

مكتبة

t.me/soramnqraa

د. نبيل القط

العالم النفسي للنساء

نمو .. تعافي .. علاقات

المحررة

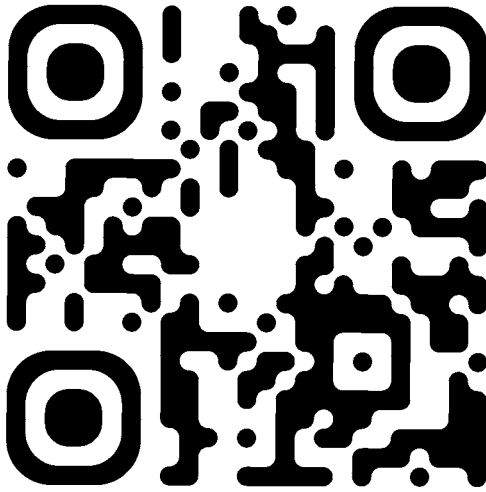
دراسات



العالم النفسي للنساء

نمو. تعافي. علاقات

د.نبيل القط



سجل في مكتبة

اضغط! الصفحة

SCAN QR

عنوان الكتاب: العالم النفسي للنساء

هو. تعافي. علاقات

المؤلف: د. نبيل القط

رسوم: مخلوف

مراجعة لغوية: شرين يونس

إخراج داخلي: رشا عبدالله

مركز
المحرسة

للتسويق و الخدمات الصحفية و المعلومات

قطعة رقم 7399 ش 28 من ش 9 - المقطم - القاهرة

ت، ف، -: 002 02 28432157

• • • •



mahrousaeg



almahrosacenter



almahrosacenter



www.mahrousaeg.com



info@mahrousaeg.com



mahrosacenter@gmail.com

رئيس مجلس الإدارة: فريد زهران

مدير النشر: عبدالله صقر

رقم الإيداع: ٢٠٢٤ / ٢٧٤٤٨

الترقيم الدولي: 8-109-894-977-978

جميع حقوق الطبع والنشر باللغة العربية

محفوظة لمركز المحرسة

2024

العالم النفسي للنساء

نمو. تعافي. علاقات

د. نبيل القط

مكتبة

t.me/soramnqraa

الطبعة الأولى 2024

مكتبة
t.me/soramnqraa



بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد إدارة الشؤون الفنية

القط، نبيل

العالم النفسي للنساء: نمو. تعافي. علاقات

القاهرة: مركز المحروسة للنشر والخدمات الصحفية والمعلومات، 2024

366ص؛ 21.5×14.5 سم

تدمك: 3-019-894-977-978

1 - الاضطرابات النفسية

2 - العلاقات الأسرية

3 - التعافي

ب- العنوان

157.645

رقم الإيداع: ٢٠٢٤/٢٧٤٤٨

المحتويات

19	قبل أن تقرأ
23	مقدمة: نهاية عصر صيد الساحرات
37	الفصل الأول: النمو البيولوجي والنفسي والاجتماعي للمرأة
39	1 - النمو البيولوجي والنفسي والاجتماعي للمرأة: من البنوثة إلى الهانم
40	1-1 الأنثى الطفلة؛ البنوثة أجمل الكائنات
46	1-2 الأنثى المراهقة: سنوات العاصفة... تعطل مؤقت
59	1-3 الأنثى الراشدة: المرأة كما نعرفها:
68	1-4 الأنثى السيدة: مراجعات منتصف العمر:
74	1-5 الأنثى الأكبر سنًا؛ هوانم وعجائز:

- 81 **الفصل الثاني**
شقوق في المرونة النفسية للنساء: الطريق إلى
المرض النفسي
- 83 2 – شقوق في المرونة النفسية للنساء:
- 84 1-2 أنثى أقل وذكر أعلى: وداعًا لـ "البنوتة"
- 85 2-2 الجسد الأنثوي: كتالوج الجاذبية الجنسية:
- 88 3-2 العنف والقهر والتسفيه الذاتي: الإرهاب
الجنسي وباء عالمي
- 91 4-2 تعُدُّ الأدوار والعمل المزدوج: نساء الطاحونة ونساء
الكماشة
- 93 5-2 الزواج والطلاق والترمل: فواتير الحب
- 96 6-2 الجو الأسري: بيت جدران ضيقة وبيت بلا جدران
- 97 7-2 الدورات البيولوجية: عندما تلتقي الشقوق
- 99 **الفصل الثالث**
الاضطرابات النفسية التي تصيب النساء
- 101 1-3 هن أكثر زوار العيادات النفسية؛ تأثير البيو-نفس-
اجتماعي
- 103 2-3 حزن النساء واضطرابات المزاج الأخرى
:Mood Disorders
- 105 1-2-3 اكتئاب النساء؛ أكثر الأمراض النفسية إعاقة
:Depressive Disorders
- 106 3-2-2 اضطراب المزاج ثنائي القطب: الأرجوحة
:Bipolar Disorder
- 109 3-2-3 اضطراب تكرر الدورة الشهرية:
المرض الشهري
Premenstrual (PMDD) Dysphoric Disorder

- 115 3-2-4 الاكتئاب السابق على انقطاع الحيض: قبل انتصاف العمر
Premenopausal Depression
- 118 3-2-5 اكتئاب الحمل والولادة واكتئاب الولادة الأبوي:
Postpartum Depression الحزينة لما تفرح
- 130 3-3 اضطرابات القلق: خوف النساء
Anxiety Disorders
- 131 3-3-1 تعدّدت المسارات، والخوف واحد:
- 134 3-3-2 قلق الانفصال: حبيبة أمها
Separation Anxiety
- 137 3-3-3 الرهاب: الخوف الموقفي
Phobia
- 142 3-3-4 اضطراب الهلع: إعصار الخوف
Panic Disorder
- 143 3-3-5 اضطراب القلق المعمم: الخوف من "الهواء الطائر"
Generalised Anxiety
- 147 3-4 اضطرابات الوسواس القهري: جعجة بلا طحين
Obsessive Compulsive Disorders
- 150 3-4-1 اضطراب الوسواس القهري:
سد النهضة وطبيرة العيون
Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
- 152 3-4-2 اضطرابا نتف الشعر ونزع الجلد:
Trichotillomania and Skin Picking اللعبة الخطرة
- 152 3-4-3 اضطراب الاختزان: كراكيب الدكتورة نوال
Hoarding Disorder
- 156 3-4-4 اضطراب تشوّه شكل الجسم: ديما تنفي جسدها
Body Dysmorphic Disorder
- 160 3-5 اضطرابات الانشقاقية: إذا انشق الوعي وانفصلت
الذات (Dissociative Disorders)
- 162 3-5-1 اضطراب الهوية الانشقاقي: انشقاق الذات إلى
ماري وفوزية (Dissociative Identity Disorder)

- 165 2-5-3 فقدان الذاكرة (النسيان) الانشقاقي: جميلة في
النسيان Dissociative Amnesia
- 166 3-5-3 اضطراب تبدد الشخصية/تبدد الواقع: فيلم أم
حقيقة (Depersonalization/Derealization Disorder)
- 168 6-3 اضطرابات الأعراض جسدية الشكل: الجسدية
(Somatic Symptom Disorders)
- 169 1-6-3 اضطراب العرض الجسدي: التهاب في اليد أم
التهاب في النفس - Somatic Symptom Disorder
- 170 2-6-3 اضطراب قلق المرض: الخوف من الوَخش
(Illness Disorder Anxiety)
- 171 3-6-3 اضطراب العرض العصبي الوظيفي:
منال تفقد لسانها
(Functional Neurological Symptom Disorder)
- 173 4-6-3 الاضطراب المفتعل: حنان تشرب من دمها
(Factitious Disorder)
- 176 7-3 اضطرابات الأكل: كارولين تجوع لكي تختفي
Eating Disorders
- 181 8-3 اضطرابات الكرب والصدمة: الرصاصة لا تزال في رأس
سوزان (Trauma and Stress Related Disorders (PTSD)
- 183 1-8-3 اضطراب الكرب الحاد: الزلزال
Acute Stress Disorder
- 184 2-8-3 اضطراب كرب ما بعد الصدمة: توابع الزلزال
Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
- 185 3-8-3 صدمات الأنوثة: الإرهاب الجنسي
- 192 9-3 اضطراب تشتت الانتباه/فرط الحركة: عزة فرقع لوز
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
- 198 10-3 اضطرابات الشخصية: حوارات الطبع والتطبُّع
Personality Disorders

- 201 1-10-3 اضطراب الشخصية البارانويد: الشكاكة
Personality Disorder Paranoid
- 202 2-10-3 اضطراب الشخصية الفصامية: الانطوائية
Personlity Disorder Schizoid
- 203 3-10-3 اضطراب الشخصية فصامية النوع: الغامضة
Personality Disorder Schizotypal
- 204 4-10-3 اضطراب الشخصية العدوانية: العنيفة
Personality Disorder Antisocial
- 205 5-10-3 اضطراب الشخصية الحدية: العاصفة
Personality Disorder Borderline
- 207 6-10-3 اضطراب الشخصية الهستريونية: دراما كوين
:Personality Disorder Histrionic
- 208 7-10-3 اضطراب الشخصية النرجسية: المغرورة
:Personality Disoder Narcissistic
- 209 8-10-3 اضطراب الشخصية التجنُّبية: المتخفية
:Personality Disoder Avoidant
- 210 9-10-3 اضطراب الشخصية الاعتمادية: الخائبة
:Personality Disoder Dependant
- 211 10-10-3 اضطراب الشخصية الوسواسية: الكمالية
Personality Disorder Obsessive:
- 212 11-3 طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى: تفكك
وتدهور (Schizophrenia & Other Psychotic Disorders)
- 214 1-11-3 تفكك بطيء وتدهور بطيء
(Schizophrenia)
- 214 2-11-3 الذهان الوجيز: تفكك سريع وتعافٍ سريع
(Brief Psychotic Disorder)
- 215 3-11-3 الاضطرابات الضاللية: تفكك من دون تدهور
(Delusional Disorder)

- 219 **الفصل الرابع:**
صحة المرأة النفسية والأمراض الجسدية
- 221 1-4 صحة النفس وصحة الجسد: تبادل منافع وتبادل أضرار.
- 224 2-4 أمراض القلب وشرايينه: انكسار القلب
- 226 3-4 الغدة الدرقية؛ نشاز في السيمفونية الهرمونية
- 227 4-4 مرض السكر: الاكتئاب والسكر رفيقا طريق
- 228 5-4 مرض السمنة: خوف النساء المزمّن:
- 229 6-4 أمراض المناعة: حرب أهلية
- 231 7-4 أمراض الجلد: ارتباك في خط الدفاع
- 233 8-4 أمراض الجهاز الهضمي: صداع في القولون
- 235 9-4 الأورام: زلزال الجسد

- 241 **الفصل الخامس:**
حياة النساء الجنسية
- 243 1-5 النشاط الجنسي، العلاقة، الممارسة، الحب
- 247 2-5 الجهاز التناسلي للأنثى: أوركسترا التناغم
- 253 3-5 دورة النشاط الجنسي عند النساء: الرحلة الغامضة من الإقلاع إلى الهبوط
- 254 1-3-5 النموذج الخطي؛ الرحلة في خط مستقيم:
- 256 2-3-5 النموذج الدائري؛ تنطلق الرحلة من كل مكان
- 257 4-5 الأوجه السلوكية للنشاط الجنسي: من الرغبة إلى النشوة
- 257 5-4-1 الرغبة الجنسية والإثارة الجنسية: الإقلاع والصعود
- 258 2-4-5 الممارسة الجنسية: الرحلة مستمرة
- 259 3-4-5 المداعبة: الصعود

- 260 4-4-5 الإيلاج: الطيران
- 261 5-4-5 النشوة الجنسية (رعشة الجماع):
الوصول والهبوط
- 263 5-5 الاضطرابات الجنسية للنساء: أشباح الغرف المغلقة
من "القفلة" ل"عدم الوصول"
- 266 1-5-5 اضطراب نقص الرغبة الجنسية
و/أو الإثارة الجنسية: صعوبة الإقلاع
Sexual Inteterest/ Arousal Disorder
- 271 2-5-5 اضطراب النشوة الجنسية: صعوبة الوصول
Orgasmic Disorder
- 275 3-5-5 اضطراب عسر الإيلاج أو التشنج المهبلي: صعوبة
الدخول Vaginismus
- 280 6-5 جنس جيد بما فيه الكفاية: الرحلة إلى الحميمة
Good Enough Sex
- 283 7-5 تعزيز النشاط الجنسي: الرحلة مستمرة
- 285 8-5 خلل في عضلات قاع الحوض: الحوض المسدود
Pelvic Floor Dysfunction
- 286 1-8-5 الحوض عضو عاطفي
- 290 9-5 الأمراض المنقولة جنسيًا: البحث عن جنس آمن
Sexually Transmitted Diseases
- 295 **الفصل السادس:**
التعلق: المرأة والآخر
- 297 1-6 غريزة التعلق: ازدهار وذبول
- 298 2-6 أنماط التعلق: آمن، قلق، تجنب
- 302 3-6 التعلق في مراحل العمر المختلفة: من الابنة إلى
الجدة ومن الصديقة إلى الحبيبة
- 303 1-3-6 العلاقات الأسرية: ابنة وأم وجدة

- 304 6-3-1-1 الابنة: ناجية وضحية
- 306 6-3-1-2 الأم: تلد المرأة نفسها
- 310 6-3-1-3 الجدة: أم العائلة
- 312 6-3-2 الصديقة: أختي من الدنيا
- 314 6-3-3 الحبيبة: سيرة الحب
- 317 6-3-4 الزوجة: دخول الدنيا
- 319 6-4 بيت الزوجية: عش حبا
- 320 6-4-1 الآثار النفسية والصحية للزواج: منح ومحن
- 323 6-4-2 إرشادات الزواج: معايير الدخول و معايير الخروج
- 325 6-4-3 تفكك الزواج: هلاك أم عودة الروح
- 328 6-5 اضطراب العلاقة: انتبهي... العلاقة ترجع إلى الخلف
Relational Disorder:
- 329 6-5-1 اضطراب علاقة والدية: عقوق الوالدين وعقوق
الأبناء
- 332 6-5-2 اضطراب العلاقة الزوجية: ألم المحبين
- 333 6-5-3 اضطراب علاقة أخوية: الإخوة الأعداء
- 335 6-5-4 اضطراب العلاقات الأخرى: قُرب وتُعد
- 337 **المراجع**
- 365 **نبذة عن الكاتب**

تم تغيير أسماء الحالات الواردة في هذا الكتاب حفاظاً
على سرية أصحابها

مكتبة

t.me/soramnqraa

محبة وامتنان

في العام 2005 بدأتُ العمل مستشارًا مع الأمم المتحدة في مقاومة وباء الإيدز وفيروسه في المنطقة العربية، وسمعتُ كثيرًا عبارة (المرأة أكثر تعرُّضًا) التي لم أكن أفهمها جيدًا. قابلتُ مئات النساء في مصر والسودان وجنوب السودان وجيبوتي والصومال واليمن وليبيا وتونس والجزائر والمغرب والكويت والبحرين؛ كنَّ نساءً متعايشات أو زوجات متعايشين أو أمهات لأطفالٍ متعايشين مع الفيروس، يجمع بينهن الألم والخوف واليأس والغضب، عايشتُ معهن لحظات النهوض وال فشل، والتألق والإحباط، وآلام المرض والخوف من الموت والفقد والفقر والتشرُّد، رأيتُ القهر والوصم والعزلة جنبًا إلى جنبٍ مع المحبة والتضامن والحميمية والإبداع. وبدأ يزداد انشغالي بالتجربة الأنثوية ومحنة النساء ووضعهن البيولوجي والنفسي والاجتماعي في مجمل الظاهرة الإنسانية، وبدأت أفهم لماذا النساء أكثر تعرُّضًا للإصابة بفيروس الإيدز، رغم أنهن الأقل حركة والأقل ممارسة للتعدُّد الجنسي.

وفي العام 2012، ومع انحسار الثورة المصرية، انتشر التحرش الجنسي حول ميدان التحرير، حيث كانت عيادتي، وبدأتُ أقابل نساء كثيرات من ضحايا الاعتداءات الجنسية في ذلك الوقت، ورغم أنني كنتُ أقدمُ المساعدات الطبية والنفسية المعتادة، فإن العنف الشديد والحالات الكثيرة أشعرتني بالارتباك والعجز؛ لم أعرف كيف أقول لفتاة تعرضت لانتهاك أعضائها "أنا فاهم إحساسك" كما أقول عادة لمرضاي، بينما أنا رجل، وليس لديّ مهبلٌ، ومن نفس النوع الاجتماعي للمعتدي. ثم قابلت "جميلة" الشابة المبدعة التي تعرّضت للعنف الجنسي الجماعي في أحد شوارع ميدان التحرير، والذي استمر قرابة الساعة سقطت وقامت وسقطت وقامت واستمر المعتدون وراءها، نزعوا عنها ملابسها، وجذبوا أحدهم من فرجها، وأقحم أحدهم عضوه في فمها، حتى أنقذتها "رسمية"، وهي سيدة قوية من بولاق كانت مريضة سابقة معي، استدعيتني إلى بيتها لمساعدتها، بعد ذلك سافرت "جميلة" إلى خارج مصر للعلاج، وسوف يتردد اسمها كثيراً في هذا الكتاب، وقمتُ أنا بتقليص عملي في العيادة، وانشغلت أكثر بالعمل في مخيمات الشتات السوري، وقابلتني مأس إنسانية أكثر حدة وإزمائاً وضرراً، ثم تُوفيت زوجتي في العام 2014 في جريمة طبية، بعدها سقطتُ في حزنٍ عميقٍ لم أخرج منه إلا بمساعدة صديقات زوجتي اللاتي كن بمنزلة أخوات ودعومات في أزمتي، وسهرن على رعايتي حتى تعافيت. كانت أياماً ازداد فيها انشغالي بالتجربة الأنثوية ليس فقط في معاناة النساء، ولكن في قدراتهن على المحبة والتضامن والرعاية، ثم كتبت مقال "عطايا المهبل" وهو مقال مفصلي في علاقتي بالمرأة وتحية لزوجتي الراحلة. ومنذ العام 2018، ومع مساعدة "جميلة" التي عادت بعد أن تعافت، وعملت معي في مساعدة النساء المعنّفات، بدأتُ أكرّس بحثي وعملي العلاجي على العالم النفسي للنساء، بالإضافة -طبعاً- إلى عملي الآخر، وقررت أن الأعوام القادمة

سوف تكون مخصّصة لمشروع "الصحة النفسية للنساء"، ولم أكن أعرف نتيجة هذا البحث حتى بدأتُ في كتابة هذا الكتاب الذي لا ينفصل أبداً عن تاريخي الشخصي، سواء في علاقتي بأمي أو أختي أو زوجتي أو صديقاتي، سواء كنّ زميلات أو صديقات أو حبيبات، واللائي شكّلن وجودي ورؤيتي لنفسني وللآخرين. لذلك أهدي هذا الكتاب إلى "جميلة"، وكل النساء الرائعات صديقات زوجتي وصديقاتي: إلهام عيداروس ومروة فاروق وألفت علّام وغيرهن كثيرات، اللاتي أنقذنني ومددن الطريق أمامي، وكانت إحاطتهن بي ولطفهن معي البداية الحقيقية لوجودي الإنساني الحالي الذي يحاول أن يتجاوز ثنائية الرجل والمرأة إلى الوجود الإنساني الأرحب.

وأخيراً؛ أتوجّه بالشكر إلى الأستاذة كاريمان ناجي على قراءتها للنسخة الأولى لهذا الكتاب، والأستاذ محمد طارق والأستاذة ليلى أرمن والأستاذ محمد هشام عيبة على ملاحظاتهم القيّمة، وكل الشكر والامتنان للأستاذ الصديق محمد خير والأستاذة الصديقة إلهام عيداروس المحررين الرئيسيين، وما تحمّلانه من إرهاق المراجعة والمتابعة طوال مراحل إنجاز الكتاب.

مكتبة

t.me/soramnqraa

قبل أن تقرأ

يحكي هذا الكتاب في ستة فصول حكايات النساء وصراعاتهن النفسية والاجتماعية، حكاياتهن مع أنفسهن ومع أجسادهن، مع أسرهن الكبيرة والصغيرة، ومع مجتمعهن المعادي سواء كان محافظاً أو ذكورياً أو تقليدياً أو كل ذلك، سوف نستعرض معاناتهن ومُتعهن، نجاحاتهن وخيباتهن، سواء كنَّ طفلات أو مراهقات أو نساء راشدات أو مسنات، وسواء كنَّ بنات ما زلن يعشن في ظل عائلة، أو نساء مستقلات أو أمهات يعشن مع أزواج أو أمهات عازبات، أو كنَّ جدات مع أزواج أو جدات وحيدات، أو كن عاملات بأجرٍ أو ربات بيوت بلا أجر، سوف نقابلهن ونستمع لهن في معاناتهن وتعافيهن.

سوف يعتمد الكتاب على ثلاثة مصادر رئيسية ضمن مصادر أخرى عديدة، أولاً: حكايات النساء التي بُحن بها داخل جلسات العلاج النفسي، سواء عن العنف والكرب والمعاناة اليومية التي يعشنها في مجتمعاتنا العربية أو عن الاضطرابات النفسية التي جئن

للعلاج بسببها. وثانيًا: الأبحاث والكتب التي كُتبت في كل موضوع، سواء المصرية أو العربية أو العالمية، وثالثًا الخبرة الشخصية للمؤلف في عمله الممتد على مدار 34 سنة في الطب النفسي والعلاج الزواجي والتدريب والتدريس النفسي. وسوف يعتمد منهج الكتاب على تقديم المعرفة العلمية حول صحة المرأة النفسية بحسب المقاربة الأكثر شمولاً وهي المقاربة البيولوجية النفسية الاجتماعية المسماة بيو-نفس-اجتماعي، متبوعًا بدليل تطبيقي أو إرشادات عامة عن كل مشكلة نفسية أو اجتماعية موجّهًا إلى النساء ومن يهتمهم أمرهن، وبعض التوجيهات إلى المتخصصين. هدف الكتاب النهائي هو تمكين البنات والنساء من رفع الضرر النفسي من عليهن، وتمكينهن من إدارة حياتهن بكفاءة واستقلال وحرية، واستعادة القدرة على التعلم والعمل، وأن يكن فاعلات في بيئتهن الصغيرة والكبيرة، وقادرات على اتخاذ القرارات الكبرى في حياتهن وتوجيههن نحو الرفاه النفسي. سوف يكون الفصل الأول عن النمو البيولوجي والنفسي والاجتماعي للنساء مقسمًا إلى مراحل من الطفولة إلى الشيخوخة، وما يرافق كل مرحلة من مناطق قوة ومناطق ضعف، يلي ذلك الفصل الثاني عن التحديات التي تواجهها النساء في عالم اليوم وخصوصًا في مجتمعاتنا العربية وما تنتجه هذه التحديات من تعطل وضعف في المرونة النفسية واضطرابات نفسية واجتماعية عديدة، وفي الفصل الثالث سوف نستعرض الاضطرابات النفسية وتأثيرها في النساء مع التركيز على الاضطرابات التي تؤثر في حياتهن أكثر من الذكور. في الفصل الرابع نستعرض جوانب التأثير والتأثر الذي تتبادله الأمراض الجسدية والصحة النفسية وخصوصًا الأمراض الجسدية المنتشرة أكثر في النساء مثل أمراض المناعة وسرطان الثدي والأمراض الجلدية وغيرها، وفي الفصل الخامس نتعرض للحياة الجنسية للنساء في حالتها الصحية والاضطراب، بدءًا من استعراض النشاط الجنسي الإنساني وأبعاده

البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ثم الاضطرابات الجنسية التي تعاني منها النساء وعلاجها وكيفية التعامل. أما في الفصل السادس والأخير فسوف يُخصَّص للعلاقات بأنواعها في حياة النساء والذي يشرح أهمية التعلق في حياتهن وأنواع تلك العلاقات وما هو مهم وصحي وما هو مؤذٍ من علاقات سواء كانت داخل الأسرة أو خارجها، ويمكنك تصفح الكتاب فصلاً فصلاً أو الدخول مباشرة على العنوان الذي ترغب في قرائته دون الحاجة إلى قراءة كامل الكتاب أو كامل الفصل.

مقدمة

نهاية عصر صيد الساحرات

عندما ظهر مصطلح الطب النفسي "Pshychiatry" لأول مرة في العام 1808 على يد أستاذ الطب الألماني جوان كريستيان ريل "Johann Christian Reil" كان قد مرَّ 26 سنة على إعدام أنا جولدي "Anna Göldi" في سويسرا، وهي آخر امرأة تُقتل في أوروبا بتهمة ممارسة السحر. وكانت الممارسة المُسمّاة "صيد الساحرات" Witch Hunting، وهي مطاردة ومحاكمة وقتل وحرق النساء في أوروبا بتهمة ممارسة السحر، قد بدأت في القرن الخامس عشر، وامتدَّت حتى القرن الثامن عشر، وعُدَّ ضحاياها بعشرات الآلاف، وفي بعض التقديرات مئات الآلاف. شملت هذه المحاكمات الرجال والنساء، لكن الغالبية كانت من النساء المضطربات نفسياً، أو المعاقات جسدياً، أو الخارجات على القانون أو الدين الرسمي، أو المغضوب عليهن من أسيادهن مثل أنا جولدي، التي كانت تعمل خادمة اتهمها مخدومها

بممارسة السحر، فيما بدا محاولة منه للتغطية على علاقته الجنسية بها وهو رجل متزوج ولديه أطفال. واعترفت أنا تحت التعذيب بأنها عقدت اتفاقاً مع الشيطان الذي "كان يظهر لها في هيئة كلب أسود". سحبت أنا اعترافها بعد ذلك لكنها أُعدمت بقطع الرأس في 13 يونية 1782. وبعد أكثر من 200 عام، في أغسطس 2008 أعلن البرلمان السويسري براءة أنا جولدي، معتبراً أن قضيتها كانت "إجهاضاً للعدالة" و"جريمة قتل قضائية"⁽¹⁾.



بصفة عامة، طاردَ الاتهام بالسحر المرضى النفسيين وخصوصاً النساء، خاصة إذا ارتبطت بهم عوامل أخرى كال فقر وتدني الوضع الاجتماعي أو الانتماء إلى الأقليات، فكان يُعتقد أنهم مسحورون "ملبوسون"، أو أنهم هم أنفسهم يمارسون السحر، وبالتالي فإنهم يشكّلون خطراً على المجتمع، وربما يتسبّبون في الأوبئة أو فساد الطبيعة وفساد المحاصيل و جلب القحط، وهو الاعتقاد الذي ما زال

يطارد الكثيرين في مجتمعاتٍ أخرى عبر العالم، ومنها بعض مجتمعاتنا العربية والإفريقية والآسيوية؛ حيث يُشار فيها إلى الأشخاص غربيي الأطوار أو المضطربين نفسيًا بأنهم ممسوسون أو ملبوسون، أو يمارسون الأعمال السحرية وخاصة النساء، وما زالت تتم محاكمات بتهمة ممارسة السحر في مناطق عديدة من العالم حتى الآن⁽²⁾.

الحبس بالمصحة بديلاً عن القتل

مع الثورة الفرنسية وانفجار الأفكار والعلوم ظهر مصطلح الطب النفسي لأول مرة في العام 1808 كما ذكرنا، وبدأت أولى محاولات وضع الاضطراب النفسي على خريطة العلوم الطبيعية وإخضاعه للبحث العلمي. لكن التحيز والقسوة كانا من نصيب النساء المضطربات نفسيًا، واتخذاً أشكالاً أخرى تناسب اللغة العلمية الجديدة. رأى "داروين" مؤسس علم التطور أن النساء يقفن في موقع تطوري بين الطفل والرجل، وكان التعامل الطبي على أنهن كائنات جنسية وإنجابية في الجوهر لأنهن أقل تطوراً من الذكور، وأن مصدر معاناتهن النفسية هو الانحراف عن ذلك الجوهر، عندما يزداد أو ينقص عن المعدل المفترض طبيعياً، وذلك عندما تزداد صراعاتهن مع الرغبة الجنسية وعدم إشباعها أو الإفراط في ممارستها، أو يزداد تطلّعهن إلى منافسة الرجال والتشبُّه بهم، أو حين يخرجن على التقاليد والأدوار التقليدية لهن. ولذلك كان العلاج يهدف إلى ضبط ذلك الانحراف أو محاصرته بطرقٍ مختلفة؛ منها الحجز في المصححات النفسية، وقد ازدحمت المصححات النفسية في القرن التاسع عشر في أوروبا بالنساء اللائي فُقِنَ أعداد الرجال، وذلك بعد أن توقَّف قتلهن وحرقهن على غرار القرون السابقة. وانتشرت محاولات العلاج التي تركز على ضبط الدافع الجنسي أو الوظيفة الإنجابية، على سبيل المثال كان انقطاع الدورة الشهرية أو عمل علاقات جنسية غير شرعية أو الامتناع عن

الممارسة الجنسية مع الزوج كافيًا لتشخيص الاضطراب النفسي، وأطلق مصطلح "هستيريا" على مدى واسع من الأمراض النفسية والجسدية، وتركز العلاج في هذه المرحلة على نفس التوجُّه، فعلى سبيل المثال تم علاج اكتئاب النساء بواسطة إدخال الأدوات في المهبل، وعلاج الهستيريا بواسطة إحداث الرعشة الجنسية عن طريق احتكاك البظر، وأحيانًا قطع البظر نفسه أو إزالة المبايض، وهي عملية كانت تُجرى للنساء في مستشفيات الصحة النفسية، هذا مع طرقٍ أخرى مماثلة لم نجد مثلتها مع الذكور المرضى، بل إن محاولات فرويد الأولى تأثرت بعصرها، وتركزت في علاج "هستيريا" النساء عن طريق البحث عن صراعاتهن الجنسية أيضًا⁽³⁾.

ويبدو أن ذلك كان منتشرًا في الثقافة الشعبية في تلك الفترة في مصر، وقد حكى لي جدي نقلًا عن أحد جدوده أنه قال: الولد لو اتجنن ينطلق في الغيطان، لكن البنت لو اتجننت هتجيب العار، والأحسن حبسها أو دفنها.

وظهر الطب النفسي

في أواخر القرن التاسع عشر، وأوائل القرن العشرين تبلور الطب النفسي أخيرًا كعلمٍ طبي حديثٍ مستقلٍّ، على يد طبيبٍ ألماني أيضًا هو إميل كراپلين "Emil Kraepelin" الذي وضع التصنيفات الرئيسية للأمراض النفسية وقواعد دراسة الحالة، والذي يُعتبر الأب الحقيقي للطب النفسي الحديث، لكنه أيضًا كان ابن ثقافة عصره فيما يخصُّ النساء، وكان يعتقد أن طبيعتهن أميل إلى الاضطرابات النفسية مثل "الهستيريا" بسبب عدم استقرارهن الانفعالي⁽⁴⁾. ثم ظهر فرويد "Freud"، ذو الثقافة الألمانية أيضًا في نفس الفترة، وأرسى قواعد التحليل النفسي والعلاج النفسي باستخدام الكلام، وانتشرت نظرياته

عن التطور الجنسي باعتباره جوهرَ التطور النفسي للإنسان، لكنَّ نظريته اعتمدت على مركزية التطور النفسي للذكر، وذلك في تفسيره لرحلة تطور الابن وصراعه حتى استقلاله عن سلطة الأب، ثم نهوضه إنساناً كاملاً، على عكس ذلك كان تصوُّر فرويد لرحلة تطور المرأة في اتجاه النقص الأبدي؛ إذ اعتبر النساء مشوَّهات التطور لافتقادهن وجود القضيب، ولذلك هن يعانين من عقدة (حقد القضيب)، وهي مشاعر النقص التي ستلازمهن بسبب عدم امتلاكهن قضيباً، وفي محاولاتهن للحصول عليه يقعن في حب الأب والاعتماد عليه والتعلُّق به، وهي المشاعر التي سوف تستمر معهن في علاقاتهن المستقبلية لأنهن كائنات ناقصات اعتماديات ومتعلقات بالرجل، سواء كان الأب أو الزوج أو الابن.

استمر تهميش المرأة في ممارسات الصحة النفسية الكلاسيكية في القرن العشرين رغم محاولات الطبيبات والمحلِّلات النفسيات الأوَّل أمثال أنا فرويد "Anna Freud" ابنة فرويد الصغرى، وميلاني كلاين "Melanie Klein" تلميذة فرويد، وذلك لأن الثقافة السائدة كانت أقوى، لكنَّ محاولاتهن أثمرت، فيما بعد، مع ظهور المدارس الإنسانية في الستينيات من القرن العشرين.

وهكذا بدأ واستمرَّ الطب النفسي في التعامل مع قضايا المرأة النفسية كصدي لعلاقتها بالذكر، وليس باعتبارها كائنًا متفردًا ومستقلًا، وكما أسلفنا كان الذكر هو الموضوع الرئيسي في الكتابات النفسية الأولى، وظهرت النساء كظلالٍ للذكر باعتباره الكائن الإنساني الأكمل. ظهر ذلك في ممارسات الطب النفسي في القرن التاسع عشر وظهر في القرن العشرين، في نظريات التحليل النفسي المبكرة، وأغلب رواد المدارس التحليلية والمعرفية والسلوكية الكلاسيكيين⁽⁵⁾.

يمكن أن نعزو ذلك إلى أن الأغلب الأعم من مؤسسي هذا العلم كانوا ذكورًا، وقد ظهر هذا العلم في ظل ثقافة ذكورية تمجّد وتعلي من شأن الذكور، وتتقص من قدرات الإناث سواء على مستوى القدرات العقلية أو التطور النفسي، وكان الاهتمام بالمرأة من زاوية علاقتها بالذكر، وإخضاعها للأدوار الاجتماعية المرسومة دون النظر إلى معاناتها الخاصة ككائنٍ مستقلٍّ ذي احتياجاتٍ متفردة.

استمر التهميش والتجاهل أو التحيّز في التعامل مع مشكلات النساء النفسية لما يزيد على قرنٍ من ظهور الطب النفسي الحديث، وتمثّل ذلك أولاً -كما أسلفنا- في النظرة النفسية إلى المرأة باعتبارها إما كائنًا ناقصًا عند مقارنته بالذكر، وإما كائنًا شبيهًا تُطبّق عليه نفس المعايير الخاصة بالذكور دون تفرد، وإما كائنًا غامضًا يصعب فهمه. وثانيًا ظهر صدى ذلك في الآليات العلاجية، حيث طبّقت بعض العلاجات ذات الآثار الشديدة الإيذاء على النساء أكثر من الرجال مثل التوسّع في احتجاز النساء في المؤسسات النفسية خلال القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين، وكذلك العلاج الجراحي الذي كان يتم بنزع المبايض في القرن التاسع عشر أو التدخل العنيف مثل إدخال الأدوات في المهبل. وفي أربعينيات القرن العشرين ابتكر والتر فريمان "Walter Freeman"، وهو طبيب أمريكي طريقة جراحية لعلاج الذهان بإدخال قضيبٍ حديدي داخل مخ المريضة عبر تجويف العين لفصل الفص الأمامي عن باقي المخ، ورغم آثاره الضارة فإنه انتشر انتشارًا واسعًا في أمريكا الشمالية وبريطانيا، وكان بديلًا للعائلات عن احتجاز المرضى الذهانيين في المصحّات، وكان هذا الإجراء يحوّل المريض إلى كائنٍ معاق عاطفيًا ومعرفيًا وسلوكيًا، واستمر ذلك حتى مُنِع فريمان من ممارسته في أواخر الستينيات، قُدّرت الحالات التي خضعت لهذا الإجراء في أمريكا الشمالية بـ 50 ألف حالة أغلبهم من السود والنساء. ومن المفارقات المدهشة التي

اكتشفت مؤخرًا من البحث في وثائق فريمان أن النساء شكَّرن 75% ممن خضعن لذلك الإجراء، وكانت من بينهن أخت الرئيس الأمريكي الأسبق جون كينيدي⁽⁶⁾. وعلى مستوى العلاج الدوائي تم تجاهل التأثير الضار لبعض الأدوية النفسية في النساء لعدم وجود هذا التأثير في الذكور، ومنها على سبيل المثال انقطاع الدورة الشهرية تحت تأثير بعض مضادات الذهان، وإعادة توزيع الدهون في الجسم بشكلٍ ضارٍّ. على المستوى المحلي لم يختلف الأمر كثيرًا، افتتحت أول مصحة حديثة للطب النفسي في مصر في 1883، وكان العمل فيها يخضع للقواعد الغربية، وكان المديرون الأوائل غربيين أيضًا، ولكن على عكس المصحات النفسية الغربية كان الرجال يمثلون غالبية المحتجزين، ولم تكن تُجرى فيها عمليات جراحية للمريضات لحسن الحظ، ولا يزال الطب النفسي المصري والعربي يتبع الإرشادات الطبية الأمريكية أو الأممية مع بعض الاستثناءات التي حاولت تعريب أو تمصير الطب النفسي مثل إصدار النسخة الأولى والوحيدة من التقسيم المصري للاضطرابات النفسية في العام 1977، بل إنني عاصرت من مؤسسي الطب النفسي في مصر، وكانت آراؤهم العلمية عن المرأة لا تختلف كثيرًا عن الثقافة السائدة، وقد سمعت أحدهم وهو ينفي عن الختان أثره الضار على صحة المرأة الجنسية.

الثورة الإنسانية: سنوات التغيير

مع الحرب العالمية الثانية خرجت النساء إلى العمل، وامتلاً المجال العام بهن، ثم في الستينيات ارتفع صوت النساء النفسي والاجتماعي والثقافي والعلمي والسياسي، وظهرت حركات ثورية في السياسة والنفس والاجتماع والحياة الجنسية، ومنها ظهور المدارس الإنسانية في الطب النفسي، التي عيّنت بالإنسان ككل في تفرّده وتنوعه، وليس في أعراضه

المرضية فقط، حيث انشغلت تلك المدارس بتقدير "الشخص" في ذاته باعتباره المرجع والطريق إلى معرفة نفسه واحتياجاته النفسية، وليس مجرد النظريات الطب نفسية، ومن تلك المدارس؛ مدرسة العلاج المرتكز حول العميل لمؤسسها كارل روجرز "Carl Rogers"، وكذلك علم النفس النسوي في الستينيات من القرن الماضي، ونظرية التعلق لمؤسسها جون بولبي "John Bowlby"، ثم توالى ظهور أبحاث نفسية تعالج المرأة كموضوع رئيسي مستقل ومتفرد، وليس هامشياً أو تابعاً. وبدأت تظهر دراسات وممارسات في علم النفس والعلاج النفسي من منطلق نسوي تنشغل بالمساواة بين المرأة والرجل، ومن منطلق أنثوي ينشغل بالتطور المتفرد للمرأة ووضعها في العالم وما ينتجه من قضايا متفردة، وقد حاولت تلك الدراسات إكمال النقص الذي مورس طيلة السنين المائة الماضية.

جرى العمل على إعادة الاعتبار إلى التجربة النسائية النفسية باعتبارها تجربة فريدة في ذاتها، وتم تضمين الوضع السياسي والاجتماعي والبيولوجي للمرأة في التقييم والعلاج النفسي باعتباره جزءاً أصيلاً من تلك التجربة؛ إذ لم يُعد من الممكن تجاهل تأثير الحرمان من الحقوق السياسية والاجتماعية والتعرض للعنف والتمييز على مشكلات المرأة النفسية، وكذلك تأثير المراحل البيولوجية التي تمرُّ بها مثل دورة الحيض والحمل والولادة، وكذلك تم التركيز على مبدأ المساواة في العلاقة مع المعالج، وهو المبدأ الذي أشارت إليه المدارس الإنسانية.

ومع ظهور تلك الكتابات والدراسات والممارسات بدأ يعاد النظر في علم النفس والعلاج النفسي بشكلٍ عام وليس فقط ما يخص المرأة، وامتد ذلك إلى مراجعة ما كان استقر عليه هذا العلم من قبل، وذلك فيما يخص التطور النفسي والصحة النفسية للنساء والرجال على السواء، والإنسان بشكلٍ عام، وأعيد النظر في مفاهيم

كثيرة كان يُنظر إليها باعتبارها أعراض مرض نفسي، منها على سبيل المثال مفاهيم مثل التعلُّق والاعتمادية والانفعالات القوية والتعبير عنها، والتي كانت تُعتبر لصيقة بالبنفس الأنثوية، ومثالاً على النقص والضعف وقلة الحيلة؛ تحوّلت في دراسات كارول جاليجان "Carol Galigan" في أوائل السبعينيات لتكون مثالاً على النضج والصحة النفسية والشمول الذي يحتوي الآخر ولا يقصيه، مثلما أظهرت أن المرأة تتطور في اتجاه الحميمية والحفاظ على العلاقات ورعاية الآخرين وتكوين المجموعات أكثر من المنافسة الفردانية والإقصاء الخاصة بالذكور، الأمر الذي أعاد النظر في القيم التي كانت تحكم نظرية التطور النفسي للإناث والذكور من قبل، وقدّرت التجربة النفسية العلاقاتية والرعاية للمرأة⁽⁷⁾، كما أعيد النظر في النشاط الجنسي للمرأة مستقلاً عن نشاطها الإيجابي أو الإمتاعي الذي كان محلّ التركيز في الممارسات السابقة، وأصبح النشاط الجنسي والاستمتاع به ونقص الاستمتاع به سواء مع رجلٍ أو من دون هو هدف البحث النفسي والعلاج في ذاته. وأظهرت دراسات روزماري باسون "Rosmary Basson" في أواخر القرن العشرين تفرّد التجربة الجنسية الأنثوية من حيث أهمية العلاقاتية والحميمية في التجربة الجنسية وتميز الاستجابة الجنسية الأنثوية التي تميل إلى النشاط الدائري، وليس النشاط الخطي كما هو الحال مع الذكور، كما تم الانتباه إلى الإنجاب ليس باعتباره تجربة إيجابية فقط، ولكن خبرة سلبية أيضاً من حيث تأثيره النفسي السلبي في النساء، مثل عمليات الحمل والولادة والرضاعة وما يرافقها من اضطرابات نفسية، ومن ناحية أخرى تم التوسّع في بعض التشخيصات النفسية التي تخص النساء مثل تلك المتعلقة بالدورة الشهرية، ظهورها وانقطاعها والحمل والولادة، وهي كلها موضوعات سوف يتم التعرُّض لها باستفاضة على طول الكتاب.

