تلافي الشعور بالخواص وبفراغ المعدة. مما يؤدي بدوره الى تهيج الشهية.
- ه - تأمين الاكتفاء عن طريق اللذة الفممية التي يحسها البدن أثناء تناوله للطعام.
- انطلاقاً من هذه المبادئ تنقسم الاقتراحات العلاجية الحديثة الى:
- ١ - **الاطعمة الليفية:** يعمل الباحثون على انتاج اغذية تحتوي على خيوط ليفية من شأنها ان تؤخر مضغ هذه الاطعمة وتبقيتها في الفم مدة اطول مما يؤمن اللذة الفممية وكذلك التفريغ العصبي. وعندما يصل هذا الطعام الى المعدة فإن هضمها يصعب على المعدة بسبب احتوائه على الخيوط الليفية. الامر الذي يقي المعدة في حالة امتلاء لفتره اطول. وبما ان هضم هذه الالياف والحصول على الطاقة الكامنة فيها يحتاجان الى انزيمات غير موجودة في الجسم البشري وبالتالي فإنها لا تسبب السمنة وتتيح للمريض ارضاء شهيته البالغة.
- وما تقدم نلاحظ ان هذه الاطعمة من شأنها ان تحل مشاكل السمنة الا ان هنالك عدد من الصعوبات التقنية التي تواجه انتاجها بشكل تجاري.
- ٢ - **بالون المعدة:** يتالف هذا البالون من اسطوانة مصنوعة من البلاستيك الرقيق بحيث يمكن نفخها كالبالون وذلك بواسطة انبوب طويل من البلاستيك متفرع من الاسطوانة.

ويتم ادخال هذه الاسطوانة الى المعدة عن طريق الفم وذلك بعد اعطاء المريض احد المهدئات. وعندما يصل البالون الى المعدة يتم نفخه عن طريق الانبوب.

وبعد نفخه يطفو هذا البالون على القسم الاعلى للمعدة مما يؤدي الى الشعور بالشبع. وهكذا يقلل هذا البالون من اقبال البدن على الطعام دون معاناة احساس الجوع والاضطرار لمقاومة المتنع عن التدخين للسيجارة. مما يجعل من بالون المعدة واحدة من افضل الوسائل لعلاج السمنة.

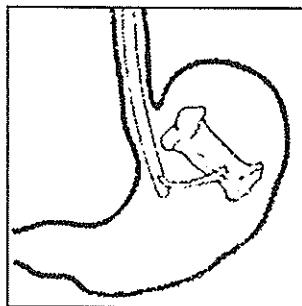
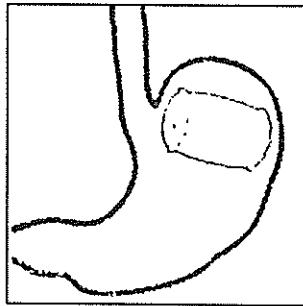
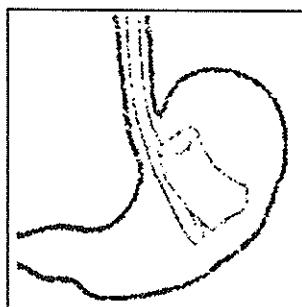
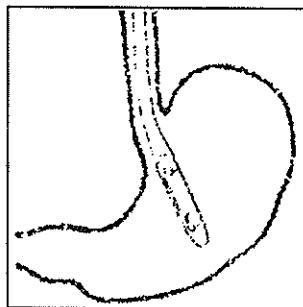
ولكن لهذا البالون مواصفاته وشروط وظروف استعماله التي يجب تبيانها قبل اعتقاده في علاج السمنة وهذه المواصفات هي:

- ١ - يصل حجم البالون المنفوخ الى خمسة سنتيمترات عرضاً على تسعه طولاً وهو كما اشرنا اسطواني الشكل.
- ٢ - يستعمل باللون المعدة في حالات السمنة بتداء من الدرجة الثانية. اي لدى اولئك المرضى الذين يزيد وزنهم ٢٠٪ عن الوزن المثالي على الاقل. وذلك بعد فشل الوسائل الاخرى لعلاج هذه السمنة.
- ٣ - يمكن للمريض الاحتفاظ بهذا البالون لمدة اربعة اشهر وبعدها يبدأ البالون تلقائياً بالترابع والضمور مما يتضمنه من الطبيب اخراجه من المعدة. وبعد هذه المدة اذا ما رأى الطبيب ضرورة فاما كانه ان يزرع باللوناً جديداً لمدة اربعة اشهر اخرى.
- ٤ - يجب الحذر من ان النقص الذي يحدثه هذا البالون يجب ان يجري تحت رقابة طبية فهذا النقص يجب الا يتجاوز ١,٦ كغ في الاسبوع الواحد. لأن في هذا التجاوز خطر الاصابة بوهن العضلات (سبب نقصان التنسج العضلي) وخطر حدوث عدد من التناذرات الفيزيولوجية التي قد تتعكس في تكوين حصى الكلى او غيرها من المشاكل المتأتية عن الضعف.