المراجعة: إعادة النظر/الواقع الحالي

على الرغم من أن النساء حاليًا يشكّلن غالبية العاملين في مجال الصحة النفسية في العالم سواء كنّ طبيبات أو معالجات أو ممرضات، وعلى الرغم من أن غالبية المرضى وملتقي الرعاية النفسية في العالم من النساء، ورغم وجود ما لا يقل عن عشر مدارس نفسية وعلاجية في الوقت الراهن أبدعتها وقادتها نساءً، على سبيل المثال، مارشا لينهان "Marsha Linehan" مؤسّسة العلاج الجدلي السلوكي المخصّص للاضطرابات الشخصية الحدية الغالبة في النساء، وسو جونسون "Sue Johnson" مؤسّسة العلاج الزوجي المرتكز على المشاعر، ما زالت النظريات الرئيسية ومدارس العلاج النفسي المؤثّرة والعاملة في المجال هي تلك التي تم تطويرها في العقود السابقة، وتم صياغتها في الغالب بواسطة رجالٍ، وبُنيت على أبحاثٍ كانت غالبية العينات فيها من رجال⁽⁸⁾. وقد تسبّب ضعف وجهات النظر النسائية الفاعلة في هذا المجال، وعلى مدار سنوات طويلة، في آثارٍ سلبية تمثّلت في عدم مواءمة تلك النظريات لناحية فهم معاناة النساء النفسية، وبالتالي إمكانية تقديم إرشادٍ نفسي ناجعٍ لهن. وقد أكدت الدراسات الحديثة أن النساء اللاتي يتوجّهن إلى طلب الخدمات النفسية يتعرّضن للتمييز داخل الحقل الطبي والنفسي بسبب الافتقار إلى الأدوات المناسبة للعمل معهن وتقييمهن؛ مما أدى إلى مضاعفة معاناتهن، وعلى سبيل المثال وُجد أن النساء يعانين أكثر من الرجال من التعرّض المفرط للتشخيص بالمرض النفسي بشكلٍ غير متناسبٍ مع حالتهم، وكذلك توصف لهن الأدوية النفسية أكثر من الرجال، وذلك بسبب عدم وضع انفعالاتهن العاطفية، وحاجتهن إلى التواصّل في إطار الحاجات النفسية الطبيعية، بل في إطار الأعراض المرضية⁽⁹⁾.

ولذلك ما زال العاملون في مجال الصحة النفسية يعتبرون التوافق مع الأدوار التقليدية للجنسين هو الأمثل للصحة النفسية، وأن عدم

توافق المرأة مع دورها الاجتماعي (مثل دور الرعاية والأم وربة المنزل والزوجة المطيعة والمتحفظة جنسيًا) دليلًا على الاضطراب النفسي، ويُنظر إلى سمات الذكور الجنسية مثل القوة والاستقلال والمبادرة والتعدد في العلاقات الجنسية باعتبارها سمات ذكورية صحية، وعندما تتميز بها النساء يُعتبرن مضطربات نفسيًا، مما زاد من تشخيص المزيد من النساء بالاضطرابات النفسية.

بالإضافة إلى ما اتضح من قصور نظريات وممارسات الصحة النفسية التقليدية في مقارنة مشكلات النساء النفسية، فإن السياقات الضاغطة والمجهدة التي تتعرض لها النساء تضيف بُعدًا آخر، وذلك لأن تلك الضغوط تكون أكثر وأشد وطأة من تلك التي يتعرض لها الرجال في الحياة الإنسانية، وقد ظهرت توابع ذلك في معاناة النساء الأكثر من بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب. ومن أمثلة تلك السياقات الضاغطة؛ العنف ضد النساء الذي تعرّفه منظمة الصحة العالمية بأنه وباء عالمي، حيث تتعرض امرأة واحدة على الأقل من كل ثلاث نساء للضرب، بالإضافة إلى الإكراه على ممارسة الجنس، والقتل، وتعرض أغلب النساء للقمع منذ الطفولة مرورًا بالمراهقة والشباب، وكذلك ختان الإناث الذي تواجهه خطرته عشرات الملايين من النساء سنويًا، كما تواجه المرأة في حياتها ضغوطًا معاكسة مؤسسية مثل التقليل من شأنها، والتضييق عليها في العمل والأسرة، والانتقاص من حقوقها الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، كل ذلك بالإضافة إلى الأعباء البيولوجية النسائية المتعلقة بالدورة الشهرية والحمل والولادة والرضاعة.

نتيجة للمراجعات السابقة بدأت تنشغل مؤسسات كثيرة محلية وأممية بمراجعة ما استقرت عليه الممارسات الطب نفسية فيما يخص النساء، وتبذل حاليًا الكثير من الجهود من أجل إعادة النظر في سياسات ونظريات الصحة النفسية وتطبيقاتها فيما يخص النساء

وتشبيكها مع غيرها من القضايا الصحية والاجتماعية من أجل مقارنة أكثر شمولاً، ومنها ما تقوم به منظمة الصحة العالمية، وما يقوم به المجلس القومي للمرأة والأمانة العامة للصحة النفسية في مصر، وكذلك افتتاح وحدة خاصة بالمرأة في قسم الطب النفسي في كلية طب القصر العيني في العام 2020، كما أنني دُعيْتُ في العام 2021 من قِبَل المجلس القومي للمرأة في مصر لإعداد دبلومة صحة نفسية موجّهة إلى الإخصائين النفسيين العاملين مع شكاوى النساء.

المقاربة التي يقوم عليها هذا الكتاب تركز على فهم النمو والتطور النفسيين للمرأة وفهم احتياجاتها النفسية في تفرّدِها وتميُزها، وكذلك تبني وجهة نظرٍ إيجابية تجاه ذلك، من خلال تصديق تلك الاحتياجات والتعبير عنها والبحث عن تليبيتها، وذلك للمساعدة في تعافي المرأة، وتمكينها من مواجهة الضغوط التي تتعرض لها، ومتابعة تعليمها وعملها والقدرة على تحقيق إمكاناتها، وتعزيز قدرتها على المشاركة في مجتمعها المحلي بفاعلية وإبداع.

المكتبة العربية

ما زال علم الصحة النفسية في منطقتنا، وفي أحسن أحواله، يحاول اللحاق بالعلم الغربي، ومنشغل أكثر بمتابعة الاضطرابات التقليدية وعلاجها، أو الموضوعات التقليدية الخاصة بالمرأة مثل مواجهة العنف، والآثار الضارة للختان، وتربية الأطفال ورعاية الزوج والأسرة. لكن مع وجود بعض المحاولات المتفرقة لاختراق ذلك بين مرحلة وأخرى لإبداع مقارباتٍ نفسية خاصة، وكان نتيجة ذلك أن أغلب ما كُتِب للقارئ غير المتخصص بخصوص الصحة النفسية للنساء كان ذا توجُّه اجتماعي أو سياسي أو حقوقي، ولم ينشغل بالصحة النفسية للنساء مباشرة إلا القليل، منهم على سبيل المثال نوال السعداوي،

وهي طبيبة وكاتبة وناشطة نسوية مصرية، وعملت فترة محدودة في الطب النفسي في السبعينيات، وركزت في كتاباتها على التمييز والعنف الواقع بحق النساء، وكان لها دورٌ مهمٌ في منع وتجريم الختان لكنها لم تتطرق إلى تفرد الاضطرابات النفسية الخاصة بالمرأة. بينما من انشغل بالصحة النفسية للمرأة مباشرة كان إما من منطلقٍ تقليدي وإما ديني وإما من منطلقٍ اجتماعي. وانشغلت منظمات نسوية بتمكين المرأة وإعدادها للمشاركة في الحياة الاجتماعية والسياسية، لكن على قدر علمي لم يكن هناك انشغالٌ كبيرٌ بالاضطرابات النفسية التي تعانيها النساء، ونشر الوعي بها. وعلى الجانب الآخر توجد الكثير من الكتابات الشعبية عن نفسية المرأة، والتي تركز على الغموض الأنثوي والجنس والحب والعلاقات، وأغلبها كُتبت بلغة غير علمية، وكثيراً ما تكون متحيزة ومنمطة للمرأة، ومكرسة للصور التقليدية عنها وأحياناً مضللة، لذلك تأتي ضرورة هذا الكتاب الذي سوف يركز على الصحة النفسية الخاصة بالبنات والنساء وحياتهن النفسية منطلقاً من تفرد التجربة النسائية من حيث التكوين الجيني والبيولوجي ومراحل النمو والتطور النفسي والعوامل البيئية والمسارات الحياتية والصعوبات والتحديات والمراحل العمرية.

يتوجّه هذا الكتاب أساساً إلى النساء؛ المراهقات والشابات والكبيرات، العازبات والمتزوجات ومن يُعلنن أو لا يُعلنن أطفالاً، ويتوجّه إلى مَنْ ينشغلون بشؤون النساء من داخل الأسرة مثل الأزواج والآباء والأمهات والأبناء، أو من خارج الأسرة مثل الأصدقاء والصديقات والزملاء، ويتوجه أيضاً إلى الأطباء والإخصائيين النفسيين وإلى العاملين في المؤسسات المهتمة بالبنات والنساء مثل المؤسسات التعليمية والصحية، ومؤسسات الدعم الاجتماعي والنفسي والقانوني وخلافها، وهو يهدف إلى سدّ النقص في المعرفة العلمية العامة والفهم النفسي والاجتماعي المنشغل بالصحة النفسية للبنات والنساء.

الفصل الأول

النمو البيولوجي والنفسي والاجتماعي للمرأة

(معرفتش الخوف إلا لما رحت المدرسة)

سلمى



1 - النمو البيولوجي والنفسي والاجتماعي للمرأة؛ من البنوثة إلى الهانم

تقول سلمى: "طفولتي كانت كلها لعب، كلهم كانوا يلعبوا ويضحكوا معايا كأني لعبة، معرفتش الخوف إلا لما رححت المدرسة".

يحلو للأسر المصرية إطلاق اسم "بنوثة" على البنات الصغيرات كنوعٍ من الدلال والرقعة، ولكنهم لا يسمون الولد "لود" رغم عدم وجود اختلافات ظاهرة بين الأولاد والبنات في ذلك العمر، وهكذا من البداية يُلصق الدلال والرقعة بالبنات أكثر من الولد، ومن البداية أيضاً تكون البنات أكثر تفاعلاً وتواصلًا لأنها تسبق الولد في الكلام والتفاعل والتفوق التعليمي، وتستمر كذلك طوال طفولتها حتى يفاجئها البلوغ والدورة الشهرية، وتثقلها أعباء المراهقة البيولوجية والاجتماعية، لكنها مع مرحلة الشباب تحاول استعادة عافيتها من جديد، ثم مرة أخرى تثقلها أعباء الحمل والولادة والمجتمع المعادي، لكنها مع منتصف العمر تتخفف من الأعباء البيولوجية، وتكون اكتسبت الثقة والخبرة والمهارات الكافية لكي تحاول العودة إلى التحليق من جديد.

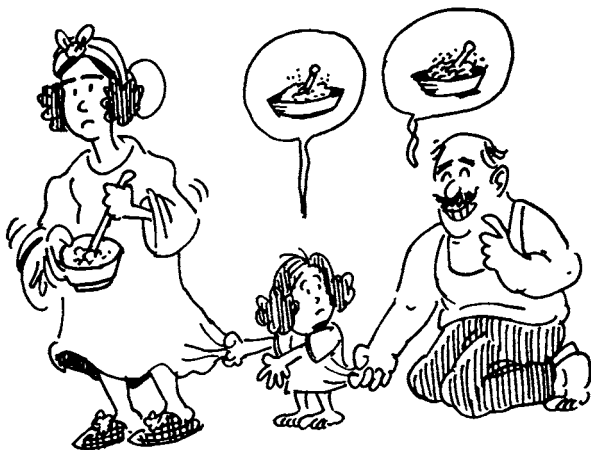
تمرُّ الأنثى، مثل الكثير من الكائنات الحية، بمراحل تطورية؛ وهي الطفولة التي لا تختلف بيولوجياً كثيراً عن طفولة الذكر، والمراهقة التي تميزها مجيء الدورة الشهرية وتوابعها، والرشاد المرتبط بالاستقلال الذاتي، والتحقق المهني والحميمية الجنسية والحمل والولادة ورعاية الأطفال، ومنتصف العمر المرتبط بالتححرر من الدورة الشهرية وأعباء رعاية الأبناء وإعادة التقييم الذاتي، ثم مرحلة آخر العمر مع ظهور أمراض الشيخوخة والترمل والتحول إلى دور الجدة.

هذه المراحل تتأثر بالمحيط البيئي والصحي والاجتماعي والثقافي الذي يؤثر في مسار ذلك التطور، ويحكم مصيره من حيث كان تطوراً

صحيًا أو غير صحيٍّ، سهلًا أو صعبًا، ممتعًا أو مؤلمًا؛ وهذا هو ما سوف نركز عليه في الصفحات القادمة.

1-1 الأنثى الطفلة؛ البنوتة أجمل الكائنات

تقول حسناء: كنت البلية بتاعة ماما، طول الوقت ماشية في ديلها، ولو بابا أو أخويا الكبير طلبوا من ماما حاجة، هي تقول اعملي يا حسناء، شوية شوية بطلوا يقولوا يا ماما، والكل بقى يقول يا حسناء، ولو معملتش أنضرب، أبويا يضرب، وأمي تحدفني باللي في إيدها، أو تجيبني من شعري، وبعد شوية بقى أخويا كمان يشتم ويضرب.



يتشابه الذكر والأنثى في التركيب الجيني بنسبة 99.7% وذلك بسبب الاختلاف الكروموسومي بينهما، حيث تحتوي خلية الأنثى على كروموسومين X بينما تحتوي خلية الذكر على كروموسوم واحد X وكروموسوم Y، ولا يمكن التفريق بين الأنثى والذكر داخل الرحم

حتى الأسبوع السادس حيث يبدأ الاختلاف التشريحي الرئيسي بينهما في تكوين الأعضاء الجنسية، أما الاختلافات البيولوجية الأخرى فهي طفيفة حيث يكون جسد الذكر عند الميلاد أكبر 4% من جسد الأنثى، وكذلك الأعضاء الداخلية مثل المخ والقلب والرئتين والكبد، ويكون مخ الذكر أكبر 6% وذلك ليتناسب مع الاختلاف في حجم الجسد بين الجنسين⁽¹⁰⁾.

هذه الاختلافات البيولوجية السابق ذكرها ضئيلة جداً إلى درجة لا تفسر الاختلافات النفسية والاجتماعية الكبيرة التي نراها فيما بعد بين الجنسين، على سبيل المثال الاختلافات في تنظيم المشاعر وطرق التفكير والتعلق، والانتشار الذكوري في الوظائف العليا وبعض المهن الأساسية، والعلاقات غير المتكافئة لصالح الذكر في الحياة الاجتماعية والأسرية.

كما أن مراحل النمو في الطفولة عند البنات لا تختلف كثيراً عنها عند الأولاد، باستثناء أن القدرات المعرفية للإناث تنمو أسرع، ويتكلمن أسرع وتكون حصيلتهن اللغوية أعلى؛ فهن يلعبن مع الأولاد في المدرسة والنادي وداخل البيوت وفي الشارع، وأحياناً يختلط الأمر على من يشاهدهن ولا يستطيع التمييز بين الولد والبنات، رغم ذلك التشابه الأولي، تختلف معاملة الإناث حتى قبل أن يولدن، (لما قالوا ده ولد انشد ضهري وانسند، ولما قالوا دي بنية الحيطان مالت عليّ)، (ولما قالوا دي بنية قلت تكنس لي وتسخن لي المية)، إن مجرد معرفة أن ما تحمله المرأة في رحمها هو بنت يحرك مشاعر مختلفة ومتناقضة، بين الخوف منها أو عليها والامتعا أو البهجة، وبين التعاطف معها أو مع الوالدين اللذين سيرعيانها، وأحياناً يكون الحماس المبالغ فيه لأن "الأميرة/البنوتة" على وشك الوصول. وعندما تولد البنت تستمر الخصوصية في معاملتها، على سبيل المثال إن لمس طفلة صغيرة أو حملها يختلف عن لمس طفل ولد أو حمله؛ حيث تعامل الطفلة

كأنها هي هشة، رقيقة وضعيفة، ويستمر الاختلاف في اختيار الأسماء الناعمة واللينه للإناث، واختيار الملابس والغرف ذات الألوان الوردية والفاحة والمبهجة عكس الأولاد، وتقديم العرائس والفساتين والألعاب الناعمة والمرتبطة بالمنزل مثل ألعاب الطبخ، كما تتدرّب البنات منذ الصغر على أن يكن "بنّوات" حلوات رقيقات مبتسمات يمتلئن بالبهجة، ويدخلن السعادة على الكبار مثل سلمى التيكان والدها يسميها "سندريلا": "ما افتكرش طلبت حاجة متعملتش، تقريبًا كانوا شايليني من ع الأرض، وعمري ما لعبت مع أطفال برة البيت، ولا اشترت حاجة بنفسي، ولما مدرس زعقلي ماما راحت شتمته وكانت هتضربه".

وبينما يتم تعريض الأولاد للشارع أكثر من البنات، وتدريبهم على الألعاب القتالية والممارسات الخشنة، وأحيانًا يتم تشجيعهم على الاشتباك مع الأولاد الآخرين، فإن البنات يتعلّمن الرسم والتطريز والطبخ وربما السباحة، ويتعلّمن تجنّب الخشونة وتجنّب المواجهات الخشنة بل والنعومة والخضوع في العلاقات.

وهكذا رغم التشابه التشريحي والفسولوجي بين الجنسين يتم دفع إناث الأطفال تدريجيًا في مساراتٍ محددة تحت تأثير توقعات دور الجنس والقوالب النمطية لأدوارهن وذلك حتى قبل أن يتمكن من معرفة جنسهن أو اختيار دورهن الخاص.

هذه الاختيارات التي يحددها الآباء والأمهات، وغيرهم من الشخصيات البالغة في حياة الطفلة تضعها في أدوارٍ معينة مثل دور الجميلة، الرقيقة، العاطفية، الاتكالية، الضعيفة، كما هو الحال مع سلمى، أو العصبية، الغضوبة، العندية، الصارخة والبكاءة مثل حسناء، أو المنطوية الخجولة الباردة والبعيدة، كل ذلك سوف يؤدي إلى اختلافات في سمات الشخصية والاختيارات الدراسية والوظيفية

وحتى طبيعة العلاقات والتفاعل داخل هذه العلاقات، وقد يستمر طوال الحياة، ومن ثم يُنظر إليه على أنه الطبيعة الأنثوية، وأنهن يشكّلن نوعًا مختلفًا لهن شخصيات مختلفة، ويجب أن يمارسن أدورًا مختلفة في مساراتٍ منفصلة عن تلك التي للذكور⁽¹¹⁾.

وعندما تكبر "البنوتة" قليلًا تصبح "البنات" وتُحاط بالحماية المفرطة أو القسوة المفرطة حسب الخلفية الثقافية للأسرة، وفي الحالتين تُحاط بالمراقبة المفرطة عكس الأولاد، على سبيل المثال تتعرّض البنات للضرب في المدرسة أقل من الأولاد اعتقادًا بأنها الأضعف، كما تتعرض للتقييد في المنزل، وتشارك في الأعمال المنزلية عكس الأولاد الذين يقضون وقتهم في اللعب خارج المنزل، ولأن التركيز على تعليم الأولاد أكثر فإن عدد الأولاد الذين يذهبون إلى المدرسة في مصر يفوق عدد البنات مرتين ونصفًا⁽¹²⁾، ومنهن من تتعرّض لجرائم الاعتداءات الجنسية وتشويه الأعضاء التناسلية (ختان الإناث)، والاتجار الجنسي والزواج المبكر حتى قبل البلوغ، وكما تقول سارة التي عانت مبكرًا من صدمة الختان وعنف الأم: "مش مسامحة أمي لما خدتنى من ورا أبويا عند جارتنا، وكان عمري ثمن سنين، وجابت واحدة لابسة أسود زي الشيطان عملت لي العملية".

إرشادات إلى الأم والأب:

تربية البنات تبدأ من لحظة الميلاد، عليكما أن تراجعاً مشاعركما التي شعرتما بها عندما عرفتما أنها بنت، ربما كان الشعور الغالب هو الخوف، أو الفخر، أو الفرح، أو القرف، أو الغضب، أو مزيج من كل ذلك، حاولا أن تتمعنا في تلك المشاعر، وأعيدا تنظيمها، ومن ثم فكرا فيما تتمنيانه لابنتكما، والصفات التي تريدانها لها، وبينما تتمنيان لها أن تكون جميلة، ذكية، وسعيدة، تمنيا لها أيضًا أن تكون قوية،

مرحة، اجتماعية، قادرة على حماية نفسها، وقادرة على اتخاذ القرارات الرئيسية في حياتها وإدارتها بكفاءة واستقلال. إن تربية بنت قوية لن يؤثر في أنوثتها أو في هويتها الجنسية كما يروج البعض بشكل غير علمي⁽¹³⁾، ولكنه سوف يؤثر في ثقتها بنفسها، وطريقة تعبيرها عن أنوثتها، حيث ستكون أقوى وأكثر حضوراً واستقلالية.



1. جرّباً معها كل الألعاب: لا تحصرها في ألعاب البنات، لأنها سوف تستمتع أيضاً بألعاب العربات والمسدسات مثلما تستمتع بالعرائس، ومهارات الفك والتركيب والتخييط مثلما تستمتع بمهارات الرعاية والتجميل.
2. اتركها تجرّب ملابس مختلفة: لأنها تستحق أن تلبس البناتيل مثلما تلبس الفساتين، وتلبس التنانير مثلما تلبس المريولة،
3. لتنطلق: لتلعب وتجري وتتسلق وتقع وتختبر جسدها وقوتها، لأن صحتها العقلية والجسدية في لياقتها البدنية، ولا تحاولان حمايتها حيث لا توجد خطورة.

4. شجعاً وحرّكاً: بدلاً من تحذيرها من الأكل غير الصحي أو تحذيرها من السمّة شجعها على الأكل الصحي والنشاط الجسدي الكثيف، لتلعب وتجري وتمشي وتأكّل،

5. حرّكاً فضولها ونشّطاً دماغها: احكياً معها واقراً لها حتى قبل أن تفهم الكلام، فاجئها واسألها وسأيراه في الخيال والأفكار، واجعلها عقلها يحلّق ثم يعود إلى الواقع، واشرح لها باستمرارٍ حتى لو لم تسأل، عرّفها على الطبيعة والحيوانات والنباتات وأسمائها وأنواعها.

6. كوّننا نموذجاً قوياً، وعرّفها بالنماذج القوية: عرفها على النساء القويات الناجحات من محيط العائلة والأصدقاء، لأن وجود نماذج نساء ناجحات وذوات حضور وقادرات على حل المشكلات يدرّبها على كل ذلك. .

7. هي ليست الأميرة بل الفارسة: تجنّب ثقافة "السندريلا" والبنّت الأميرة، لا تعلّمها أن تكون اعتمادية، علّمها أن تعبّر عن نفسها، وأن تطلب ما تريد بوضوحٍ، ولا تنتظر أن يقرأ أحد أفكارها.

8. المظهر مهمٌّ والقدرات كذلك: يمكنكما أن تفخرا بجمال ورقة وشياكة ابنتكما، ولكن عليكم أيضاً أن تشجعا وتفخرا بشطارتها وحبها للخير وقوة جسدها وذكائها لأن كل ذلك سوف يصبُّ في ثقّتها بنفسها وتصورها عن ذاتها.

9. درّبها على المهارات الشخصية: إلى جانب تعليمها الطبخ والتنظيف والاعتناء بالمنزل، علّمها كيف تعمل ميزانية لنفسها، وكيف تنظم وقتها، وتضع أهداف اليوم والأسبوع، وعلّمها التعاون والتفاوض والعمل الجماعي وكيف تكون فريقاً، ودرّبها على استخدام الأدوات مثل المفك والشاكوش

ومنفاخ العجلة وإصلاح الأشياء المكسورة، لكي تستطيع يومًا ما أن تعتمد على نفسها.

10. تضامنا معها: تضامنا معها عندما تكون ضعيفة أو مرتبكة أو معترضة أو غاضبة وصدقًا خوفها وشجعا اعتراضها، واسمعا شكواها وألمها النفسي.

11. لتحلّق: شجعا ابنتكما على أن تحلم، لا تقولا لها إن ذلك صعب، ولكن فكّرا معها كيف تتجاوز الصعب، وكونا مرنين مع تغييرها لاهتماماتها وأحلامها؛ لأنها في حالة نمو وتغيير دائم وهذه طبيعة الطفولة.

1-2 الأثني المراهقة: سنوات العاصفة...

تعطل مؤقت

اعتدتُ أنا وأختي الأصغر أن ننام في نفس السرير، وأن نلعب مع الأولاد والبنات في الشارع حتى وقت متأخر ليلاً، وعندما بدأت تظهر عليها علامات المراهقة نُقلتُ لكي تنام في غرفة أبي وأمي حتى جُهزتُ غرفة خاصة بها. كانت تبكي بسبب حرمانها من اللعب معنا، وتدرجياً تم تطويعها، وأصبحت فرحة وهي تقضي وقتها مع أمي لتؤدي دور "بليّة" في المطبخ، أو مع خالتي وبناتها وغيرهن من صديقاتها أو إنجاز مهام منزلية، حدث هذا في أسرتي، وفي أغلب أسر الطبقة المتوسطة المصرية؛ وهكذا قبل المراهقة تبدأ أولى مراحل التفریق والتقييد بحق البنات.

مع البلوغ تبدأ الاختلافات الجسدية والفسولوجية الواضحة بين الجنسين في الظهور، ويبدأ بلوغ البنات في المتوسط في عمر عشر سنوات، أي قبل الأولاد بسنتين، حيث يدفع تحت المهاد (-Hypothal- amus) الغدة النخامية لإفراز هرمون جوناودوتروبين (-Gonadotro phine Hormone) الذي يحفّز إفراز هرمون الإستروجين (هرمون الأنوثة) بمعدل أعلى من الذكور، وهو الذي يقف خلف الاختلافات الجسدية بين الإناث والذكور، وخصوصاً كبر حجم الثديين، وإعادة توزيع الدهون حول الوركين، وبدء الدورة الشهرية. ويتأثر توقيت البلوغ بعوامل خارجية مثل الصحة العامة للفتاة والتغذية والعرق، والموقع الجغرافي من حيث درجة الحرارة، ومقدار التعرض للضوء والحالة النفسية.

وتوصّف هذه الفترة غالباً بـ "السنوات العاصفة"، لأنها سنوات المشاعر المكثفة والإجهاد الذي يأتي مع البلوغ الأنثوي والتغيرات الجسدية والعاطفية والمعرفية الكثيرة خلال هذا الوقت.

الدورة الشهرية:

بالإضافة إلى صدمة الختان لم تسامح سارة أمها على "العَلقة" التي أخذتها عندما رأت قطرات الدم، وظنّت أنها أصيبت بجرح في منطقتها الحساسة نتيجة لعب الكرة مع الأولاد، فأخذتها إلى الطبيبة لعمل كشف عذرية لتكتشف أنها دورتها الشهرية الأولى. كما لم تنسَ سلمى نظرات المحيطين عندما خرجت من حمام السباحة تجري لأمها، وعلى ساقتها تتساقط نقاط حمراء من دورة شهرية مفاجئة، وبعدها توقفت تمامًا عن تدريبات السباحة.

الدورة الشهرية، أو ما يُعرف بالحيض، هي الحدث الأهم في حياة كل فتاة صغيرة؛ يبلغ متوسط عمر الفتاة عند بداية الدورة الشهرية 13 عامًا لكنها قد تبدأ قبلها أو بعدها بعدة سنوات، ومع الدورة الشهرية تبدأ التغيّرات الهرمونية المصاحبة للبلوغ؛ حيث تنظم الدورة الشهرية مجموعة متنوعة ومتراطة من الهرمونات، أهمها هرمونا الإستروجين والبروجستيرون؛ يتزايد إفراز الإستروجين في النصف الأول من الدورة ثم ينخفض بشكلٍ حادٍّ في نهاية النصف الأول ليحدث التبويض، ثم يعود ويرتفع مرةً أخرى في المراحل الأخيرة. بينما يزداد إفراز البروجستيرون بشكلٍ أساسي بعد التبويض في النصف الثاني من الدورة، وقد ربط بعض الباحثين ارتفاع الإستروجين بالتغيّرات النفسية التي تحدث في النصف الأول من الدورة الشهرية مثل ارتفاع الطاقة والنشاط والمشاعر الإيجابية والمزاج والرغبة الجنسية والحساسية للألوان والروائح والأطعمة مع تغيّرات أخرى في الجلد والشعر، وذلك استعدادًا للتخصيب والحمل. بينما كان ارتفاع البروجستيرون في النصف الثاني من الدورة متعلقًا بانخفاض الطاقة والمزاج والرغبة الجنسية مع تغيّرات أخرى في الجلد والشعر بعد فشل التخصيب.

التبويض هو تكوّن البويضات في المبيض (يمكنك قراءة الجزء الخاص بالأعضاء التناسلية في الفصل الخامس لمعرفة المزيد عن المبيض) بواقع بويضة كل شهر تقريبًا، وذلك بالتوازي مع تكون بطانة تغطي جدار الرحم استعدادًا لاستقبال البويضة المخصّبة. وتنتهي الدورة الشهرية وتنتهي بطانة الرحم وتخرج في شكل النزف الشهري أو الحيض الذي يكون البداية لدورة جديدة، وهكذا في دورة هرمونية تتراوح مدتها ما بين 21 يومًا و35 يومًا، بمتوسط 28 يومًا كل دورة. ويتكوّن الحيض من خلايا الدم مع بعض الخلايا من جدار الرحم والسوائل المخاطية، وتختلف كميته من امرأة إلى أخرى ما بين 30 مللترًا وحتى 100 مللترًا

في كل دورة. وتتراوح مدة الحيض ما بين يومين وستة أيام، وتختلف من امرأة إلى أخرى، وحتى من دورة إلى أخرى في نفس المرأة.

ولا تؤدي الدورات الشهرية الأولى في حياة الفتاة المراهقة إلى التبويض، حيث تتميز تجربة السنة الأولى من الحيض لدى الفتاة بدورات عدم انتظام التبويض وأحياناً نزيف حاد⁽¹⁴⁾.

وتمر 70-90% من الفتيات من عوارض نفسية وجسدية قبل الدورة بعدة أيام، وقد تستمر في أثنائها، وقد تصل شدة هذه العوارض إلى مستوى الاضطراب النفسي في بعض النساء⁽¹⁵⁾، وسوف يتم شرح ذلك بالتفصيل في الجزء الخاص بـ "اضطراب تكدر الدورة الشهرية في الفصل الثالث".

كانت زوجتي الراحلة تعاني منذ البلوغ آلاماً شديدة في أثناء الدورة الشهرية، وبينما تلك الآلام تتزايد سنوياً، كانت هي تعتبرها معاناة طبيعية تمرُّ بها كلُّ فتاة، ولم تجرؤ على مناقشتها مع الأهل إلا في مرحلة متقدمة من عشرينياتها، وحينها ابتسم الوالد الأستاذ الجامعي معتبراً أن الحالة سوف تتحسن مع الزواج والإشباع الجنسي، وبعد الزواج استمرت الآلام حتى انفجر كيس دموي على المبيض، ومع الفحوصات الطبية اكتشفت أنها تعاني بطانة رحم مهاجرة، مما حوّل دورتها الشهرية إلى جحيم أصابها بالاكئاب، وأعاقها عن الحمل، وكان يمكن علاجها وإمكانية حملها لو اكتُشف ذلك وعولجت مبكراً.

وللدورة الشهرية ثقافة خاصة وقديمة في كل مجتمع إنساني تحدّد الموقف النفسي والاجتماعي والسلوكي منها، لكنها في أغلب المجتمعات تحاط بالسرية والتجنب لأنها قد تؤذي الرجال والحيوانات والمحاصيل

وتجلبب الأمراض والأوبئة، وفي مجتمعنا يُتجنب ذكرها مباشرة حتى في الإعلانات الخاصة بها باعتبارها شيئاً مخجلاً، وترتبط ثقافياً في مجتمعنا بعدم النظافة والقرف أو النجاسة والأذى، وعدم الطهارة المرتبطة بالمنع من ممارسة العبادات مثل الصلاة والصيام، ويُمنع الرجل من ممارسة الجنس مع زوجته في أثناء الدورة لتجنب الأذى. وترتبط في الثقافة الشعبية بالأعمال السحرية المؤذية (كانت أمي تطلب مني ألا أشرب الشاي في بيت إحدى القريبات خوفاً من أن تضع قطراتٍ من دورة ابنتها الشهرية في الشاي لكي "تربطني" بها)، وفي مصر كانت الصيدليات تبيع الفوط الصحية الخاصة بالدورة في أكياس سوداء حتى لا يُرى ما داخلها.

وقد أفادت دراسة عن المراهقات في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، ومنها مصر، أن أغلب البنات فوجئن بالدم عندما جاءتهن أول دورة، حتى اللائي كنَّ على علمٍ مسبقٍ بالأمر، وتراوحت مشاعرهن الأولى بين الصدمة، والقرف، والخوف والارتباك، وأشارت أغلبهن إلى أن الدورة حدثٌ منهكٌ أو مزعج، أو كما تقول سلمى: "مكنتش مصدقة إنه هيحصلي طول عمري". وفي دراسة مصرية أفادت أغلب البنات أن الدورة هي دم فاسد يخرج من الجسم⁽¹⁶⁾، وهو تعبير يشير إلى الموقف الواصم التمييزي من الدورة الشهرية، الذي يجعل الفتيات يقرفن من أنفسهن، ويخجلن ولا يخبرن عن مشكلاتها. كما وُجد في الدراسة أن الفتيات أخذن معلوماتهن عن الدورة الشهرية من مصادر متعددة، حيث 59% من البنات أخذنها من الأم، والأخريات أخذنها من آخرين أو من على الإنترنت.

ولذلك لم تنسَ قَطُ حسناء أنها اختبأت في الحمام أربع ساعات عندما رأت الدم لأول مرة لأنها اعتقدت أنها آذت نفسها في منطقة حساسة، وكانت تخشى من العقاب، وقالت: "ولمَّا كسروا عليّ باب الحمام كنت فاكرهم هيقتلوني".

ورغم أن متوسط عمر البنات عند البلوغ هو 12 سنة، فإن البلوغ قد يحدث في السن من 8-13 عامًا، وقبل مائة عام كان المتوسط 16 سنة، لكن لأسباب متنوعة منها التغذية والتعرض للضوء بسبب الخروج المبكر للتعليم؛ أصبح بلوغ الإناث أبكر. وفي حالة لم يحدث بعد سن 13 سنة يُعتبر بلوغًا متأخرًا، ويحتاج إلى فحص طبي لمعرفة الأسباب والعلاج، وفي حالة حدث قبل عمر 8 سنوات يُعتبر بلوغًا مبكرًا، وقد يعطي بعض الأطباء هذه الحالة علاجًا لتأجيله عن طريق تعطيل زيادة هرمون جوناودوتروبين (Gonadotrophine Hormone). ومن العوامل التي ترتبط بالبلوغ المبكر الصراعات الأسرية وغياب الأب. ويفسر علماء النفس التطوري ذلك بأن الجسد الأنثوي يواجه الضغوط البيئية المحيطة، مثل غياب الأب، واحتمالات المواجهة المبكرة مع الذكور خارج العائلة، بتسارع النمو والبلوغ المبكر لكي يكون كفوًا لتلك المواجهات المبكرة⁽¹⁷⁾. لكن هذا التسارع يكون له آثار سلبية أيضًا؛ فقد لوحظ أن البنات اللاتي تأتيهن الدورة الشهرية مبكرة تعاني صعوبات التكيف والتعامل مع نضوجهن الجنسي المبكر قبل نضوجهن العاطفي والعقلي، وقد يعانين مبكرًا من سرطان الثدي وبعض السرطانات الأخرى المرتبطة بالجهاز التناسلي، وإذا جاءتهن الدورة متأخرة يعانين الشعور بالدونية والنقص، كما حدث مع سارة التي جاءت الدورة في عمر 14 سنة مما جعلها محط أسئلة الخالات، وعندما جاءت الدورة الشهرية، ورغم ما واجهته من عنف من الأم، قامت بإبلاغ الخالات بالأمر لكي تتخلص من ملاحظتهن لها. وقد تستمر تلك المشاعر مع سن الرشد، وقد ربطت أبحاث بين تلك المشاعر واضطرابات نفسية عديدة منها اضطرابات الأكل والاكتئاب.

رغم أن المخ يكمل 90%-95% من نموه في أثناء الطفولة، ولا يزداد حجمه كثيراً بعد ذلك، فإنه مع الدخول في المراهقة يزداد تشابك الوصلات العصبية داخل المخ تعقيداً وعدداً، وتتطور وظائفه سريعاً، ويتركز التطور على الفصوص الجبهية (التي تقع خلف الجبهة) المتحكمة في التفكير واتخاذ القرار؛ حيث يتطور تفكير المراهقات من التفكير العياني؛ التفكير في المحسوسات مثل الأكل والشرب والتذوق وتقليد الآخرين وبالذات الأم إلى التفكير التجريدي مثل الحب والحرية والصداقة والعدل والجمال والخطأ والصواب، وتتضاعف حصيلتهن اللغوية وقدراتهن على تسمية المشاعر والعلاقات، ويزداد التفكير النقدي والتفكير متعدد المستويات، واختبار أسئلة وأفكار ومعتقدات جديدة، وتبدأ مرحلة اكتمال "الأنا" الجديدة. وتخضع عملية تطور المخ وتشابك وصلاته العصبية بدرجة كبيرة للتفاعلات الاجتماعية المحيطة، والأحداث المرتبطة بها من حيث درجة الأمان والدعم الذي تتلقاه المراهقة من علاقاتها الأساسية مثل العلاقة بالأسرة والأصدقاء.

قسّم إريك إريكسون⁽¹⁸⁾ مراحل التطور النفسي للإنسان من الطفولة إلى الشيخوخة إلى ثماني مراحل متتالية ذات مهام محددة؛ حيث على الإنسان أن ينجز كل مرحلة تطويرية لكي ينتقل بسلاسة إلى المرحلة التي تليها، وإذا تعطل إنجازها في مرحلة ما تعطل نموه النفسي. وحسب إريكسون تكون مهمة مرحلة المراهقة هي تشكّل الهوية "الأنا"، حيث تنشغل المراهقات في محاولة تكوين تصور عقلي عن أنفسهن، يبدأن في تطوير الشعور بالهوية والاستقلالية واستكشاف عالم الكبار في أثناء التقدّم نحو مرحلة البلوغ. تطرح البنت المراهقة تساؤلاتٍ وجودية عما هو صحيح وما هو خطأ، وحدود الحريات ودور الدين، وتعيد تقييم العلاقات الأسرية لأنها تكتشف قصور

معرفة الوالدين، وربما تبحث عن بدائل للعلاقة بالوالدين في الزملاء أو الكبار في العائلة وخارجها، ويكون هناك ميلٌ إلى لعب الأدوار المختلفة، والمرور بهويات مختلفة غير مكتملة تربكها وتربك من حولها، وقد يصل إلى ارتباك الهوية الجنسية والميول الجنسية، الأمر الذي يثير الرعب في الوالدين.

تقول أم سارة: "تربية البنات صعبة مش زي الولاد، مراهقة سارة كانت عذاب، كل شوية في حال؛ شوية عايزة تتحجب، وشوية عايزة تلعب كرة قدم، وشوية عايزة تلعب مزيكا، وشوية تكون اجتماعية، وشوية قرفانة مننا/وشوية حبانًا، وآخر اختراع كانت عايزة تبقى ولد... بس ربنا هداها".

تكافح البنت مع نفسها في معرفة مَنْ تريد أن تكون، وكيف تريد أن تعيش، وتميل المراهقة إلى تنمية التفكير الفردي، واتخاذ القرارات في الحياة الشخصية، والاحتفاظ ببعض الأسرار، والدخول إلى عوالم غير مطروقة، واستعراض المعرفة الجديدة، وإنشاء اهتمامات شخصية في الموسيقى والقراءة واللبس والألوان والماكياج. وقد تظن المراهقة أنها محطُّ انشغال الكبار، وأن ما تراه هو ما يراه الآخرون، ويأتي ذلك أحيانًا في شكل تحدُّ لسلطة الكبار. وعلى عكس الأولاد الذين يُسمَح لهم بالحركة بعيدًا عن الأسرة، وينشغلون بالشلة ومجموعات الأصدقاء والأنشطة خارج المنزل، تميل المراهقات، بسبب التضييق المتزايد على حركتهن، إلى الاحتفاظ بعلاقات عاطفية ونفسية مستمرة مع العائلة، وتزداد المشاركة مع الوالدين والإخوة، التي تشعر فيها الفتاة بالنشاط والفعالية والأهمية؛ حيث ينشط دور الراعية للإخوة والأب، ودور الصديقة للأم. كما تتوثق تدريجيًا العلاقة مع الأم، وتتميز بالتقليد والتقمص والاهتمام بالفاعل معًا، وتبادل الملابس والأخبار والأسرار، فإذا لم تكن الأم متاحة، أو كانت مهملة أو قامعة،

أو كان العنف والذكورة يسودان الأسرة، تميل الفتيات إلى التقارب مع الصديقات أو إلى الانعزال واتخاذ الخيال عالمًا مريحًا وآمنًا لهن، أو إلى العزلة والاكئاب والقلق وربما اضطرابات أخرى⁽¹⁹⁾.

تعطل مؤقت:

تقول حسناء: "كنت الأولى على الفصل لغاية لما الدورة جت لي، معرفش إيه اللي حصلي، بقيت ملخومة في جسمي وشعري، شوية واتحجبت، سنتين شيلت مواد، وهوب علقتين سخنين، وحلفت لأمي لأطلع الأولى تاني ودخلت هندسة".

يأتي البلوغ على أغلب الفتيات بالخسارة على الأقل في سنينه الأولى، وقد لوحظ أن أغلب الأولاد والبنات في مرحلة الطفولة يتشابهون في النشاط والتحصيل الدراسي، مع تقدّم للبنات على الأولاد فيما يخص اللغات والرياضيات. ومع البلوغ تبدأ الكفة تميل إلى صالح الأولاد، وتبدأ درجات البنات في التدهور مؤقتًا، لكنه يعاود التقدم مع الثانوية العامة؛ حيث تستعيد البنت توازنها النفسي مرة أخرى.

كما تميل الفتيات اللواتي يتم تبصيرهن وإعدادهن مسبقًا عن البلوغ إلى التوافق العالي مع تطورات المراهقة، مع وجود صورة ذات أفضل، ويعتبرن أنفسهن جذابات أكثر من الفتيات اللاتي فوجئن ببلوغهن دون إعدادٍ وتوجيه أو تأخر دخولهن إلى مرحلة البلوغ.

كما أن الفتيات اللاتي لم يجهزن بدرجة كافية يشعرن أن أجسادهن أصبحت مشكلة، وينزعجن من كبر حجم أثدائهن، وأحيانًا من صغرها، ويشكّل تجمع الدهون في المناطق السفلى حول الوركين مشكلة أيضًا لأنه يتناقض مع الصورة النمطية الإعلامية للجمال الأنثوي الرشيق؛ الأمر الذي يجعل الكثير من الفتيات يعانين قلقًا شديدًا بشأن أجسادهن والتعامل معها، مما يؤثر بالسلب في التغذية واللبس،

وتميل تلك الفتيات إلى إخفاء أئدائهن، أو ارتداء ملابس فضفاضة لإخفاء الجسد.

كانت أختي الصغرى ترتدي جاكيت جينز أكبر مقاسًا، ومشي منحنية لإخفاء صدرها، وهكذا حكّت لي زوجتي الراحلة عن حياتها وهي مراهقة، وتشبّهها بالأولاد في الشعر والمشيّة، كما حكّت لي بنات أخريات في العيادة أمورًا مشابهة.