ولهذه الاسباب ينصح الاطباء بترافق استعمال هذا البالون مع برنامج شامل لتخفيض الوزن يحتوي على التمارين الطبية والراجعات الطبية ونظام حمية غذائية.

٥ - يحظر استعمال بالون المعدة للأشخاص الذين اجريت لهم عمليات جراحية في المعدة او الذين يشكون اضطرابات غددية او امراضًا تمنعهم من تحمل الجهد الناجم عن استعماله. وخاصة في الاسبوع الاول.

٦ - من محاذير استعمال هذا البالون امكانية احداثه لقرحة المعدة وتسببه الجهد الذي قد يؤثر على مرضى القلب. كما تجدر الاشارة الى انه ل مؤقت اذ ان الشهية تعود كالعادة بعد اخراج البالون مما يعيد زيادة الوزن الى حالتها الاولى ومن هنا ضرورة ترافق علاجات اخرى مع استعمال هذا البالون.



صورة تمثل طريقة عمل بالون المعدة
وكيفية مساهمته في امتلاء المعدة والشعور بالشبع (راجع النص).

٣ - حمام السونا: يساعد هذا الحمام في تخفيف الوزن عن طريق مساهمته في زيادة كميات العرق المفرزة عن طريق الجلد. وهذه الكمية التي تنحصر عادة في حدود السبعينية ملليلتر في اليوم يمكنها ان تزداد لتبلغ الضعف عن طريق حمام السونا. ولكن هذا الحمام البخاري لا يمكنه ان يكون علاجاً لكافة الاشخاص. اذ ان هنالك حالات طبية معينة مثل امراض القلب والتنفس التي تمنع المرضى من استعمال حمام البخار الذي يمكنه في هذه الحالات ان يكون ذا خطر حقيقي على حياة الشخص. وهكذا فإن استخدام هذه الطريقة في علاج السمنة يجب ان يستند على اذن من الطبيب بعد قيامه بتحديد الحالة الجسدية للبدن، درجة بدناته والتعقيدات الجسدية المتفرعة عنها.

الخلاصة:

وقبل ولو جنا موضوع العلاج النفسي للسمنة فإننا نود ان نعرض الخطوط العريضة لعلاج السمنة وهي:

- ١ - اجراء الفحص العيادي الذي يحدد سماكة الانسجة الدهنية وبالتالي درجة السمنة. وكذلك فإن الفحص يحدد وجود مرض عضوي قد يكون متسبياً في احداث السمنة، او قد يكون ناجماً عنها.
- ٢ - اجراء التحاليل الطبية: تركيب الدم، الدهون، الكوليسترون، البوتاسيوم، الكالسيوم، السكر والهرمون الدرقي. وانخراضاً قياس الأيض الاساسي.
- ٣ - اذا اظهرت هذه التحاليل مرضياً عضوياً مؤدياً للسمنة فإن علاجها يكون بعلاج هذا المرض ونجدنا امام سمنة ثانوية.

اما اذا لم تظهر هذه التحاليل وجود اية آفة عضوية فإن السمنة تكون اولية وفي هذه الحالة تبدأ بتحديد نظام حمية غذائية. وهذا النظام يجب ان يعتمد مبدأ الخفض

التدرجي لكمية الاطعمة. وذلك بحيث تخفض هذه الكمية بنسبة ٥٠٠ كالوري كل اسبوع وذلك لغاية الوصول الى نظام حمية لا تتجاوز طاقته الى ١٠٠٠ الى ١٢٠٠ كالوري في اليوم (راجع نظام الحمية الغذائية).

٤ - المشي مسافة كيلومتر واحد يومياً. على ان يتم المشي ببطء وبعد الطعام.

٥ - من خلال نتيجة التحاليل وبالتحديد قياس الأيض الاساسي فهو الذي يحدد نوعية العقار الذي يمكن استخدامه. فإذا كانت نسبة الهرمون الدرقي متدنية امكننا وصف مشتقات هذا الهرمون التي تزيد الأيض الاساسي (اي استهلاك الجسم للطاقة). اما اذا لاحظنا تدني السكر او انحساره في الحدود الدنيا مع ازدياد مبالغ في الشهية فإن ذلك يجعلنا نفكر في احتمال زيادة افراز الانسولين. اما اذا لاحظنا زيادة في قدرة الجسم على الأيض التدميري Anabolisme امكننا استخدام المسهلات. اما اذا لاحظنا ارتفاع نسبة الصوديوم امكننا ان نصف مدرات البول... الخ.

٦ - التدليك: سواء اليدوي او عن طريق الآلات. وذلك منعاً لحدوث السليليوت (Cellulite).

٧ - العلاج النفسي للسمنة:

كما قد اشرنا اثناء تحاليلنا لشخصية البدن الى كون الطعام مادة ادمان بالنسبة لهذا الشخص. وهذا الادمان يتضح لنا من خلال عودة البدن الى الاكتثار من الطعام (الادمان) بعد كل حمية غذائية يتبعها. بل ان مقاومة البدن كثيراً ما تضعف حتى تمنعه عن متابعة نظام الحمية المقرر. تماماً كما نفعل مع سائر المدمنين نفعل مع البدن. اذ ان القضاء على المحنى الإدماني هو اكثراً اهمية من الحمية، والتمارين الرياضية ومن العقاقير.

ومن هنا تأتي اهمية العلاج النفسي للبدانة. فكل السمناء يعلمون بأن لا اهمية ولا فائدة من مختلف العلاجات طالما انهم يعودون الى ادمانهم بعد العلاج. فكيف

يتم هذا العلاج؟ في الواقع ان هذا العلاج يختلف من مدرسة علاجية الى اخرى.
وسنكتفي في هذا المجال ان نعرض للمدارس التالية:

١ - التحليل النفسي الحديث.

٢ - التنور المغناطيسي الذاتي.

٣ - العلاج النفسي - الإدراكي.

١ - **التحليل النفسي الحديث:** من المعروف ان التحليل التقليدي هو علاج معقد ويقتضي بضعة سنوات. لذلك فإننا لا نلجأ الى مثل هذا العلاج الا في حالة ترافق البدانة باضطرابات وعقد نفسية واضحة. اما في حالات البدانة العادمة فإننا نلجأ للعلاج التحليلي الحديث الذي يتوجه فقط الى موضوع المعاناة، بمعزل عن باقي الصراعات النفسية، والذي يقتضي مساهمة المريض في تحليله الذاتي تحت رقابة المخلل. ومتماز هذه الطريقة بقصر مدتها.

اما عن النقاط الرئيسية في العلاج التحليلي للبدين فيمكننا ايجازها كما يلي:

- شعور بالمرارة لعدم قدرته على شرح لذة الطعام وعدم قدرته على تبرير تهاونه عليه تبريراً منطقياً. (يجب مساعدته على ايجاد التوظيفات البديلة).
- علاقة ذوبانية بالام (سبق شرحها).

- مظاهرات التمرد الترجسي. (يجب دعمهما واستغلالها في تحرير البدين من عقدة).

- اضطراب صورة الاب وبدائله (يجب تعزيز صورة الاب).

ولن نطيل اكثر في هذا الموضوع فقد عرضنا تحليلنا لشخصية البدين في الصفحات السابقة.

٢ - **التنور المغناطيسي الذاتي:** كنا قد ذكرنا ان الرغبة في تناول الطعام يمكنها

ان تتحول الى حالة ادمان للطعام كما في حالات ادمان الكحول وغيرها. وقد شرحنا مختلف الوجوه النفسية لحالة ادمان الطعام. او بقى علينا ان نؤكد على بعض وجوه الشبه بين هذه الحالة وبين بقية حالات الادمان. ومن هذه الوجوه ان البدن لا يعترف عادة بكميات الطعام التي يتناولها تماماً كما يهرب مدمن الكحول من تحديد الكمية التي يشربها. ولعل اعقد وجوه الشبه هي حالات الانتكاس اي العودة الى الادمان (الطعام او الكحول) بعد الخضوع للدورة علاجية بغية التحكم في حالة الادمان. وهذا الفشل العلاجي يتكرر مرة بعد مرة في جميع حالات الادمان.