ومع اتساع وعي الفتاة، وقدرتها على التفكير التحليلي تتسع احتياجاتها ورغبتها في الاستقلال والحركة، وفي نفس الوقت تزداد القيود الاجتماعية والقيود على الحرية الشخصية، بالذات في اللبس وحرية النشاط والعلاقات مقارنة بالأولاد، وهكذا بينما يزداد وعي المراهقة اتساعًا وعمقًا، يضيق عالمها ويزداد قيودًا وتشابكًا مع تراتبية معقّدة، على مستوى الأسرة والأقارب والذكور والإناث والمدرسة والشارع والزملاء، ولا تعمل أغلب هذه العلاقات لصالح الفتاة أو لدعمها وتمكينها.

كما أن الفضاء التقليدي العام يكون عادة معاديًا لحركة جسد الفتاة ومعيقًا له؛ لأن انتشار التحرش الجنسي والانتهاكات الجسدية، والتشويه الجنسي للمرأة في الوسائط الثقافية المختلفة تتضافر جميعًا مع مشكلات التحيز والتمييز والتقليل والتحقير والقمع ضد المرأة البالغة.

كل هذه العوامل تجعل الأمر أكثر صعوبة بالنسبة إلى الفتيات عندما يخضن عملية البلوغ الجنسي، وذلك على عكس الأولاد الذين تتميز مراهقتهم وإكمال نضوجهم الجنسي بالارتباط القوي والإيجابي بأجسادهم وعضلاتهم وإحساسهم بالقوة والانطلاق والرغبة والفرح.

حتى إن بعض الدراسات أشارت إلى ما يُسمّى "تآكلًا في الثقة بالنفس" يحدث لدى الفتيات في عمر 11-14 سنة، ويظهر ذلك في مظاهر انخفاض الثقة بالنفس والتدهور الدراسي، والخوف من الآخرين، والارتباك، ومحاولات الاختفاء والعزلة والاكتئاب مما يحيل الفتيات إلى ما يُسمّى "إخراس الذات"⁽²⁰⁾.

وقد تأثرت سلمى كثيرًا عندما فاجأتها الدورة في حمام السباحة، وأصبحت تعاني القلق الاجتماعي لخوفها من الإحراج، وعاشت حياتها دون أصدقاء.

الصحة النفسية في مرحلة المراهقة:

أكثر من نصف المراهقات (59%) يعانين صعوباتٍ نفسية ناتجة عن الصراع مع جميع تلك المتناقضات، وأكثر الشكاوى التي تأتي من الفتيات في العيادات هي تقييد الحركة، الاعتداءات الجنسية والتحرش الذي يكون تأثيره صاعقًا في تلك السن، العنف داخل الأسرة، الصراع مع الأهل حول ضوابط السلوك، الانشغال بالمظهر، صعوبة التواصل الاجتماعي، مشكلات الدراسة والتنمر، الصراع حول نوع الدراسة الجامعية، العلاقات الرومانسية، وأكثر المشكلات النفسية شيوعًا في هذه المرحلة هي الشعور بالدونية، واضطرابات شكل الجسم، واضطرابات الأكل، والاكتئاب والقلق، واضطرابات العلاقات، سواء داخل الأسرة أو خارجها، واضطرابات الشخصية، وتحديدًا الشخصية الحدية، وقد مثلت اضطرابات القلق (2%-24%) والاكتئاب (4%-43%)، وتشير الفروق الكبيرة في الأرقام إلى المدى الواسع لتأثير العوامل البيئية في الفتيات؛ إذ كلما كانت العوامل تعمل لصالح الفتيات كن أقل في المعاناة النفسية والعكس صحيح⁽²¹⁾.

نحتاج بداية إلى الوعي بالصعوبات التي تمرُّ بها المراهقة في أثناء بلوغها وهي تنمو بتسارع جسدي ونفسي، ولا تعرف ماذا تفعل بجسدها المتنامي ومشاعرها المتضاربة وتقلُّبها المزاجي الذي تمرُّ به مع كل دورة شهرية، ومراعاة ألا نأخذ كل ذلك بشكلٍ شخصي، ولكن بـ:

1. التعاطف والمشاركة قبل الحكم والتوجيه: تعاطفا معها، وشاركاها خبراتكما الشخصية، وما مررتمَا به من حيرة وصعوبة في مراهقتكما، لكي تعرف أن ما تمرُّ هي به أمرٌ طبيعي، وأنها ليست وحدها، وأنكما تعيشان معها خبرتها يومًا بيوم.
2. تقديم معلوماتٍ تدريجية وإيجابية عن البلوغ: وذلك قبل حدوثه، وبشكلٍ تلقائيٍّ حسب المناسبات، على سبيل المثال: تعليقا على سؤال عن حمالة الصدر (اللبس ده هتلبسيه لما تبلغي... تبلغي يعني تكوني طولي، وصدرك يكبر، ويكون زيي، وتبقي كبيرة زينا)، ونفس الكلام عن الفوط الصحية (هعلمك إزاي تستخدميهما لما تجيلك الدورة)، (تجيلك الدورة يعني كذا وكذا...) وهكذا تدريجيًا، حتى تقترب الفتاة من الدورة الشهرية بينما يتم تقديم الأمر إليها بطريقة واضحة، وفي خصوصية⁽²²⁾ مع شرح استخدام الفوط الصحية، وكيفية التعامل مع أي آلامٍ أو تقلصاتٍ مع الدورة.

3. تقديم المعرفة الجنسية الأساسية: تقديم الجنس بشكلٍ علمي محبَّب وبسيط باعتباره أحد الأنشطة الطبيعية الممتعة في حياة الإنسان، مثل الأكل والشرب، وأن وقته المناسب يتحدَّد حسب السن والثقافة مع التركيز على أن أعباء النشاط الجنسي المبكر والعشوائي تقع على البنات أكثر من الأولاد لأسبابٍ

بيولوجية (مثل الحمل والأمراض المنقولة جنسيًا) ولأسباب اجتماعية وثقافية.

4. تقوية الشعور بالتفويض والتمكين: وذلك بتقليل التوجيه والأوامر، ومنحها مهامَّ تخصُّ الكبار تزداد تدريجيًا، وأخذ رأيها في القرارات الأسرية، ومنحها الحرية في اتخاذ قراراتها الشخصية مثل اللبس والصدقة واللعب.

5. التركيز على مناطق القوة: بدلًا من التركيز على مميزاتها الجمالية أو تخويفها من التُّخن، يمكن تشجيعها على اللعب، والفخر بقوتها الجسدية وذكاؤها وشاطرتها ولكي تشعر أن تقييمها لنفسها أوسع من مجرد الشكل الجسدي للفتاة.

6. التنشيط السلوكي: تشجيعها على متابعة أنشطتها الجسدية، وتنمية علاقات قوية وقريبة مع أقاربها وزملائها وزميلاتها.

7. تشجيع العلاقات مع الكبار: تشجيع العلاقات الصحية مع الكبار في العائلة والأصدقاء، وكذلك أمهات صديقاتها.

8. تعلُّم مهارات الإرساء: وهي مجموعة من المهارات المصمَّمة للمساعدة على الاحتفاظ بالاتزان النفسي في مواجهة القلق والمواقف الصعبة؛ ومنها التنفس العميق والاسترخاء العضلي والتأمل والتركيز على الحواس؛ وهي تساعد في تخفيف التوتر والتقلصات والأعراض الجسدية الأخرى التي قد تأتي مع الدورة الشهرية وسف نعود إليها في في اضطرابات القلق في الفصل الثالث.

9. مواجهة الإيذاء: التدخُّل الفوري لمواجهة الإيذاء بكل الطرق، وفي جميع المواقف، بأن نطالب أنفسنا وجميع الراشدين في الأسرة والمحيط الأوسع أن نضمن لبناتنا بيئات آمنة محترمة ورحيمة وعاطفية، وأن نعلِّم البنات أن يتوقَّعن تلك المعاملة

الكريمة، وأن ما عداها هو الاستثناء وليس القاعدة، ونشجع المحيطين الكبار على الدفاع عنه.

10. أخذ المشكلات النفسية على محمل الجد: وذلك بالإنصات إليها، وإلى مشاعرهما، والانتباه إلى المشكلات الخاصة بتلك المرحلة، واللجوء إلى متخصصين عند ظهور مشكلات مثل مشكلات الدورة الشهرية، أو الامتناع عن الأكل، أو القياء المتكرر، وغيره من المشكلات الشائعة في تلك الفترة.

1-3 الأنثى الراشدة: المرأة كما نعرفها:

تزوج أبي بأمي وهي في عمر 13 عامًا، وأجهضت أول حمل لها لأن جسدها لم يكن جاهزاً بعد، وتزوجت أختي الكبرى في عمر 25 عامًا بعد أن تخرجت في الجامعة، وتزوجت ابنة أختي في عمر 29 عامًا بعد أن تخرّجت وعملت وأخذت الماجستير في طب الأسنان، وكانت زوجتي الأولى في عمر 27 عامًا عندما تزوجنا في أواخر الألفية، وكانت تعمل صحفية لأكثر من ثماني سنوات.

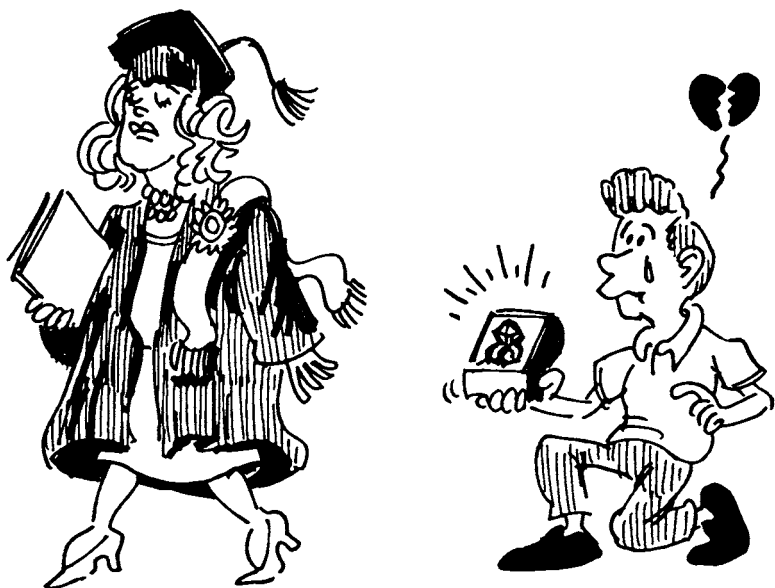
حسناً تزوجت في عمر 24 سنة فور تخرّجها، لكنها أقسمت أن تبقي على ابنتها "بنت بنوت" وألاً تزوّجها قبل عمر 28 سنة، وبعد أن تكون قد تحققت في مهنة.

يمكن تعريف سن الرشد عمومًا بأنه الفترة الممتدة من 21-45 عامًا، وهو تحوُّل الفتاة إلى امرأة، وكان هذا التحوُّل يحدث في الأجيال السابقة كحدثٍ بعد الزواج وفقدان غشاء البكارة في ليلة "الدخلة"، ولكن مع التوسُّع في تعليم الفتيات ودخولهن سوق العمل بقوة، أصبح هذا التحول سلسلة من التغيرات والإجراءات التي تنقلها تدريجيًا إلى

امرأة مستقلة ومتحقة، تعمل وتعتمد على نفسها، وتأخذ قراراتها بنفسها وتمارس حقوق الراشدين، وتشارك في مجتمعها، ولها عاملها النفسي والاجتماعي الخاص، بل والسفر أو العيش في مدينة أخرى وحدها لدواعي العمل أو الدراسة، ولذلك يتغير سن الرشد النسائي من مجتمع إلى آخر، ومن جيل إلى آخر، رغم أن الثقافة اللغوية الشعبية التي ما زالت ترى المرأة كائنًا جنسيًا في الجوهر، تطلق على البنت قبل الزواج "بنت بنوت" أي أنها ما زالت عذراء، وبعد الزواج "امرأة أو ستًا" لأنها فقدت غشاء البكارة، لكنها لا تُطلق نفس التسمية على الذكر الذي يتحوّل من طفل إلى رجل دون الحاجة إلى زواج.

تخرج المرأة من سنوات المراهقة وتدخل عالم "النساء" بأحلام الاستقلال والحرية بعيدًا عن تبعية وقيود الأسرة الضاغطة، وهي تحلم بالتمكّن في مهنة، والاستمتاع بها والتحقق العاطفي والجنسي، محاولة بناء علاقات اجتماعية متوازنة مثل التوفيق بين متطلبات عملها والتكثيف الاجتماعي الضروري، وكذلك في حالة الزواج التوفيق بين متطلبات أسرتها الأولى والتكثيف مع طبائع واحتياجات زوجها وأسرته.

وغالبا عندما نقول "النساء" فإننا نقصد هذه المرحلة، والتي يُشار إليها علميًا باسم سنوات الإنجاب، وذلك لأن الرعاية الصحية في هذه المرحلة تتركز على تنظيم النسل والصحة الإنجابية، وذلك بدلاً من التركيز الأوسع والشامل على تعزيز الصحة النسائية في جميع المناحي. رغم أن المرأة في هذه السن تسعى عادة إلى استكمال تعليمها، والتحقق في مهنة وتحقيق الاستقلال المادي قبل الانخراط في مسؤوليات الحمل والإنجاب، فإن الضغط الاجتماعي والرغبة في الاستقلال يدفعانها إلى البحث المتعجّل عن شريك حياة.



تقول حسناء: وإحنا في المدينة الجامعية كان كل
كلام البنات عن الجواز، لدرجة بقى رعبى الحقيقي
مش السقوط لأ .. إني أتخرج في الجامعة وأرجع
لأمي ومفيش في أيدي عريس، وفي آخر سنة حبيت،
واتجوزت أول ما خلصت الجامعة، كنت بدور على
الي هيرحمني من زن أمي وخنقة أخويا الكبير،
كنت عايزة أشوف الدنيا بعيد عن البيت الي
كنت محبوسة فيه.

فإذا كانت تعمل وتزوجت في نفس الوقت، تتعرض المرأة لضغوطٍ
هائلة بين كيفية التعامل مع حياتها الجديدة، بما فيها من أحداثٍ
جسيمة مثل الحمل والولادة، ومن جهة أخرى الطموح في العمل
وبناء مهنة، واضطرارها أحياناً إلى المزاجية بين العمل ورعاية المنزل
الذي لا يُنظر إليه باعتباره عملاً إضافياً، وما يحيط كل ذلك من

عدم المساواة الاقتصادية والاجتماعية والنفسية واحتمالات العنف والتقليل من شأنها، ولذلك تشكّل النساء في هذا العمر أغلب زوار العيادات النفسية لأنهن يشكّلن 52% من كل زوار العيادات النفسية، رجالاً ونساء⁽²³⁾، مما يعكس الضغوط الشديدة التي تتحمّلها النساء في تلك المرحلة، كما أن هذه الفئة هي الأكثر معاناة من الاضطرابات النفسية.

تكمل حسناء: قمت من النوم لقيت عندي 40 سنة،
ومعايا 3 عيال، وتخنّت 30 كيلو جراماً، وعايشة مع
راجل زي الإخوات، وبشتغل موظفة، ونسيت الهندسة
الي اتخرجت منها بجيد جداً.

بيولوجيا الرشد:

تُعتبر السنوات التي تتراوح بين 18 و35 عاماً مثالية من الناحية الطبية للإنجاب، وتمرّ معظم النساء خلالها بدوراتٍ شهرية منتظمة، توفر التبويض المنتظم حيث تكون فرصة الحمل متوفرة إذا حدث الجماع غير المحمي، ولذلك يُعتبر التعرفُ على وسائل منع الحمل من الاعتبارات الصحية المهمة للنساء خلال هذه السنوات.

وتنشغل النساء في تلك المرحلة بصحتهن عمومًا، وصحتهن الجمالية خصوصًا لأنها ترتبط بمستويات الجاذبية التي يرغبن فيها للحصول على القبول الاجتماعي، وكذلك الحصول على زوجٍ مناسبٍ، ويمكن تلبية هذه الاحتياجات لتعزيز الصحة والحفاظ عليها على أفضل وجه عندما تعيش المرأة في سياقٍ اجتماعي ملائم، لكن ذلك الانشغال يمكن أن يتعطل عندما يواجه بالقهر، والعنف والتمييز والتشويه الجنسي والطبقي، وهي أمور شائعة في ذلك العمر.

التطور النفسي والاجتماعي: دوامة الأدوار:

بحسب إريك إريكسون تسمى هذه المرحلة "الحميمية في مقابل العزلة"⁽²⁴⁾ وهي المرحلة السادسة من مراحل إريكسون التطورية، حيث تنشغل المرأة بالصراع بين مهمتين تطورتين، أولاهما تدور حول تطوير العلاقة الحميمة مع شريك وتكوين أسرة والانخراط في دور الأم سعيًا إلى الاستقرار والشعور بالأمان، والمهمة الثانية هي الاستمرار في الحياة الفردية في اتجاه تنمية مهنة والترقي فيها.

ولأن أغلب الأسر المحافظة ما زالت تفضل زواج البنت على عملها لأن "ضل راجل ولا ضل حيطه" و"سترة البنت جوازها"، فإن كثيرًا من النساء سوف ترغب في المسارين معًا، ومن هنا تنشأ مجموعة متنوعة وغالبًا متصارعة من المسؤوليات والانشغالات؛ مثل الأمومة ورعاية الأسرة، والتخصص في مهنة، وتكوين علاقات صداقة مستقرة، ورعاية الوالدين المسنين، وبالطبع كل هذه العوامل سوف تؤثر في التطور النفسي والاجتماعي للمرأة.

كذلك تتضارب مطالب واحتياجات متعددة تخص المرأة في هذا العمر مثل المنافسة الدراسية والمهنية ومتطلبات الارتباط، والانتقال من بيت الأسرة، وإنشاء بيت جديد، واحتمالات الإنجاب وتربية الأطفال، وهي كلها مهام يقع أغلبها على عاتق المرأة، فإذا تراكمت مع صعوبات اجتماعية تكون أكثر ضغطًا، وتؤدي محاولة تحقيق التوازن بين هذه المطالب المتنافسة وأحيانًا المتناقضة إلى زيادة مستوى التوتر لدى العديد من النساء.

كانت منى المصرية السعودية تعمل في وظيفة مرموقة في الإدارة الثقافية والفنية بلدها، ولأنها الوحيدة من أخواتها التي لم تنجب فقد تكفلت -بجانب عملها المرهق- برعاية بيتها ورعاية والدها، وأحيانًا أطفال

أخواتها البنات. وعندما زارتنى في العيادة كانت تقوم بكل ذلك مع رعاية صديقتها المريضة، فضلاً عن الحياة مع الزوج متعدد العلاقات.

وعانت إيمان الحياة مع أم عصبية وذكورية وعنيفة، وبالذات معها لأنها كانت الكبرى لأخين من الذكور، وتصف مراهقتها بالجحيم ونوبات الاكتئاب غير المفهوم، ولكن مع الجامعة، والابتعاد عن البيت؛ بدأت تنطلق مع الدراسة والصديقات والحياة في المدينة الجامعية، ثم عادت للتدهور بعد العودة للمنزل وعدم العمل، وخصوصاً أنها تزوجت بعد التخرج مباشرة، وأنجبت بنتاً وولداً ثم لاحظت مؤخراً أنها بدأت تمارس مع أطفالها ما كانت الأم تمارسه معها مثل العصبية والعنف، مما أجبرها على مراجعة الطبيب النفسي، حيث اتضح أنها تعاني ضعف صورة الذات، والقلق المعمم المتمثل في نوبات الغضب واضطراب العلاقة بالأبناء، وبدأت العلاج من القلق والغضب بالأدوية وجلسات العلاج النفسي بالتوازي مع جلسات التثقيف التربوي.

أما مي فقد عاشت في أسرة هادئة لأب وأخين أكبر، كلهم من الأطباء، وأم ربة منزل، وكانت هي "دلوعة العيلة" لم تعانِ مشكلات محددة، وحتى عندما تركت الأسرة وعاشت مع الخالة في القاهرة للعمل في شركة دعاية كبرى كانت في حماية مدير الشركة، وهو زوج الخالة في نفس الوقت، ومع الخطوبة اضطرت إلى ترك العمل والعودة إلى محافظة قنا استعداداً للزواج. وقتها بدأت تعاني نوبات قلق شديدة تأتي في شكل أعراض جسدية، وإغماءات، ومع الفحص تبين أن مي تعاني

اضطراب قلق الانفصال واضطراب الشخصية التجنبية، الذي ظهر بسبب الهشاشة في قوة الأنا وشخصيتها الاتكالية التي تفتقد المهارات الأساسية لإدارة حياتها وعلاقاتها ومشاعرها، ولذلك عند أي مواجهة تعاني نوبات قلق، وهو ما حدث مع خطيبها، وتم الاتفاق على تأجيل موعد الفرح والبدء في العلاج الدوائي والنفسي، وحضور جلسات معرفي سلوكي وجلسات علاج جمعي، وبعد سنة من العلاج والعمل بعض الوقت سكرتيرة في مدرسة أصبحت مي قادرة على المضي في الزواج.

التحديات التي تواجه المرأة الراشدة:

المجتمعات التقليدية مثل مجتمعنا لا تساعد المرأة الراشدة على متابعة تطورها النفسي والاجتماعي، لأنها تقلل من إمكانياتها، وتفرض عليها الدور التقليدي، وهو دور ربة المنزل ورعاية الزوج والأبناء. والكثير من الأسر لا يشجعون بناتهم على العمل بعد التخرج في المدرسة أو الجامعة، الأمر الذي يعطل نموهن النفسي الذي بدأه مع التعليم، ومن ثم تعود البنت إلى حياة الاعتمادية والاتكال على الأسرة وذلك انتظاراً للعريس وحياة ست البيت، وتفقد الكثير من المهارات الحياتية التي اكتسبتها في أثناء الحياة التعليمية، وإذا رغبت البنت في العمل يتم تشيئها جنسياً (يُنظر إليها باعتبارها كائنًا جنسيًا بصرف النظر عن إمكانياتها)، ويجري التمييز ضدها والتقليل من فرصها، والتضييق عليها، الذي ربما يقعدها مرة أخرى عن الاستمرار فيه.

كذلك فإن الافتقار إلى نماذج نسائية كافية في المناصب العليا يضعف من طموح النساء إلى العمل، ويفرض عليهن النظرة الدونية لأنفسهن (التسفيه الذاتي)، التي يتبنّاها المجتمع تجاههن، بالإضافة إلى

أن المجال العام في تلك المجتمعات معادٍ للمرأة لأنه يحوّلها إلى هديفٍ جنسي، ويفرض عليها قيوداً في الحركة، ويعتبر وجودها في المجال العام غريباً ومزاحماً للرجال، ومزعجاً لغرائزهم الجنسية؛ لذلك تتردد المرأة قبل الإقدام على أي فعلٍ، ولو بسيط مثل الخروج من المنزل أو الجلوس أو التمشية في مكانٍ عام، وذلك فضلاً عن الذهاب إلى دراسة أو العمل الذي يتطلّب خروجاً يومياً، واستعدادات هائلة للتعامل مع تلك الشروط المعادية.

بالإضافة إلى الضغوط والتحديات السابقة، تتعرّض المرأة خلال ذلك الوقت لأنواعٍ عديدة من العنف، مثل العنف في المجال العام، والعنف الأسري، والعنف الزوجي، والعنف في مجال العمل، والسلوك الجنسي القسري والاعتداءات الجنسية، وكذلك احتمالات الطلاق التي تزايدت كثيراً في السنوات الأخيرة، وإمكانية سفر الزوج للعمل في الخارج، واضطرارها إلى تحمّل مسؤوليات الأسرة وحدها، خصوصاً لو كانت بعيدة عن أسرتها الأصلية.

الصحة النفسية في الدوامة:

نصف النساء الراشديات يعانين اضطراباً نفسياً أو أكثر في وقتٍ ما من حياتهن، وهو أعلى من أي فئة عمرية أخرى⁽²⁵⁾، حيث تنتشر اضطرابات نفسية عديدة مثل الاضطرابات النفس جسدية، والاكتئاب والقلق والقلق الاجتماعي ورهاب الساحة والاضطراب ثنائي القطب، واضطراب ما بعد الصدمة، والاضطرابات النفسية المرتبطة بالحمل والولادة والسلوك الانتحاري وشبه الانتحاري واضطرابات الأكل وتعاطي المخدرات، وغيرها من مشكلات الصحة النفسية الخطيرة، وذلك بالإضافة إلى قضايا مثل القلق على صورة الجسم، والقلق بشأن اتجاه حياة الفرد واضطرابات الشخصية، التي تكون أحياناً مرتبطة أو غير مرتبطة بالإنجاب.

الأسر التي لن تعيق بناتها عن العمل خارج المنزل، سوف تساعدن أن يكملن مسيرة النمو، ويقلن المهارات، ويكتسبن الثقة والقدرات لحياة الراشدين. ولأن الحياة كامرأة في مجتمعنا تحتاج إلى التخطيط الجيد، يمكنك أن تتمثلي حياتك الراشدة مثل خريطة عمل، وأن تضعي فيها احتياجاتك الآنية والمستقبلية، وتوجهاتك في حياتك القادمة، وتحديدي مصادر الدعم المتاحة في الأسرة والأصدقاء والمجتمع، والإمكانيات المتاحة مثل الدراسة والعمل والزواج، ويمكنك لمزيد من المساعدة أتباع الخطوات التالية:

- التخطيط الجيد: مثل وضع أهداف واضحة للحياة الراشدة مع ترتيب الأولويات، وعدم التسرع في قرار الارتباط الزوجي قبل النضج النفسي، مثل التخصص في مهنة، وتأسيس شبكة علاقات اجتماعية داعمة ومستقرة، واختبار أنشطة وخبرات حياتية جديدة، وفي حالة الزواج يجب التخطيط الجيد لمراحل الحمل والولادة بدلاً من التورط السريع في أمومة مبكرة ومرهقة.
- الحفاظ على مرونة نفسية عالية: عبر التنويع في التوقعات والاهتمامات والعلاقات والخبرات المهنية والحياتية، وتجنب التمسك بخطة واحدة، ووضع سيناريوهات مختلفة، والتركيز على التعلم والاستمتاع بالحياة في تلك المرحلة العمرية الشابة، والاحتفاظ بعلاقات اجتماعية قوية وداعمة في إطار الأسرة والأصدقاء والزملاء.
- الحفاظ على الصحة: اللجوء إلى مراكز الرعاية الصحية لطلب النصح الطبي فيما يخص منع الحمل والصحة الإنجابية والجنسية والصحة النفسية.

- اللجوء إلى مراكز دعم المرأة: في مواجهة الظروف المعاكسة مثل العنف، والطلاق، وعدم وجود مأوى، اللجوء إلى تلك المراكز، سواء الحكومي منها مثل مؤسسات وزارة التضامن، والمجلس القومي للمرأة، والجمعيات الأهلية والمبادرات الحقوقية التي تعنى بالمرأة.

1-4 الأثني السيدة: مراجعات منتصف العمر:

تخاف معظم النساء من منتصف العمر لاحتمالات التدهور الجسدي والجمالي، وهي السنوات التي تسبق وتلي انقطاع الدورة الشهرية (من عمر 40 إلى 60 عاماً)، والتي تحدث بسبب انخفاض عدد البويضات في المبايض، وعدم قدرتها على الاستجابة وإفراز ما يكفي من الإستروجين لإكمال الدورة الشهرية، تقول حسناء: "عايزة ألحق شبائي قبل ما ينحسر"، لكنها من الناحية العلمية تُعتبر مرحلة حياتية مثل المراحل الأخرى، يختلف تطورها حسب الوضع الصحي والاجتماعي والاقتصادي، على سبيل المثال؛ هذه المرحلة كانت تبدأ حول عمر الأربعين في الأجيال السابقة، ومع تحسُّن التغذية والخدمات الصحية بدأت تتأخر حتى وصلت إلى ما بعد الخمسين، وكانت تتميز بآثارٍ سلبية صحية ونفسية كثيرة، لكن تلك الآثار السلبية تكون أقل في المجتمعات المتقدمة.

التغيُّر الاجتماعي الإيجابي الذي يحدث في تلك المرحلة هو الاستقرار النوعي في طبيعة العلاقات داخل الأسرة، حيث يكون الأبناء قد وصلوا المرحلة التي لا يحتاجون فيها إلى الرعاية اللصيقة من الأم، وتكون العلاقات الاجتماعية الأخرى سواء مع الزوج أو مع العائلة الأكبر أو مع الأصدقاء، قد أخذت شكلاً أكثر استقراراً ووضوحاً للأدوار التي يقوم بها كل طرفٍ، وفي هذه المرحلة أيضاً نجد أن بعض النساء

يبدأ في إعادة التفكير في وضعهن الاجتماعي والمهني، وقد يراجعن علاقاتهن الزوجية، وبعضهن يطلبن الطلاق مثل حسناء التي فوجئت بمشاعرها تتحرك تجاه حبيبٍ قديمٍ، وبعضهن تسعى لتحقيق الأهداف والأحلام والمهن التي ربما تأخرن في تحقيقها بسبب انشغالهن بتكوين أسرة والحمل والولادة ورعاية الأطفال، مثل منى السعودية المصرية التي عادت إلى العيش في مصر، وتعلمت الكتابة والرسم وبدأت حياة نشيطة ومبهجة.

بيولوجيا منتصف العمر: اختلاف المسارات:

تُعرّف مرحلة انقطاع الحيض بأنها المرحلة التي تبدأ بعد مرور عامٍ كاملٍ من الانقطاع الطبيعي لآخر دورة شهرية. وخلال السنوات المحيطة بانقطاع الدورة الشهرية، السابقة لها والتالية عليها، تختلف مسارات النساء في أثناء تلك المرحلة؛ قد تعاني بعض النساء تغيراتٍ جسدية مرتبطة بانخفاض هرمون الإستروجين، مثل عدم الانتظام في الدورة الشهرية، والهبات الساخنة (نوبات مفاجئة من الحرارة والتعرق واحمرار الجلد في الجزء العلوي من الجسم مثل الصدر والرقبة والوجه)، والانخفاض في حجم الأعضاء التناسلية، وبعض التغيرات في هيكل الثدي، وانخفاض مرونة الجلد، مع تقلبات مزاجية خلال هذه الفترة من الحياة، كما يعاد توزيع الدهون في الجسم لتتناقص في الوجه والساقين وأسفل الذراعين، وتزيد في البطن والفخذين وأعلى الذراعين، وتبدأ التجاعيد في الظهور، مما يؤثر في تقبل المرأة لجسمها، وهنا يظهر ثاني أكبر التناقضات وضوحًا بين الجنسين، بعد تناقضات مرحلة المراهقة، لأن نفس التجاعيد والشعر الأبيض التي تقلل من جاذبية النساء هي نفس التجاعيد والشعر الأبيض التي تزيد من جاذبية الرجال في تلك السن.

لكن أغلب النساء لا يعانين التحولات النفسية والأعراض الجسدية السابق ذكرها، ولكنها الثقافة التقليدية التي تميل إلى تشييء المرأة جنسيًا، وتربط جاذبيتها بانقطاع الدورة الشهرية. وفي إحدى الدراسات التي جرت على مدار خمسة أعوام على نساء من عمر 45-65 سنة، وُجد أن 40% من النساء عانت الهبات الساخنة، و17% من التعرق الليلي، و16% من الأرق، و13% من جفاف المهبل، و12% تقلبات مزاجية و12% زيادة في الوزن⁽²⁶⁾. ويرتبط حدوث تلك التغيرات وشِدَّتْها بعددٍ لا يُحصى من العوامل، تتضمن التوقعات الثقافية، والتغذية، والحالة الصحية، والنشاط الجسدي والنشاط الجنسي والرفاه النفسي والمحيط الداعم وتوقعات العمر في تلك المرحلة وخطط المستقبل. بل إن بعض النساء ينشطن جنسيًا ونفسيًا واجتماعيًا في تلك المرحلة، وذلك بسبب تخفُّفهن من أعباء الأمومة، والخوف من الحمل مع زيادة خبرتهن في النشاط الجنسي والتعامل مع صعوبات الحياة.

جاء الأستاذ عبد الحميد، وهو موظف ستيني هادئ، إلى العيادة طالبًا مقويات جنسية لأن زوجته الخمسينية، التي كانت تتجنَّب العلاقة الجنسية، واعتاد معها النشاط الجنسي المتباعد، بعد انقطاع دورتها الشهرية وبعد زواج البنات وتقاعدها من العمل، أصبحت أكثر نشاطًا وتطلبًا جنسيًا، وترغب في الخروج والسفر، وتقول له: "عايزين نبدأ حياتنا بقي".

التطور النفسي في هذه المرحلة له علاقة مباشرة بالتحقق في المرحلة السابقة، النساء اللائي حققن أغلب الأهداف المهنية التي حدّدها لأنفسهن في سن الرشد سوف يتمتعن بإحساس أكبر بالحياة، ويكون أقل اكتئابًا في منتصف العمر من أولئك اللائي لم يرقين إلى مستوى توقعاتهن. كما أن بعض النساء اللائي تحققن في الأدوار التقليدية، كن راضيات ومستمرات فيها باعتبارهن جدّات يرعين الأحفاد، ويستمتعن بالتقدير من المحيط العائلي والاجتماعي، لكن بعض النساء اللائي نلن تعليمًا جامعيًا (مثل حسناء)، واللائي كرّسن أنفسهن، كشاباتٍ، للزواج والأمومة، أعربن عن أسفهن في منتصف العمر بشأن القرارات التقليدية السابقة، وبعضهن رغبن في الطلاق، وعدن إلى علاقاتٍ قديمة أو اتّبعن مسارات مهنية جديدة. وقد بدأت حسناء تتواصل مؤخرًا مع حبيب الدراسة الذي لم يكن جاهزًا للزواج بها في الماضي، وصارت مستعدة لأن تكون زوجة ثانية له على شرط عدم التحكم في حياتها، ومساعدتها على استعادة مهنتها كمهندسة معمارية.

من ناحية أخرى، فإن النساء اللائي فوجئن بالترمل أو الطلاق أو زواج الزوج من أخرى كنّ أكثر عرضة لمثل تلك التقلبات المزاجية والفكرية والشعور بالخسارة، وكن أكثر معاناة من الأعراض الجسدية لانقطاع الدورة⁽²⁷⁾.

وهكذا فإن منتصف العمر هو فترة ديناميكية التطور، تحدث خلالها العديد من التغيّرات المعقدة وأحيانًا المتناقضة، قد تكون ممتلئة بالنشاط والطاقة، أطلقت عليها عالمة الأنثروبولوجيا مارغريت ميد (Margaret Mead) اسم "Zest" أو "تلذذ انقطاع

الدورة الشهرية⁽²⁸⁾ مثل استكشاف اهتماماتٍ، واكتساب مهاراتٍ، وتعلُّم خبرات جديدة، والاستمتاع بالوقت مع الأصدقاء والعائلة، لأن (أقوى قوة في العالم هي امرأة تتمتع بالحيوية في عمر انقطاع الحيض) وقدمت "ميد" من نفسها نموذجًا لذلك.

وعلى العكس من ذلك، ترى عالمة النفس النسوية كارول جيليجان (Carol Gilligan) أن منتصف العمر قد يكون وقتًا محفوفًا بالمخاطر بالنسبة إلى النساء، بسبب انخراطهن في العلاقات الاجتماعية الكثيرة من أبناء وأحفاد، وما يتبع ذلك من مهام اجتماعية ونفسية تزيد الضغوط عليهن، أو العكس وهو الاستغناء عن الاعتماد المتبادل مع الأبناء أو الزوج، والميل إلى العزلة أو الدخول في الصراعات الاجتماعية ومحاولات إثبات الأهمية، وخصوصًا بعد اضمحلال مرحلة الأمومة، وأحيانًا الدخول في محاولاتٍ محمومة للنجاح المهني التنافسي⁽²⁹⁾.



الصحة النفسية: في عمر التقلبات:

لن تحدث بالضرورة تغيُّرات نفسية سلبية، وإذا حدثت فإنها تتركز في الأعراض السابقة أعلاه، التي سوف نشرحها بالتفصيل في "فصل الاضطرابات النفسية التي تصيب النساء"، قد تعاني بعض النساء التغيرات المزاجية، وازدياداً أو انخفاضاً في الرغبة الجنسية، ومع القلق من هذه المرحلة قد يضطرب النوم، وتزداد الحاجة إلى الاهتمام العاطفي، وإعادة تقييم العلاقات. قد تعاني بعض النساء تغيُّرات في الذاكرة والإدراك عند دخولهن منتصف العمر، وهو أمر طبيعي يحدث مع الذكور أيضاً، كما قد تعاني بعض النساء في ذلك العمر هشاشة العظام وخشونة المفاصل، وقد تحتاج إلى رعاية طبية.

إرشادات عامة:

من المهم أن تراجع نظامك الغذائي والصحي بشكل جيد، لأن الكثير من المشكلات السابقة يمكن تجنبها، أو التقليل من شدتها وتأثيرها، باتباع نظام غذائي وصحي جيد، ويمكنك متابعة الخطوات التالية:

- التغذية الصحية: التقليل من الكربوهيدرات والدهون، والإكثار من الخضراوات والأسماك، والتوقف عن العادات السيئة مثل التدخين وشرب المنبهات مثل الشاي والقهوة أو الخمر.
- النشاط الجسدي: الاستمرار في النشاط الجسدي اليومي، واعتباره أسلوب حياة.
- النشاط الجنسي: مواصلة النشاط الجنسي مهم مع الشريك أو بدون، للحفاظ على الصحة العامة، ونشاط جهاز المناعة وصحة الأعضاء التناسلية وتقوية العلاقة الحميمة.

- إعادة ترتيب الأولويات: يُفضّل التقليل من الانشغالات والتباطؤ في إنجاز المهام، والتسامح مع الذات في التأخير.
- العلاقات: إعادة تنظيم وترتيب العلاقات الاجتماعية حسب أهميتها وتوافقها وقدرتها على تقديم الدعم، مع التقليل من العلاقات الضاغطة أو غير المفيدة، وتجنّب العلاقات المؤذية.
- مجموعات الدعم: وهي المجموعات التي تتكوّن أونلاين أو أوفلاين للمشاركة في اهتمامٍ مشتركٍ، مثل مجموعات السفر أو الشراء أو الأمهات الوحيدات أو النساء اللاتي يعانين مرضًا ما، وهي مجموعات تعنى بتقديم الخبرة الحياتية، وتبادل الدعم والتعاطف والمساعدة المباشرة وغير المباشرة.
- البحث عن معنى: من خلال تعميق الاهتمامات التقليدية مثل رعاية الزوج والأبناء والانشغال بالأحفاد ورعاية من يحتاجون إلى رعاية من الأسرة، وضرورة تنمية اهتمامات جديدة مثل السفر أو القراءة أو البحث أو أي أنشطة ممتعة ومثيرة، أو استعادة اهتماماتٍ قديمة مهنية أو ممتعة.

1-5 الأنثى الأكبر سنًا؛ هوانم وعجائز:

النساء اللائي تجاوزن عمر 65 سنة، وهي المرحلة التي تلي التقاعد عن العمل، والتوقف عن رعاية الأبناء الراشدين، وربما الترمّل والتحول إلى دور الجدة، وقد وُصّمت نساء هذا العمر -على مدى قرون- أكثر من نساء أي فئة عمرية أخرى، يكفي أن تسمع كلمة "عجوز شمطاء" لكي تعرف إلى أي مدى تتعامل الثقافة التقليدية معهن، (ولم أنسَ مَثَلًا شعبيًّا قرأته طفلاً، ربما كان مَثَلًا سورياً يقول: بنت عشرة من الحور العين، بنت عشرين نزهة للناظرين، بنت ثلاثين أم البنات والبنين، بنت أربعين عجوز في الغابرين، وبنت خمسين لعنة الله

عليها والملائكة والناس أجمعين). ويمكن تفسير تلك النظرة شديدة السلبية بسبب افتقاد النساء في هذا العمر إلى عاملي الأهمية الأكبر للنساء في الثقافة التقليدية، وهما الجاذبية الجنسية والقدرة الإنجابية، كما أن الوسائط الثقافية المختلفة من أساطير وروايات وفنون أخرى تساهم كلها في تكريس صورة العجوز الشريرة الساحرة الماكرة ... إلخ. ورغم قسوة هذه النظرة الثقافية التحقيرية الجنسية والإنجابية إلى المسنّات فإنها لا تعكس الواقع الذي تعيشه المسنّات كما سوف نرى.

مع تقدّم العلوم الصحية تتزايد توقعات العمر في هذه الفئة بشكلٍ غير مسبوقٍ في أيّ جيلٍ سابق، على سبيل المثال، وصلت توقعات العمر في الولايات المتحدة في أوائل القرن الواحد والعشرين إلى متوسط 80 عامًا بين النساء، بينما وصلت توقعات العمر بين النساء المصريّات في العام 2019 إلى 75 عامًا، مقارنةً بمتوسط عمر 48 عام في العام 1960، وذلك حسب إحصائيات البنك الدولي.

لكن كثيرًا من النساء المسنّات يكنّ وحيّدات لأنهن ترمّلن أو هجرهن أزواجهن إلى زوجات أخريات أصغر سنًا أو لم يتزوجن أصلًا، والترمّل هو الغالب وذلك لأن النساء يتزوجن في العادة من رجالٍ أكبر منهن سنًا، وغالبًا يعمرن أكثر من الرجال؛ لأن هرمون الإستروجين يحميهن من مشكلات الأوعية الدموية والقلب ويقوي مناعتهن ضد الأمراض البكتيرية والفيروسية، كما أنهن أقل من الرجال ممارسةً للأنشطة الخطرة وتعاطي السجائر والمواد المخدرة وأسباب الموت الأخرى. والنساء عمومًا أكثر طلبًا للخدمات الصحية واهتمامًا بصحتهن إذا توفّر لهن ذلك⁽³⁰⁾، وربما يرجع ذلك إلى أنها تشكّل لهن أحد عوامل الجاذبية، ولأنهن المسؤولات عن تغذية الأسرة عمومًا، التي تشكّل أحد اهتماماتهن المباشرة.

تبدأ النساء في تلك الفترة فقدان جزءٍ من كتلة العضلات التي تصير هزيلة وضعيفة، ويحدث أيضًا ضعفٌ لجهاز المناعة، وزيادة مشكلات القلب والأوعية الدموية بسبب نقص الإستروجين في الدم، حيث تبدأ المعاناة من أمراض الشرايين التاجية وارتفاع ضغط الدم وهشاشة العظام ومشكلات خشونة المفاصل.

تبدأ النساء في الشعور بالضعف العام والحاجة إلى المساعدة الجسدية، ويمكن تقييم درجة الإعاقة الناتجة عن الأمراض المزمنة والتدهور الصحي عن طريق قياس مدى قدرة النساء المسنَّات على رعاية أنفسهن. وقد قسمت تلك القدرة إلى مجموعتين، أولاهما أنشطة الرعاية الذاتية الأساسية مثل تناول الطعام والاستحمام، واستخدام المرحاض، والمشى، والدخول والخروج من السرير أو الكرسي، وثانيهما أنشطة تتجاوز الرعاية الشخصية، مثل إعداد وجبات الطعام، والقيام بالأعمال المنزلية، والتسوق، والقيام بأعمالٍ مهنية، وحضور الأنشطة الاجتماعية، وإدارة الأموال⁽³¹⁾.

التطور النفسي والاجتماعي:

على عكس النظرة الثقافية التقليدية السابقة التي تقلل من قيمة النساء المسنَّات، تشير الأبحاث والملاحظات الإكلينيكية الحديثة إلى أن النساء المسنَّات غالبًا ما يقمن برعاية أزواجٍ حاليين أو سابقين أو شركاء مرضى، أو أبناء عادوا بعد فشل زواجهن، أو بنات عدن مع أحفادهن إلى المنزل، أو أحفاد بناتهن المنشغلات بأعمالهن، مثل نبيلة التي طلقها زوجها ليتزوج بأخرى وينجب منها، وبعد 15 عامًا من الطلاق، وعندما أصابه سرطان الرئة عاد إليها لكي ترعاه لأنه لا يثق بالأخرى. وقد ينتهي الأمر بالعديد منهن مع الترمُّل أو الطلاق إلى العيش بمفردهن.

ويطلق إريكسون على هذه المرحلة اسم تكامل الذات مقابل اليأس، حيث تركز المرأة على تقبُّل منجزها الإنساني وتقديره سواء على مستوى العمل أو الأبناء والأحفاد أو الخدمات الاجتماعية، وذلك في مقابل بعض النساء اللاتي ينظرن إلى ماضيهن بسلبية ويأس، ويشعرن بخسارة الحياة. ففي الحالة الأولى تستمر بعض النساء المسنَّات في أداء أدوارٍ مهمة في العائلة مثل الحفاظ على الترابط مع أفراد الأسرة الآخرين، وتشكيل المرجعية الأخلاقية في الخلافات الاجتماعية، والحفاظ على تماسك العائلة، وعلى الذاكرة الجماعية للأسرة، والمشاركة في الأعمال الخيرية وأوجه الدعم الاجتماعي الأخرى. وفي حالة اليأس تنعزل أخريات، ويكتفين بالحزن على أنفسهن، ويغلقن أبوابهن أمام محاولات الآخرين للتواصل وينزوين تدريجيًّا حتى يختفين بالموت.

استمرت أمي حتى آخر أيامها في ممارسة دور الأم البديلة لأحفادها وأبناء وبنات أخواتها، كما كانت مرجعًا أخلاقيًا واجتماعيًا للأقارب والجيران، وكانت تتدخل بقوة شخصيتها لاستخدام محبَّتها ومقامها في العائلة للإصلاح بين المتخاصمين، وإنهاء المشكلات بين الأقارب والإخوة، ولم تتوقف مع كل ذلك عن إدارة شؤون البيت، وتربية البط وعمل الفسيخ والفطير المشلتت ومحشي الكرنب، الذي كان ينتظره أصدقائي بشغفٍ.

الصحة النفسية: حكمة السنين:

النساء الأكبر سنًّا يعايشن قدرًا أكبر من الثبات الانفعالي والتحكُّم العاطفي من النساء الأصغر سنًّا، كما تنقلب نسب الإصابة بالاضطرابات النفسية بين الجنسين؛ إذ يتراجع الاكتئاب بين النساء مع التقدُّم في العمر، بينما تتزايد معدلات الإصابة بالاكتئاب لدى

الرجال بشكلٍ حاد بعد سن الستين، وبالمثل تتراجع ميول المرأة إلى السّمات العصائية مثل القلق والاندفاعية والغضب والحساسية المفرطة والتقلبات المزاجية مع تقدّمها في السن، ولذلك تتناقص الإصابة باضطراباتٍ نفسية جديدة تدريجيًا مع التقدّم في العمر بين النساء⁽³²⁾. في الفيلم الأمريكي "الأب الروحي" كانت كوني كورليون الأخت، في شبابها عاصفة من الاندفاعية والغضب والتقلب المزاجي ومثيرة للمشكلات حتى إنها تسببت في قتل أخيها الأكبر، ولكن مع تقدّمها في العمر أصبحت أكثر استقرارًا وحكمة، وساعدت على إعادة السلام إلى العائلة بين الأخ وابن الأخ، كأن رفع الكبت والوصم والتشييء الجنسي عن النساء يرافقه حكمة إنسانية واستقرار نفسي وفعالية اجتماعية.

من الناحية الجنسية تصبح جدران المهبل أقل مرونة وأرق وأسهل في الإصابة بالالتهابات والتسلخات؛ مما قد يتسبّب في الألم والنزيف في أثناء الإيلاج، ورغم نقص الرغبة والإثارة الجنسية فإن النشوة الجنسية لا تتأثر، وللمفارقة ينصح المتخصصون في الطب الجنسي بالمزيد من الممارسة الجنسية للحفاظ على حيوية وصحة المهبل؛ حيث وجد أن النشاط الجنسي يزيد من تدفق الدم إلى المهبل مما يجعل الأنسجة تُشَفَى سريعًا. كما وُجد أن النساء في ذلك العمر يملن إلى التعبير الجنسي أكثر، واستكشاف ممارسات ومتع جنسية أخرى غير الإيلاج، وقد سجلت حالات لنساء في التسعينيات من العمر ما زلن ناشطات جنسيًا وقادرات على الوصول إلى نشوة الجماع، وقد صُمّمت برامج في بعض الدول الاسكندنافية لمساعدة المسنّات على الاستمرار في حياة جنسية نشطة، والاستمتاع بها سواء مع شريكٍ جنسي أو من دون شريك⁽³³⁾.

بالإضافة إلى المشكلات الصحية المتعلقة بالسن، والتمييز القائم على الجنس بسبب خسران الجاذبية الجنسية والقدرة الإنجابية، تعاني المسنّات كذلك فقدان الكثير من رفاق العمر، وتواجه صعوبات مالية

مع التقاعد، والصراع على الميراث بعد وفاة الزوج والوالدين. ومع التقدم في العمر وضعف القدرات المعرفية والحسية والحركية تحتاج تلك النساء إلى المساعدة والمعلومات الكافية للحفاظ على صحتهم وكرامتهم، وتقديم أدوارٍ جديدةٍ لهن تناسب قدراتهن العقلية والجسدية.

سهير سيدة عمرها 74 سنة، كانت تعمل في التدريس، وبعد زواج سريع وترمل مبكرٍ عاشت لتعمل وتربي ابنتها الوحيدة سوسن، منذ خمس سنوات هاجرت سوسن إلى كندا مع زوجها وأطفالها، ومنذ سنة بدأت الأم تمتنع عن الخروج من المنزل، وترفض تلقي مكالمات أو مقابلة أقارب، مما استدعى تدخل ابنتها التي طالبتني بزيارتها منزلياً، وجدتُ أن السيدة سهير فقدت نصف وزنها، ولا تستحم إلا نادراً، ولا تخرج من غرفتها إلا إلى الحمام أو المطبخ، وتشعر أنها عبء على الآخرين، ولا معنى لاستمرارها في الحياة وتتمنى الموت. تحسّنت سهير بعد ثلاثة أسابيع من تعاطيها مضاد اكتئاب، وبدأت تحضر "مجموعة الهوانم" التي تشكّلت في العيادة لدعم من في عمرها، وكان لها دورٌ فاعلٌ في تلك المجموعة، وبدأت تجمع أبناء وبنات حراس العقارات في عمارتها والعمارات المجاورة لممارسة التدريس لهم مجاناً.

إرشادات عامة

على الرغم من أن النساء المسنّات يتحرّرن تدريجيّاً من سيطرة تقييم الآخرين لهن، ويبدأن في تقييم نجاحهن وإنجازهن بشكلٍ مستقلٍّ، كما يشعرن بحرية الحركة الاجتماعية أكثر والتعبير العاطفي من دون الخوف من حكم الآخرين عليهن، تبقى مشكلات الوحدة

والفقر والتدهور الصحي والجمالي عوامل معاكسة تؤثر في حياتهن، وقد تساعد التوصيات التالية في المزيد من الحياة الصحية والرفاه النفسي لهن:

- **الصحة الجسدية:** مثل متابعة التحاليل والفحوص الدورية والحفاظ على تغذية جيدة وعلاج ومتابعة الأمراض المزمنة مثل السكر والضغط وغيرهما من أمراض تلك السن.
- **الحياة الإيجابية:** تبني وجهة نظر إيجابية عن النفس، والتعامل معها بلطفٍ ورحمة، وتدليلها وعذرها على الأخطاء والتقصير، وتبني وجهات نظر إيجابية تجاه الماضي الشخصي، والتركيز على إنجازاته ولو كانت بسيطة، والتوجه الإيجابي في الحياة والأحداث والمحيطين والتفاؤل والميل إلى المرح والاستمتاع وممارسة الأنشطة التي تجلب كل ذلك.
- **تنشيط العلاقات:** الحفاظ على وتمتين العلاقات الحالية مع الزوج والأبناء والأحفاد والأقارب والأصدقاء، واستعادة علاقات قديمة، أو السعي إلى تكوين علاقات جديدة سوف تغني الصحة العقلية والعاطفية بمزيدٍ من التفاعل والخبرات والمرح، ويمكن أن يتم كل ذلك باستخدام غرف المحادثة بالفيديو أو اللقاءات الحية.
- **التنشيط السلوكي والفكري:** مثل الحفاظ على نشاطٍ جسدي منتظم، والانخراط في أنشطة حركية وفكرية مثل القراءة وحضور الندوات والحفلات أو الانضمام إلى ورش الرقص والمسرح والتمثيل، والمشاركة في الرحلات الجماعية.

الفصل الثاني

شقوق في المرونة النفسية للنساء: الطريق إلى المرض النفسي

(كنت بقول لبنتي يا تختوخة لغاية ما خست وساقت فيها)

أم سناء



2- شقوق في المرونة النفسية للنساء:

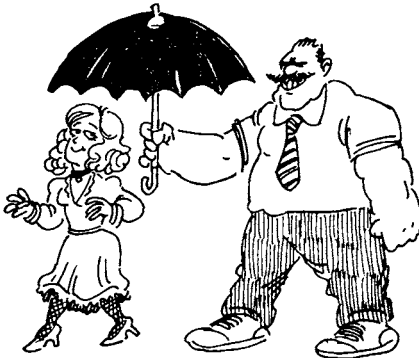
سهام سيدة عمرها 45 سنة، وهي زوجة وأم، عادت من السعودية مع الزوج منذ خمس سنوات، نشأت في أسرة تقليدية لأب سلمي يكتفي بالعمل والإنفاق على البيت، وأم مشغولة بدروسها الدينية، وليس لها في الأسرة مَنْ يدعمها، وجاءت تشتكي أساساً من الإرهاق العام والأرق الشديد وشكاوى جسدية عديدة بالإضافة إلى فقد الشغف والاستمتاع، وصعوبة التركيز أغلب الوقت، وقد بدأت كل تلك الأعراض في أثناء حياتها في السعودية، وكانت تظن أنها ستتحسّن مع العودة إلى مصر. سهام كانت تعيش مع الزوج في السعودية وتعمل مدرّسة هناك، كما تمارس دورها المعتاد في المنزل مدرسة للأبناء، ومنظفة، وطاهية، ورعاية للزوج والأبناء، ولم تربط بين مشكلاتها وما تتعرّض له يوميًا، سواء الحياة والولادة في الغربية في السعودية أو بعد العودة، مثل جفاء الزوج وإهماله لها وللأسرة، وأعباء رعاية الأبناء والعمل في نفس الوقت، حتى جاءت إلى العيادة وشُخصت باكتئاب مزمن بدأ بعد الولادة في السعودية.

تشير منظمة الصحة العالمية إلى وجود عوامل عديدة تؤثر في النساء، وتضاعف من مشكلاتهن النفسية، وعلى رأس هذه العوامل يأتي العنف الموجه إلى النساء بسبب كونهن نساء، وكذلك القمع الذي تعانيه في المجتمعات الإنسانية عامة والمجتمعات الذكورية التقليدية خاصة. وبالإضافة إلى العنف والقمع تعاني النساء ثقل المسؤوليات التي تتحمّلنها على مسار حياتهن مقارنة بأقرانهن من الذكور، بسبب تعدد الأدوار التي يقمن بها، وكذلك الوضع الاقتصادي

المتدني للنساء مقارنة بأقرانهن من الرجال، وعدم المساواة في الدخل، والوضع الاجتماعي الأقل، والحرمان من الميراث، وذلك بالإضافة إلى عوامل أخرى⁽³⁴⁾.

2-1 أنثى أقل وذكر أعلى: وداعاً لـ "البنوتة"

يصنف المجتمع النساء في منزلة الأقل أو الأضعف من الرجال، ويرسم لهن أدواراً اجتماعية تدور حول ذلك التصنيف، وذلك بدءاً من دور البنت المدلّلة (البنوتة)، والأم الراعية، الطباخة، المنظفة، الزوجة المطيعة، السكرتيرة، المدرسة، الممرضة، وكلها أدوارٌ ثانوية تخضع لدورٍ أعلى يحتلّه -غالبًا- رجلٌ يكون أخًا أو زوجًا، أو مديرًا أو رئيس عمل. هذا الوضع يجعل المرأة تفكر في نفسها بشكلٍ سلبي، عاجز، يائس، تابع، متلقٍ أكثر من كونه مبادرًا، متكلٌ وليس مستقلاً ولا قويًا ولا فاعلاً، كل هذه الأدوار تشعر معها النساء بأنهن الأضعف، والأقل استقلالية، والأقل مهارة، والأقل قدرة على التكيف، والتعامل مع الصعوبات البيولوجية والحياتية التي يواجهنها، مما يضعهن في مشاعر وأفكار سلبية حول أنفسهن، مقارنة برفاقهن الذكور، الأمر الذي يدفعهن تدريجيًا إلى مشاعر ارتباكٍ وعجزٍ وحزنٍ، وربما اكتئاب أو قلق أو اضطراب شخصية أو اضطرابات أخرى.



2-2 الجسد الأنثوي: كتالوج الجاذبية الجنسية؛

رأينا في الفصل السابق كيف أن سارة لم تستطع التأقلم مع جسدها بعد البلوغ، وما عانته مع عنف أمها وختانها وكشوف العذرية، عانت سارة مع البلوغ من اضطرابات الأكل، واضطراب تشوُّه صورة الجسم، وأخيراً اضطراب الشخصية الحدية كما سوف نرى فيما بعد.

للجسد الأنثوي وصورته وتمثلاته موقعٌ مركزيٌّ في التاريخ الإنساني لارتباطه بالحمل والولادة ونشأة الحياة، وكذلك لأنه مصدر الشهوة الجنسية والمتعة لدى الذكور، ولذلك شكَّلت وما زالت تشكُّل الصورة النفسية للجسد الأنثوي مشكلة في الوعي الإنساني، فهو يُستخدَم ليرمز إلى مفاهيم عديدة متجاورة ومتناقضة، من ناحية يُستخدَم للإشارة إلى الجمال والانطلاق والسعادة والرقّة والطُّهر والخفة والحب والمتعة والجنس والزواج والإنجاب ونشأة الحياة وحتى التعبير عن الأمة والمعاني السياسية. ومن ناحية أخرى قد يُستخدَم للرمز إلى العهر والنجس والانحراف والضعف والتلوّث والإعاقة، بل وازدهار الأمم وانهارها واحتلال الدول (كما في فيلم "ليلة سقوط بغداد" للمخرج محمد أمين (2005)، عندما تم عمل توازٍ بين كابوس اغتصاب إحدى الشخصيات النسائية وبين الهجوم على العراق)، ويحدث ذلك بشكلٍ مكثَّف أكثر كثيراً من استخدام الجسد الذكوري، ولذلك يُستخدَم الجسد الأنثوي لترويج المنتجات، والترميز إلى معانٍ سياسية واجتماعية وأخلاقية أكثر من الجسد الذكوري.

تتجدَّر تلك المشكلة في حياة النساء كثيراً، في ثلاث رسائل نفسية متضافرة: أولاً يجب على المرأة أن تكون جذابة لكي تكون امرأة حقيقية سعيدة وناجحة في حياتها العملية والاجتماعية والجنسية، بينما المرأة غير الجذابة هي امرأة غير محبوبة فاشلة وتعيسة. والرسالة الثانية هي أنه لكي تكون المرأة جذابة يجب أن تتوافق مع مقاييس الجمال

الأنثوي، الغربي تحديداً، والذي أصبح السائد في وسائط الميديا العالمية، ولذلك عليها أن تكون نحيفة وخفيفة وملونة بالألوان الزاهية مثل الفراشات، وفتحة البشرة حتى لو كانت سمراء. والرسالة الثالثة هي أن أي امرأة تستطيع تحقيق مقاييس الجاذبية تلك، وأن تصبح نحيفة لو أرادت ذلك وبذلت مجهوداً كافياً، وبالتالي فإن الفتاة غير النحيفة هي فتاة غير جذابة لأنها كسولة، غبية وتعيسة، ولا تستحق القبول أو الاحترام لأنها لم تبذل الجهد الكافي لتكون جميلة، بل تستحق النبذ والتنمر والتعاسة، وقد سمعت في جلسة خاصة أحد الشعراء المصريين الكبار وهو يقول: أنا بحتقر الست الوحشة. وتبدأ هذه الرسائل مبكراً جداً في حياة الأطفال من خلال ملاحظات الوالدين والمحيطين ونجوم الميديا والفن وتأثير الأقران، مثل تعليق زملاء على أجساد زميلاتهن، أو حتى التنمر عليهن بسبب الوزن. ويتطور ذلك تدريجياً حتى يتم تبيئه نفسياً، وتعتمده النساء كجزء من تعريفهن الخاص للذات، وقد يصل الأمر إلى اضطراب تشوهُ صورة الجسم، أو أحد اضطرابات الأكل مع أحد اضطرابات القلق وخصوصاً القلق الاجتماعي.



ولكي نفهم عمق تلك الثقافة وانتشارها وتوارثها وتوريثها عبر الأجيال، يكفي أن نعرف أن الأطفال في عمر الثالثة يبدؤون في اتخاذ مواقف سلبية تجاه النساء السمينات، ومع المرحلة الابتدائية من حياة الأطفال تتخذ تلك المواقف صوراً أكثر وضوحاً، وقد تصل إلى التنمر

على زميلاتهن السمينات؛ حيث يصفونهن بالبدانة والكسل وثقل الظل والتعاسة، ويكون ذلك عادة موجَّهًا إلى الإناث أكثر من الذكور⁽³⁵⁾.

وفي إحدى الدراسات كان الرجال زائدو الوزن لا يقلقون تجاه وزنهم عكس النساء السمينات اللائي يعشن أزمة مع أجسادهن. بينما النساء اللائي يعانين النحافة يعتبرن أنفسهن ذوات وزنٍ طبيعي، في حين يقلق الرجال من نحافة أجسادهم⁽³⁶⁾، وعلينا أن ننتبه أن بعض الثقافات والأعراق تثمّن السمنة في النساء، وبعضها لا ينشغل بالأمر، لكن الغالبية تقدّر النحافة في النساء على السمنة، أو الوزن المتوسط، على سبيل المثال الأمريكيات السود أكثر رضا عن أجسادهن من الأمريكيات البيض⁽³⁷⁾.

وذلك يعني أنه حتى البنات الصغيرات يبدأن المعاناة مع صورة أجسادهن في سن المدرسة الابتدائية لأن عليهن أن يكنّ نحيفات، أو على الأقل يراقبن وزنهن، ولا يكتسبن مزيدًا من الوزن، ومع سن التاسعة أو العاشرة، تعرب نحو 40% من الفتيات عن مخاوفهن بشأن أجسادهن ووزنهن. ومع المراهقة يتطور جسد البنت عكس اتجاه تطور جسد الذكر، فبينما هي تسمن ويتضخم صدرها ووركها، يزداد هو طولًا مع بنية عضلية قوية، وهذا التطور يضع الفتاة المراهقة في تناقضٍ مع الصورة النمطية الإعلامية للجمال الأنثوي، الذي يعتمد النحافة والخفة مقياس معيارية، وهكذا تعيش الفتاة صراعًا مع جسدها، تحاول تعديله أو إخفاءه أو رفضه، وما يحيط بذلك من مشاعر الخجل وأحيانًا الخزي والذنب مع كل أكلة أو عدة جرامات إضافية في وزنها، والذي بدوره يشارك في مشاعر الحزن والاكتئاب، وهنا تصبح 60% من المراهقات غير راضياتٍ عن وزنهن وشكلهن، وتظهر اضطرابات متعلقة بالجسد مثل اضطراب تشوّه صورة الجسم واضطراب الأكل واضطرابات القلق مثل القلق المعمّم والقلق الاجتماعي⁽³⁸⁾.

تقول أم سارة: بنتي كانت عيلة تختوخة، ومع المراهقة عملت دايت وخست، وأنا انبسطت وبقيت أعملها الأكل الدايت، لكن هي كملت خسسان، وبطلت أكل، ولو كلت حاجة تتجنن وتصرخ وتروح الحمام ترجعها وبدأت تقع وهي ماشية.

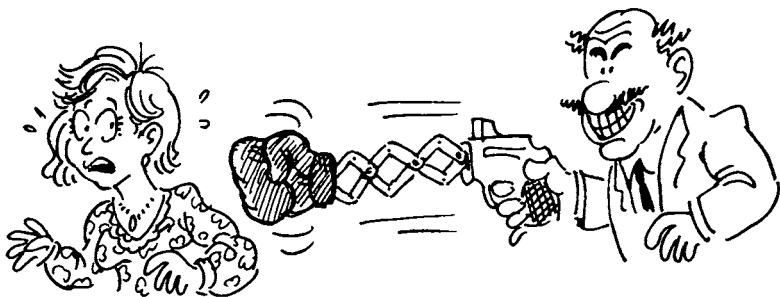
3-2 العنف والقهر والتسفيه الذاتي: الإرهاب الجنسي وباء عالمي

يُعتبر العنف ضد النساء وباءً عالمياً، وقضية صحية خطيرة؛ إذ وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن امرأة من كل ثلاث نساء تعاني اعتداءً جنسياً أو جسدياً مرة واحدة على الأقل في حياتها، وامرأة من كل خمس نساء تعاني الاغتصاب. ويُعتبر العنف ضد النساء السبب الأول للإصابات الجسدية التي تعانيها النساء في العالم. وتأتي أكثر هذه الاعتداءات على يد شخصٍ داخل الأسرة، أو شريك حميم، أو شخص معروف للضحية مثل زميل عمل أو جار، ويمكن أن تؤدي هذه الاعتداءات إلى مشكلات صحية نفسية وجسدية، ويشمل ذلك الموت والاكتئاب واضطرابات الأكل والقلق واضطرابات الصدمة وتعاطي المخدرات والحمل غير المرغوب فيه أو غير الإرادي والإجهاض⁽³⁹⁾.

ويُعتبر قهر النساء مثل العنف وباءً عالمياً؛ بدأ منذ أزمنة بعيدة، وامتدَّ إلى العصر الحديث، وقد تطوّر قهر النساء واستمر في الثقافات المختلفة عبر مجموعاتٍ واسعة ومعقّدة من النظم والإجراءات التي تعمل بشكلٍ متوازٍ ومتضافرٍ للحفاظ على وإدامة قهر النساء، والتغاضي عن العنف ضدهن، والحفاظ على وضعهن المتدني اجتماعياً واقتصادياً⁽⁴⁰⁾. وتشمل هذه النظم والإجراءات في وقتنا الراهن، على سبيل المثال لا الحصر؛ الحرمان من الفرص الاقتصادية المتساوية؛ مثل

الانتقاص أو الحرمان الكامل من الميراث والفرص المنتقصة للتعليم والعمل وحرية الحركة، التضييق على النساء في الأماكن العامة وأماكن العمل؛ وذلك بالتحرش بهن أو التقليل من شأنهن أو وضعهن في مهنٍ وأدوارٍ وظيفية أقل من أقرانهن من الذكور. كما تُهيأ المرأة منذ صغرها أن تكون أقلَّ درجة من الرجل، وتركز تفكيرها على البقاء في المنزل، فتُقدَّم إليها الدُمية لتعتني بها، وتمارس عليها دور الأمومة، وتُقدَّم إليها الألعاب الخاصة بالبيت مثل ألعاب المطبخ، وتمحور حياتها حول المنزل، بينما يتم إعداد الرجل منذ الصغر وتعويده على الخروج والقيام بأعمال "أكثر أهمية وأكثر قوة"؛ وذلك "لأنك راجل" مع كل ما تحمله الكلمة من معاني القوة والاستقلالية والكمالية، وذلك في مقابل "لأنك بنت" بكل ما تحمله الكلمة من معاني الضعف والانتقاص والاعتمادية، لأن "الراجل ما يعيبوش حاجة"، مما يجعل الفتاة تنظر إلى نفسها منذ الصغر على أنها إنسانٌ بدرجة أقل وأضعف. هذا الشعور بالدونية يتحوّر تدريجياً إلى ظاهرة "التسفيه الذاتي" التي تجعل المرأة تعاني الشعور المزمن بالنقص، وتعتقد أنها أقل من قرينها الذكر، وبالتالي تمنعها من إدراك إمكانياتها وقدراتها الفردية، مما يؤدي إلى الفشل في فهم نفسها، والتحكم فيها، والقبول بالعنف والتحقير الذاتي والحكم على نفسها وعلى بنات جنسها بالدونية، بل والمشاركة في ذلك القهر سواء تجاه نفسها أو الأخريات (مثل أم حسناء التي كانت تأمرها بطاعة أخيها لأنه ولد وهي بنت)، والميل إلى الاختفاء أو الإيذاء الذاتي أو العدوان السلبي الذي يتبعه اضطرابات نفسية عديدة مثل القلق والرهاب والاتكالية واضطراب العلاقات، وغيرها من الاضطرابات النفسية التي تعانيها النساء خاصة⁽⁴¹⁾.

كل النساء اللاتي قابلتهن في العيادة وعانين الاكتئاب المزمن أو الاضطرابات النفسية الأخرى المقاومة للعلاج، واجهن في مرحلة من حياتهن نوعاً من أنواع العنف، سواء العنف الجنسي أو النفسي أو الجسدي، كما أظهرت دراسة في الإسكندرية⁽⁴²⁾ أن العنف كان له دور مهم في اكتئاب الفتيات. كما أن أكثر أنواع العنف إيذاءً هو ذلك الذي يأتي من شخص قريب أو محل ثقة من الضحية. وقد يتضاعف هذا الإيذاء عندما يرافق العنف تجاهلاً أو حماية للمعتدي من قبل الأهل، وأحياناً يتم تحميل الضحية مسؤولية إغواء المعتدي أو إثارة غضبه، كما أن تعرُّض النساء للعنف في طفولتهن يرتبط -بشكل واضح- بالاكتئاب في رشادهن⁽⁴³⁾. ويؤدي تعرُّض البنات للعنف في الطفولة إلى شعور التناقض تجاه جسدها ورفضه ومحاولة إخفائه أو دفنه أو حتى رفض جنسها الأنثوي نفسه أو رفض الجنس الآخر، وذلك يعرضها لصراع شديد تكون إحدى نتائجه الاكتئاب واضطرابات الكرب والتعرُّض للإجهاد واضطراب الشخصية، وتلك الآثار لم تسجل بنفس التواتر في الأطفال الذكور الذين تعرَّضوا لنفس العنف⁽⁴⁴⁾.



2-4 تعدد الأدوار والعمل المزدوج: نساء الطاحونة

ونساء الكماشة

مثل سهام المكتتبة تصارع السيدة منى مع اكتئابها، وقد ذكرت منى سابقًا، وهي سيدة أربعينية لأب سعودي وأم مصرية، وتعمل في المجال الثقافي، متزوجة من رجلٍ مصري متعدد العلاقات، زوّجها أبوها له لأنه يحبه كابنه، ويقبل أن يعيشا معه في بيت الأب. ورغم عدم اهتمام الزوج بها، وعلاقاته المتعددة، تمتنع منى عن تطبيقه خوفًا على أو من الأب المريض، ، بالإضافة إلى خوفها من الوحدة كما تقول، منى هي الصغرى بين ثلاث بنات، والوحيدة التي لم تنجب في أخواتها، ولأنها بلا (بذورة) أصبحت مسؤولة عن رعاية الأب بعد وفاة الأم، وكذلك رعاية من يحتاج من أخواتها أو أبنائهن إلى الرعاية إلى درجة أنهن كن يطلبن منها تأجيل الزيارة الدورية لطبيبها لمجرد أن أحد الأطفال يحتاج إليها لمراجعة دورسه قبل الامتحان. وعندما جاءت إلى العيادة كانت متعجلة لأنها سوف تقوم اليوم بطبخ طعام الأسبوع لزوج وأبناء صديقتها المريضة ، هكذا تدرّبت منى -منذ الصغر- لأنها الأصغر على تلبية احتياجات أخواتها البنات، وعندما كبرت أضيفت إليها احتياجات الصديقات، ووجدت في ذلك متعتها حتى أجهدت ومرضت بالذبذبة الحمراء، وزاد وزنها، وبدأت تعاني أفكار انتحارٍ قوية خشيت من تنفيذها وجاءت للعلاج.

تجهد النساء من الأدوار المتعددة التي يقمن بها على مسار حياتهن؛ إذ تعتبر رعاية الآخرين من أكثر الأدوار توقعًا من النساء، حيث تتدرب البنات -منذ الطفولة- على أدوار الرعاية تلك، التي تبدأ برعاية أعضاء الأسرة الآخرين من الإخوة الذكور والوالدين، ثم مع الزواج يتحوّلن إلى رعاية أزواجهن ثم رعاية أطفالهن. وعندما يصرن جدات يقمن برعاية أطفال أبنائهن وبناتهن، وفي النهاية يتولّين

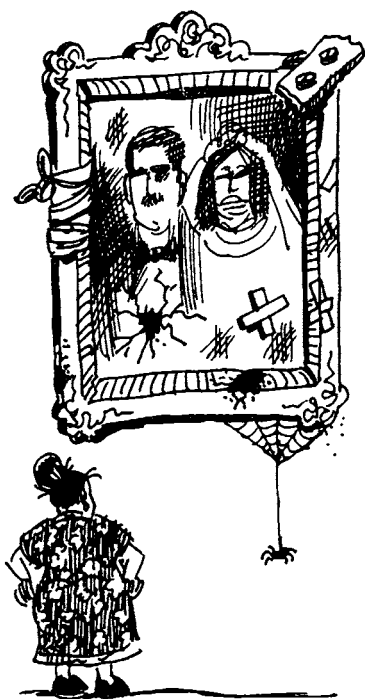
رعاية كبار السن والمرضى من الوالدين وأحياناً والدي الأزواج. وقد تقوم المرأة -أيضاً- برعاية الأطفال وكبار السن والمعاقين والمرضى داخل الأسرة وأحياناً خارجها، وقد عايشت كل ذلك في حياتي الشخصية والعائلية ورأيت في مريضاتي في العيادة كأنه مكتوب في دليل التشغيل القادم مع كل بنتٍ تُولَد "طاحونة" لا تتوقف عن الدوران كما يقال في قريتي، وتُعتبر تلك الأدوار، ضمن أدوار أخرى، حقيقة من حقائق الحياة لمعظم النساء في العالم.

رغم كل تلك الدوائر التي لا تنتهي من الرعاية والانشغال بمساعدة الآخرين، والتي لا تخلو من المشاعر الإيجابية، لكنها أيضاً تشكّل عبئاً على النساء، فقد وجدت إحدى الدراسات أن أكثر من ثلثي الأمهات اللاتي أحضرن أطفالهن للعلاج من الاضطرابات النفسية كن يعانين الاكتئاب واضطرابات القلق. وفي دراسة كبيرة أخرى، وُجد أن الجدات اللاتي اعتنين بأحفادٍ أصحاء أكثر من تسع ساعات في الأسبوع كن أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب مقارنة بالجدات اللاتي لا يعتنين بأحفاد⁽⁴⁵⁾.



الأخرى، مثل العمل المنزلي، خصوصاً في وجود أطفال وغيره من أدوار، وفي مجتمع يتعامل مع الأمومة والعمل المنزلي باعتبارهما تخصصات أنثوية بحتة، وحيث إذا مدَّ الرجل يده للمساعدة فإن ذلك على سبيل المجاملة والكرم وليس الواجب الأصيل. فإن المرأة العاملة ربما تعاني أضعاف ريفقتها غير العاملة، ورغم المميزات الكبيرة التي يمنحها العمل للمرأة، مثل زيادة ثقتها بنفسها وتمكُّنها من المهارات الاجتماعية المختلفة، وتكوين شبكة علاقات داعمة؛ فإنها تقع تحت ضغط هائل إذا لم تُوفَّق في تنظيمه وإدارته، ربما أدى إلى إصابتها بالاكتئاب كما شاهدنا مع النساء السابق ذكرهن وبالذات حسناء وسهام.

5-2 الزواج والطلاق والترمل: فواتير الحب



لم تكديفين تهنأ
 بالاتفاق مع زوجها على
 الطلاق والنفقة حتى
 مات سريعاً؛ تزوجت
 نيفين في عمر 25 عاماً
 من حبيبها زميل الدراسة،
 وعاشت معه عشر
 سنوات تعاني مع إدمانه
 وغيرته وشكّه وأحياناً
 عنفه. وعندما طلبت
 الطلاق وقف أهلها
 وأهله ضد تطليقها،
 لكنه -بعد إلحاح- وافق
 على تطليقها غالباً لكي
 يتفرغ للمخدرات، وكان

الطلاق على شرطين؛ ألا تتزوج نيفين مرة أخرى، وأن تعود للحياة في بيت أسرتها مع البنت والولد، وفي مقابل ذلك تولى الزوج مصروفات الطفلين كاملة في شكل نفقة ثابتة. وما كادت تطمئن نيفين لوضعها الجديد حتى تُوفي الزوج نتيجة جرعة مخدرات زائدة، تبَدَّد الاتفاق المالي في الصراع على الميراث مع أهل الزوج، وقد جاءت إلى العيادة بصحبة ودعم صديقتها لأنها كانت تعاني الاكتئاب المتمثل في الحزن على الزوج، ومشاعر الذنب القوية تجاهه لأنها تركته يموت وحده، والحيرة والخوف من المستقبل مع أفكارٍ انتحارية قوية.

رغم ما يقدمه الزواج من فوائد للمرأة مثل الحرية والاستقلال والتحكم في بيئتها والتحقق كامرأة ناضجة، فإنه قد يأتي أيضًا بالكثير من الضغوط، ويكون محملاً بمساراتٍ عكسية، فقد وُجِدَ أن الشابات اللاتي عانين في مراهقتهن مِلْنَ إلى الارتباط بشبابٍ أكثر تسلطاً ومراقبة وجفاء، وهو ما يعرضهن للمزيد من الإيذاء، ويمهّد الطريق لإصابتهن بالاكتئاب. ومن المهم أن نعرف أن النساء اللاتي يعشن حياة زوجية صعبة يَكُنَّ عرضةً للاكتئاب أكثر ثلاث مرات من غيرهن من النساء، ويكُنَّ أكثر ميلًا إلى الانتكاس وسوء مآل الاكتئاب⁽⁴⁶⁾، كما أن النساء يعانين صعوبات الزواج أكثر مما يعاني الرجال.

وتشكّل النساء غالبية المطلّقين والأرامل في جميع أنحاء العالم تقريبًا، أكثر من الرجال الأرامل والمطلّقين، وتشكّل الأرامل نسبة كبيرة من النساء؛ إذ إن امرأة من كل عشر نساء بالغات هي أرملة، وتزداد نسبتهن أكثر في البلدان النامية، وفي بعض المناطق التي تكثُر فيها الحروب؛ حيث يتعرّض الأزواج للقتل، وكذلك حيث تتزوج الفتيات من رجالٍ كبار في السن، حتى إن بعض الفتيات يصبحن أرامل قبل بلوغهن سن الرشد، وتصل نسبة الأرامل النساء في مصر إلى 55% من عدد من ترمّلوا من الرجال والنساء⁽⁴⁷⁾.

تزداد احتمالية ترؤم النساء أكثر من الرجال لسببين؛ أولاً، لأن النساء غالبًا يعشن أطول من الرجال، وثانيًا لأن النساء تتزوجن بشكلٍ عام- من رجال أكبر منهن سنًا.

بخصوص الطلاق؛ فإن 39% من حالات الزواج تنتهي بالطلاق في الولايات المتحدة الأمريكية⁽⁴⁸⁾، و44% في الاتحاد الأوروبي⁽⁴⁹⁾، كما ازداد في العقدين الأخيرين معدل الطلاق في بلدان العالم الأخرى. ويعيش في مصر 8 ملايين امرأة مطلّقة، أكثرهن يربين أطفالاً، وذلك حسب إحصاء 2018. وتزايد معدل الطلاق في مصر بنسبة 15% للعام 2021 عن العام الذي يسبقه، حسب تقرير الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء⁽⁵⁰⁾.

وبينما يأتي فقدان الزوج بعد فقدان الطفل كأكثر الأحداث مأساوية في الحياة، يمثّل الطلاق أحد أكثر الأحداث الصعبة في حياة الأزواج والزوجات⁽⁵¹⁾، ورغم أن الطلاق والترؤم يصيب الرجال

كما يصيب النساء، فإن عبئهما يقع

على النساء أكثر مما يقع على

الرجال، خصوصًا إذا كانت المرأة

ترعى أطفالاً، ولا تعمل بأجر،

وذلك لعدة أسباب؛ أولاً: لأن

المرأة تفقد أهم مصادر دخلها بوفاة

الزوج، وثانيًا: لأنها غالبًا تستمر في

رعاية أطفالها وحدها، ولا تستطيع التفرغ

لاحتياجاتها، وثالثًا: لأنها تفقد كثيرًا من

حريتها واستقلالها بسبب تدخل الأهل في

إدارة حياتها باعتبارها بلا زوج، بل إنها غالبًا

تعود للحياة في بيت الأسرة وتحت

إدارتها، كما في حالة نيفين،

وذلك على عكس الرجال



الذين يتحررون من رعاية الأطفال، ويعودون للزواج بوتيرة أكبر وأسرع من النساء، ويستعيدون حياتهم الزوجية سريعًا. كما تواجه المطلقة والأرملة صعوبات اجتماعية ونفسية إذا أرادت الزواج مرة أخرى، يحدث ذلك في مجتمعنا وغيره من المجتمعات التقليدية، وقد أشار البنك الدولي إلى أن عبء الوفاة والطلاق يقع -بشكلٍ أكبر- على النساء، اللاتي قد يتم استبعادهن اجتماعيًا أو ويفقدن منازلهن وممتلكاتهن بعد انتهاء الزواج.

لذلك تعاني الأراامل والمطلقات أكثر من غير المطلقات من اضطرابات القلق والاكتئاب والغضب ومشاعر عدم الكفاءة والرفض والشعور بالوحدة، وتكون وفياتهن أسرع من غيرهن، لمزيدٍ من التفصيل انظر الفصل السادس (العلائقية).

2-6 الجو الأسري: بيت جدرانه ضيقة وبيت بلا جدران

عاشت حسناء مع أب سلبي وأم ذكورية عنيفة، وعاشت سارة مع أم تتعصب بسهولة وتهين سارة وأحيانًا تضربها، وأب اكتفى بالانسحاب والصمت، وعاشت منى مع أم سلبية وأب ذكوري متسلط ومتعدد العلاقات، ولا يرى غضاضة في تعدد علاقات زوج ابنته، وهكذا تأتي النساء المكتئبات من جوٍّ أسري أقل تماسكًا وأقل حميمية وأقل تواصلًا وأكثر سيطرة ومراقبة، أو جوٍّ أسري عنيف. كما أن البنات يتأثرن بالجو الأسري المؤذي أكثر مما يتأثر الأولاد، ربما لأن الأولاد عكس البنات يقضون وقتًا أطول خارج المنزل مع الأصدقاء مما يخفف من عبء الجو الأسري السيئ عليهم عكس البنات، كما أن ارتباط البنات وقربهن من الأمهات المعنّفات والمعنّفات يجعل المعاناة مضاعفة، ويزيد من احتمالية الاكتئاب في رشادهن⁽⁵²⁾.

2-7 الدورات البيولوجية: عندما تلتقي الشقوق

تمرُّ النساء بتغيُّرات بيولوجية أكثر حدة ودراماتيكية مما يمرُّ به الذكور، أولاً: هناك الدورة الشهرية، والتي يتبعها تغيُّرات هرمونية سريعة على مدار الشهر، والتي تؤثر في مزاج المرأة وفي صحتها الجسدية، وتصل في بعض الأحيان إلى مستوى الاضطراب النفسي (اضطراب تكدر الدورة الشهرية Premenstrual



Dysphoric Disorder) وقد تكون شديدة الإيلام إلى درجة الاحتياج إلى مسكنات، وهناك خبرات الحمل والولادة بكل ما تحمله من تغيُّرات هرمونية وجسدية شديدة، وأحياناً عنيفة، مع تغيُّراتٍ وصعوباتٍ اجتماعية وعلاقية تؤثر في حياة المرأة واستقرارها النفسي والاجتماعي، ثم هناك انقطاع الحيض الذي -أيضاً- يأتي بتوابع نفسية وصحية عديدة، وسوف نتعرض لكل تلك المراحل بالتفصيل لاحقاً في الفصل التالي.

تُعتبر تلك الفترات ثغرات

في المرونة النفسية في حياة النساء، حيث تحدث تذبذبات هرمونية ترتفع فيها بعض الهرمونات بشكلٍ سريعٍ وتنخفض أخرى، وتكون النساء أكثر عرضة لتفاقم الاضطرابات النفسية التي كانت موجودة مسبقاً، أو لظهور حالات جديدة، وذلك إذا توفّرت الخلفية الوراثية للاضطراب النفسي والبيئة الضاغطة والمفجرة للاضطراب مثل العنف والاعتداءات الجنسية والتضييق والحرمان من الحقوق الأساسية، بل إن تلك التغيُّرات قد ترتبط باضطراباتٍ معينة حسب المرحلة (ثناء عمرها 35 سنة، ولدت

طفلها حديثًا، وتعاني حاليًا من اكتئاب ما بعد الولادة، وقد اكتشفت في أثناء المقابلة أنني رأيت ثناء أول مرة وهي مراهقة، وكانت تعاني العصبية الشديدة والانشغال بوزنها والامتناع عن الأكل بالأيام، والذي تطور لاحقًا في مراحل المراهقة المتأخرة إلى اضطراب الوسواس القهري ونزع الجلد، ثم جاءتني وهي في الجامعة بنوبات الهلع ورهاب الساحة، وأخيرًا بعد الولادة عانت الاكتئاب).

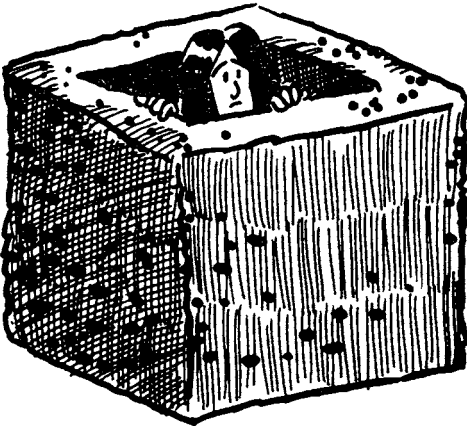
لكل هذه المجموعات من الأسباب تعاني النساء والبنات أكثر من الرجال من الإصابة بالاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب واضطرابات كرب الصدمة، وغيرها من الاضطرابات النفسية.