وفي مثل هذه الحالات يلعب التنويم المغناطيسي الذاتي دوراً هاماً في علاج هذه الحالات. وهذا النوع من التدريب يجب ان يتم على يد اختصاصي ولكن يمكن تعلمه ايضاً عن طريق اشرطة الكاسيت المسجلة^(١٥).

وفي هذا المجال نعرض ياجاز لهذه الطريقة العلاجية المهمة. تبدأ تمارين التنويم الذاتي بالتدريب على الاسترخاء. اذ يستلقى الشخص على اريكة مريحة متخدناً الوضع الاكثر راحة لجسمه. ومن ثم يعمد الى تركيز تفكيره على عضلات جسمه المتشنج فيعمد الى ارخاءها الواحدة بعد الاخرى حتى يصل الى حالة من الراحة التي تلي التعب الشديد فيحس بارتخاء لذيد في كافة انحاء جسده.

ولدى وصوله الى هذه الحالة عليه ان يعيد هذه التمارين عدة ايام على التوالي حتى يصبح قادراً على الوصول الى الاسترخاء التام في فترة لا تتجاوز الربع ساعة وعندما يبدأ بالإيحاء الذاتي عن طريق شعوره بأن حالة الاسترخاء هذه تجعله اكثر قدرة على التحكم في ذاته وفي ارادته ومع الاسترخاء (الذي يجري دائماً مع اغماض العينان) يزداد الشعور بالظلم حتى يدو وكأنه شاشة سوداء يستطيع الشخص ان

تعتبرها شاشة افكاره وان يعرض عليها فكرة تتطلب كامل ارادته لتنفيذها وهذه الفكرة تكون مثلاً «لن اتناول الحلويات غداً». ومن ثم يخرج الشخص من حالة التنوم ولكن هذه الفكرة تبقى عالقة في ذهنه وتساعده ارادته على تنفيذها.

الهوامش

Build and Blood Pressure Study. (١)

Metropolitan life insurance company. (٢)

(٣) ط = طول الشخص.

(٤) س = سن الشخص.

(٥) Insuline وهو هورمون يفرزه البنكرياس ويساهم في تمثيل السكر، فإذا ما تدانت افرازات الانسولين أصيب الشخص بداء السكري.

L. Angelescée, Obésité, ed, med. Buc. 1983. (٦)

W.B. Kannel Les Facteurs de risques cardio - vasculaire. (٧)

Syndrome Pick - Wick. (٨)

(٩) Anabolisme وهي تعني قدرة الجسم على تمثيل المواد الغذائية التي تدخل الى الجسم وعديدة هي الامراض التي تؤدي لاضطراب هذه القدرة الجسدية. وسبحث هذه الامراض لاحقاً.

(١٠) عكس الـ Anabolisme انظر الملاحظة السابقة.

(١١) Energie d'apport: وهي الطاقة التي يستطيع الجسم تمثيلها من المواد الداخلة اليه.

(١٢) Energie de Consomé: وهي الطاقة التي يستهلكها الجسم.

(١٣) انطلاقاً من مبدأ التداعي وهو يعني ان مشاعر الحنان والامان المرافقة للرضاعة ترتبط في ذاكرة الطفل وفي لا وعيه بعملية التغذاء اجمالاً. ومن هنا الرابط اللاواعي بين الحالات الوجدانية وبين الاقبال على الطعام.

(١٤) المعدل الوسطي لعمر الرضيع عندما يضحك للمرة الاولى يكون في حدود الـ ٣٧ يوماً. راجع كتابنا ذكاء الرضيع - سلسلة علم نفس الطفل، منشورات دار النهضة العربية الجزء الثاني، ١٩٨٨.

(١٥) اصدر مركز الدراسات النفسية والتفسية - الجسدية شريط كاسيت سجل باللغة العربية بعنوان التنوم المغناطيسي الثاني.

المراجــــع

- 1- Les yeux et le ventre, Hild Bruch, édit. P.b. payot.
- 2- De la pédiatrie à la Psychanalyse, Winnicot, P.b. Payot.
- 3- Trois essais sur la théorie de la sexualité, S. Freud, Payot.
- 4- Notion de l'anatormie. N. Diacunescu, éd Facla.
- 5- LAngelescu, l'obésité. ed. Medicale 1983.
- 6- Metropolitan life insurance tabels.
- 7- Build and Blood pressure study.
- 8- W.B. kannel les Facteurs de risques cardio - Vasculaires.
- ٩ - وعلاج النفسي. سلسلة السيكوسوماتيك، الرسالة/الايان.
- ١٠ - القرحة وعلاجها النفسي، سلسلة السيكوسوماتيك، الرسالة/ الايان.
- ١١ - الحلم والمرض النفسي والنفسي، البروفسور بيار مارتي، منشورات مركز الدراسات النفسية - ١٩٨٧
- 12- P. Marty: l'Ordre Psychosomatique, ed Păyot 1981.
- ١٣ - العلاج النفسي العائلي، د. محمد احمد نابلي، منشورات دار النهضة العربية، ١٩٨٨ .
- ١٤ - فرويد والتحليل النفسي الذاتي، د. محمد احمد نابلي، منشورات دار النهضة العربية، ١٩٨٨ .