الفصل الثالث

الاضطرابات النفسية التي تصيب النساء

(بأبقي عايذة أموت لومخستش كل يوم كام جرام)

كارولين



3-1 هن أكثر زوار العيادات النفسية؛

تأثير البيو-نفس-اجتماعي

عندما تدخل عيادة نفسية سوف تجد أن الإناث يمثّلن نحو 80% من الزوار، أمهات وزوجات وأخوات وبنات صغيرات، جيئن يطلبن المساعدة لأنفسهن أو لأحدٍ من أسرهن، أو جيئن تضامناً مع صديقة أو صديق، لاحظت ذلك في عملي كما لاحظته أطباء نفسيون في عياداتهم وأماكن عملهم.



النساء يعانين الاضطرابات النفسية أكثر من الرجال، كما تُعتبر النساء الأكثر طلباً واستخداماً للخدمات الصحية والنفسية في العالم، على سبيل المثال؛ تطلب امرأة من كل أربع نساء مكتئبات العلاج، في حين يطلبه رجلٌ واحدٌ من كل عشرة رجال مصابين بالاكتئاب، وتعاني النساء اضطرابات القلق ضعف عدد من يعانونه من الرجال،

كما أن 60% ممن يعانون اضطرابات الرهاب هن من النساء، وثلاثة أرباع من يعانون اضطرابات كرب الصدمة من النساء، كما أن النساء يعانين اضطرابات نفسية خاصة بهن من دون الرجال مثل اضطرابات الدورة الشهرية والاضطرابات النفسية المتعلقة بالحمل والولادة، وتكثر بين النساء اضطرابات نفسية أخرى يندر حدوثها بين الرجال مثل اضطرابات الأكل وتشوُّه صورة الجسم وبعض أنواع اضطراب الشخصية⁽⁵³⁾، كما تتحمَّل النساء مسؤولية رعاية المرضى النفسيين من الأسرة، وأحياناً الأصدقاء، ويقمن بزيارة الأطباء ومتابعة الأدوية والحالة الصحية وتنظيم زيارات العيادات النفسية أو المستشفيات لاستكمال رعاية هؤلاء. ورغم ما يشعرون به من متعة دور الرعاية للأحبة فإنهن كثيراً ينهكن نفسياً، لكن النساء يعانين أقل من الرجال في اضطرابات أخرى مثل اضطراب تعاطي المواد المخدرة (الإدمان) واضطرابات الولع الجنسي واضطراب الوسواس القهري واضطراب الانتباه فرط الحركة وبعض أنواع اضطراب الشخصية⁽⁵⁴⁾.

ولأسبابٍ عديدة تتأدَّى حياة النساء أكثر مما تتأدَّى حياة الرجال نتيجة الاضطرابات النفسية؛ إذ تتعرض 30% من النساء المكتئبات للإعاقة (التعطُّل في جانبٍ أو أكثر من حياتهن) بسبب اكتئابهن في مقابل 12.6% فقط من الرجال المكتئبين. يحدث ذلك بسبب نقص الدعم الاجتماعي والنفسي وصعوبة التخلص من الضغوط المسبِّبة للاكتئاب، واستمرار النساء المكتئبات في تحمُّل مسؤولياتهن التي يصعب التخفُّف منها؛ مثل الأمومة ورعاية المنزل، مما يعوقهن من متابعة العلاج والتعافي⁽⁵⁵⁾.

في هذا الفصل سوف نتعرض للاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً أو تميزاً في النساء بشيء من التفصيل؛ مثل اضطرابات الاكتئاب والقلق واضطرابات كرب الصدمة والاضطرابات جسدية الشكل والاضطرابات الانشاقية. وكذلك سوف نتعرض لبعض الاضطرابات ذات التأثير الخاص

على النساء مثل اضطراب الانتباه فرط الحركة، وسوف نتعرض سريعًا لاضطرابات الذهان واضطرابات الشخصية، ولن نتعرض لاضطرابات تعاطي المواد المخدرة (الإدمان) لأنها تستحق تناولًا مستقلًا.

2-3 حزن النساء واضطرابات المزاج الأخرى :Mood Disorders

عشت خمسين سنة من حياتي مع ثلاث نساء حزينات؛ جدتي وأمي وزوجتي الراحلة، وقد تألفت مع حزنهن حتى ظننت أن الحزن والبكاء مرتبط بالنساء مثل الدورة الشهرية والحمل والولادة. كانت جدتي ثنائية القطب، تحزن لشهور، ويكون حزنها شديدًا يملأ القرية، وتفرح لشهور ويكون فرحها مبالغًا فيه وخارج السياق. وكان حزن أمي شفافًا صارمًا، لا هو بالزاعق مثل حزن جدتي، ولا هو بالخفي الرمزي مثل حزن زوجتي، أما زوجتي فكان حزنها خفيًا رمزيًا مثل حزن المثقفين تحوُّله إلى كتابة وسخرية ومثاقفة.

التغيُّرات المزاجية في حياة الإنسان أمرًا طبيعيًا، وهي امتدادٌ للتغيُّرات التي تحدث في الطبيعة، مثل التغيُّرات الفصلية؛ التباطؤ أو توقف النمو والبيات الشتوي للكائنات توفيرًا للطاقة في فصل الشتاء، ثم التفتُّح والتخصيب والتناسل وتسارع النمو والنشاط في الربيع ثم الانطلاق في الصيف لتبدأ الدورة من جديدٍ مع الخريف، بالإضافة إلى ذلك يتغيَّر مزاج النساء لأسبابٍ تخصُّهن.

إذن التغيُّر في المزاج يبقى طبيعيًا وصحيًا ما دام لم يعطل حياة المرأة أو يزعجها، لكنه إذا جاء لفتراتٍ طويلة وبدرجة شديدة تعطل حياة المرأة وتقلل نشاطها، وتقعد عنها عن متابعة مهامها وتصيبتها

بالتعاسة أو تزعجها بشدة، هنا تكون اضطرابًا وتحتاج إلى تدخل علاجي، والحزن من أكثر التغيرات المزاجية ألمًا.

الحزن عالمي وغريزي "زي البرد زي الصداغ" (كما يقول صلاح جاهين)، لا يمكن لشخص أن ينجو منه؛ من حديثي الولادة حتى كبار السن وأسبابه لا نهائية، نحن نحزن عندما لا نحصل على ما نحتاج إليه، وأحيانًا نحزن عندما نحصل على ما نحتاج إليه، كما يقول -مرة أخرى- صلاح جاهين "أندم على الفرص اللي أنا سبتها، ولا على الفرص اللي ماسبتهاش"، ونحزن عندما نحرم من حقوقنا، ونحزن عندما نشعر بالظلم والقهر، ونحزن عندما نفشل، أو نصدم أو نفقد حبيبًا أو عملاً أو مالاً، ونحزن إذا فقدنا جنينا وقد نحزن إذا ولدنا، وأحيانًا نحزن بلا سبب واضح، والحزن علامة على الصحة والحيوية ما دام يساعدنا على التعرف على احتياجاتنا، ويحفزنا على محاولة إشباعها؛ مثل الحزن على الفقد الذي يحفزنا على التواصل مع الآخر أو الحزن على الفشل الذي يحفزنا على بذل مجهود من أجل النجاح، والحزن على القهر والظلم الذي يحفزنا على الدفاع عن النفس أو الهروب. لكن الحزن قد يأتي غامرًا مجهدًا يعيقنا ويقعدنا ويأكل أرواحنا من الأم، ويعطل حياتنا، وهنا يتحوّل الحزن إلى مشكلة أو حتى اضطراب نفسي نسميه "الاكتئاب" ويحتاج إلى العلاج.



كثيرة هي مصادر الحزن في حياة النساء؛ يتعرضن للعنف أكثر مما يتعرض الرجال، ويتأثرن أكثر بخسارة العلاقات، ويوجعهن الفقد أكثر مما يوجع الرجال.

"مرضت جدتي لأول مرة باضطراب ثنائي القطب بعد فقد أخيها الأكبر، وارتبط حزن أُمي بحالات الفقد العديدة في أسرتها، وكان أقساها فقدها ابنها"، وتتعرض النساء للقهر الجنسي والاجتماعي والحرمان من الحقوق أكثر من الرجال، حتى تلك الأسباب التي يعدها الكثيرون مفرحة مثل البلوغ والحب والزواج والحمل والولادة تكون مختلطة باحتمالات الحزن والقلق والصدمات النفسية، وسوف يتم التعرض في الصفحات التالية لاضطرابات المزاج التي تعانيها النساء؛ بادئين باضطرابي الاكتئاب العام واضطراب ثنائي القطب، يلي ذلك اضطراب تكدر الدورة الشهرية والاكتئاب السابق على انقطاع الحيض ثم اكتئاب الحمل والولادة الذي سوف يأخذ المساحة الأكبر لتأثيره في الأم والأب والجنين.

3-2-1 اكتئاب النساء؛ أكثر الأمراض النفسية إعاقة Depressive Disorders.

الاكتئاب هو الشعور بالحزن أو البؤس معظم الوقت كل يوم تقريباً لعدة أيام، وقد يأتي معه تباطؤ النشاط أو توقفه وفقدان الدافعية والشغف ونقص الطاقة والرغبة الجنسية والرغبة للأكل وتذوق المتع المختلفة والعزوف عن الحياة والخواء الداخلي وتمني الموت أو حتى قتل النفس. الاكتئاب هو السبب الأول للإعاقة (التعطل) في العالم، وبينما يصيب الاكتئاب 4% من الرجال، يصيب 6% من النساء أو أكثر، و20% من المكتئبين يحاولن قتل أنفسهن، كما أنه يتسبب في إعاقة 30% من المصابات من النساء في مقابل 12% من المصابين الذكور، هذا عالمياً، أما في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، اعتبر البنك الدولي أن الاكتئاب هو الأكثر من بين جميع الأمراض انتشاراً بين نساء الشرق الأوسط وإفريقيا. وربطت الدراسة معدل الانتشار العالي بالصعوبات التي تواجهها النساء في الحياة الشخصية والحركة والعمل،

كما كانت نسبة المكتئبات تميل إلى الانخفاض في مجموعات النساء اللاتي يعملن أو يبحثن عن عمل، مما يعني أن العمل أو إمكانية العمل ارتبطت بانخفاض احتمالات الإصابة بالاكتئاب بين النساء⁽⁵⁶⁾.

وقد بيّنت دراسة مصرية أن الاكتئاب يصيب من المراهقات 4 أضعاف من يصاب من المراهقين، وفي قطر شكّلت النساء ثلاثة أرباع من يعالجون من الاكتئاب⁽⁵⁷⁾.

واكتئاب النساء يأتي في أنواعٍ عديدة، منها ما يشتركن فيه مع الرجال مثل نوبة الاكتئاب الكبرى والاكتئاب المزمن والاكتئاب الدوري والاكتئابيات التالية للأزمات النفسية، ومنها مع أحداثٍ بيولوجية تخصهن من دون الرجال؛ إذ قد يأتي مع الدورة الشهرية ومع الحمل ومع الولادة ومع انقطاع الدورة الشهرية. والاكتئاب قد يأتي كأحد طرفي معادلة اضطراب ثنائي القطب الذي يشكّل طرفه الثاني اضطراب الهوس، وقد يأتي منفصلاً أو مرتبطاً باضطراباتٍ أخرى مثل القلق أو غيره من الاضطرابات النفسية، وهو ما سنفضّله في الصفحات القادمة.

2-2-3 اضطراب المزاج ثنائي القطب: الأرجوحة :Bipolar Disorder



مثلما كان يحدث مع جدتي؛ يتميز اضطراب ثنائي القطب بنوباتٍ دورية يضطرب فيها مزاج المرأة بشدة. وقد تأتي النوبة في شكل زيادة ملحوظة في النشاط والمزاج والطاقة والشعور بعظمة الذات، ونقص الحاجة إلى النوم، مع التأثير في حياة

المرأة بالسلب وتسمى "نوبة هوس"، أو نقص شديد في النشاط والمزاج والطاقة، والشعور بالنقص وعدم الاستحقاق وتُسمى "نوبة اكتئاب"، أو خليط منهما وتُسمى "نوبة مختلطة". وتستمر كل نوبة من أسبوعين إلى عدة شهور، وفي الفترة التي تلي ذلك أو تسبقه تكون المرأة في حالتها الطبيعية، وتمارس حياتها على نحوٍ عادي. ويُعتبر اضطراب المزاج ثنائي القطب اضطرابًا دوريًا قد يأتي كل سنة أو كل عدة سنوات، وقد يحدث تكراره في فصول السنة، أو مع التعرُّض لضغوطٍ شديدة مثل الحمل والولادة.

تعاني النساء أكثر من الرجال من اضطراب ثنائي القطب، كما أن المصابات باضطراب ثنائي القطب يملن أكثر إلى الإصابة بنوبات اكتئاب أو نوبات مختلطة على عكس الرجال الذين يميلون إلى الإصابة بنوبات الهوس أكثر من النساء، وهكذا تميل النساء المصابات إلى الاكتئاب أكثر من الهوس ربما بسبب الكبت والتقييد الذي تتعرضن له في مقابل الحرية السلوكية المسموحة أكثر للرجال. وعادة يبدأ الاضطراب في النساء بنوبة اكتئاب، وليس بنوبة هوس عكس الذكور، ولذلك يتم تشخيصهن -خطأً- على أنه اكتئاب، ويتأخر تشخيصهن الصحيح، وبالتالي علاجهن الصحيح، كما يتأثرن بالتغيرات الفصلية أكثر من الذكور⁽⁵⁸⁾.

تلك النسوة يتأثرن بالتغيرات الفسيولوجية، ويكن مهينات لتغيرات مزاجية مع الدورة الشهرية أكثر من غيرهن من النساء، كما أن بين 25% إلى 70% ممن يعانين اضطراب ثنائي القطب يعانين أيضًا اضطراب "تكرر الدورة الشهرية" والصداع النصفي واضطرابات القلق، ويعانين كذلك مشكلات إنجابية ومشكلات متعلقة بالدورة، ربما بسبب الأدوية النفسية التي يتعاطينها من أجل العلاج، وربما بسبب اضطراب ثنائي القطب نفسه⁽⁵⁹⁾.

كما أن كثيراتٍ منهن يَكُنَّ في خطر الانتكاسة في أثناء الحمل أو الولادة، إما بسبب التغيُّرات الفسيولوجية العنيفة التي تصاحب تلك الأحداث، وإما بسبب التوقُّف عن الأدوية استعدادًا للحمل، وإما بسبب الضغوط النفسية اللائي يعانينها في تلك الأحداث.

بل إن أحداثًا مبهجة مثل الزواج تكون ضاغطة إلى درجة تفجير اضطراب ثنائي القطب، على سبيل المثال ما حدث مع ماجدة ذات الثلاثين عامًا، التي كادت تفقد الأمل في الزواج، ومع اقتراب موعد زواجها بدأت تنشغل كثيرًا بالتحضير للزواج وحفل العرس، وتشعر بالنشاط المبهج، ونقص الحاجة إلى النوم والكلام الكثير، والذي اعتبره كلُّ من حولها طبيعيًّا، ولكن مع الزواج كانت متطلبة جنسيًّا بشدة، عكس قريناتها المتزوجات اللائي كنَّ خائفات وخجولات في البداية، إلى درجة لم تكن تدع الزوج ينام، وإذا ذهب إلى عمله تستدعيه لكي تمارس معه الجنس. في البداية كان الزوج سعيدًا، ومع الوقت بدأ يشعر بالإجهاد، وأصبح غير قادرٍ على ممارسة حياته الطبيعية، وبدأت تنتابها حالات من الغضب الشديد الذي تحوَّل تدريجيًّا إلى عنفٍ وتحطيم في البيت واعتداء على الزوج الذي قرر "إعادتها" إلى أهلها، وعندما جاءت إلى العيادة اتضح أنها تعاني من اضطراب ثنائي القطب، وقد بدأت الحالة قبل الزواج بسنتين ولكن كانت أعراضه خفيفة ولم يلاحظها الأهل، وقد بدأت العلاج وتحسَّنت وعادت إلى بيت الزوجية، ثم حضر الزوج المحب والرقيق الذي كان يشعر بالذنب لأنه يعتقد أنه من تسبَّب في مرضها، وبصوت المسؤولية الذكورية أكد أنه سيحميها من المرض طول العمر، وقد تمَّ شرح المرض له وأهمية المتابعة والانتباه للأعراض من أجل التدخل المناسب وخصوصًا في التحولات الفصلية، وضحكنا جميعًا عندما أطلقت هي على نفسها ضاحكة "عروسة البايولار"، كما وُصِف لها مثبت مزاج، وهو أحد الأدوية التي توصف لحالة اضطراب ثنائي القطب، على أن

يكون مناسبًا لاحتمالات الحمل القريبة، وذلك لحمايتها من الانتكاس في أثناء الحمل أو الولادة.

ويُعالج اضطراب ثنائي القطب أساسًا بأحد أنواع مثبتات المزاج، وأشهرها أحد أملاح الليثيوم، أو أحد مضادات الصرع مثل اللاموتريجين، وذلك مع مضاد هوس في نوبة الهوس أو مضاد الاكتئاب في نوبة الاكتئاب أو مضاد هوس واكتئاب في النوبة المختلطة، ويجب أن تترافق الأدوية مع تثقيفٍ نفسي للمريضة والأهل، ولذلك يُنصَح بأهمية إدماج الأهل والزوج -إن كانت متزوجة- في الخطة العلاجية، والانتظام على الدواء بمتابعة الطبيب، وكذلك التعاون بين الطبيب النفسي وطبيب النساء في حالات الحمل، ومع طبيب الأطفال في حالة الولادة والرضاعة، وكذلك أهمية الاستشارة النفسية قبل الأحداث الكبرى مثل الحمل والاستعداد له، وقبل الولادة وبعدها ومع الرضاعة، ومع انقطاع الدورة حيث تتعرض بعضهن للانتكاس أو لبدء المرض وبالذات الاكتئاب الذي قد يبدأ في تلك السن.

3-2-3 اضطراب تكرر الدورة الشهرية:

المرض الشهري

Premenstrual (PMDD) Dysphoric Disorder

تعيش أغلب النساء خبراتٍ شعورية وفكرية مختلفة قبل نزول الدورة الشهرية بعدة أيام، ومن هذه الخبرات؛ تغيُّر في المزاج، وتغير في استقبال الألوان والروائح، وتغيُّر في الشهية وبعض الأوجاع الجسدية، وكلها أمور عادية ما دامت غير مزعجة ولا تسبب ضغطًا، ولكنها -أحيانًا- تزداد إلى درجة الصعوبة أو التعطل المؤقت أو حتى الاضطراب النفسي. سارة التي ذُكرت سابقًا، كانت تعرضت للختان ثم كشف العذرية، ومع البلوغ، كانت تتحوَّل إلى العصبية الشديدة

ونوبات من الغضب قبل كل دورة شهرية، وتتعرض للضرب من الأم بسبب ذلك، ولم يحاول أحد فهم معاناتها.

نادرًا ما يهتم الأطباء النفسيون بسؤال العميلة عن علاقة الدورة الشهرية بمشكلاتها النفسية، رغم أن نحو 80% من النساء اللاتي في عمر الإنجاب يشعرن بعوارض نفسية وجسدية تبدأ قبل النزيف الشهري، كما أن من 20-47% من النساء يعانين مما يُسمّى تكدر الدورة الشهرية، بينما 66% من مدرسات الجامعة في مصر⁽⁶⁰⁾، و86% من فتيات بني سويف المصرية البالغات حتى عمر 25 سنة يعانين عرضًا أو أكثر من تكدر الدورة الشهرية⁽⁶¹⁾.

واضطراب تكدر الدورة الشهرية هو مجموعة كبيرة من الأعراض النفسية والجسدية تصيب بعض النساء في أثناء حياتهن الإنجابية، وتظهر الأعراض قبل الدورة بأيام، ثم تبدأ في الاختفاء التدريجي مع بدء النزيف، وتتركز الأعراض في مجموعتين، أولاً: مجموعة الأعراض النفسية؛ اكتئاب المزاج، الشعور بالغضب، نوبات البكاء، القلق والارتباك، الانسحاب الاجتماعي، ضعف التركيز، زيادة الشعور بالنعاس أو الأرق، مع تغير في الرغبة الجنسية. ثانيًا: مجموعة الأعراض الجسدية؛ تغير الشهية للطعام والشراب (الرغبة الشديدة



في تناول أنواع معينة من الطعام)، الشعور بألم في الثدي عند اللمس مع تورمه، وزيادة الوزن والانتفاخ، صداع، أوجاع

وآلام بالجسم، الشعور بالإجهاد والتعب، مشكلات في البشرة، ألم في البطن. وإذا ترافق وجود خمسة أعراض من المجموعتين السابقتين مع تعطل أو انزعاج شديد قد يكون هذا اضطرابًا نفسيًا يحتاج إلى العلاج.

على الرغم من ذلك فإن معظم الأطباء وكذلك النساء يتعاملن مع تكدر الدورة الشهرية باعتباره حدثًا من أحداث الطبيعة الحتمية، مثل الحزن والخوف والغضب والصداع، ويكتفين بنصائح تقليدية مثل شرب الماء والمشى أو مسكنات، ولا يفكرن في استشارة طبيب نفسي أو طبيب نساء.

تبدأ الأعراض مع البلوغ، وتزايد شدتها تدريجيًا لتصل إلى أعلاها في العشرينيات والثلاثينيات، ما عدا فترات الحمل أو انقطاع الدورة الشهرية المؤقت لسبب طبي، ثم تبدأ الأعراض في الانخفاض التدريجي مع انخفاض النشاط الهرموني الإنجابي في الأربعينيات حتى تختفي تمامًا مع انقطاع الدورة النهائي. كما أن شدة وإزمان الأعراض تمتد وتؤثر في مجمل حياة السيدة على المستوى الشخصي والمزاجي والعلاقاتي والمهني والاجتماعي.

وقد لوحظ أن نحو 60% من النساء المصابات ربما يعانين اضطرابات نفسية أخرى يدور حول اضطرابات القلق والهلع والرهاب، ويزيد في المصابات بالاكتئاب والقلق واضطراب ثنائي القطب⁽⁶²⁾، ويزداد لدى النساء اللاتي عانين من الخبرات الصادمة والإساءة في أثناء الطفولة (مثل سارة) بنسبٍ وصلت إلى أربعة أضعاف مقارنة بالأخريات اللاتي لم يتعرضن لتلك الخبرات، مما يؤكد ارتباط ظهور الأعراض بالظروف المعاكسة التي تواجهها النساء في حياتهن. كما كان العدد في النساء المدخنات ضعف غير المدخنات، ويزيد في اللاتي يعانين السمنة والإفراط في تناول السكريات⁽⁶³⁾، والعلاقة بينه وبين

تلك المشكلات علاقة مطردة وتبادلية التأثير، أي أن وجوده يزيد هذه المشكلات، والتي -بدورها- تضاعف من شدته وهكذا.

ويمكن للسيدة أن تحدد شدة الاضطراب حسب درجة تأثيره في حياتها إلى أربع مستويات من الشدة كالتالي: مستوى خفيف "أشعر بالأعراض، لكنها لا تؤثر في حياتي أو تجعلني أشعر بالأسى"، مستوى متوسط "تؤثر الأعراض في عملي أو في مشاعري أو في قيامي بمهامي المختلفة، وأشعر إلى حد ما بالأسى، ولكنني أستمر في أنشطتي المعتادة، وحياتي اليومية"، مستوى شديد "الأعراض تحد من أنشطتي أو تتعارض معها؛ كما أنني أشعر بالحزن لأنني لا أستطيع أن أفعل ما أريد القيام به"، مستوى بالغ الشدة "أشعر بالضيق الشديد بسبب الأعراض؛ لا أستطيع فعل أي شيء، وأبقى في السرير فترات طويلة وقد لا أرتدي ملابس⁽⁶⁴⁾".

لماذا تزايد الاهتمام بهذا الاضطراب:

منذ قرن مضى كانت النساء تمر في المتوسط بنحو مائة دورة شهرية فقط في حياتهن، بينما تمر أغلب النساء الآن بأكثر من 450 دورة شهرية في حياتهن، حدث ذلك بسبب البلوغ المبكر، وتأخر انقطاع الدورة الشهرية، وميل كثير من النساء إلى التقليل من الحمل والولادة، وكذلك ظهور موانع الحمل العديدة التي قللت من احتمالات الحمل، وبالتالي قللت من احتمالات انقطاع الدورة الشهرية⁽⁶⁵⁾، وهكذا تزايدت المعاناة بسبب زيادة عدد الدورات التي تمر بها النساء، وتضاعفت معاناتهن، وأصبح من الضروري التعامل معه طبيًا، ولذلك صُنِّف ضمن الاضطرابات النفسية.

التدخلات العلاجية:

لا يوجد علاجٌ واحدٌ متخصصٌ ينفع هذه الحالة مع كل النساء، ولكن توجد علاجاتٌ مختلفة بدرجات نجاح مختلفة، ومع كل امرأة على حدة؛ مضادات الاكتئاب هي الوسيلة الأولى للعلاج، إما بشكلٍ منتظمٍ على مدار الشهر وإما بشكلٍ متقطعٍ، حيث يبدأ تعاطي الدواء قبل الدورة بعدة أيام ولمدة عشرة أيام، يلي ذلك موانع الحمل الهرمونية التي تقلل من شدة الأعراض، يلي ذلك العلاجات الهرمونية المركزية، التي تعمل على هرمونات الغدة النخامية وتعيد تنظيم نشاط بعض هرموناتها المتعلقة بالدورة الشهرية. وفي الحالات الشديدة وغير القابلة للعلاج الدوائي يُلجأ إلى العلاج الجراحي الذي يركز على استئصال الرحم أو المبايض أو كليهما، ثم المهدئات مثل البنزوديازبين، ويمكن المزج بين تلك العلاجات مثل المزج من مضادات الاكتئاب والعلاج الهرموني.

التدخلات غير الدوائية:

- المكملات الغذائية: وجد أن نباتات مثل عشبة كف مريم chasteberry وجنكو بيلوبا Ginko Biloba والزعفران وعشبة يوحنا فعالة في تخفيف زُملة تكدر الدورة الشهرية.
- الحمض الأميني L-tryptophan وفيتامين ب 6 لهما تأثيرٌ كبيرٌ في التخفيف من الأعراض.
- التمارين الرياضية تساعد في منع أو تخفيف الأعراض.
- التعرض للضوء الأبيض الساطع في المساء مقارنة بالضوء الأحمر الخافت يقلل أيضاً من الأعراض.

- الخلط بين تلك المركبات مثل عشبة كف مريم أو جنكو بيلوبا وعشبة يوحنا مع فيتامين ب 6 وإلتريتوفان أفاد الكثير من النساء، وقلل من الأعراض، ويُفضّل استخدام تلك المكونات المعبئة من قبل شركات الأدوية لتجنّب الجرعات الزائدة أو الملوثة التي قد تضر الصحة.

برامج التدخلات الذاتية

صُممت العديد من البرامج لمساعدة النساء اللائي يعانين هذا الاضطراب على التعامل الذاتي مع الأعراض، ومن أكثر تلك البرامج التي وجدتها شمولاً هو برنامج رعاية زملة ما قبل الحيض (-PMS SMP) الذي طوّره ديانا تايلور (Diyana Taylor) في أواخر الألفية الثانية، ونشرت أبحاثه العام 2004، وقد أشارت نتائج تيلور إلى تحسّن كبير في الحالات التي تابعت البرنامج فترة طويلة؛ حيث أظهرت النساء اللواتي استخدمن هذا البرنامج انخفاضاً في شدة سوء الحالة المزاجية وشدة الأعراض الجسدية بنسبٍ بين 75% إلى 85% خلال 3 شهور، كما انخفضت شدة الاكتئاب تدريجياً حتى وصلت إلى 32% بعد 8 شهور. وكان هناك انخفاض ملحوظ في الإجهاد النفسي والقلق والعدائية بنسبٍ تتراوح بين 40% إلى 55%، وكذلك زيادة تدريجية في تقدير الذات والشعور بالرفاهية من 25% إلى 33%. كما تم الحفاظ على هذا التحسّن أو تعزيزه على المدى الطويل في فترة المتابعة من 12 إلى 18 شهراً، وقد تم تقسيم التدخلات العلاجية في هذا البرنامج كالتالي:

- التغيير في نمط الحياة الذي يتضمن زيادة استهلاك الكربوهيدرات المرّبة كما هي في الثمر والفواكه والخضراوات وحبّات القمح الكاملة، والتقليل من استخدام الملح والسكر والكافيين والكحول، وزيادة شرب المياه، واستخدام طريقة

الوجبات الصغيرة المتكررة، واستخدام المكملات الغذائية مثل الفيتامينات والمعادن، وزيادة التمارين الهوائية بمعدل 20 دقيقة من 3 إلى 5 مرات في الأسبوع، مع تمارين الاستطالة (stretching) مثل اليوجا.

- التنظيم الذاتي الذي يتضمن بعض التدخلات السلوكية مثل تمارين الاسترخاء والتخيُّلات المهدئة للعقل وتمرينات التنفس العميق.

- الاستراتيجيات المعرفية مثل تعلُّم آليات تغيير أنماط التفكير السلبي، وكيفية زيادة تقدير الذات.

- تنظيم البيئة المحيطة من أجل تخفيف الضغوط النفسية مثل التدريب في إدارة الوقت، وإعادة تعريف وتحديد الأدوار، سواء الشخصية أو في البيئة المحيطة مثل أعضاء الأسرة والأصدقاء والزملاء، وتنظيم التواصل وحل المشكلات⁽⁶⁶⁾.

3-2-4 الاكتئاب السابق على انقطاع الحيض: قبل انتصاف العمر Premenopausal Depression



انقطاع الحيض هو حدث فسيولوجي طبيعي يحدث عند جميع النساء؛ تعرّفه منظمة الصحة العالمية (WHO) على أنه توقُّف دائم للدورة الشهرية، وانخفاض في مستويات هرمونات المبيض (الإستروجين والبروجسترون). وهي الانقطاع الدائم للدورة الشهرية لمدة 12 شهراً متتاليًا في حالة عدم وجود أسباب مرضية أو طبية أخرى، ويحدث ذلك بشكلٍ عامٍّ حول سن 50 عامًا

قبلها أو بعدها بقليل، ويتراوح مدى الانقطاع بين عمري 40 و60 عامًا في جميع أنحاء العالم، ويسبقه فترة من عدم انتظام الدورة الشهرية وهي التي تُسمّى فترة ما قبل انقطاع الحيض، وهي التي نتحدث عنها هنا.

وبينما تمّر 90% من النساء في تلك الفترة بمزاجٍ متقلبٍ، وصعوبة في التركيز والذاكرة وبعض التوتر والحساسية العاطفية، فإن 20-30% من النساء في تلك الفترة قد يعانين اضطراب الاكتئاب. وقد يكون هذا الاكتئاب استعادة أو انتكاسة لاكتئابات سابقة تم التعافي منها، أو اكتئابًا جديدًا يحدث للمرة الأولى، لكن الدراسات في مجتمعات أخرى أكدت أن أقلية فقط من النساء قد يعانين هذا الاكتئاب أو أي أعراض نفسية أخرى في تلك الفترة⁽⁶⁷⁾.

دُعيت أم سارة إلى حضور المجموعات الخاصة بأمهات المريضات، وقد لوحظ أنها تفقد السيطرة على حزنها بسهولة، وتنهار في البكاء، ومع الفحص الفردي وجد أنها بالإضافة إلى اضطراب القلق ونوبات الغضب، تعاني من اكتئاب ما قبل انقطاع الحيض. وقد وُجد أن الاكتئاب السابق على انقطاع الحيض يتزايد مع النساء اللاتي تعرّضن لاكتئابات سابقة، أو تعرّضن للضغوط النفسية، وعدم العمل، والضغوط المالية ونقص الدعم الاجتماعي والإجهاد بشكلٍ عامٍّ، كما أن النساء العصبيات (المرأة القليقة، المتقلّبة مزاجيًا، سريعة الغضب، العنيدة والمتزمتة مثل أم سارة)، واللّاتي لديهن موقف سلبي تجاه التقدّم في السن يَكُنَّ أكثر عُرضة، كما تتزايد احتمالاته في المدخنات والمصابات بالسمنة والقلق والأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب وأمراض الأعصاب والمناعة، بينما يقل في النساء المتزوجات أو من هن في علاقة حبٍّ وأصحاب الشهادات العليا، واللّاتي في وظيفة مستقرة، ولا يعانين من ضغوطٍ مالية، ولديهن دعمٌ اجتماعي، ويمارسن النشاط البدني بشكلٍ منتظمٍ، ومعتدلات في تعاطي الكحول⁽⁶⁸⁾.

- العلاج الهرموني يُعتبر أكثر أنواع العلاج تأثيرًا ونجاحًا في تلك الحالات، لأنه يعالج أيضًا الأعراض الجسدية الأخرى والهبات الساخنة، ويُستخدَم في ذلك هرمون الإستروجين بتركيباتٍ مختلفة، مثل التركيبات اللاصقة والأقراص الفموية واللبوس المهبلي، ولكن يجب أن يكون بإشرافٍ طبيٍ لِمَا له من تأثيرٍ محتملٍ على سرطان الثدي والرحم في النساء المعرضات لذلك، وقد رفضت أم سارة العلاج الهرموني لخوفها الشديد من سرطان الثدي.

- إذا لم يكن العلاج الهرموني مناسبًا فإن مضادات الاكتئاب تلي ذلك العلاج في التأثير، كما أن الباروكسيتين هو الوحيد الذي أخذ موافقة منظمة الأغذية والزراعة الأمريكية لعلاج الهبات الساخنة، ومع ذلك فهو أكثر مضادات الاكتئاب ذات التأثير الضار في مريضات سرطان الثدي، وقد مُنِع استخدامه في بعض الدول مع السيدات اللائي يعانين من سرطان الثدي.

- العلاج النفسي: مثل العلاج المعرفي السلوكي، أو الانضمام إلى مجموعات الدعم الخاصة بذلك العمر.

وقد وافقت أم سارة على دواء الباروكسيتين لكنها رفضت بشدة حضور جلسات العلاج النفسي الفردي أو الجماعي قائلة: هيعملولي إيه يعني، لكنها وافقت على جلسات أمهات المريضات من أجل مساعدة سارة وبالتالي مساعدة نفسها على تبني نمط حياة مختلف؛ مثل المشي اليومي معًا لمدة نصف ساعة تترابد تدريجيًا، والانتظام على الأكل الصحي والمكملات الغذائية ومتابعة الواحدة للأخرى على تنشيط العلاقات

الاجتماعية الداعمة والحانية، والبحث عن عمل شبه مستقر بعض الوقت سواء بأجرٍ أو تطوعي، كما بدأتنا معًا ممارسة أنشطة مبهجة كالرقص والعلوم ومشاهدة حلقات درامية مبهجة.

3-2-5 اكتئاب الحمل والولادة واكتئاب الولادة الأبوي: الحزينة لما تفرح Postpartum Depression

حملت أمي مراتٍ عديدة، لكنها ولدت ست مرات فقط، وفي كل مرة كنت أسمع صراخها الممتد ساعاتٍ وربما أيامًا، لكنه ينتهي بالضحك والبهجة والزيارات والأكل الذي يحضره الأهل والجيران، وهكذا عماتي وخالاتي حملن وولدن وصرخن وضحكن مراتٍ عديدة، وكذلك كلُّ من أعرفهن في محيط الأصدقاء والعمل، مما يجعل من الحمل والولادة خليطًا من المشاعر المبهجة والمبهجة معًا.

في الولايات المتحدة 86% من النساء ولدن طفلًا أو طفلين، وفي العالم هناك طفلان أو ثلاثة لكل أم⁽⁶⁹⁾، وفي مصر هناك ثلاثة أطفال أو أقل في المتوسط لكل أم⁽⁷⁰⁾ مما يعني ثلاث مرات على الأقل من الحمل والولادة في حياتها، ولذلك تمثّل مرحلة الحمل ولحظة الولادة تحديًا بيولوجيًا ونفسيًا كبيرًا.

بالنسبة إلى أغلب النساء، لحظة الولادة مملوءة بمشاعر متناقضة، منها الألم والمعاناة والخجل والفخر والفرحة والخوف على حدٍّ سواء، ومع الدعم والرعاية وطقوس الولادة والسبوع والاهتمام بالأم يتم استيعاب آلام وتكدرات الولادة في معظم النساء.

تكدر الولادة: سلّطة المشاعر

تمرُّ 26-84% من جميع الأمهات بما يمكن تسميته تكدر الولادة، وهي حالة تتميز بأعراض مزاجية عابرة، تبدأ مع الولادة وقد تستمر لمدة أسبوعين أو ثلاثة، ثم تختفي ويحلُّ محلُّها الفرحة بالجنين والانشغال به، وتتكوّن حالة تكدر الولادة من تقلُّبات مزاجية سريعة، تتراوح بين المشاعر الإيجابية والإثارة والحزن والخوف والخجل، ويمكن تفسير تلك الأعراض بالتغيُّرات الهرمونية السريعة التي تحدث بعد الولادة، ومع ذلك، وفي بعض الحالات، قد لا تختفي الحالة، ولا يتحسَّن المزاج، وتحوّل حالة "التكدر" إلى "اكتئاب الحمل والولادة" الذي يحتاج إلى تدخلٍ علاجيٍّ⁽⁷¹⁾.

اكتئاب الولادة



على غرار الدور الذي لعبته الفنانة منى زكي في مسلسل "لعبة نيوتن" حيث عانت من اكتئاب الولادة، تعاني الكثير من النساء، ولا ينتبه لهن أحدٌ من المحيطين لانشغالهم بالوليد الجديد.

تعاني 10% من النساء من الاكتئاب في أثناء الحمل و13% بعد الولادة، وتزداد أعدادهن في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل لتكون النسبة بين 19% و25%. والمفاجأة المحزنة أن 20% من الوفيات التي تحدث للنساء بعد الولادة تحدث

عن طريق الانتحار⁽⁷²⁾. كما يؤدي اكتئاب الولادة، إذا لم يعالج، إلى تأخر نمو الجنين داخل الرحم، وانخفاض وزنه عند الولادة، والولادة المبكرة، وتقرم الأطفال، وزيادة الأمراض الجسدية لدى الأطفال، كما يعاني الكثير من أطفال هؤلاء النساء من التأخر في القدرات المعرفية، والمهارات الحياتية وتنظيم المشاعر، وربما يُظهرون اضطرابات نفسية أكثر من غيرهم، مثل اضطراب الانتباه وفرط الحركة وغيرها من الاضطرابات⁽⁷³⁾.
ما يقرب من ثلثي حالات اكتئاب الولادة تبدأ قبل أو في أثناء الحمل، وللأسف الشديد فإن 50% من حالات هذا الاكتئاب لا يتم التعرف عليها ولا علاجها⁽⁷⁴⁾، كما أنه قد يأتي معه ما يُسمّى باكتئاب الأب بعد الولادة .

لكل ذلك يُعتبر اكتئاب الولادة المشكلة الطبية الأكثر شيوعاً في مرحلة الحمل والولادة، لأنها تؤثر في صحة الأم والأب والطفل على المدى الطويل والقصير، لكل ذلك سوف نتعرض له بتفصيل أكبر من الاضطرابات النفسية الأخرى.

التعريف والأعراض

يشمل اكتئاب الولادة أعراض الاكتئاب التي تحدث في أثناء الحمل أو/ والتي تستمر بعد الولادة وذلك حتى نهاية السنة الأولى بعد الولادة. والأعراض الأكثر شيوعاً تكون كالتالي: التعب الشديد، الشعور بالعجز البدني، الحزن أو الخدر العاطفي والحسي، التقلّب العاطفي، البكاء المفاجئ من دون سبب، افتقاد الاستمتاع حتى برعاية الرضيع، القلق الشديد والمستمر والخوف واجترار المشاعر والأفكار فيما يتعلق باحتمالات إيذاء الرضيع وزيادة الشعور بالذنب والعجز، مع سرعة المضايقة وعدم الصبر تجاه أفراد الأسرة والزوج والأطفال، مما يزيد من مشاعر عدم الثقة بنفسها وبمن حولها، يمكن أن تحدث

أيضاً مشكلات في النوم، وفقدان الشهية وفقدان الوزن أكثر مما هو متوقع بالنسبة إلى امرأة حديثة الولادة، بالإضافة إلى العديد من الأعراض الأخرى مثل الصداع أو الآلام غير المفهومة، وذلك مع تأثر الذاكرة وصعوبة التركيز مع الميل إلى البقاء في المنزل وتجنب الأنشطة الاجتماعية وكذلك نقص الرغبة الجنسية التي قد تستمر عدة أشهر بعد الولادة، وفي الحالات الشديدة تحدث أفكار انتحار أو إيذاء الرضيع وقد تقدم على الانتحار، وفي نسبة قليلة من الحالات الشديدة قد تحدث أعراض ذهانية مثل سماع أصوات (هلاوس سمعية) أو اعتقادات خاطئة (ضلالات) تدفعها إلى إيذاء نفسها أو إلى إيذاء الرضيع.

اكتئاب الولادة الأبوي: الآباء يكتئبون أيضاً

ويُعرّف اكتئاب الولادة الأبوي بأنه اضطراب اكتئابي يحدث عند أزواج النساء الحوامل أو الوالدات حديثاً، ويظهر في الفترة الممتدة بين الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل ونهاية السنة الأولى من عمر الرضيع، وهو اكتئاب غير مصنّف في التصنيفات العالمية على الرغم من أن التقديرات الأخيرة تشير إلى أن 9-10% من الآباء يعانون منه⁽⁷⁵⁾، كما أن أطفال الآباء المصابين بهذا الاكتئاب يكون لديهم احتمالات الإصابة بالمشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية في عمر 3-5 سنوات، وربما يتم تشخيصهم نفسياً في سن 7 سنوات⁽⁷⁶⁾.

سافرت سهام، التي ذُكرت في الفصل الفائت، بعد زواجها مباشرة مع الزوج المحاسب لتعمل مدرسة وتعيش في السعودية، وقد بدأت تعاني أولى نوبات الاكتئاب بعد ولادة ابنها الثاني منذ عشر سنوات، وظنّت أن ذلك بسبب حياتها في السعودية، وبعدها عن أهلها وجفاء الزوج معها، وما زالت تتذكر بألم

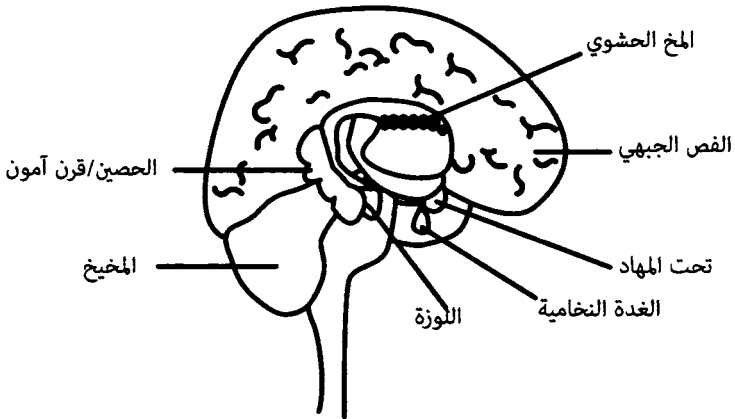
أنه لم يزرها في المستشفى بعد الولادة إلا مرة واحدة حتى جاء واستلمها بعد الخروج كأنه سائق تاكسي، مما جعلها تشعر بالوحدة والعجز وقلة الحيلة، وأنها بلا عائلة مثل باقي السيدات اللائي حولها، وكان يقرب منها عندما يكونان في السوبر ماركت وتقرر شراء فوط صحية، ويطلب منها أن تشتريها عندما تكون وحدها. ورغم عودتها منذ خمس سنوات لم يتحسن الاكتئاب، واعتقدت أنه جزء من حياة كل النساء، حتى قابلتها المهندسة حسناء زميلتها منذ أيام المدرسة وهالها ما رأته من تدهور حالها، وقررت المجيء بها إلى العيادة لمقابلتي، وقد تم تشخيصها بالاكتئاب المزمن الذي جاء بعد اكتئاب الولادة التي أصيبت به في ولادتها الثانية، ولم تُعالج منه، وبالإضافة إلى الأدوية كان لابد من التفكير مع سهام في مساراتٍ مختلفة لتغيير نمط حياتها، والتخفيف من الضغوط الأسرية التي تعانيها، وإعادة النظر في علاقتها بزوجها، وكانت حسناء فخورة جداً بمساعدتها لصديقتها القديمة، وممارس معها ما تعلمته في رحلة علاجها الشخصية.

مسببات اكتئاب الولادة:

- البرمجة الهرمونية:

يخضع عمل الهرمونات في الجسم لتنظيم جهازٍ مركزي يقع في قاع المخ اسمه: المحور النخامي الكظري (Hypothalamopituitary axis)، وهو المسؤول عن عمل الغدد الصماء والغدد الجنسية وإفراز الهرمونات المختلفة بما فيها المسؤولة عن تنظيم الدورة الشهرية،

وتنظيم الحمل والولادة. وقد وُجد أن هذا المحور يضطرب في النساء اللاتي يتعرّضن لأحداثٍ صادمة في حياتهن، مثل العنف الجسدي أو الجنسي مما يعرضه للاضطراب في الأحداث اللاحقة التي تضغط على المرأة، مثل الحمل والولادة، وقد لُوِحظ نفس التأثير في الحيوانات حيث وُجد أن الصدمة المبكرة في حياة إناث الحيوانات تحفّز إعادة برمجة هذا المحور، وتزيد من السلوكيات الشبيهة بالاكتئاب خلال فترة الولادة، مع وجود عجزٍ في رعاية الصغار⁽⁷⁷⁾، وهذا يعني أن النساء اللاتي تعرّضن في طفولتهن ومراهقتهن لأحداثٍ صادمة ربما تُصاب البرمجة الهرمونية في أجسادهن بالاضطراب، ويكون عرضة أكثر من غيرهن لاكتئاب الولادة، ولذلك تكون هؤلاء النسوة في حاجة إلى رعاية أعلى في مرحلة الحمل والولادة لكي لا يصبن بالاكتئاب.



العوامل الاجتماعية:

النساء اللاتي لم يحصلن على تعليمٍ عالٍ، وكان دخل أسرهن منخفضًا يعانين أكثر من اكتئاب الولادة، وكذلك الأمهات المراهقات (حملن وهن مراهقات)، والأمهات الكبيرات (حملن وهن على مشارف انقطاع الدورة الشهرية)، وكذلك الأمهات اللاتي يعانين في زواجهن

بسبب التعرض للعنف الزوجي والاعتداءات الجنسية في زواجهن، ويزداد كذلك في حالة الافتقار إلى الدعم النفسي وخاصة دعم الزوج والأسرة، وكذلك الأمهات اللائي عشن في بلدٍ يختلف عن بلد الميلاد، حيث تعيش الأسرة الأصلية، مثل اللاجئين والمهاجرات المقيمات في أماكن بعيدة عن الأهل، على سبيل المثال النساء المصريات اللائي يعملن ويعشن في الخليج بعيداً عن الدعم الأسري والمجتمعي، مثل حالة سهام، وزوجات الرجال الذين يعملن في الخارج ويحرمن من وجود هؤلاء الأزواج إلى جوارهن في أثناء الحمل والولادة، كما كانت بطالة الأم أو الزوج أحد العوامل المهمة⁽⁷⁸⁾.

التاريخ المرضي:

يتزايد اكتئاب الولادة لدى النساء الحوامل اللائي يعانين أمراضاً جسدية مزمنة، يشمل ذلك مرض السكري، وارتفاع ضغط الدم، وفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، وما إلى ذلك، ولذلك يكون ضبط تلك الأمراض قبل الحمل ضرورياً للحماية من اكتئاب الولادة. ويزداد كذلك في الأمهات اللائي يتعاطين المواد المؤثرة في الحالة النفسية: مثل التدخين، وتعاطي المخدرات، والكحول، كما أن وجود تاريخ للمرض النفسي مثل الاكتئاب والقلق يزيد من خطر الإصابة به، مثل حالة ثناء التي جاءت لأنها تعاني من اكتئاب الولادة واكتشفت أنها عُولجت سابقاً من اضطراب تشوه شكل الجسم ثم اضطراب الوسواس القهري في المراهقة، وأخيراً اكتئاب الولادة.⁽⁷⁹⁾

أحداث الحمل والولادة السابقة:

فقدان جنين سابق أو فقدان حمل سابق يزيد من خطر الإصابة باكتئاب الولادة ثلاثة أضعاف، كما أن الولادة السابقة لطفل مصاب بعيب خلقي كبير⁽⁸⁰⁾ والحمل غير المخطّط له أو العرضي (الحمل الغلطة)⁽⁸¹⁾، وقلّة التحضير للحمل والحمل بعيداً عن مصادر الدعم الصحية والاجتماعية، أو بعيداً عن الزوج (بسبب السفر أو الطلاق أو الترمّل) تزيد من خطر الإصابة أيضاً⁽⁸²⁾.

تأثير اكتئاب الولادة

التأثير في الأمهات:

قد يؤدي عدم علاج الاكتئاب في أثناء الحمل إلى الإجهاض أو المضاعفات الصحية للحمل والولادة، مثل تسمّم الحمل والولادة المبكرة وانخفاض وزن الطفل والاضطرار إلى إدخاله في وحدات العناية المركزة (الحضانات)، وزيادة مضاعفات اكتئاب الولادة، مثل الانتحار أو إيذاء الطفل والتعطل عن رعاية الأطفال والبيت والتوقف عن العمل وربما تطور أمراض عضوية، وهي مضاعفات يمكن أن يكون لها عواقب مأساوية على حياة الأم والجنين والأب، وقد يؤدي إلى الاكتئاب المزمن، كما حدث مع سهام، الذي يؤدي إلى التدهور المستمر، وقد يؤثر في تطور مخ الجنين، ويقلل الألياف العصبية بين مناطق الفص الحشوي والفص الجبهي من المخ، وهي المهمة للتواصل بين المخّين الفكري والعاطفي، وقد يزيد من احتمال تعرّض الطفل للمشكلات النفسية فيما بعد⁽⁸³⁾، وقد عانت ثناء في أثناء حملها من ارتفاع ضغط الدم وارتفاع السكر في الدم، وكانت تتقيأ يومياً طوال فترة حملها، كما أن ولادتها كانت متعسرة وانتهت بالقيصرية حماية للجنين ورغم رفضها إرضاع الطفل أو رعايته إلا تحت ضغط وإلحاح من الأم لم يتم عرضها على طبيب نفسي إلا بعد أن أوشكت على قطع يدها.

الدعم الاجتماعي المتنوع هو العامل الوقائي الأساسي، ويكون "الدعم من الزوج" وتوفير الوقت والاهتمام الكافي هو الأكثر أهمية وأثراً، يليه "الظروف المعيشية في العام السابق على الحمل"، ثم "الدعم من الوالدين"، يليه "الدعم من الهيئات الصحية" مثل مراكز رعاية الأمومة وتوفر المستشفيات والمراكز الصحية، ثم "مشاركة الأم في الأنشطة الاجتماعية" مثل التواصل من نساء حوامل أخريات أو الاحتفاء الاجتماعي من المحيطين بالحمل الجديد، وأخيراً "عدد الأصدقاء المقربين الذين يمكن الوصول إليهم للحصول على الدعم". ولذلك كانت معاناة سهام شديدة، وأدّت إلى إصابتها بالاكتئاب المزمن لأنها ولدت في السعودية بعيداً عن أسرتها، ولم يكن زوجها متعاطفاً أو داعماً، كما كان زوج ثناء يسافر نصف شهر لأنه يعمل على حفار بترول في الصحراء وينقطع تماماً عن التواصل معها، وتصادف أنه كان في العمل عندما فاجأت ثناء الولادة، وهكذا تكون عودة الأزواج خلال ولادة زوجاتهم ضرورياً للحماية، وتشكّل المرونة النفسية للأم عاملاً شديد الأهمية في إمكانية تجاوز ضغوط الحمل والولادة، وعدم تطورها إلى اكتئاب ما بعد الولادة، ولذلك فإن إعداد الأم نفسياً قبل الولادة وتدريبها على المرونة النفسية عامل مهم.

كما أن النساء اللاتي يتم تشخيصهن مبكراً، ويحظين فرصة أفضل للعلاج في أثناء الحمل، وخصوصاً إذا انتبه لذلك الزوج والمحيطون من الأسرة أو طبيب الولادة والعاملات في مراكز الأمومة، تكون الأعراض لديهن أقل، والمضاعفات أقل على الأم والجنين.

التدخلات العلاجية المبكرة مهمة جدًا، وغالبًا ما يكون العلاج النفسي غير الدوائي وحده هو العلاج الكافي في البداية، ولكن يُوصى باستخدام مضادات الاكتئاب عندما تستمر الأعراض رغم العلاج النفسي، أو إذا كانت شديدة أو تتطلب علاجًا سريعًا، كما لوحظ أن كثيرًا من النساء اللائي كُنَّ يعالجن من الاكتئاب يتوقفن عن استخدام مضادات الاكتئاب عندما يكتشفن أنهن حوامل، وأحيانًا بتوصية من طبيب النساء، مما يزيد -بشكلٍ كبيرٍ- من فرص الانتكاس والإصابة باكتئاب الولادة، ولذلك يجب مناقشة قرار استخدام الأدوية أو عدم استخدامها بين الطبيب النفسي والمریضة والزوج (باعتباره الداعم الأقرب للمرأة في رحلة حملها واكتئابها) وطبيب التوليد وطبيب الأطفال من أجل اختيار أفضل استراتيجية علاجية.

يجب الإحاطة الأسرية بالأم، وتشجيعها على رعاية الرضيع وحمله وإرضاعه، لأن ذلك مفيدٌ لكليهما من دون ضغطٍ أو إشعارٍ بالذنب، ويكون ذلك في وجود الزوج أو الأقارب الآخرين من أجل تقليل متطلبات الأطفال حديثي الولادة، ومساعدة الأم في مواجهة الصعوبات، ولكن في الحالات الشديدة للغاية، مثل الاكتئاب الذهاني حيث تعاني الأم الهلاوس والضلالات أو الأفكار العدوانية تجاه الطفل أو احتمال إيذاء النفس، أو تعاطي أدوية نفسية يمكن أن تضرَّ بالطفل يمكن الاستعاضة عن الرضاعة الطبيعية بإرشادات طبيب الأطفال، وقد وُصف لثناء مضاد اكتئاب مناسب للرضاعة مع عمل إحاطة ومتابعة 24 ساعة يوميًا من الأم والإخوة والزوج، وتم التنبيه على أنه إذا تكررت محاولة الإيذاء سوف يتم نقلها إلى مستشفى نفسي فورًا.

ويشمل العلاج النفسي؛ التدخلات النفسية غير الدوائية، ومجموعات الدعم النفسي الجماعي للنساء الحوامل في فترات ما قبل

الولادة وما بعدها، والتثقيف النفسي الجماعي أو الفردي، والفحص النفسي بعد الولادة وقبل الخروج من المستشفى، والعلاج السلوكي المعرفي والتدخلات الديناميكية النفسية.

العلاجات الأخرى:

يمكن أيضًا استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية في حالة تعذُّر إعطاء أدوية أو نقص الاستجابة للعلاجات الأخرى. ويمكن كذلك تجربة العلاج بالضوء الساطع، كما أن تمارين الوعي الآني والتمارين الرياضية الخفيفة إلى المعتدلة الشدة تحسِّن أعراض الاكتئاب الخفيفة إلى المتوسطة في اكتئاب الولادة⁽⁸⁴⁾.

إرشادات عامة:

الإرشادات التالية تصلح لكل النساء الحوامل، سواء كُنَّ مكتئبات أم غير مكتئبات، وتصلح لكل النساء المكتئبات سواء كُنَّ حوامل أم غير حوامل.

اطلبي: اطلبي التواجد من زوجك، وأمك، وكل من تطمئنين لوجوده معك، ولا تتردّدي في طلب المساعدة النفسية إذا ظننت أنكِ تعانيين من الاكتئاب.

تواصلِي: تواصلِي لفظيًا وجسديًا، لأنه لا غنى عن التلامس الجسدي بين الصديقات، بالإضافة إلى المكالمات الهاتفية والرسائل.

اهتمي بصحتك: اتبعي نمط حياة صحيًا في التغذية والشرب والتمشية، نامي سبع ساعات أو أكثر، وتناولي الفيتامينات مثل فيتامين ب 6 وحمض الفوليك والكالسيوم والمغنيسيوم وفيتامين هـ والتريبتوفان.

تعاطفي مع نفسك: يغلب على المكتئبات التعاطف مع الآخرين، ويصعب عليهن التعاطف مع أنفسهن، ، ولكي تغيّري ذلك عليكِ تخيل نفسك كأنك شخصٌ آخر يعانِي، اطمئني عليها، وابدئي بالتعاطف

معها، كلّمها برقة وحنانٍ، وقولي لها كلامًا لطيفًا، وادعيتها إلى تذكّر صفاتها الحسنة، ولحظاتها الناجحة الماضية، واعملي لها ما تحبه، أو كانت تحبه، مثل حمام دافئ أو كوب قهوة أو خروجة أو آيس كريم أو مقابلة أشخاص تحبهم.

صندوق المتعة: جربي أسلوب "صندوق المتعة" للتعامل مع الاكتئاب، وهو كتابة قائمة بالأشياء التي يمكنك القيام بها لتحسين الحالة المزاجية بشكلٍ سريعٍ، وكلما زادت "الأدوات" للتعامل مع الاكتئاب، كان ذلك أفضل، ويمكنك أن تجري بعض الأدوات التالية أو تضيفي عليها: 1. قضاء بعض الوقت في الطبيعة، ولو كانت من البلكونة. 2. قائمة بما يعجبك في نفسك. 3. قراءة كتاب ممتع. 4. مشاهدة فيلمٍ أو برنامج تلفزيوني مضحك. 5. خذي حمامًا ساخنًا وطويلاً. 6. اهتمي ببعض المهام الصغيرة مثل خياطة قطع ملابس، أو تقشير خضراوات للطبخ، أو ترتيب صور قديمة. 7. العبي مع حيوانٍ أليفٍ. 8. تحدّثي إلى الأصدقاء أو العائلة وجهًا لوجه. 9. استمعي إلى الموسيقى التي تحبّينها. 10. افعلي شيئًا عفويًا دون تخطيطٍ.

تحركي: تحركي (في الحركة بركة)، حتى لو كانت الحركة ثقيلة عليك، الحركة ولو بسيطة، وفي المكان، كفيلة بتحريك مزاجك، مجرد المشي اليومي لمدة 20 دقيقة، سوف تكون بنفس فعالية مضادات الاكتئاب، وإذا لم تستطعي ذلك يمكنك فقط الوقوف وتحريك ذراعيك ورجليك، وإذا كان الوقوف ثقيلًا عليك يمكنك فعل ذلك وأنت جالسة، ولزيادة الفائدة من الحركة الجسدية ركزي على ما تشعرين به الآن في جسدك وأنت تتحركين، مثل الإحساس بقدميك على الأرض وذراعيك وهما تتحركان وتخبطان في الهواء، أو الشعور بالرياح على جلدك، أو إيقاع تنفّسك، وسوف يكون مفيدًا لو فعلت ذلك في صحبة.

تشمسي: تناولي جرعة يومية من ضوء الشمس الذي يعزّز من مستويات السيروتونين ويحسّن الحالة المزاجية، ويضخ فيتامين د في

الجسم. إن 15 دقيقة على الأقل من ضوء الشمس يوميًا يكون كافيًا، زبدي من الضوء الطبيعي في منزلك ومكان عملك وعرضي عينيك لضوء النهار بشكلٍ غير مباشر.

إدارة التوتر: تعلّمي التعامل مع التوتر بشكلٍ أفضل؛ مثلًا ضعي حدودًا لما يمكنك القيام به، وجدولي الأنشطة الترفيهية في يومك، اكتشفي الأشياء التي تجهدك، وابحثي عن طرقٍ للتخفيف من ضغطها واستعادة السيطرة، مارسي الاسترخاء والتأمل.

وجّهي تفكيرك: عندما تفكرين بطريقة سلبية سوف يزيد اكتئابك، وعندما تتوقعين الأسوأ أو تفكرين في نفسك بأنك فاشلة سوف يفاقم ذلك من اكتئابك، لذلك من المهم أن تعرفي أنك لست خاضعة تمامًا لطرق تفكيرك، ووعيك بها هو القادر على تغييرها وتوجيهها، ويمكن مراجعة ذلك في إرشادات القلق.

3-3 اضطرابات القلق: خوف النساء Anxiety Disorders



تعلّمت سلمى أن تخاف عندما تكون بعيدة عن أمها، وتعلّمت سارة أن تخاف عندما ترى أمها، وتعلّمت سهام أن تشعر بالاختناق عندما تسمع صوت المفتاح وزوجها يضعه في الباب، وتعلّمت بنات ونساء أخريات أن يخفن لمجرد أن يشاهدن رجلًا في محيط حياتهن، وتعلّمت بنات ونساء أخريات الخوف في حالات عديدة أخرى.

الخوف شعورٌ يومي لدى أغلب النساء في الثقافات التقليدية الذكورية حيث يكون العنف ضد النساء وبائيًا، يتعلّمن الخوف منذ الصغر في البيت والشارع والمدرسة وأماكن التسوق وأماكن العمل، يتعلّمنه صغارًا ويتدرّبن كيف يتعايشن معه، لذلك تخاف النساء أكثر من الرجال، وتعتبر الثقافة التقليدية خوف النساء أمرًا طبيعيًا، وربما فضيلة عكس خوف الرجال الذي يُعد نقصًا.

الخوف أو القلق هما حالتان شعوريتان لهما جوانب فكرية وشعورية وسلوكية تحدث عندما يواجه المرء موقفًا (واقعيًا أو مُتخيّلًا) يُنظر إليه على أنه خطيرٌ أو مهدّد بالخطر. وبينما الخوف هو الاستجابة الشعورية والفكرية لتهديدٍ وشيكٍ حقيقي أو متخيّل، فإن القلق هو الاستجابة الشعورية والفكرية لتهديدٍ مستقبلي، أو أن شيئًا خطيرًا سوف يحدث في المستقبل، وكلا الشعورين لهما دورٌ تطوريٌّ مهمٌّ في بقاء الأنواع، ومنها الكائن الإنساني، للحماية من الأخطار الآنية والمستقبلية.

هذه الحالات الشعورية طبيعية وصحية ما دامت تؤدي دورها في حمايتنا من الأخطار الآنية، وتساعدنا على تجنّب أو التكيّف مع أخطار المستقبل، ولكنها إذا زادت شدّتها أو استمرت فترة أطول من ضرورتها، أو أصبحت معيقة أو مؤذية تكون اضطرابًا من اضطرابات القلق.

3-3-1 تعدّدت المسارات، والخوف واحد؛

وتعاني النساء أضعاف ما يعاينه الرجال من اضطرابات القلق، ومن أسباب ذلك؛ وضعهن الأدنى في المجتمع الإنساني، والعنف الموجه ضدهن، وكونهن أضعف جسديًا من أقرانهن الذكور، وكذلك تعرّضهن لتراتٍ من الضعف الجسدي في مراحل الحمل والولادة والرضاعة الطويلة. أضف إلى ذلك التاريخ الطويل من العنف مثل الضرب

والخطف والسبي والقتل والوَأد والاختفاء، والذي ما زالت تحتفظ به ذاكرة أجسادهن بوعي أو من دون وعي لتحذرهن وتعدهن للدفاع عن النفس، لذلك تنتشر اضطرابات القلق بين النساء ضعف انتشارها بين الرجال، كما يظهر على النساء عددٌ أكبر من أعراض القلق، ويتخذ القلق مساراتٍ أكثر حدةً وشدةً لديهن، وتتأثر حياتهن من القلق أكثر مما يتأثر الرجال، ويعانين أعراضاً جسدية نتيجة القلق أكثر، مثل تسارع القلب والرعدة والتعرق والتوتر العضلي والأوجاع الجسدية وارتفاع ضغط الدم أكثر من الرجال⁽⁸⁵⁾.

وقد لوحظ أن إناث الفئران عندما تتعرض للخطر تفرز هرمونات القلق بنسبٍ أعلى من ذكورها، وتبقى تلك النسب في الدم مرتفعة فترة زمنية أطول من الذكور. وفي دراسة أخرى أجريت على الفئران، كان لدى الإناث استجابة أسرع للخوف والتجنب، فضلاً عن عدم مرونة أكبر في استجابتهن للخوف، حيث لم يستعدن هدوءهن بنفس السرعة التي استعاد بها الذكور هدوءهم، وقد يكون ذلك تفسيراً بيولوجياً لاستدامة وشدة أعراض القلق عند الإناث أكثر من الذكور⁽⁸⁶⁾، ويمكن تفسير ذلك من وجهة نظر تطورية بأن أجسام الإناث قد طورت تلك الآلية، وذلك لضخّ المزيد من التيقظ والحذر من أجل رعاية الصغار وحمايتهم.

وللتربية دورٌ رئيسي في زيادة اضطرابات القلق عند النساء، فبينما يتم تشجيع الأولاد على مواجهة مخاوفهم أكثر من الفتيات، يكون من المقبول أكثر أن تكون الفتاة خجولة أو خائفة أو معتمدة على أسرتها تجنّباً للمخاطر مما يعطل من تعلمها آليات مواجهة تلك المخاطر ويزيد من تعرضها للقلق المرضي.

كما يرتبط الاعتداء الجنسي على الأطفال، والذي تتعرض له البنات أكثر كثيرًا من الأولاد، بزيادة فرص الإصابة باضطرابات القلق 3 مرات أكثر مقارنة بالبنات اللاتي لم يتعرضن لهكذا اعتداءات.

كما أن دخول الفتيات في مرحلة المراهقة كان مرتبطًا بارتفاع معدلات القلق بأنواعه المختلفة، وذلك عكس الأولاد الذين يظهرون قلقًا أعلى قبل المراهقة ثم ينخفض معها، لكنه يستمر بأشكالٍ أخرى بسبب ما يتعرضون له من تنمر ومنافسة ذكورية، ويمكن مراجعة ذلك لمزيد من التفصيل في فصل النمو النفسي في أثناء مرحلة المراهقة.

وخبرة الولادة نفسها ترتبط بأحداثٍ قد تكون صادمة أو مثيرة للخوف والقلق، مثل التعرض للآلام الشديدة في أثناء الولادة، أو التعرض لأمراضٍ خطيرة مثل تسمُّم الحمل، أو لخطر الموت وتهديد الحياة، ويمكن أيضًا أن تكون الولادة صادمة حتى بالنسبة إلى النساء اللواتي ولدن دون مضاعفاتٍ أو آلام، وذلك لأن المرأة تكون في حالة ضعف جسدي ونفسي شديد، فإذا لم تُحاط ولادتها برعاية كافية، أو تعرضت للاعتداء الجسدي، أو لتهديد سلامتها الجسدية أو سلامة طفلها، أو الشعور بالخوف، أو الشعور بالرعب، أو العجز، أو الإحباط، أو الإهانة أو إيذاء الكرامة، ولذلك ترتبط الولادات الصادمة أو المزعجة بالإصابة باضطرابات القلق والاكتئاب، وربما كرب ما بعد الصدمة، ويسبب قلق الولادة زيادة في حدوث الولادات المؤلمة والولادات الطارئة والولادات القيصرية ويرتبط بنقص الرعاية المقدمة للأم في أثناء المخاض.

لكل ذلك تصيب اضطرابات القلق 23% من النساء، وهو ضعف من يعاني منه من الرجال⁽⁸⁷⁾؛ فهن ينتهجن أكثر لمصادر الخطر، ويغالين في توقع الخطر، ويتبنأن بالأخطار أكثر من الذكور، ويكون

سلوكهن وقائياً عامة، يحدث ذلك في إناث الإنسان والحيوان مثل إناث الفئران، ويرجع ذلك على الأرجح إلى العوامل التطورية من أجل مساعدتهن على حماية أنفسهن وأطفالهن، وللوقاية من الخطر في مراحل الضعف البيولوجي مثل مراحل التخصب (حيث لا ترى الأنثى الذكر، ويكون وضعها الجسدي غالباً أدنى أو في وضع خلفي مما يزيد من شعورها بالخطر) وكذلك في الحمل والولادة.

أنواع القلق:

وتشمل اضطرابات القلق؛ اضطراب القلق المعمم، واضطراب قلق الانفصال، والخرس الانتقائي، والرهاب المحدد، واضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي)، واضطراب الهلع، ورهاب الساحة، واضطراب القلق العام، ولا يمكن اعتبار القلق أو الخوف اضطراباً إلا إذا استمر فترة لا تقل عن ستة أشهر، وأثار انزعاج المرأة أو أضر بالسلب في حياتها، وهو ما سوف نفضله لاحقاً.

3-3-2 قلق الانفصال: حبيبة أمها

Separation Anxiety

بعد تخرجها في المدرسة استمرت سلمى، السابق ذكرها، في الإصرار على أن تصطحبها أمها إلى الجامعة، كما كانت تفعل طوال سنوات المدرسة، وبعد التخرج فشلت تماماً في الانتظام في أي عملٍ، لأنها كانت ترتبك وتشعر بخوفٍ شديد عندما تجد نفسها وحيدة من دون الأم، وتضطر إلى ترك العمل والعودة سريعاً إلى المنزل. وتكرر ذلك عندما كان عليها الجلوس مع عريس وحدها، وقد جاءت بصحبة الأم بعد تكرار الفشل في العمل أو مقابلة العرسان، خصوصاً أن سلمى -مؤخراً-

أصبحت عصبية جدًا، وترفض الخروج من المنزل حتى بصحبة الأم، عُولجت سلمى بالأدوية النفسية والعلاج المعرفي السلوكي لاكتساب مهارات الثقة بالنفس وتقليل الشعور بالقلق الذي يصابها عندما تكون وحدها بعيدة عن الأم، ثم دخلت مجموعة علاجية لمدة عام تعلّمت خلالها المهارات الاجتماعية التي فشلت في تعلّمها طوال أعوام المراهقة والجامعة، كما كان من الضروري أيضًا علاج الأم من القلق الشديد على سلمى. قبلت سلمى الخطوبة من سامح صديق الطفولة، وهو ابن صديق الأب في نفس الوقت، وبعد ذلك جاءت للاحتفال مع زملائها في المجموعة لأنها خرجت مع خطيبها وحدهما، وقضيا اليوم معًا دون الأم، وكانت تحضر المجموعة العلاجية على فترات متقطعة لمشاركتهم التقدم الذي تنجزه في العلاقة الزوجية، وتأخذ منهم الدعم الذي تحتاج إليه.



قلق الانفصال يصيب 6.5% من النساء⁽⁸⁸⁾، ويعني الخوف المفرط من الانفصال عن المنزل أو الشخصيات الراحية مثل الأم، قد يحدث مع الأطفال الذين يعانون بشدة عند الذهاب إلى المدرسة، ويظلون يصرخون ويكون طول اليوم، وفي الحالات الشديدة يلتصقون بأمهاتهم،

ولا يذهبون إلى المدرسة، وقد تتعطل حياتهم الدراسية، وهو اضطراب يصيب الأولاد والبنات في الطفولة، ويميل إلى التحسن التدريجي حتى يختفي مع المراهقة والرشاد، لكنه يميل إلى الاستمرار أطول مع البنات اللواتي يعشن في حماية مفرطة مثل سلمى، وقد يمتد إلى الحياة الراشدة، وقد يعيق حياة البنت الاجتماعية والدراسية والمهنية وربما الزوجية. وقد يمتد قلق الانفصال إلى عمر الرشد مثل الذهاب إلى الجامعة خصوصًا إذا كانت في مدينة أخرى، وفي حالات الزواج والسفر. وقد تميل بعد الزواج إلى قضاء أغلب الوقت في بيت الأم أو تحضر الأم للإقامة معها مما يؤثر في العلاقة الزوجية. وقد يتفاقم الاضطراب في أثناء الحمل حيث تشعر المرأة بالضعف، وتخشى أن تكون بمفردها، وتطلب باستمرار حضور شريكها أو أقاربها إلى درجة أن بعض النساء يقضين فترة الحمل في بيت الأم، وقد حصلت انتكاسة لـ سلمى مع الحمل، وقضت أغلب شهور الحمل وبعد الولادة وسنتي الرضاعة في بيت الأم، بسبب قلق الانفصال، وكان سامح زوجها يضطر يوميًا إلى عمل مشاوير بين عمله وبيته لإحضار طلبات زوجته، ثم بيت حماته حيث تقيم الزوجة، وأحيانًا ينام على الكنب في الصالة، أو يعود إلى بيته مرة أخرى للنوم، ومع استمرار التدهور وتحول قلق الانفصال عن الأم إلى قلق الانفصال عن الأم والزوج معًا، جاء الزوج مع سلمى لعلاج الانتكاسة، وبدأت العلاج الدوائي والنفسي مرة أخرى ولكنها تعافت سريعًا هذه المرة، وبدأنا التخطيط معها للبدء في العمل لكي تكون أكثر استقلالًا عن الزوج، وتكون أكثر ثباتًا. وفي فترة ما بعد الولادة قد تصاب المرأة بقلق الانفصال تجاه طفلها، وتعاني القلق المفرط والشعور بالذنب في المواقف التي يجب فيها الانفصال عن طفلها حتى في أثناء النوم أو الحمام. كما قد تشعر بخوفٍ شديدٍ إذا أصيب الطفل بجرحٍ أو بالمرض، أو شعر بعدم الراحة، وغالبًا ما يصاحب قلق الانفصال خلال فترة ما بعد الولادة اكتئاب أو اضطراب قلق آخر.

3-3-3 الرهاب: الخوف الموقفي Phobia

يأتي الرهاب في شكل خوفٍ شديدٍ عند التعرُّض لمواقف أو أنشطة أو أشياء معينة (أماكن مرتفعة، حيوانات، حشرات، طائرات، مواقف



اجتماعية... إلخ)، وقد يأتي لمجرد التفكير فيها أو تخيلها، مما يؤدي إلى تجنُّب تلك المواقف أو الهروب منها. وفي أغلب الحالات تكون المرأة واعية أن خوفها لا معنى له، ولذلك يكون خوفها الأكبر من ظهور أعراض الخوف عندما تتعرض لمثل تلك الحالات والتي تكون محرجة ومربكة وأحيانًا معيقة.

فإذا استمرت الأعراض مدة ستة أشهر أو أكثر يكون تشخيصه "اضطراب الرهاب"، وعمومًا، يصيب الرهاب وأنواعه 11% من البشر، لكنه يصيب من النساء 14% ومن الرجال 6% فقط⁽⁸⁹⁾.

سوزان، وهي امرأة سنها 35 سنة غير محجبة، وتعمل في بنك، متزوجة وأم لبنت 9 سنوات وولد 6 سنوات، كانت في طريقها من العمل إلى المنزل عندما تعطلت سيارتها، وأحاطت بها إحدى مظاهرات سيف 2013، وقام المتظاهرون بسبها وقذف سيارتها بالحجارة ظنًا منهم أنها مسيحية، ومناصرة لتظاهرات 30 يونية، وقاموا بالطرق على السيارة بأيديهم وأرجلهم. بعد

هذه الواقعة أصبحت سوزان تتوتر وتتعب بسرعة من الأشياء العادية، وتعاني كوايبس تدور حول الحادثة، ويستعيد وعيها الواقعة بتفاصيلها في أوقات غير مناسبة ويجعلها تفرع بشدة، ولا تستطيع الخروج من المنزل وحدها، مع أرقٍ شديدٍ، وكلما أقبلت على قيادة السيارة تجد نفسها تتعرق وترتجف يداها، وتتسارع ضربات قلبها، وتفشل حتى في البقاء على كرسي السيارة ثواني ثم تجري. اعتقدت سوزان أنها أصيبت بمرض في القلب، وظلت شهوراً تجري فحوصات دم وأشعة للتأكد، ووصف لها أطباء القلب مهدئات، حتى صارت لا تستطيع الخروج من المنزل إلا بعد ابتلاع أقراص عدة، ثم بدأت تنسى كثيراً، وترتب على ذلك إهمالها لعملها، وعدم اهتمامها بمنزلها وأطفالها. جاءت سوزان إلى العيادة، وكان تشخيص حالتها أنها اضطراب كرب ما بعد الصدمة، مع رهاب الأماكن المغلقة، وأخذت مضادات اكتئاب ومضادات القلق، والعلاج المعرفي السلوكي لتدريبها على تمارين الاسترخاء، ومواجهة نوبات القلق والخوف بتمارين التنفس والاسترخاء ومهارات الإرساء، كما كان لحضور المجموعة العلاجية أثرٌ داعمٌ على تقدمها، تحسّنت خلال شهر ونصف بنسبة 70%، وصارت قادرة على البقاء في التاكسي في أثناء الزحام والمرور في الأنفاق، وبعد 6 أشهر من العلاج الدوائي وجلسات العلاج النفسي وجلسات العلاج الجمعي صارت قادرة على قيادة السيارة مرة أخرى، وهو ما اعتبرته نجاحاً كبيراً يستحق الاحتفال به، أحضرت تورتة

في يوم المجموعة العلاجية، وغنّت مع أعضائها أغنية "الناجح يرفع إيدته"، وتحمّست كثيراً لتوصيل عضوتين من المجموعة في سيارتها، ثم احتفلت مع أسرتهما في نفس الشهر بأن قادت السيارة بنفسها في رحلة إلى رأس سدر في سيناء، وعبرت النفق تحت قناة السويس مع درجة خفيفة من القلق مارست فيها تمارين التنفس.

في الواقع، لا يمكن إحصاء أنواع الرهاب، لأنه يمكن أن يحدث مع عددٍ غير متناهٍ من المواقف والحالات، أما أشهر أنواع الرهاب، فهي كالتالي؛ رهاب الساحة (الخلاء) وهو الخوف من الأماكن المفتوحة مثل الساحات والشوارع والأسواق والأنفاق، ويرتكز الخوف فيه على عدم القدرة على الحصول على المساعدة، أو الخوف من الإحراج. ورهاب الأماكن المغلقة وهو نوبات القلق التي تأتي مع الوجود في أماكن ضيقة وأماكن مغلقة، مثل الغرف الصغيرة والسيارات والأنفاق أو المصاعد. والرهاب الاجتماعي مثل القلق من المناسبات الاجتماعية والتجمعات الكبرى، كالسينما والأسواق والأفراح، والكلام أمام المجموعات، ورهاب الحيوانات والزواحف والحشرات.

و غالباً ما يبدأ الشخص المصاب بالرهاب في تجنّب الوضع الذي يسبّب له الخوف، مما يعوقه عن بعض وظائفه، مثل تجنّب السفر إذا كان يعاني رهاب الأماكن المغلقة مثل الطائرات أو السيارات كما في حالة السيدة سوزان.

وبينما يعاني 10% من الرجال من نوعٍ أو أكثر من الرهاب، فإن أكثر من 20% من النساء يعانين منه، كما تعاني النساء أنواعاً أخرى من الرهاب لا يعانيتها الرجال.

ومن أنواع الرهاب الخاصة بالنساء رهاب الولادة Tokophobia وهو خوف شديد من الولادة يتركز على الخوف من الموت في وقت الولادة، والخوف من الشعور بالألم، والإصابة بالأمراض، وعدم الحصول على الرعاية الطبية المناسبة، أو الخوف من فقدان السيطرة أو الذعر الشديد في أثناء الولادة، أو الخوف من مضاعفات الولادة الصحية أو الخوف من فقدان الطفل، ويترافق هذا الرهاب مع القلق المستمر والكوابيس والأعراض الجسدية. يحدث رهاب الولادة لدى 14% من النساء الحوامل، وهو أكثر شيوعاً في حالات الولادة البكرية (التي لم تلد من قبل) أو لدى النساء اللاتي تعرضن لصدمة سابقة. ويصيب رهاب الولادة النساء اللاتي عانين تاريخياً من الاعتداء الجسدي أو الجنسي، أو نقص الدعم الاجتماعي من الزوج والأسرة، أو الرعاية الصحية الجيدة، أو تعرضن لفحوصات أمراض النساء العنيفة والمؤلمة أو المهينة للكرامة، أو يعتقدن في الخرافات والثقافة المحيطة بالولادة، كما أن النساء الحوامل المصابات برهاب الولادة يملن أكثر إلى اختيار الولادة القيصرية⁽⁹⁰⁾. ومن أنواع الرهاب التي تكثر في النساء اضطراب الرهاب الاجتماعي، وهو الشعور بالخوف في المواقف الاجتماعية، مثل مقابلة أشخاص جدد، أو أشخاص في سلطة، أو تناول الطعام أو الشرب في الأماكن العامة، أو المشاركة في نشاطٍ جماعي، أو الدخول إلى حفلة، وكذلك مواقف الأداء، مثل التحدث علناً أمام الآخرين، أو مقابلة عمل أو التعبير عن الاستياء. وتعاني النساء من الرهاب الاجتماعي أكثر بمرّة ونصف من الرجال، ويعانين من عددٍ أكبر من المواقف الاجتماعية المخيفة، وتتأثر حياتهن أكثر من الذكور، ويكون لديهن احتمالاً أكبر للإصابة بأمراض نفسية أخرى مع الرهاب مثل الاكتئاب.

وقد لوحظ أن الفتيات اللاتي كنَّ عصبيات في أثناء الرضاعة أو تعرضن لعصبية الأم في أثناء الرضاعة أصبن بالرهاب الاجتماعي في فترة المراهقة أو البلوغ، كما أن النساء اللاتي تعرضن للعنف أو الإهانة

أمام الآخرين أصبن كذلك بالرهاب الاجتماعي، مثل حالة سلمى التي عانت من الرهاب الاجتماعي بعد تعرضها للإحراج عندما فاجأتها الدورة الشهرية وهي في حمام السباحة.

وتعاني النساء المصابات بالرهاب الاجتماعي من التعثر الدراسي وربما ترك المدرسة مبكرًا قبل إتمام الدراسة، والتعثر في العلاقات الاجتماعية، وقد تفشلن في العثور على عملٍ أو زوجٍ مناسبٍ بسبب خوفهن الشديد في المواقف الاجتماعية مثل سلمى. ومن الأنواع التي تكثر في النساء أيضًا رهاب الخلاء، وهو الخوف الذي يحدث عندما تتعرض المرأة لموقفٍ حقيقي أو تخيُّلي تشعر فيه أنها محشورة بين آخرين، إلى درجة يصعب عليها الخروج من المكان، أو طلب المساعدة مثل التواجد في وسائل النقل العام، أو في الزحام الشديد، أو في أماكن مفتوحة مثل الشوارع والساحات أو أماكن مغلقة مثل الأنفاق، أو في طابورٍ أو وسط حشدٍ كبيرٍ.

بشكلٍ عام، فإن المصابات برهاب الخلاء يعتقدن أن الهروب من هذه الأماكن قد يكون صعبًا أو أن المساعدة قد لا تكون متاحة عندما تصيبن أعراض نوبة الهلع أو غيرها من الأعراض المحرجة أو المنهكة. تمثّل الإناث العدد الأكبر من مرضى رهاب الخلاء، كما أن النساء اللاتي يعانين من رهاب الخلاء مع اضطراب الهلع لديهن أيضًا معدل انتشار أعلى للأمراض المصاحبة مثل الاكتئاب والأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي، ومعدل انتحار أعلى، ونوبات هوس أكثر، ونوبات رهاب اجتماعي أكثر⁽⁹¹⁾.



نوبة الهلع عبارة عن إعصار مفاجئ غير متوقع من الخوف الشديد الذي يتصاعد في خلال دقائق كأنما يعصر الجسد والنفس، ويكون مترافقًا مع مشاعر بقرب فقدان السيطرة على نفسك، أو أنك تُصابين بنوبة قلبية أو حتى إنكِ تموتين، وتحدث خلال نوبة الهلع سلسلة من الأعراض الجسدية مثل تسارع التنفُّس والقلب والشعور بالاختناق.

وقد ارتبط اضطراب الهلع في الإناث باضطراب رهاب الخلاء مع اضطراب الجسدنة (الاضطرابات النفسية جسدية الشكل) والذي سوف يتم شرحه لاحقًا، كما يميل اضطراب الهلع إلى أن يكون مزمنًا في النساء أكثر منه في الرجال، ويأتي مع أعراض جسدية أكثر. كما يصيب اضطراب الهلع 4.5% من النساء و5.2% من النساء الحوامل، وربما يؤدي اضطراب الهلع في الحوامل إلى زيادة الضغط داخل الشريان المغذي للرحم، مما قد يؤدي إلى تأخر نمو الجنين داخل الرحم، وانخفاض وزن الوليد أو الولادة المبكرة. علاوة على ذلك، اتضح أن الأطفال المولودين لأمهات يعانين من اضطراب الهلع يُظهرون بعض المشكلات السلوكية والعاطفية⁽⁹²⁾، ومن هنا تكمن أهمية العلاج المبكر تجنبًا للمضاعفات التي قد تحدث للجنين.