شروط العضوية

منذ مطلع العام ١٩٩٠ ومع صدور العدد الأول من الثقافة النفسية المتخصصة والمركز يعمل على ارساء خطاب نفسي عربي جامع يترجم اهداف خدمة الاختصاص في الدولة العربية. وعلى هذا الطريق عقد المركز ثلاثة مؤتمرات عربية جامعة مع انتظام صدور دوراته الثقافية المتخصصة. حتى توصل المركز الى كسب ثقة زملاء من كافة انحاء العالم العربي فاصبح اعضاؤه موزعين على الدول العربية. هذا ويسعى المركز الى توسيع دائرة التواصل بين الاختصاصيين عبر المجلة والمشاريع التوثيقية التي يتبناها ومنها مشروع الصفحة المعلومانية العربية على شبكة الانترنت.

يتوجب على طالب العضوية استيفاء الشروط التالية:

١ - ان يكون متخصصاً في احد فروع العلوم النفسية. ويحدد نوع العضوية بناء على المؤهلات. اذ يعتبر عضواً متمنياً المتسلب الحائز على الليسانس. وعضوياً متسبباً الحائز على الماجستير وعضوياً مؤهلاً من كان حائزاً على الدكتوراه او على التخصص في الطب النفسي او الطبيب الباحث في ميدان السيكوسوماتيك. كما يعتبر عضواً عاماً الاختصاصي المشارك في النشاطات الاساسية للمركز. وتحتفظ عضوية شرف المركز للمشترين مدى الحياة في المجلة كداعمين لاستمراريتها. وكذلك لاصحاب الالسهامات المميزة الداعمة للمركز.

٢ - ان يرسل سيرته العلمية المفصلة مع صور الوثائق. والسماح بادراجها في الصفحة العربية للعلوم النفسية وفي صفحة المركز التي ستضم اسماء اعضائه وسيرهم العلمية.

٣ - الالتزام بالدعوة لتكثيف مبادئ الاختصاص بما يلائم البيئة الثقافية العربية.

٤ - ان يشارك في نشاطات المركز ضمن اطارات اهتماماته.

٥ - ان يشترك في مجلة المركز الثقافية الفنية المتخصصة. حيث يعتبر هذا الاشتراك هو رسم الاشتراك في عضوية المركز. وتتنوع انواع الاشتراك كما يلي:

- اشتراك عادي ٤٠ دولاراً سنوياً (يحصل على اعداد المجلة)
 - اشتراك شامل ١٠٠ دولاراً سنوياً (يحصل على كافة اصدارات المركز عن سنة الاشتراك من كتب ونشرات وغيرها).
 - اشتراك مدى الحياة ٥٠٠ دولاراً.

للاشتراك يرسل طلب الاشتراك مبيناً فيه بوضوح: الاسم والعنوان
والمستوى الأكاديمي ومكان العمل وفترة العضوية المطلوبة. ويرسل الاشتراك بموجب
حوالة باسم رئيس التحرير د. محمد احمد النابلسي على الحساب التالي: المصرف:
الشركة العامة اللبنانية الأوروبيّة المصرفية ش.م.ل/ فرع طرابلس رقم الحساب:

10 - 101 - 360 - 33.384 - 1 - 1)

قسمة الاشتراك

الاسم:
التخصص:
التخصص الدقيق:
مكان العمل:
نوعية الاشتراك وقيمتها:

العنوان (بما فيه ارقام الهاتف والفاكس والبريد العادي والبريد الالكتروني):