3-3-5 اضطراب القلق المعمم؛ الخوف من

"الهواء الطائر" Generalised Anxiety

وهو نوع من القلق الدائم تجاه المخاطر المحتملة، والانشغال المبالغ فيه بالأمور الحياتية اليومية وتوقع الأسوأ؛ مثل الذهاب إلى العمل، أو انتظار صديق، أو حالة المرور أو الطقس أو العثور على مكان لركن السيارة، أو حتى ارتداء ملابس الخروج، أو اختيار الوجبات اليومية أو تحضيرها، أو تأخر أتوبيس المدرسة الذي يقل الطفل. ويسبب هذا الانشغال إزعاجًا لها ولمن حولها، ويصعب

السيطرة عليه، ويرافقه أعراض جسدية مثل الإجهاد والارتجاف وتسارع دقات القلب وارتفاع ضغط الدم والتعرق وأوجاع العضلات والمفاصل والصداع والغثيان واضطراب النوم،



والاكتئاب واضطراب تعاطي

المواد المهدئة التي يتم

استعمالها عادة لتهدئة

القلق، كما أنه قد

يتسبب في ارتفاع ضغط

الدم وارتفاع السكر في

الدم وزيادة فرص

حدوث الجلطات في

الأوعية الدموية عند

النساء اللاتي لديهن استعداد. وينتشر اضطراب القلق المعمم في النساء

ضعف انتشاره في الرجال، كما أن ما يقرب من 20% من النساء

الحوامل تظهر عليهن بعض الأعراض، وإذا جاء هذا الاضطراب في

أثناء الحمل فرمًا يتبعه مرض تسمم الحمل وأعراض أخرى مثل

الغثيان والقيء المتكرر، ويسبب تكرار زيارات طبيب التوليد، كما أن

وجوده قد يتسبب في أحداث معاكسة في أثناء الولادة مثل الولادة المبكرة وانخفاض وزن الوليد وصعوبات في الرضاعة الطبيعية. وإذا جاء اضطراب القلق المعمم (GAD) في أثناء الحمل، فمن المتوقع أن يستمر إلى فترة ما بعد الولادة⁽⁹³⁾.

كما تنتشر أعراض القلق المعمم لدى النساء في منتصف العمر؛ حيث تشير التقديرات إلى أن 51% من النساء في سن 40-55 سنة أبلغن عن وجود بعض أعراض القلق المعمم⁽⁹⁴⁾.

التدخلات العلاجية

رغم توفر العلاجات النفسية الدوائية وغير الدوائية فإن ما يقرب من 40% من حالات القلق لدى النساء لا يتم علاجها، إما لأنهن لا يعرفن بهذه العلاجات، وإما لأنهن يخجلن من العلاج النفسي، أو ينشغلن بالأعراض الجسدية للاضطرابات باعتبارها مرضاً مستقلاً، مثل ارتفاع ضغط الدم أو صعوبة التنفس أو أوجاع العضلات، وذلك رغم أن جلسات العلاج المعرفي السلوكي تكون كافية في أكثر الحالات، وفي الحالات التي يفشل فيها هذا العلاج، أو في حالات القلق الشديدة يمكن استخدام الأدوية، وأكثرها تكون مضادات الاكتئاب الحديثة مثل مثبطات استرداد السيروتونين. وإذا حدثت اضطرابات القلق في أثناء الحمل يجب البدء بالعلاج المعرفي السلوكي، وتأجيل التدخل الدوائي لما له من احتمالات آثار على الجنين ونموه، ويجب تفضيل الأدوية ذات العمر النصفى القصير، والأدوية التي لا تظهر في الحليب أو تظهر بكمية محدودة لا تؤثر في الجنين وهي موجودة ومتاحة.

قد تكون البنزوديازيبينات مفيدة كعلاج مساعد في المراحل الأولى من العلاج، خاصة في حالات القلق الحاد أو الانفعالات الشديدة، ولمساعدة المرضى في أوقات الأزمات الحادة، أو في أثناء انتظار فعالية

كافية من مضادات الاكتئاب التي تحتاج إلى ثلاثة أسابيع -على الأقل- لكي تُظهر تأثيرًا علاجيًا كافيًا.

التدخلات الذاتية

اضطرابات القلق هي أكثر الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تستجيب لطرق المساعدة الذاتية مع أو من دون علاج نفسي، وهي لا تختلف كثيرًا عن تلك التدخلات التي طُبِّقت في حالتي سلمى وسوزان السابقتين. ويمكن تطبيق تلك التدخلات على مراحل؛ أولًا: دعم المهارات الشخصية وتقوية الثقة بالنفس، كما تم مع سلمى، من خلال تمارين فردية وجماعية. الفردية؛ على سبيل المثال ممارسة التعبير عن المشاعر بشكل واضح (أنا حزينة، أنا فرحانة، أنا خائفة، أنا أحبك وهكذا...)، والتواصل الفعَّال (رفع الصوت عند الكلام، والتوجه إلى الآخر بالحوار وجهًا إلى وجه، الاطمئنان على الآخرين من الأصدقاء والأقارب وعرض وطلب المساعدة في أمور الحياة الشخصية والعامية وهكذا...)، والجهر بالشكوى أو الطلب (أنا عايضة كذا، أنا رافضة كذا، أنا متضايقه من كذا)، وعندما تتحسن مهارات التواصل والثقة بالنفس تدريجيًا ويقل الخوف والقلق، يمكن لها أن تنتقل إلى الأنشطة الجماعية مثل العلاج الجمعي في العيادة أو النشاط الاجتماعي الآمن مع الأسرة أو الأصدقاء المقربين. ثانيًا: تعلُّم مهارات إدارة القلق مثل تمارين التنفس العميق وتمارين الاسترخاء وتمارين الإرساء، وثالثًا: مكافأة النفس مع كل تقدم جديد مثلما حدث مع كل من سلمى وسوزان.

من الأفضل ممارسة تلك الأنشطة بشكلٍ منتظمٍ إلى أن تصبح روتينًا يعتادها المخ ويلجأ إليها بوعي ومن دون وعي عند ظهور أعراض القلق. وفيما يلي تفصيل بعض تلك التمارين التي يمكنك استخدامها للمزيد من المساعدة:

1. النشاط البدني: مثل التمشية أو الرقص أو حتى الحركة في المكان، وهو مهمٌ لصحتك الجسدية والعقلية، ويساعد على تخفيف مستويات القلق، ويُوصى بممارسة التمارين الخفيفة، وبالذات المشي في الهواء، لمدة لا تقل عن 20 دقيقة يوميًا خمس مرات في الأسبوع.
2. تمارين الاسترخاء: وهي تمارين تهدف إلى الوعي بالتوتر العضلي الذي يأتي مع القلق، ومن ثم العمل على إرخاء العضلات إراديًا، ويمكن أن يتم ذلك لمواجهة القلق أو من دون قلق للمساعدة على الاسترخاء عمومًا .
3. لا تفرطي في المواد المثيرة للقلق مثل الكافيين الموجود في القهوة والشاي والمشروبات الغازية، وإذا كان لا بد منه فيمكنك تعاطيه في النهار مرة أو مرتين فقط وتجنُّبه تمامًا بعد العصر.
4. تمارين الإرساء؛ وهي مجموعة تمارين تهدف إلى تهدئة نوبات التوتر، يمكن ممارستها عند مواجهة موجة قلقٍ، وكذلك قبل مواجهة القلق، ويمكنك البدء بأن تتخيَّل نوع القلق الذي سوف تواجهينه، ومن ثم تمارسين تمارين الإرساء بشكلٍ متكررٍ حتى تتمكني من السيطرة على أعراض القلق لديك. ومن أشهر تمارين الإرساء تمرين (1,2,3,4,5) وهو تمرين يمكن ممارسته في حال تعرضتِ لنوبة قلق أو هلع أو رهاب، ويتم أولاً: بتوجيه انتباهك إلى 5 أشياء ترينها حولك، ثانيًا: إلى 4 أشياء تسمعنها حولك، ثالثًا: إلى 3 أشياء تلمسها حولك، ثم شيئين تشمَّين رائحتهما ثم شيء واحد تتذوقينه، وهكذا يمكنك تنشيط حواسك الخمس، وسوف تشعرين بالتباعد عن الأفكار والمشاعر المقلقة، ويمكنك أن تعيدي هذا التمرين عدة مرات حتى تستعيدي توازنك.

وجَّهي تفكيرك، من خلال تحديد نوع الأفكار التي تساهم في قلقك أو إكتئابك، ثم تعلَّمي أن تستبدلي بها أنواع أخرى أقل قلقًا وأكثر إيجابية؛ حيث تقومين بتحديد الأفكار أو المواقف التي تثير أعراض القلق مثل (لو كان الطريق زحمة سوف يضيع اليوم عليّ) وهكذا حتى أنتهي من كل الأفكار التي تثير القلق لديّ، ثم أرتبها حسب شدتها حيث صفر لا تثير القلق وعشرة تثير أعلى درجة من القلق، ومن ثم أقوم بالعمل عليها بدءًا من أقل الأفكار إثارة للقلق، وذلك باستخدام الأسئلة السقراطية، وهي طريقة طوّرها العلاج المعرفي، حيث تحضرين كل فكرة، وتطرحين عليها الأسئلة التالية؛ ما هو الدليل على أن هذه الفكرة صحيحة؟ هل أنا متأكدة 100% من حقيقة ذلك؟ ما هي الأدلة على أن هذه الفكرة غير صحيحة؟ هل هناك احتمال آخر؟ ما هو الأسوأ الذي يمكن أن يحدث؟ وما هو الأفضل؟ هل هناك طريقة أخرى للنظر إلى هذا الموضوع لا تثير القلق؟ وأخيرًا تسألين نفسك لو أن صديقتي فكرت بهذه الطريقة ماذا سأقول لها لكي أساعدها؟

3-4 اضطرابات الوسواس القهري:

جعجة بلا طحين

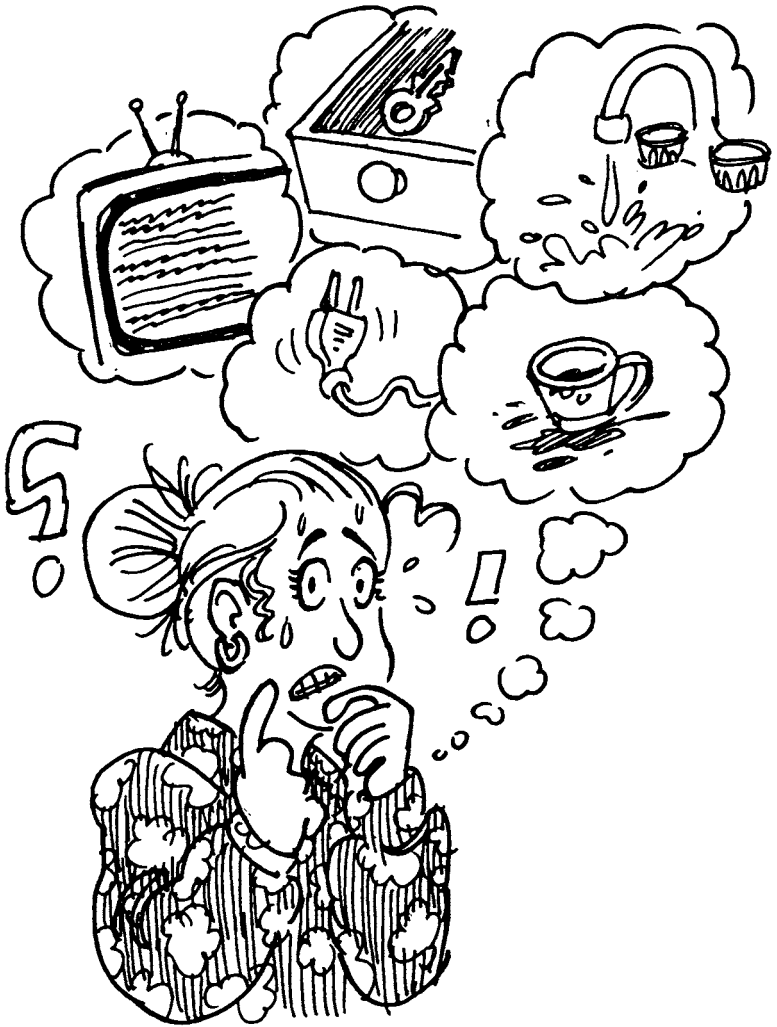
Obsessive Compulsive Disorders

عاشت ثناء -التي عانت من اكتئاب الولادة - مع الأم والأخوات البنات في غيابٍ شبه كاملٍ للأب، الذي كان يعيش ويعمل في الخليج، وكانت الأم شديدة القلق لشعورها بالمسؤولية على بناتها في غياب الزوج، وكانت عصبية وعنيفة مع ثناء بالذات التي بدأت مع

المراهقة تنتابها نوباتٌ من العصبية الشديدة ونوبات الغضب، ثم في نهاية مرحلة المراهقة عانت اضطراب شدُّ الشعر حتى أخلت مناطق كاملة من رأسها. وبعد فسخ خطبتها وشعورها بالقرف بسبب بعض الملامسات الجسدية مع الخطيب بدأت تعاني اضطراب الوسواس القهري، الذي تركَّز على النظافة والطهارة المفرطة، وفي كل مرة كانت تأتي إلى العيادة وتُعالج. ومع الحمل والولادة، وهي في عمر 35 سنة، أصيبت باكتئاب الولادة، كما ذُكر سابقاً.

ربما تتأكدين من غلق باب البيت مرتين أو ثلاثاً كل ليلة، ربما حدث أن عدتِ إلى المرأة أكثر من مرة بعد أن ذهبتِ إلى باب البيت للمغادرة لتتأكدي من لبسك وشكلك، ربما نسيتِ كم ركعة سجدتِ في الصلاة، وأعدتِ صلاتك للتأكد، "أنا شخصياً أعود مرة أو مرتين بعد الخروج للتأكد من عدم نسيان شيء"، هذا كله أمرٌ طبيعي ويحمي من الأخطار. لكن ماذا لو تكرر هذا الأمر عشرات المرات، وامتد ساعات وساعات دون أن تصلي إلى الاطمئنان أو الراحة إلى درجة تمنعك -على سبيل المثال- من النوم أو الخروج؟ حين يحدث ذلك، فهذا معناه أنكِ ربما تدورين في طاحونة أحد اضطرابات الوسواس القهري.

عرف الإنسان الطقوس منذ آلاف السنين، منها الطقوس الفردية مثل طقوسنا الخاصة بالنوم والأكل والعمل ومقابلة الأصدقاء، ومنها طقوسٌ جماعية مثل الممارسات الاجتماعية المتكررة في الزواج والعزاء والوداع والولادة والسبوع والأعياد الدينية المتكررة، وغيرها من طقوس. بل إنني كنت أرى في القرية ممارساتٍ جماعية في أنشطة شخصية مثل الاستحمام في الترع وغسل الملابس والمواعين، التي كانت تتم حتى وقت قريب في قرى مصر بشكلٍ أقرب للطقوس الجماعية، وفي أوقات يومية منظمة.



هذه الطقوس ضرورية لأنها تساعدنا على تنظيم حياتنا، وتوفير طاقة التفكير عبر الانخراط في عملٍ مخططٍ له مسبقًا ومكرر مئات بل آلاف المرات. لكن هذه الطقوس لو زادت إلى حد الإزعاج أو التعطلُ سُمِّيت بالاضطرابات الوسواسية.

الاضطرابات الوسواسية هي نوع من الطقوس الفردية من الانشغال المفرط المتكرر بأفكارٍ أو خيالاتٍ أو سلوكياتٍ معينة قليلة القيمة أو لا معنى لها أو بلا نتيجة رغم تكرار فعلها. وتكون هذه الخيالات أو السلوكيات مزعجة أو مؤذية أو معطلة، وتجد المرأة صعوبة في مقاومتها، ويترتب على ذلك إصابتها بالتوتر، وتتعلّل بعض الوظائف اليومية مثل العمل أو/والحياة الاجتماعية والشخصية، فضلاً عن الضغط الذي يتسبّب فيه للمحيطين⁽⁹⁵⁾.

واضطرابات الوسواس القهري لا يمكن حصرها لأنها قد تأتي بعدد الطقوس التي يمارسها الإنسان، ولكن اضطرابات الوسواس القهري المسجلة في الطب النفسي خمسة: أشهرها اضطراب الوسواس القهري، واضطراب نتف الشعر، واضطراب نزع الجلد، واضطراب الاختزان، واضطراب تشوّه شكل الجسم.

3-4-1 اضطراب الوسواس القهري: سد النهضة وطبيرة العيون

Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

نعمة، طبيبة أسنان عمرها 35 سنة، من أسرة شديدة الاضطراب، الأب الموظف يعود من العمل، ويرتدي البيجامة، ويجلس أمام التلفزيون أو يقرأ الجريدة دون كلامٍ أو تفاعلٍ حتى يقوم للنوم، ولا يغيّر من طقوسه اليومية أبداً. والأخت الكبرى بعد التخرج في كلية الطب أصيبت بالفصام وترفض العلاج. بدأت "نعمة" طقوسها المتعلقة بالنظافة والنجاسة والوضوء مع ضغوط الثانوية العامة، وبدأت العلاج فوراً بالأدوية النفسية، وكانت الأعراض تتحسن تدريجياً لكنها تعود لتسوء مع التعرض للضغوط. ثم تزامن تخرجها وبدؤها

العمل مع ثورة يناير 2011 والبدء في بناء سد النهضة، وبدأت تتحوّل طقوسها إلى رعبٍ يومي متعلقٍ بانقطاع المياه، وخوفها من عدم قدرتها على الاستحمام. وبدأت تملأ البيت بزجاجاتٍ بلاستيكية بالمياه وتخزنها في كل مكان، تحت السرير، وفوق وداخل الدواليب، وتنتابها حالات رعبٍ وصراخٍ إذا تعطلّ موتور المياه الخاص بالبيت، وتتابع أخبار مفاوضات سد النهضة، وتذهب كل يوم للاطمئنان على منسوب المياه في نهر النيل، وتوقفت عن الذهاب إلى العمل، ومؤخرًا بدأت تكتب منشوراتٍ على صفحتها الشخصية على الفيسبوك تتهم الحكومة بالتفريط في مياه النيل، حتى خافت الأسرة عليها أمنياً، وأحضرتها للعلاج. وتم التركيز في العلاج على المزاجية بين العلاج النفسي الدوائي والعلاج النفسي السلوكي مع إضافة مضادات ذهان لتهدئة الأفكار المتعلقة بالنهر. وبدأت تدريجياً تتحسن حتى تخلت نهائياً عن تخزين المياه ومتابعة أخبار النهر، لكنها عادت إلى معدلٍ من متوسط إلى خفيف من الطقوس الوسواسية القديمة مثل تكرار الوضوء والاستحمام بدرجاتٍ متوسطة الشدة.

تتنوع أعراض اضطراب الوسواس القهري عبر مدى واسع، بدءاً من الأفكار الوسواسية التي يصعب مقاومتها إلى السلوكيات القهرية المتكررة. والأفكار الوسواسية هي الأفكار الملحّة التي تتكرر داخل رأس الشخص رغم رفضه أو اشمئزازه منها مثل أفكار الطهارة، أو الأفكار الدينية أو الجنسية المرفوضة على غرار تكرار أفكار السب (للذات الإلهية أو الأنبياء) والكلمات البذيئة أو الخيالات الجنسية المرفوضة داخل الرأس. أما السلوكيات القهرية فقد تدور حول سلوكيات النظافة والطهارة، والتأكد والتنظيم والترتيب والتكرار والعد واللمس... إلخ.

3-4-2 اضطرابا نتف الشعر ونزع الجلد:

اللعبة الخطرة

Trichotillomania and Skin Picking

وفيها يحدث تكرار قصف الشعر أو نزعه أو نزع الجلد، رغم عدم رغبة الشخص في ذلك، وتبدأ باللعب في الشعر أو الجلد كنوع من التهديئة في أثناء التوتر، ثم تتطور إلى اضطراب كامل حيث يخلي الشخص مناطق كاملة من شعر رأسه وقد تصل إلى الحواجب والرموش.

3-4-3 اضطراب الاختزان:

كراكيب الدكتوراة نوال Hoarding Disorder

يدور حول تجميع وتخزين أشياء قديمة أو غير صالحة للعمل أو عديمة القيمة مثل أدوات المطبخ والصحف القديمة والملابس والأحذية القديمة وغير الصالحة والولاعات وعلب الكرتون، التي تصل إلى درجة إعاقة الحركة داخل المنزل، وأحياناً تهديد المقيمين في المنزل بالخطر بسبب الحرائق أو الاصطدام بالمخزونات الخطرة.

دأبت الدكتوراة نوال، أستاذة الكيمياء العضوية، على الاحتفاظ بكل شيء تعاملت معه، فواتير الشراء، الأجهزة القديمة مثل الثلاجات والتلفزيونات والخلاطات التي فات زمانها أو لم تُعد صالحة للعمل، وملابس قديمة وأوراق كتبت عليها ملاحظات أو استلمتها لسبب ما، وصحف ومجلات وتذاكر طيران وولاعات .. ومع تقاعدها تفاقمت الأعراض حتى لم يعد أبناؤها قادرين على الحركة داخل المنزل، وتعثرت هي نفسها مرات عدة في أشياءها المخترنة، وجاءت ابنتها وابنها من دون

علمها لاستشارتي في العيادة، لأن والدتهما ترفض أي محاولة للتخلص من كراكييها (بحسب كلام الابنة) أو الاحتفاظ بها والانتقال للعيش مع الابنة في شقة أخرى.

وأخيراً هناك اضطراب تشوّه صورة الجسم، والذي تنشغل فيه المرأة بصورة جسدها بشكلٍ مرضي، وسوف يتم التعرّض له بشكلٍ منفصلٍ لأهميته في حالة النساء.



ويمكن فهم الوسواس والسلوكيات القهرية باعتبارها محاكاة لسيناريوهات مستقبلية لتجنّب خطر ما، ولذلك يأتي وسواس النظافة لتجنّب خطر الإصابة بالأمراض، ويأتي وسواس التأكد من غلق الأبواب أو عدّ الفلوس لتجنّب خطر السرقة، ويأتي وسواس الاكتناز لتجنّب خطر الفاقة والحاجة، وكلها أخطارٌ عانى منها الإنسان عشرات الآلاف من السنين، حتى أصبحت جزءاً من تركيبه البيولوجي. لكن الإنسان يمارسها دون الوعي بذلك التاريخ التطوري، لذلك ينتشر

الوسواس القهري غالبًا بين الرجال والنساء على حدٍ سواء، ولكنه يكون أكثر قليلًا في النساء في بعض المجتمعات الأقل نموًا، والأقل استقرارًا وأمنًا، وفي حين أن النساء يعانين بعددٍ أقل من الذكور من اضطراب الوسواس والسلوكيات القهرية، مع انخفاض في حدة الأعراض، وأقل في التدهور، وأقل في معدل البطالة بسبب المرض⁽⁹⁶⁾، لكنهن يعانين أكثر من ارتفاع الأعراض الوسواسية المتعلقة بالنظافة والتطهير والتعقيم، بينما ترتفع الوسواس الدينية والجنسية لدى الذكور، كما تزداد أو تظهر الأعراض قبل الولادة وسمّيت الوسواس القهري السابق على الولادة، ورهماً يكون لذلك علاقة بالدور التطوري للنساء في تغذية الأطفال، والحفاظ على صحتهم، ولذلك تتزايد الأعراض لدى النساء في الأسبوع السابق على الدورة الشهرية، وفي أثناء الحمل، وقبل الولادة ومع انقطاع الدورة الشهرية، وهي فترات الضغط البيولوجي لدى أغلب النساء.

ومن ناحية أخرى، لوحظ ارتفاع محاولات الانتحار بين النساء المصابات بالوسواس القهري أكثر من الرجال، كما لوحظ وجود تاريخ من الاعتداء الجنسي في أثناء الطفولة لدهن أكثر من الذكور.

وقد لاحظتُ ظهور وسواس التطهر لدى النساء بعد الممارسات الجنسية غير المخطط لها، وفي أوقات التقارب الجسدي مع العريس المتقدم للزواج (انظر حالة ثناء)، مما يفسّر اقتران السلوك الوسواسي بالخوف من كسر المحرمات.

كما أن وجود تاريخٍ للصدمات أو الاعتداءات الجنسية أو الجسدية لدى النساء يرتبط بارتفاع شدة أعراض الوسواس القهري، كما أن التعرض لسوء الرعاية من الأم في أثناء الطفولة (مثل الإساءة النفسية والجسدية، والحماية الزائدة، والتحكُّم المفرط) ارتبط باحتمالاتٍ أعلى لظهور أعراض الاضطرابات الوسواسية لدهن عندما يصبحن بالغات (كما هو الحال في حالة ثناء أيضًا)⁽⁹⁷⁾.

تشترك هذه الاضطرابات مع اضطراب القلق والاكتئاب في الأعراض، ربما بسبب الخلفية الجينية المشتركة أو التغيرات في كيمياء المخ المتشابهة، وكذلك التعرُّض لأحداثٍ معاكسة مشتركة. لذلك تُعالج بأدوية مضادة للقلق، وأخرى مضادة للاكتئاب. كما تُستخدم الأدوية المهدئة أو مضادات الذهان مع بعض الحالات، كما في حالة نعمة السابق ذكرها، لأنها تساعد على كسر شدة الأفكار الوسواسية، ومع العلاج الدوائي، هناك العلاج المعرفي السلوكي، وممارسة التأمل وهي علاجات ضرورية تساعد المريضة على تبني آليات تقلل من شدة الأعراض، وأحيانًا تكون تلك العلاجات بديلة عن الأدوية في حالات الحمل والولادة والرضاعة، وحالات المرض الشديدة التي يصعب فيها تعاطي الأدوية.

بالإضافة إلى الأدوية حضرت نعمة 12 جلسة علاج معرفي تدرّبت فيها على أولاً "تقنيات التعرض" على أن تمارسها كواجب منزلي، وتقنيات التعرض هي تخيل الأعراض الوسواسية التي اعتادت أن تقوم بها، ومن ثم كتابتها في قائمة بعد ذلك، ثم إعطاء كل عرض درجة من صفر إلى عشرة حسب الشدة؛ حيث صفر لا شدة على الإطلاق، وعشرة شدة عالية جدًا. بعد إنشاء تلك القائمة بدأت نعمة بالعرض الأقل شدة، وبينما هي تفكر فيه تقوم بتمارين تقليل التوتر مثل تمارين الإرساء وتمارين الاسترخاء والتنفس، وكانت تكرر ذلك عدة مراتٍ حتى تتمكن من السيطرة على العرض، ثم تنتقل إلى العرض الأعلى في الشدة، وفي كل مرة تكرر نفس التمرين حتى تنتهي من كل الأعراض، ويتم ذلك بالتوازي مع التنشيط السلوكي والاجتماعي وممارسة الأنشطة المبهجة مثل اللعب والرقص التي ثبت أنها جميعًا تقلل من النشاط الوسواسي.

أما الدكتورة نوال فقد نصحت الابنة بالبدء في التخلص من بعض الكراكيب الخطيرة بشكلٍ تدريجي دون إخبارها، وذلك مع إحضارها إلى العيادة كنوعٍ من العلاج الأسري للشغل على الصراع بينها وبين الابنة حول الكراكيب. في أثناء الجلسات العلاجية أظهرت الابنة تعاطفًا تجاه مخاوف الأم ورغبتها في تخزين ما قد تحتاج إليه مستقبلاً مما طمأن الأم، وبدأت تتعاطف مع خوف الابنة عليها من زيادة المخزونات وخطورتها، وعندما اطمأنت إلى تعاطف الابنة عبّرت ببساطة عن عدم قدرتها على التحكم في مخاوفها أو التوقف عن تخزين أشياء جديدة، وقد فوجئت بأن سلوكها التخزيني له اسم في الطب النفسي، وقالت: الحقني بالعلاج.

3-4-4 اضطراب تشوّه شكل الجسم:

ديما تنفي جسدها

Body Dysmorphic Disorder

(ديما فتاة سورية هاجرت مع عائلتها إلى ألمانيا عام 2016 بعد عدة سنوات من الثورة السورية، وكان عمرها آنذاك 12 سنة، ومع الشعور بالغربة والتخويف من المجتمع الألماني المتحرر؛ بدأت ديما تعاني من القلق الاجتماعي، أولاً، القلق من إغضاب والديها إذا هي صادقت زميلاتها غير المسلمات، ثم انتقل القلق إلى الانشغال بشكلها ووزنها، وبدأت تعاني من الوحدة داخل المدرسة، الأمر الذي تطوّر إلى تعرّضها للتنمر بسبب ميلها إلى البقاء وحيدة في الفصل أو الفسحة. بدأت ديما تعاني من أعراضٍ جسدية، مثل الصداع وأوجاع متفرقة، تعيقها عن الذهاب إلى المدرسة، ثم

بدأت ترتدي ملابس واسعة جداً تخفي به ما تعتقد أنه سمنة، مما زاد من تنمُّر زملائها. ومع كورونا كانت مرتاحة جداً بالقناع الواقى لأنه يخفي ما تعتقد أنه قبْح في وجهها، وزادت راحتها مع إجراءات البقاء بالمنزل، لكن مع رفع العزل استمرت في البقاء للمنزل، وإذا ذهبت إلى المدرسة كان ذلك يتم بصعوبة شديدة، وهي مرتدية القناع وحدها مع الملابس الواسعة غير المناسبة، مما عرَّضها لمزيدٍ من التنمر، الأمر الذي دفعها إلى الانعزال في المنزل كأنها تعرضت للمنفى مرتين، أولاً بسبب الحرب، وثانياً بسبب تصورها عن تشوُّه جسدها).



في دراسة استطلاعية جرت على 180 فتاة في عمر من 17-25 سنة، توزع عدم الرضا عن الجسم كالتالي؛ 35% عن الوزن، 24% عن الجلد والبشرة، 15% عن الشعر، 14% عن الأسنان، 14% عن الأنف، وكان 24% من العينة يعانون من الغضب والحزن والاكتئاب بسبب عدم الرضا عن مظهرهن، وكان نحو 50% من المفحوصات يتصفحن بانتظام مواقع الاهتمام بالجمال⁽⁹⁸⁾.

يثير عدم الرضا عن الجسد الأنثوي مشكلات اجتماعية وصحية ونفسية عديدة، ويرتبط بمعايير ثقافية مثل اختلاف معايير الجمال من مجتمع إلى مجتمع، ومعايير وراثية وعائلية؛ وهو يُعتبر من المشكلات الكبرى المتعلقة بالحضارة الحديثة التي ركزت على الجسد الأنثوي، ووضعت له معايير صارمة، ورمزته ووجهت إليه صناعات عديدة مثل أدوات التجميل والملابس وجراحات التجميل. وعلى سبيل المثال يزيد عدم الرضا عن الجسد الأنثوي بين النساء اللائي يعشن في المجتمعات المرتفعة الدخل عنها في المجتمعات المنخفضة الدخل، وكذلك في المجتمع الأبيض أكثر مما هو موجود بالمجتمعات الإفريقية أو اللاتينية. وقد يصل هذا الانشغال إلى مستوى الاضطراب النفسي، ويسمى "اضطراب تشوُّه صورة الجسم" وهو أحد الاضطرابات الوسواسية، ويحدث في 1-3% من الناس، ويزداد بين الإناث عنه بين الذكور، ويزداد في البنات اللائي تعرضن للعنف في الطفولة مثل حالة سارة السابق ذكرها، أو البنات اللائي تعرضن للتقييد والتضييق والتخويف من الآخرين مثل حالة ديمًا. وفي هذا الاضطراب تبدأ الأعراض بعدم الرضا عن شكل الجسم أو أحد أجزائه مثل الأنف أو العينين بدرجة مزعجة أو معطلة، ومقارنة تلك الأجزاء بالآخرين مع محاولة تعديلها أو إخفائها. وفي الحالات الشديدة يمنع هذا الانشغال الفتاة من الخروج من المنزل، ويدفعها إلى اللجوء إلى العمليات الجراحية لتعديل ذلك العيب، سواء في الجسم ككل أو في جزء منه،

وعادة لا تحل العمليات الجراحية تلك المشكلة، بل قد تبقى كما هي أو تزداد سوءاً.

التدخلات العلاجية

يُعتبر اضطراب تشوُّه صورة الجسم أحد الاضطرابات الوسواسية، ويُعالج مثلها تمامًا باستخدام مضادات الاكتئاب ومضادات القلق وجلسات العلاج النفسي المعرفي وغيره من علاجات، وقد اتصت ديمًا عبر الإنترنت طلبًا للمساعدة، بعد أن أصبحت غير قادرة على الذهاب إلى المدرسة نهائيًا، وتم تشخيصها باضطراب تشوُّه صورة الجسم، وبدأت العلاج باستخدام مضادات الاكتئاب وجلسات العلاج المعرفي السلوكي للعمل على التعامل مع الأفكار المتعلقة بشكلها وقلقها من الآخرين، ورغم التحسن الأوَّلي فإن الأهل أوقفوا العلاج فجأة بسبب موقفهم التقليدي الرافض من الأدوية والعلاج النفسي.

طرق الحماية:

من المهم للأسر والفتيات الانتباه مبكرًا لعلامات الخطر وممارسة طرق الحماية المبكرة وكذلك طرق المساعدة الذاتية في حالة الإصابة.

أولاً: طرق الحماية التي تقوم على منح التقدير للفتاة منذ الطفولة المبكرة ليس على مظهرها فقط، ولكن على ما تقوم به في الواقع، مثل التفوق الدراسي والرياضي ومهارات العلاقات الاجتماعية، سوف يساعد ذلك الفتاة على تقليل التركيز على صورة جسدها كمصدرٍ أساسي للتقدير الذاتي.

ثانياً: في حالة كان الانشغال مزعجًا أو شديدًا يمكن للفتاة ممارسة المساعدة الذاتية لرفع التقدير الذاتي، والتي تبدأ من الامتنان اليومي لما تقوم به من أفعال، سواء لنفسها أو للآخرين، وهو ما سيمنحها

الشعور بالقيمة، ويقلُّ من شعورها بالنقص، ويهدئ من انشغالها بجسدها، ويمكن أن يساعد أيضًا تقبُّلها للمجاملات والمديح بل وكتابتها في مدونتها اليومية للعودة إليها عندما ينتابها القلق على شكلها. يمكنها كذلك أن تسأل من يحبونها من العائلة والأصدقاء عمًا يحبونه فيها من صفاتٍ جسدية ونفسية، على سبيل المثال؛ سِمات الشخصية أو المهارات أو الخبرة أو المعتقدات أو أهدافها في الحياة أو الأشياء التي تستمتع بفعلها، وعندما يتحسَّن مزاج الفتاة وتهدأ أفكار القلق بخصوص شكلها، يمكنها البدء بإعادة التعرف على ما تعتقده نقصًا أو تشوُّهاً في جسدها، وهي عملية تُسمَّى إزالة الحساسية والتألف، وذلك عبر مشاهدة ذلك الجزء مرارًا وتكرارًا، وهي تستحم، وهي تستعد للخروج، أو تمر صدفه أمام المرأة، تدريجيًا سوف تتألف مع رؤيته مع القليل من المشاعر السلبية، يمكنها تكرار ما سبق مع إضافة تحسس ملمسه بيدها في كل مرة وبشكلٍ متكرر. تدريجيًا سوف تشعر بالتألف مع هذا الجزء، وفي تكوين شعور مختلف تجاه ما كانت تعتقد أنه تشوُّهاً في جسمها، وقد تبدأ في رؤية الجمال فيه من زواياه المختلفة.

3-5 الاضطرابات الانشقاقية: إذا انشق الوعي وانفصلت الذات (Dissociative Disorders)

عندما تتلبَّس امرأة فجأةً بشخصية رجلٍ أو طفلٍ أو شخصيةً من دين آخر، أو تتكلم بصوت شخصٍ من عالمٍ آخر أو جنسية أخرى، وقد تتحدث بلهجة أو لغة غير لغتها، أو ربما تنسى امرأة تفاصيل شخصيتها الأصلية، فلا تعرف اسمها أو جنسيتها أو مهنتها، قد يحدث ذلك فترة من الزمن، ثم تعود المرأة إلى طبيعتها مرة أخرى. وقد لا تتذكر ما حدث لها بالضبط، أو قد تتذكر بعض التفاصيل وتنسى

بعضها كأنها كانت في حلم، ويقال في الثقافة الشعبية إنها "ملبوسة"
أو إن "عليها جنًا".



تُسمّى هذه الحالة نوبة
انشقاقية، والصفة المميزة لها
هي وجود خللٍ أو "تشقق" في
الهوية والذاكرة والوعي وذلك
دون وجود سبب عضوي واضح،
ويحدث الانشقاق على مسارٍ متدرجٍ:
على درجته الطبيعية الدنيا؛ تقع
تغيّرات الوعي التي تحدث لنا يوميًا،
مثل أحلام اليقظة ولحظات الحب
القوية وفي أثناء نشوة الجماع
والسرحان في أثناء قيادة السيارة
إلى درجة أننا قد لا نتذكر أي
طريقٍ سلكناه لنصل إلى البيت،
كما يمكن إحداث الانشقات

باستخدام التنويم المغناطيسي وجلسات التأمل والوعي الآني وتعاطي
بعض أنواع العقاقير المخدرة، وفي أثناء الخبرات الدينية القوية، كما في
حضرة الذكر. وهذه التغيّرات تبقى تحت سيطرة الوعي، ولها وظيفة
مهمة في توفير المجهود العقلي في أثناء الأنشطة التي لا تحتاج إلى
تركيزٍ كبيرٍ، كما في قيادة السيارة. أما في الدرجة المضطربة من المسار
المتدرج، فيتجاوز الانشقاق الحدودَ الطبيعية، ويؤثر سلبيًا في حياة المرأة
، وهنا تكون الأعراض غير مرغوبة، بل مقتحمة، وتُحدث تشويشًا
للهوية والذاكرة والوعي. وتتضمن هذه الاضطرابات اضطراب الهوية
الانشقائي (المعروف سابقًا باضطراب تعدّد الشخصية) واضطراب
النسيان الانشقائي، واضطراب تبّد الشخصية/تبدد الواقع⁽⁹⁹⁾.

يحدث الاضطراب الانشقاقي في مواجهة الصدمات أو الأزمات أو الصراعات التي يتعرض لها الشخص، وبالتالي يمنح العقل فرصة لمعالجة الضغوط، ويكون الانشقاق هكذا طريقة نكوصية للتعامل مع الأحداث الضاغطة عن طريق إحداث ما يشبه تنويمًا ذاتيًا، وذلك لأخذ مسافة شعورية وفكرية من الواقع الضاغط ريثما يعود الشخص قادرًا على التعامل معه. وتنتشر الاضطرابات الانشقاكية في المجتمعات بمعدلاتٍ متباينة، فهي تصل في بعض مجتمعات العالم الثالث إلى 36% بينما في شمال أوروبا تكون في حدود 11%. وربما يفسر ذلك التباين بأنها طريقة نكوصية للحماية النفسية تزداد في الثقافات التقليدية الخاصة بالتفكير السحري والانفعالات العاطفية القوية، وفي المجتمعات الجماعية حيث تقل فرص الحلول الفردية، ومع صعوبة وجود بدائل للتغيير. ولذلك يكون انتشارها أكثر في أوساط غير المتعلمين والنساء في المجتمعات التقليدية⁽¹⁰⁰⁾ كما أنها الأكثر من بين كل الاضطرابات النفسية استدعاءً للممارسات التقليدية، مثل العلاج بالأعمال والرُقى والأوصاف التقليدية والزار (وهو رقص مصري علاجي تقليدي) أكثر من استدعائها للطب الحديث، وفيما يلي نتحدث عن أنواع الاضطرابات الانشقاكية:

3-5-1 اضطراب الهوية الانشقاقي: انشقاق الذات إلى ماري وفوزية (Dissociative Identity Disorder)

فوزية سيدة عمرها 45 سنة، عاشت في أسرة ريفية وسط إخوة وأخوات كثيرات من أكثر من أم. عانت فوزية وهي صغيرة من عنف أمها الشديد الذي كان يصل إلى الحرق بحديدة الفرن، وتوقفت عن التعليم في عمر 15 سنة لتتزوج من قريب الأسرة القاهري، ولتهرب من تعذيب الأم لها. وفي القاهرة عاشت وحدها مع زوج مشغول طوال اليوم في عمله كسائق ميكروباص.

أنجبت فوزية سريعًا خمسة أطفال (فوق بعض)، وعانت كثيرًا الوحدة وصعوبة التأقلم في بيئة غير بيتتها مع مهام تربية الأطفال ورعاية الزوج الغضوب، وذلك دون مساعدة الأسرة البعيدة. وكانت فوزية قبل الزواج عندما تعنفها أمها تفقد الوعي من دقائق إلى ساعات، ثم تعود بعد أن تُضرب على وجهها أو مع قراءة آيات قرآنية في أذنها. وقد توقفت تلك النوبات بعد الزواج، لكنها منذ عشر سنوات بدأت تعاودها مرة أخرى، وبدأت تتزايد تدريجيًا حتى إنها أصبحت كلما واجهت أزمة ما أو حينما يعتدي عليها زوجها بالضرب تفقد الوعي من دقائق إلى ساعات، ثم تستيقظ عادية، وأحيانًا تتكلم بصوتٍ خشن أقرب إلى صوت الرجال، ولا تعود إلى طبيعتها إلا بعد قراءة آيات قرآنية عليها، وأحيانًا لا تنفع القراءة، ويضطر الزوج إلى إحضار أحد الشيوخ لعمل رقبة شرعية، ولكن مؤخرًا ومع اكتشافها أن الزوج يخطط للزواج من سيدة أخرى، بدأت عندما تخرج لشراء حاجيات البيت تضل طريقها إلى البيت، وتتصل بأي رقم على التليفون مدعية لنفسها شخصية أخرى واسمًا آخر ومنطقة سكنية غير منطقتها كأنها تهرب من فوزية المعذبة، وبدأت تنزل إلى الشارع على غير هدى، وفي إحدى المرات اختفت فوزية ثلاث ليالٍ حتى أحضرها أحد الجيران بعد أن رآها تشحذ في الشوارع القريبة، وفي مرة أخرى قبض عليها البوليس وهي تدّعي أنها محامية مسيحية مشهورة اسمها "ماري"، ومن ثم أحضرها الزوج للعلاج بعد أن فقد ثقته في الشيوخ والأعمال.

ولا بد أنك شاهدت شادية في فيلم "عفریت مراقی" عندما كانت تتقمص شخصيات سينمائية، وتسبب مشكلاتٍ لنفسها ولزوجها.

اضطراب الهوية الانشقاقي هو اختلال في الهوية يتميز بوجود اثنتين أو أكثر من حالات الشخصية مستقلّتين عن بعضهما، وتوصّف في بعض الثقافات بـ "الاستحواذ أو اللبس"، بما يعني أن تشعر المريضة بوجود شخصين أو أكثر داخلها، "فوزية" أخبرت البوليس أن اسمها ماري، وأنها مسيحية، وأنها خريجة حقوق وتعمل محامية، وكانت تتكلم بلهجة صعيدية. وقد تشعر المريضة أيضًا أنها خاضعة لتأثير هويات أخرى مع الاستجابة لتلك الشخصيات في سلوكها وكلامها ولبسها وتفكيرها (مش أنا اللي بتكلم فيه راجل جوايا بيتكلم)، وهذه الأعراض يمكن أن يلاحظها الآخرون، أو أن تذكرها السيدة نفسها، وذلك مع صعوباتٍ في الذاكرة مثل صعوبة استدعاء أحداث الحياة اليومية، والمعلومات الشخصية المهمة، والأحداث المؤلمة التي تتعارض مع النسيان العادي. وتسبب هذه الأعراض تعطلاً في الحياة الاجتماعية والمهنية وغيرها، وقد تستمر هذه الأعراض ساعاتٍ أو أيامًا، وربما أسابيع أو شهورًا، وقد تذهب هذه الأعراض تلقائيًا، أو تحتاج إلى تدخلٍ علاجيٍّ. مكتبة سُر من قرأ

وقد يأتي الاضطراب في الأشكال التالية: التحدّث بلهجاتٍ مختلفة للغة نفسها. "فوزية" كانت من الدقهلية، وأحيانًا تتكلم بلهجة صعيدية، وأحيانًا لبنانية. الكتابة بخطوطٍ مختلفة، اللبس بنمطٍ مختلف، "فوزية" كانت أحيانًا تخلع الحجاب لأنها امرأة مسيحية، التحوّل من استخدام اليد اليمنى إلى اليسرى والعكس، التحوّل في الجندر؛ كانت "فوزية" أحيانًا تتكلم بصوتٍ ذكوري، وتستخدم ضمائر ذكورية. تغيير الاسم؛ ادّعت "فوزية" أن اسمها جيهان، وأحيانًا ماري، تبنّي وظائف مختلفة، تبنّي أعمارًا مختلفة، ويثير هذا الاضطراب خيال الكُتاب، ويكثر استحضاره في السينما.