مَدْنَبُ الْرَّاْسَاتِ النَّفْسِيَّةِ وَالنَّفْسِيَّةِ الْجَسْدِيَّةِ

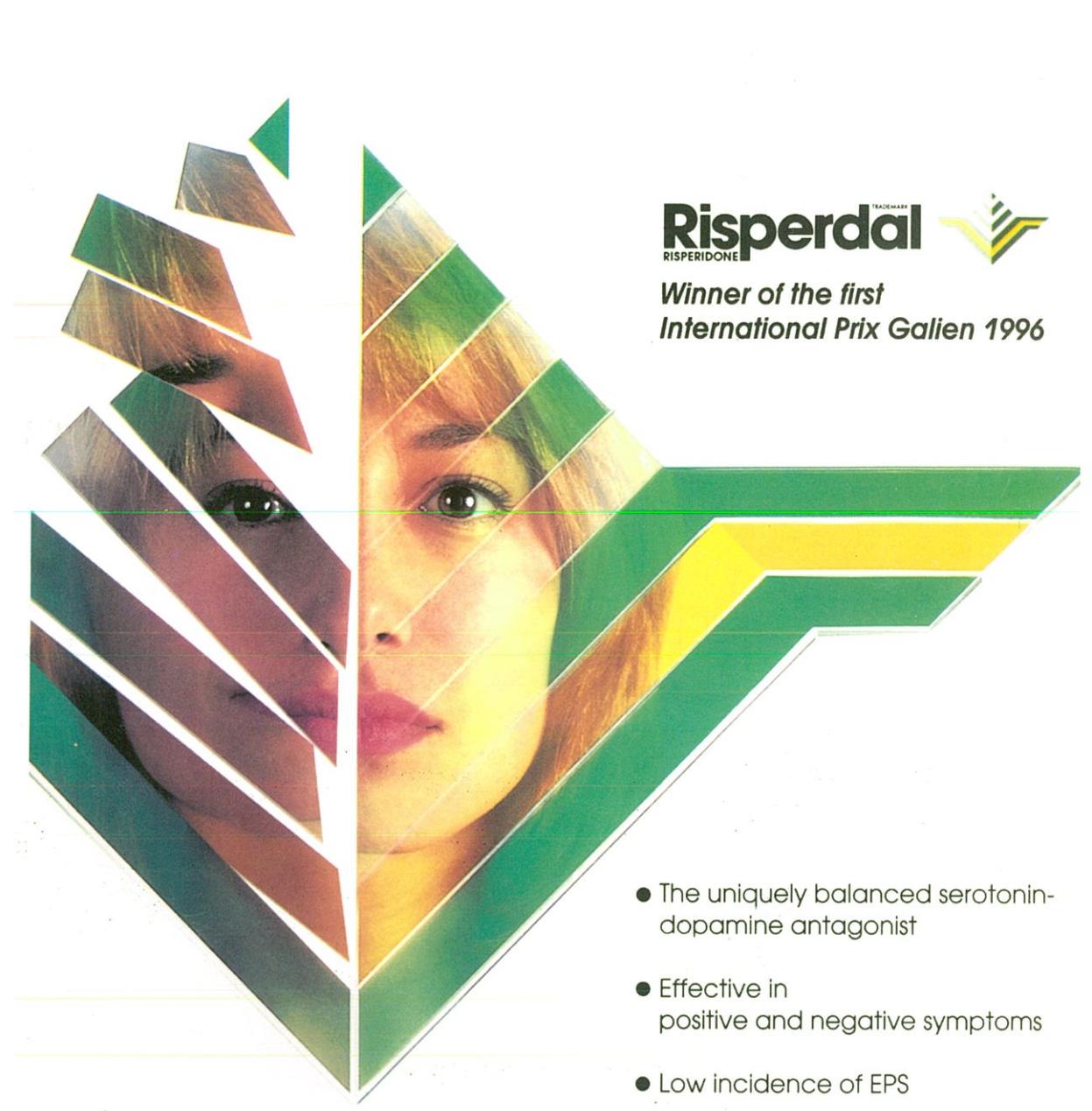


يَدْعُوكُمْ لِزِيَارَةِ مَوَاقِعِهِ عَلَىِ الْإِنْتَرْنَتِ

www.filnafs.com

www.psyinterdisc.com

www.psychiatre-naboulsi.com



Risperdal
RISPERIDONE TRADEMARK

*Winner of the first
International Prix Galien 1996*



- The uniquely balanced serotonin-dopamine antagonist
- Effective in positive and negative symptoms
- Low incidence of EPS
- Vast experience worldwide
- No routine blood monitoring required

Full prescribing information available upon request



JANSSEN-CILAG

Janssen Pharmaceutica
Turnhoutseweg 30
B-2340 Beerse /Belgium
Telephone: 32 14 60 21 11

Risperdal
RISPERIDONE TRADEMARK



A first choice in psychosis