وينتشر هذا الاضطراب في بعض العائلات، ويستمر في بعضها أجيالاً متعاقبة (كان لفوزية جدٌ يمشي في الموالد، وتتلبّسه أرواح الأولياء القدامي) مما يشير إلى بُعدٍ وراثي. ومن أسبابه أيضاً الاعتداءات والانتهاكات الشديدة في أثناء الطفولة، خاصة الاعتداءات الجنسية.

3-5-2 فقدان الذاكرة (النسيان) الانشقاقي: جميلة في النسيان Dissociative Amnesia

في شتاء 2012، وفي أثناء الأحداث العنيفة التي تلت الثورة المصرية، تعرّضت "جميلة"، وكان عمرها 25 سنة، وهي عائدة من عملها، لاعتداءات جنسية جماعية في أحد الشوارع المحيطة بميدان التحرير بالقاهرة، واستمرت الاعتداءات فترة زمنية لم تستطع جميلة تحديدها، حتى قامت (رسمية) وهي سيدة من سكان حي بولاق بالتصدي للمتحرشين، وأنقذتها وأدخلتها بيتها حيث بقيت عدة أيام لا تستطيع تذكر اسمها، أو ماذا تعمل، أو أي شيء يدل على هويتها. ثم قامت هذه السيدة القوية (وهي مريضة سابقة لي) باستدعائي إلى بيتها لزيارة جميلة، حيث أعطيتها أدوية مهدئة ساعدتها على تذكر بعض المعلومات الشخصية، وتم استدعاء أهلها لاستلامها. وبعد ذلك استمرت في جلسات علاج نفسي متخصص للمصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة. أعادت جميلة من خلال العلاج اكتشاف علاقتها بجسمها والانتهاكات التي تعرضت لها، لكنها لم تكن قادرة على استدعاء الأحداث المريعة التي حدثت لها حتى سافرت للخارج لتكملة العلاج

بتقنية مختلفة لعلاج الصدمة، حيث تعلّمتها فيما بعد وأصبحت تمارسها بنفسها، بعد ذلك أصبحت جميلة زميلتي، وكان لها دور مهم في عملي حين درست دبلومة في العلاج النفسي، وتحديدًا دعم الناجيات من العنف الجنسي، ثم نظمنا معًا مجموعات دعم في العيادة لمساعدة الناجيات من العنف الجنسي، وأصبح لها دور مهم في مساعدة الكثيرات منهن.

يتميّز هذا النوع من الاضطراب الانشقاقي بعدم القدرة على استدعاء معلومات شخصية مهمة، ويصل إلى درجة نسيان الشخص لاسمه. وفي معظم الأحيان، يكون النسيان انتقائيًا لحدثٍ أو لأحداثٍ معينة، غالبًا لها علاقة بالصدمة، مثلما لم تتذكر "جميلة" تفاصيل الاعتداءات الجنسية إلا فيما بعد، لكنها استمرت فترة طويلة تعاني شعورًا غامضًا بالخوف عند الاقتراب من ميدان التحرير ولا تفهم لماذا. وقد يكون النسيان معممًا لتاريخ الحياة الشخصية والهوية الشخصية، وقد يحدث ذلك فجأة، ويستمر دقائق، وأحيانًا أيامًا أو أسابيع، ويأتي عادةً بعد التعرض لأذى جسدي أو نفسي شديد، مثل الاعتداءات الجنسية الشديدة، ولذلك هو مرتبط باضطرابات الصدمة.

3-5-3 اضطراب تبدد الشخصية/

تبدد الواقع: فيلم أم حقيقة

(Depersonalization/Derealization Disorder)

يشعر الأشخاص الذين يدخنون الحشيش للمرة الأولى، أو يتعرضون للحرمان من النوم فترة طويلة، باستغراب أنفسهم أو استغراب البيت فترة قصيرة، ثم يعودون لطبيعتهم. ويمكن تعريف هذا الاضطراب بأنه شعور الإنسان بالانفصال عن نفسه أو عن محيطه الواقعي، كأنه ملاحظ خارجي، أو يرى العالم من وراء زجاج أو في حالة أشبه بالحلم،

أو كأنه يتفرج على فيلم كرتون، حسب وصف إحدى العميلات. وهو يأتي في شكلين، هما تبدد الشخصية، وتبدد الواقع، أو مزيج مهمما، وقد يأتي تبدد الشخصية ويليه تبدد الواقع، أو يأتيان منفصلين. وفي تبدد الشخصية تشعر المرأة أنها منفصلة عن أفكارها وأحاسيسها الجسدية كأنها مراقب خارجي لنفسها وجسدها، أو كأنها أصبحت مختلفة عما سبق (أنا مش أنا) أو (أنا حاسة أي مش موجودة)، مع تغيرات في الإدراك الحسي (انخداع أو هلاوس)، وشعور مشوّه بالوقت، تسارعه أو تباطؤه، وكذلك الخدر الجسدي والعاطفي. أما في تبدد الواقع تشعر المرأة بالانفصال عن واقعها أو أنه غير حقيقي، تشهد الناس كأنهم ممثلون في فيلم وليسوا أشخاصاً حقيقيين، وتكون فاقدةً للإحساس بهم (كأني شايفة الناس من ورا الستارة).

وينتشر الاضطرابان في نحو 2% من البشر⁽¹⁰¹⁾. وعلى الرغم من أن البعض يمرُّ بأعراض هذه الاضطرابات في ظروفٍ استثنائية من الحياة، وعلى نحوٍ مؤقت، مثل التعرض للحرمان من النوم أو السفر إلى أماكن جديدة أو غريبة وغير اعتيادية أو تعاطي مواد مخدرة أو التعرض لخبرات مؤلمة أو ضاغطة، فإنه لا ينبغي تشخيص الحالة باعتبارها اضطراباً إلا إذا استمرت فترة طويلة، وتسببت في ضغطٍ نفسي أو إعاقة حياتية. وقد تستمر تلك الاضطرابات من ساعاتٍ إلى أيامٍ أو حتى أسابيع وشهور وأحياناً سنوات، مع فترات من الهدوء والعودة، وقد تعود الأعراض بعد التعرض لضغوط نفسية أو تعاطي مواد مخدرة.

التدخلات العلاجية:

في بعض الحالات يمكن الاكتفاء بالتطمين والدعم والشعور بالأمان، ولكن في حالات أخرى خصوصاً التي تطول أياماً أو أسابيع أو التي تسبب أضراراً قد تحتاج المريضة إلى تلقي علاج دوائي، وفي الحالات التي تشكّل خطراً أو يصعب متابعتها دوائياً ربما تحتاج إلى تلقي

العلاج في مستشفى للصحة النفسية حتى تستعيد وعيها الطبيعي. وقد تحتاج إلى العلاج الفردي الطويل للتدرُّب على المواجهة الصحية للأزمات، والانتباه لبدائيات الحالة والتعرف على المثيرات والتدرب على مواجهتها وطلب المساعدة في الوقت اللازم.

3-6 اضطرابات الأعراض جسدية الشكل: الجسدية (Somatic Symptom Disorders)

"في بداية عملي كطبيب امتياز في أقسام الطوارئ بمستشفى جامعة المنصورة، كانت تأتينا سيدة كل أيام عدة، في وقت متأخر ليلاً، وكل مرة تأتي بشكاوى مختلفة، إما لأن رأسها سينفجر، وإما لأن ضغطها عالٍ، وأحياناً تأتي محمولة بواسطة أولادها لأنها فقدت الوعي وهي تحضّر الطعام، وكان الأطباء الأقدم يعرفونها، ويكتفون بطمأننتها وإعطائها حقنة مهدئة، وأحياناً حقنة محلول ملح، ويصرفونها بهدوء من دون حتى أن يحولوها إلى الاختصاصي".

كثيراً ما يذهب أشخاص إلى الأطباء لأنهم يعانون آلاماً محددة في أجسادهم، أو يظنون أن بهم أمراضاً خطيرة مثل الإيدز وغيره، وبعد إجراء الفحوصات لا يجد الطبيب مرضاً محددًا، ويضطر عادةً إلى وصف أدوية مسكنة أو مهدئة لمجرد التطمين، لكنهم أبدًا لا يتوقفون عن الشكوى، ويعاودون الذهاب مرات ومرات. هي إذن مجموعة من الاضطرابات التي تتضمن شكاوى متكررة، إما من أعراض جسدية لا يمكن إرجاعها إلى أسباب عضوية، وإما مخاوف من وجود أمراض خطيرة لم يمكن التثبُّت من وجودها. وتأتي تلك الاضطرابات عادةً مع إلحاح مستمرٍّ لإجراء الفحوصات الطبية، على الرغم من الفحوصات السابقة التي نفت وجود مرض عضوي. عادة تأتي تلك الأعراض عند

مواجهة ظروفٍ صعبة لا يستطيع الشخص معالجتها، مثل عنف أسري لا يمكن دفعه، أو حدث مشين أخلاقياً مثل الرسوب الدراسي، ثم يلجأ المخ إلى التعبير عن توتره في شكل أعراضٍ جسدية تلهي الشخص أو المحيطين به عن السبب الرئيسي للتوتر، أو ما يسمى بالمكسب الثانوي "secondary gain" وهو الراحة التي سيأخذها الشخص من سلوكه ذلك. ومع تكرار تلك الأعراض ونجاحها في تخفيف شدة التوتر، تتحوّل إلى نمطٍ متكررٍ يلجأ إليه المخ في مواجهة الأزمات. وتنتشر تلك الاضطرابات في 7% من السكان، وتشكّل من 30-50% من زوار أقسام الطوارئ بالمستشفيات، وتكون النساء هن الفئة الغالبة⁽¹⁰²⁾، كما تنتشر في الثقافات التقليدية والأقل تعليماً وبين العاطلات عن العمل والمناطق الريفية. أما عن أنواع اضطرابات الأعراض الجسدية، فهي اضطراب العرض الجسدي، واضطراب قلق المرض الجسدي واضطراب العرض العصبي الوظيفي، والاضطراب المفتعل، وتحدث عنها فيما يلي بمزيدٍ من التفصيل:

3-6-1 اضطراب العرض الجسدي: التهاب في اليد أم التهاب في النفس - Somatic Symptom Disorder

وهو عندما تشعر المريضة بواحدٍ أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو الضاغطة، كأن تشتكي بشكلٍ متكررٍ من ألمٍ في اليد أو البطن أو الرقبة أو الشكوى من أعراضٍ تخص أجهزة الجسم المختلفة. وتؤدي تلك الشكاوى إلى الاستغراق في أفكارٍ ومشاعر مزعجة متعلقة بهذه الأعراض، مع تعطلٍ كبير في نشاط الحياة اليومية.

3-6-2 اضطراب قلق المرض: الخوف من الوحش (Illness Disorder Anxiety)

وهو نفس الاضطراب السابق، ولكن لا تشغل المصابات فيه بالأعراض الجسدية ولكن تتركز الأفكار على احتمال إصابتهم بمرضٍ قاتلٍ؛ إذ ينشغلن بالخوف من وجود مرضٍ خطيرٍ مثل السرطان، أو الإصابة بعدوى فيروس خطير (فيروس الإيدز مثلاً)، رغم عدم وجود أعراض المرض، مما يضطرها إلى ممارسة بعض السلوكيات على نحوٍ مفرطٍ ومُلحٍّ، كتكرار التحقق من الجسم بحثًا عن علامات المرض، أو تكرار الفحوصات المتعلقة بالمرض، أو أن تُظهر سلوكًا تجنبياً، مثل تجنب مواعيد الأطباء والمستشفيات، أو تجنب الممارسات التي وفقًا لظنونها وقلقها قد تسبّب لها المرض، مثلًا عدم تقبيل الآخرين خوفًا من انتقال فيروس الإيدز، على الرغم من معرفتها أن الإيدز لا ينتقل من خلال التقبيل.

نيفين التي ذكرت من قبل وكانت قد فقدت والد طفليها بعد طلاقها منه مباشرة منذ عشرين سنة، عاشت تربي الابن والابنة، وأصبحت متعلقة بالابن بشدة حتى تزوج منذ سنة، وترك المنزل ليعيش مع زوجته في حي آخر. بدأت نيفين تشتكي من الصداع والأوجاع الجسدية العديدة، وتطلب باستمرار زيارة الأطباء لخوفها من أن يكون شيء خطير قد حلّ بجسدها، ولم يثبت الفحص الطبي وجود سببٍ عضوي لتلك الأوجاع، ورغم ذلك استمرت نيفين في الشكوى، وقد جاءت مع ابنتها إلى العيادة بناء على نصائح الأطباء الذين شخصوا حالتها "نفسياً". اتضح أن أعراض نيفين كانت تتحسن أو تكاد تختفي عندما يأتي الابن لزيارتها ثم تعاودها الأعراض

عندما يعود إلى بيته. وقد تم شرح الاضطراب لها وعلاقته بخوفها من فقد مرة أخرى بعد فقد زوجها، ووافقت على البدء بالعلاج، وأخذت مضاد قلق، وتم توجيهها إلى توسيع دوائر العلاقات سواء بالأقارب أو الصديقات القدامى، والبدء في الخروج اليومي للتمشية، وكذلك تم تدريبها على كيفية التعامل مع أفكار المرض باستخدام مهارات الإرساء والاسترخاء والتنفس العميق.

3-6-3 اضطراب العرض العصبي الوظيفي:

منال تفقد لسانها

(Functional Neurological Symptom Disorder)

تأتيني سيدة شديدة العاطفية إلى العيادة كل أشهر عدة، بصحبة ابنتها "منال" التي أحيانًا تفقد صوتها أو يتحوّل إلى صوت طفولي، بعد أن يضربها أخوها الأكبر الذي يمثّل "رجل البيت" بعد وفاة الأب، وبقليلٍ من الطمأنة وبعض الأدوية المهدئة تستعيد منال صوتها، إلا أنني أعرف أنها ستعود بعد فترة بالعرض نفسه، أو بعرضٍ آخر مثل الشلل أو فقد البصر، وآخر مرة جاءتني منال كانت بعد رسوبها في الثانوية وخوفها من أن يضربها الأخ.

والأعراض هنا تشبه أعراض الإصابة العصبية مثل الشلل، أو العمى أو ضياع الصوت أو فقدان الوعي، لكنها تخلو من باقي أعراض المرض العصبي الحقيقي، وغالبًا تتحسن الحالة، إلا أن بعض الحالات تكون مقاومة للعلاج، وخصوصًا تلك التي تعاني ضغوطًا مستمرة أو لا يمكن تجنبها؛ إنه اضطراب له تاريخٌ طويلٌ في الطب عمومًا والطب النفسي

خصوصًا، والحالات التي تعاني هذا النوع من الاضطراب هي التي فتحت الباب أمام البحث في المفاهيم الأساسية في التحليل النفسي (كمفهوم اللاوعي، وآليات الدفاع). وفي هذا الاضطراب، يتحوّل القلق والصراع النفسي في مواجهة الأزمات الشخصية إلى واحدٍ أو أكثر من الأعراض الجسدية، مثل التغيير في الحركة الإرادية (الشلل) أو الوظيفة الحسية (العمى) أو اللغة (الخرس، التهتهة) أو التقلصات العضلية الجزئية أو الكلية (التشنجات) أو فقدان الوعي الجزئي أو الكلي أو أعراض مختلطة من كل ذلك، مع عدم وجود دليل طبي على الحالة المرضية التي يشير إليها العرض، أو على وجود سبب عضوي، ولكن يمكن تفسيره بوجود مشكلة نفسية. ويؤدي وجود هذا العرض إلى ضغوطٍ في جانبٍ أو أكثر من الجوانب المهمة في حياة المريض⁽¹⁰³⁾.

التدخلات العلاجية للاضطرابات السابقة:

يجب أولاً التأكد من عدم وجود أسباب عضوية للحالة، ويتم ذلك بالفحص من الطبيب، وكذلك الفحوصات المكتملة سواء كانت تحاليل دم أو أشعة، ويتم كل ذلك بتعاطفٍ وحذرٍ لكي لا يُخطئ في التشخيص ويعرّض المريضة لكثيرٍ من العلاجات الطبية والجراحية غير المطلوبة، أو يهمل مرضًا خطيرًا ويؤخر علاجه. وبعد التأكد من التشخيص، وأن الحالة اضطراب نفسي يمكن أن يكون مجرد الفحص الظاهري المنتظم في عيادة الطبيب مطمئنًا بشرط أن يكون الطبيب فاهمًا ومتعاطفًا ومستعدًا لمساعدة المريضة بشكلٍ صحيح، من خلال التعاطف والطمأننة واحترام خوفها وألمها بدايةً، وهو ما سيخفف حدة الأعراض. ويمكن وصف الأدوية المناسبة عند الحاجة إليها فقط، وليس لمجرد وجود العَرَض، لأن المريضات يکنّ معرضات لسرعة الاعتماد على الأدوية المهدئة، وللإصابة باضطراب تعاطي المواد المخدّرة. ثانيًا: يجب العمل على حماية المريضة من العنف والضغوط المحيطة بالذات

داخل الأسرة، كما أن العلاج السلوكي، وكذلك السيكودينامي طويل المدى وتعليم المريضات مواجهة صراعاتهن النفسية والمواقف الصعبة بوعي ونضج سوف يؤدي إلى نتائج جيدة على المدى البعيد⁽¹⁰⁴⁾.

عندما ذهبت منال إلى طبيب أنف وأذن أكد أن مشكلتها نفسية وليست عضوية، وأن أحوالها الصوتية سليمة وحوّلها إلى العيادة للفحص النفسي، وهناك بدأت أولاً العلاج الدوائي لتقليل شدة الخوف ومساعدتها على النوم، وتم توجيه الأم إلى منع اعتداء الأخ عليها نهائياً. وبعد أن اطمأنت منال بدأت جلسات علاج جمعي للتدرب على التعبير عن مشاعرها وضبط جرعات الانفعال واكتساب مهارات التواصل لكي تمكّنها من الإعلان عن مخاوفها واحتياجاتها بدلاً من الاختباء وراء الأعراض النفسية.

3-6-4 الاضطراب المفتعل:

حنان تشرب من دَمِها (Factitious Disorder)

حنان سيدة أربعينية، تركت التمريض بعد أن تزوجت تقليدياً برجلٍ جاف المشاعر، وأنجبت ولداً وبناتاً، وتجيء إلى العيادة بمفردها، من دون علم زوجها الذي لا يؤمن بالطب النفسي، لأنها لا تستطيع مقاومة الرغبة في سحب دم من وريدها وبلعه ثم تقيئه كما اعتادت لسنواتٍ، لكي تجذب اهتمام زوجها فينقلها إلى المستشفى لخوفه من إصابتها بنزيف داخلي، ومع تكرار هذا الأمر، نصحتها أحد أطباء الطوارئ الذي اعتاد رؤيتها في المستشفى، باللجوء إلى طبيب نفسي. عانت

حنان من الإهمال الطويل بعد أن عاشت حياتها مع أبٍ عنيفٍ ومعتدٍ، وأمٍ ضعيفة ومكتئبة، فشلت في منح أبنائها الحب والرعاية الكافيين. وعاشت حنان تعاني الاكتئاب مثل الأم، ولأنها لم تختبر طرقاً أخرى للحب أصبحت تستجدي الرعاية والاهتمام بطرقٍ مضطربة، حتى أصبحت ممرضة وتعلّمت الحصول عليه بافتعال المرض. احتاجت حنان إلى خطة علاجية طويلة تتضمن تدخلًا دوائياً بمضادات الاكتئاب ومضادات الذهان ومثبّات المزاج، لتقليل الاندفاعية والتقلب المزاجي، وكذلك انضمت إلى مجموعات النساء التي تنظمها "جميلة" صاحبة حادثة الاعتداء الجنسي وخبرة العلاج بالصدمة، وأعدت اكتشاف جسدها في مجموعات الرقصوتعلّمت كيف تحبّه وتقدره وتحميه، وأصبحت قادرة على طلب الاهتمام مباشرةً من زوجها، الذي أثاره هذا التحوّل، واستجاب على نحوٍ معقول، وأصبح لها صديقات تخرج معهن بين الحين والآخر، كما أنها أحضرت أمها للعلاج من الاكتئاب المزمن، وقد مرّت ثلاث سنوات قبل أن تتعرض "حنان" لانتكاسة متوسطة، وذلك عندما قرر زوجها السفر من أجل العمل حيث أقنعتة أنها مريضة وطلبت منه إعطاءها حقناً بها ماء مقطر، وقد تعافت سريعاً بعد تدخلات علاجية ودوائية عاجلة وداعمة.

الاضطراب المفتعل هو إظهار علامات أو أعراض جسدية أو نفسية مزيفة، أو إحداث أذى أو مرض في الشخص نفسه بهدف الحصول على رعاية صحية. ويحدث ذلك عن طريق خدعٍ محددة تُظهر المرء نفسه كأنه مريضٌ، وفي حالات نادرة تقوم المريضة بإحداث المرض في

شخصٍ آخر، مثلاً، عندما تقوم أم بإيذاء طفلها لإمراضه ليتم حجزها معه بالمستشفى. وهذا الاضطراب يصعب تشخيصه، وقد يتم اكتشافه بالصدفة، بسبب تكرار تردُّد المريضة على المستشفى، كما أنه يأتي كثيراً مع اضطرابات نفسيةً أخرى مثل القلق والاكتئاب والوسواس القهري واضطراب الشخصية. ويمكن أن يأتي هذا الاضطراب في شكل حقن أو بلع أو إيلاج مواد ملوثة في الجسم بغرض إحداث التهابات مختلفة، أو تعاطي أدوية أو حقن أو مواد غذائية تسبب الحساسية، أو الحقن بالأنسولين لخفض نسبة السكر بالدم، أو تناول أدوية الضغط للإصابة بانخفاض في الضغط، إحداث جروح، اللعب بدرجات حرارة الجسم، مثل أكل كميات كبيرة من المواد الحارة كالفلفل، أو شرب ماء دافئ أو وضع كمادات ساخنة على الوجه قبل قياس الحرارة مباشرة، وكذلك سحب دم من الجسم وبلعه وإعادة تربيته، أو فصد الدم للإيهام بأن هناك نزيفاً داخلياً⁽¹⁰⁵⁾.

التدخلات العلاجية:

أغلب المريضات يتم التعرف عليهن من خلال ترددهن المستمر على المستشفيات وأقسام الطوارئ والجراحة؛ لذا يحتاج الأمر إلى مواجهة المريضة بحالتها مع إظهار التقدير لها، والتعاطف مع حالتها النفسية، كما يجب التعامل معها بجدية وحرص لأنها من الممكن أن تؤذي نفسها بشدة لتثير اهتمام الطبيب، وفي حالة وجود أطفال يجب الانتباه لهم لأنها قد تؤذيهم لكي ترافقهم عندما يخضعون للعلاج، وفي حال العلاج النفسي؛ سوف تحتاج إلى تدخلات دوائية متعددة وكذلك تدخلات علاج نفسي تقليدي وغير تقليدي كما حدث في حالة حنان، وسوف تحتاج إلى صبر المعالج وتعاطفه مع متابعة طويلة وتوقع انتكاسات متكررة قد تمتد سنوات، لكنها سوف تتحسن في النهاية.

يحتاج الأهل إلى الانتباه في التعامل، وأن يكونوا متوازنين في الاهتمام والتعاطف؛ من ناحية لأن الاستجابة السهلة لطلباتها العلاجية (مثل الفحوصات، وزيارات الأطباء وأقسام الطوارئ والحجز في المستشفيات) ربما يفاقم من حالتها، ومن ناحية أخرى قد يؤدي إهمالها إلى لجوئها إلى ممارسات شديدة كأن تبتلع مواد مؤذية لكي يضطر الأهل إلى الاهتمام بها وإدخالها المستشفى، وعلى الأهل كذلك أن ينتبهوا للأطفال لكي لا يتعرضوا للأذى، وفي كل الأحوال يجب أن تكون رعايتهم لها متوافقة مع تعليمات الطبيب أو المعالج النفسي الذي يقوم برعاية الحالة.

3-7 اضطرابات الأكل: كارولين تجوع لكي تختفي Eating Disorders

”أنا عارفة إني بموت نفسي بس مش قادرة أوقف،
بكون عايزة أموت لو مخستش كل يوم ولو كم جرام،
بطلت أكل...وبقلل شرب مية...حصلي جفاف كذا
مرة ودخلت المستشفى، وآخر مرة عملت غسيل كلي،
الدكتورة قالتي المرة الجاية الكلي بتاعتك مش هترجع
وهتعيشي ع الغسيل“

الكلمات السابقة هي لـ (كارولين، 30 سنة) ابنة لأب محام مشغول بعمله إلى درجة إهمال أسرته. وأم تسعى للكمال شغلت نفسها بالترتيب والتنظيم وقواعد السلوك والأكل الصحي وامتحانات البننتين والصواب والخطأ، وعاشت حياتها في صرامة شديدة وكمالية فرضتها على نفسها وعلى البننتين. ورغم أن كارولين عانت من بعض السمات الوسواسية في مراهقتها فإنها لم تتطور إلى اضطراب نفسي إلا بعد أن تعرضت لمحاولة اغتصاب في عمر 19 سنة، عندما كانت في حفلة

وفاجأها شخصٌ وهي في الحمام وحاول إقحام إصبعه في مهبلها. بعدها بدأت تعاني من اضطراب وسواس قهري تركّز على الأكل الصحي، ثم تدريجيًّا بدأت تقلل من كميات الأكل، ثم بدأت القيء بإصبعها أولاً ثم تلقائيًّا فيما بعد، وبدأت تستخدم مدرات البول مثل اللاسيكس والمليينات. وأبدت الأم سعادة أولية بانشغال البنت بالأكل الصحي، إلا أنها بدأت تقلق عندما فقدت كارولين وعيها عدة مرات، واعترفت لها أنها لم تأكل منذ عدة أيام، وهنا بدأت رحلة العلاج التي انتهت بدخول المستشفى النفسي بعد محاولة انتحار حيث عولجت فيها ببرنامج مكثف لاضطرابات الأكل، كما عولجت الأم كذلك من الأعراض الوسواسية الخاصة بها.



واضطرابات الأكل هي مجموعة اضطرابات نفسية تتميز بسلوكٍ غذائي شديد الاضطراب، يتراوح بين تقليل كميات الأكل أو الامتناع عنه، إلى تناول كميات كبيرة من الطعام في وقتٍ قصيرٍ، وذلك مع انشغالٍ قوي بصورة الجسم ووزنه. وتنتشر هذه الاضطرابات بين النساء، وتندر بين الرجال. ويُعتَبَر التعلق غير الآمن مع الأبوين سِمة من سِمات تلك الاضطرابات، عادة ما يكون نمط العلاقة مع الأمهات متناقضًا بين الاعتمادية عليها والرفض لها ولسلطتها⁽¹⁰⁶⁾.

ومن وجهة نظر الطب النفسي التطوري تدل تلك الاضطرابات على آليات التكيف التي كان يمارسها

أسلافنا لمواجهة ندرة الغذاء والمجاعات، مثل الصوم فتراتٍ طويلة، وذلك للتدريب على البقاء أحياء في ظل المجاعات، أو أكل كمياتٍ ضخمة من الطعام في وقتٍ قصيرٍ في أثناء الوفرة، وذلك لتخزين الطعام في أجسادنا في شكل طبقاتٍ دهنية. لكن حديثاً، ومع الوفرة المستقرة نسبياً، وانتشار صورة نمطية للجسد المثالي، قد تظهر هذه الاضطرابات مع وجود نمط علاقة مضطرب بالأبوين، والخوف من استبعاد الأسرة. وقد يمثّل هذا السلوك الغذائي تضحية ذاتية للحصول على رضا الأبوين أو المجموعة، وقبولهم، أو الحصول على جسدٍ جميلٍ يثير إعجاب الآخرين واهتمامهم.

واضطرابات الأكل هي أكثر الاضطرابات النفسية خطراً على الحياة، لأنها تهدد حياة الضحايا، ونحو 15% منهن ينتهين بالموت. واضطرابات الأكل أنواع لكننا سوف نركز على النوعين الرئيسيين، وهو فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa)، مثل حالة كارولين السابق ذكرها، واضطراب النهم العصبي (Bulimia Nervosa). حيث يتميز النوع الأول بانخفاض شديد في الوزن وذلك باتّباع نظامٍ قاسٍ، إما بخفض كمية الطعام أو/واستخدام آليات خفض الوزن مثل القيء الإرادي واستخدام الملينات. ويرتبط ذلك الاضطراب أكثر بالخوف من اكتساب وزن إضافي ولو كان عدة جرامات بسيطة. ويتميز النوع الثاني أو النهم العصبي بنوبات الأكل بنهمٍ، أي تناول كميات كبيرة من الطعام في فترة قصيرة مع إحساسٍ بفقدان السيطرة، واستخدام طرقٍ تعويضية غير مناسبة للتحكّم في الوزن، مثل التقيؤ الإرادي، واستخدام الأدوية (المسهّلات، ومدرات البول، ومثبطات الشهية)، والتمارين الجسدية المفرطة ولكنه لا يظهر إنخفاض شديد في الوزن مثل النوع الأول⁽¹⁰⁷⁾.

تتعرّض نساء اضطراب فقدان الشهية العصبي لمشكلات صحية عديدة، منها هشاشة العظام والأنيميا وفقدان الكتلة العضلية، وقرح

المعدة والأمعاء، وقد تصل إلى الفشل الكلوي والموت في الحالات الشديدة.

بينما تعاني النساء المصابات بالنهم العصبي من الإصابة بالسكر وقرح الجهاز الهضمي وأمراض القلب والأسنان، ويكون لدى الحوامل منهن معدلات أعلى للإجهاض التلقائي والولادة القيصرية وانخفاض وزن المواليد الجدد والولادة قبل الموعد، بالإضافة إلى ذلك توجد معدلات أعلى من التقيؤ في أثناء الحمل، والاكتئاب بعد الولادة.

وتنتشر الاضطرابات النفسية في المصابات باضطرابات الأكل؛ الاكتئاب يصيب نحو 65% من الحالات، واضطراب القلق يصل إلى 12%، واضطراب الهلع 11%، والرهاب الاجتماعي 17%، والوسواس القهري نحو 40%، كما أظهرت الدراسات أن اضطراب الكرب بعد الصدمة (PTSD) ينتشر في اضطرابات الأكل مثلما حدث مع كارولين التي عانت من صدمة محاولة اغتصابها، لكنه ينتشر بشكل ملحوظ في مرضى النهم العصبي أكثر مما يعني أنهم يتعرضون للصدمة أعلى من غيرهم، وقد يكون ذلك التعرض مقدمة لتلك الاضطرابات. وتتراوح نسبة الوفيات في اضطرابات الأكل من 5% إلى 20%، والسبب الرئيسي في الوفاة هو الانتحار، والفشل الكلوي وغيره من أمراض نقص التغذية، وقد أفادت ما يقرب من 50% من المريضات بوجود أفكار انتحارية، وما يصل إلى 26% منهن حاولن الانتحار⁽¹⁰⁸⁾.

التدخلات العلاجية

يرتكز علاج فقدان الشهية العصبي على إدماج أسرة المريضة في العملية العلاجية، والتي تتضمن جلسات العلاج المعرفي السلوكي الذي يستهدف التحريفات المعرفية مثل الخوف المرضي من زيادة الوزن، وعدم الرضا عن صورة الجسم، والعمل على تعزيز التعافي الوظيفي،

وتقدير الذات بالإضافة إلى تطوير المسؤولية الذاتية عن التعافي، مع استخدام أسلوب "المقابلات الدافعية" لتنمية الحافز الداخلي من أجل التغيير، وكذلك أسلوب "تقليل الضرر" الذي يركز على التقليل من السلوك الضار بدلاً من تغيير السلوك كلياً، واستخدام "العلاج الدينامي" لمساعدة المريضة على حل الصراعات الداخلية، وكذلك "العلاج المرتكز على الأسرة" الذي يدرب الأسرة من أجل رفع كفاءتها في التعامل مع المشكلة، وهي كلها علاجاتٌ ثبتت فاعليتها، ويمكن استخدام بعض مضادات الذهان مثل الأولانزابين لتقليل الأفكار المتعلقة بالوزن وزيادة الشهية، وكذلك مضادات الاكتئاب في حالات الاكتئاب والقلق.

وتأتي أفضل استجابة في علاج النهم العصبي من الجمع بين العلاج السلوكي المعرفي مع استخدام الأدوية النفسية مثل مضادات الاكتئاب، وخاصة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، وكذلك استخدام توبراميت (مثبت مزاج ومضاد صرع) نتائج فعالة إيجابية أيضاً.

العلاج المرتكز على الأسرة

تشكّل المراهقات أغلب المصابات بهذا الاضطراب، ولذلك يكون للأسرة دور مركزي في العلاج، وتكون الخطوة الأولى هي مباشرة الخطة العلاجية مع الطبيب والمركز العلاجي؛ مثل الالتزام بالذهاب إلى جميع جلسات العلاج الفردية والجماعية، وأتباع خطط الوجبات والأنشطة العلاجية الأخرى، ومن المهم أيضاً التعامل مع المرض باعتباره عدواً مراوفاً لأنه سوف يظهر في ممارسات تبدو جذابة بل وصحية مثل الانشغال بالأكل الصحي واللبس الشيك وتفضيل النحافة، وبدلاً من الاكتفاء بحصار الممارسات المرضية فقط يمكن للأسرة أيضاً ممارسة عادات الأكل الذكية مثل التركيز على تناول

الكثير من الفاكهة والخضراوات والحبوب الكاملة وتوفيرها في المنزل كلما أمكن ذلك، والمساعدة في ارتداء الملابس التي تشعرها بالجمال والراحة وليس الملابس التي تخفي جسمها، وكذلك إشغالها في أنشطة تزيد من تقديرها لنفسها مثل تقديم المساعدة إلى الآخرين، تنظيم خطط خروج للأسرة أو التواصل مع الأصدقاء والأقارب والسؤال عنهم، بالإضافة إلى تكرار التأكيد على جمالها وجمال جسدها دون مناقشة أفكار المرض، وأخيراً التعامل مع الانتكاسة بهدوء لأنها غالبية الحدوث والعمل على استشارة المعالجين واستعادة السلوك الصحي.

8-3 اضطرابات الكرب والصدمة:

الرصاص لا تزال في رأس سوزان

Trauma and Stress Related Disorders (PTSD)

عانت سوزان التي واجهتها المظاهرات في 2013 من كرب ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى رهاب الأماكن المغلقة، وبقيت سنوات تعاني من اقتحام ذكريات الأحداث التي واجهتها في شكل ومضات خاطفة شديدة الإزعاج، وكانت تغزو عقلها أصوات الرصاص والمظاهرات والصراخ والشتائم، وتشم رائحة الغاز المسيل للدموع إلى درجة كانت توقظها من نومها، مع نوباتٍ من الفزع الشديد، حتى وهي في سريرها، كما عانت جميلة من اضطراب الكرب ما بعد الصدمة بعد تعرضها للاعتداءات الجنسية في ميدان التحرير، مما أدى إلى أعراض انشقاقية نسيت فيها اسمها وتفاصيل حياتها الشخصية.



اضطرابات الكرب هي مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تحدث عندما يواجه الإنسان حدثًا صادمًا أو خطرًا مهددًا للحياة أو اعتداءات جنسية شديدة، أو سلسلة من الأحداث المجهدة مثل فقد عزيز أو أزمات كبرى مثل التعرض للسجن أو التعذيب أو الانهيار المالي أو الاجتماعي، وما يتبعها من آثار نفسية. وقد تحدث

تلك الاضطرابات إذا تعرض الشخص نفسه، أو شخص على صلة وثيقة به لتلك الأحداث. كما أن مشاهدة ذلك أو التعرض لتفاصيله بشكل متكرر يمكن أن يؤدي إلى ظهور الأعراض (على سبيل المثال، الذين يعيشون في أماكن حروب، مثل رجال الإطفاء، ضباط الشرطة، والعاملين في الإغاثة).

ولكي نفهم اضطرابات الكرب علينا فهمها بشكلٍ تطوري في الحيوانات أولاً. توجد ثلاث آليات يواجه بها الكائن الحي أيَّ تهديدٍ أو خطر وشيك بالموت، والآليات الثلاث هي إما (المواجهة والقتال) وإما (الهروب والاختباء) وهاتان الآليتان تنشطان إذا كان الخطر يمكن السيطرة عليه أو الهرب منه. وإذا لم يكن ذلك ممكنًا تنطلق آلية ثالثة وهي (الشلل أو التجمُّد)، أو عدم الحركة أو الامتثال الطوعي للمعتدي (آلية الثعلب). وذلك يفسر لماذا تعاني ضحايا الاغتصاب من الإناث من حالة من الشلل تُعرف بالتجمُّد في أثناء هذا النوع

من العنف، وفي كل هذه الآليات قد يتطور الأمر إلى ما يُعرَف باضطرابات الكرب.

لا تؤدي كلُّ الأحداث الخطيرة إلى اضطرابات الكرب، بعض الأحداث تكون أشد من غيرها، وبعض الأشخاص يكونون أكثر مرونة من غيرهم بسبب الاختلافات في الخبرة الشخصية، والميراث الجيني والتكوين البيولوجي والدعم النفسي والاجتماعي المتاح. لكن خبرات الاعتداء الجنسي والاعتصاب والقتل تشكّل عوامل مشتركة للإصابة باضطرابات الكرب؛ حيث إن ما يقرب من 25% من الأشخاص الذين مروا بهذه التجارب سيصابون باضطرابات الكرب⁽¹⁰⁹⁾.

واضطرابات الكرب عديدة؛ منها اضطراب الكرب الحاد، واضطراب كرب ما بعد الصدمة، واضطراب كرب ما بعد الصدمة المعقّد، واضطراب التكيّف، واضطراب الحداد الممتد، وسوف نركز على الاضطرابين الأول والثاني لأهميتهما وانتشارهما بين النساء.

3-8-1 اضطراب الكرب الحاد: الزلزال

Acute Stress Disorder

هو تفاعل حادٌ يحدث في خلال الأيام أو الأسابيع التي تلي الحدث الصادم، وتكون في شكل تشوّش شديد للوعي مع استعادة فكرية وحسية لومضاتٍ من تفاصيل الصدمة (-Flash backs) مع اضطرابات واسعة في المشاعر والتفكير والسلوك إلى درجة عدم القدرة على أداء المهام اليومية مثل تحضير الطعام أو رعاية النفس مع اضطراب شديد في النوم. وقد تتحسن الأعراض تدريجيًا، أو تتحوّل إلى اضطراب الكرب المزمن طويل المدى الذي يُعرَف باضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وهو الاضطراب الأكثر شهرة.

3-8-2 اضطراب كرب ما بعد الصدمة: توابع الزلزال

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

بعد التعرُّض للحدث الصادم بأيامٍ إلى أسابيع نهدأ الأعراض الحادة، وتظهر "الأعراض الاقتحامية"؛ حيث تقتحم ومضاتٌ من الأحداث المفزعة عقول النساء المصدومات. تدور الومضات بشكلٍ أساسي حول الحدث الصادم وتفصيله، وقد تعيد إحياء أحداثٍ صادمة قديمة، ولا تكون تلك الومضات بصرية فقط، ولكن شمّية أو صوتية أو لمسية (حيث تلاحق رائحة وصورة وصوت وملمس المعتدي عقل المرأة) مثلما حدث مع سوزان، وتكون هذه الومضات حية وذات محتوى عاطفي وجسدي كأنها أحاسيس حقيقية إلى درجة أن بعض النساء يعتقدن أن الجاني شديد القرب منهن أو يلاحقهن. وقد يؤدي ذلك ببعض النساء إلى الدخول في نوبات انشقاقية؛ حيث تعيش الضحية كأنها في زمنٍ آخر أو شخصية أخرى، أو تدخل في حالاتٍ من فقدان الذاكرة أو الوعي، وذلك في محاولة من المخ للتخفيف من آلام الأعراض مثلما حدث مع جميلة. ولأن هذه الأعراض تكون مزعجة للغاية، يحاول مخُ المريضة تجنّب أي محفزاتٍ قد تثير تنشيط تلك الأعراض؛ مثل المواقف أو الأماكن أو الأشخاص التي ترتبط بالحدث الصادم. وهنا تبدأ مرحلة "التجنّب" أو الانعزال الخارجي، وأحياناً الداخلي، لأن بعض هذه المحفزات تكون داخلية مثل الأحاسيس أو المشاعر أو الأفكار المتعلقة بالحدث الصادم. وهكذا تبدأ الضحية في تجنّب الخروج من المنزل أو مقابلة الأصدقاء والأقارب بسبب الخوف الشديد، ولتجنّب استعادة الذكريات الصادمة. وعلى المستوى الداخلي تدخل في حالة من الخدر العاطفي والفكري والحسي كأنها في حالة تخديرٍ عزل وعيها عن الأحاسيس الداخلية المرتبطة بالصدمة مثل حالة جميلة، وقد تتجه أعراض التجنّب إلى الخوف الشديد من التعرُّض لصدّمتٍ أخرى، وهكذا يصبح مخ الناجية مفرط "الحذر" واليقظة،

وهي المرحلة الثالثة من الصدمة، وتعاني المرأة فيها من سرعة التهيج ونوبات الصراخ واضطراب النوم والريية واضطراب الحكم على الأمور، ولذلك تكون الضحايا غير قادرَاتٍ على التمييز بين المواقف الخطيرة وغير الخطيرة. على سبيل المثال؛ يتجنَّبُ أشخاصًا غير خطرين، بينما يقعن أو يقتربن أو يرتبطن بأشخاصٍ عنيفين؛ مما يفسر تكرار التعرض للصدمة عند الكثير من النساء المصدومات، وتصبح المصابات متشائمات بشأن المستقبل، ويشعرن بياسٍ شديدٍ تجاه أنفسهن وقدراتهن على مواجهة الشدائد. كما يشتكين من تعرضهن للخدر العاطفي حتى تجاه أحبائهن، فلا يشعرن بمشاعر التعاطف تجاه الأبناء أو الأحباء الآخرين، ويأتي ذلك مع مشكلات في الذاكرة، مثل فقدان الذاكرة الكلي أو الجزئي المرتبط بالأحداث الصادمة.

3-8-3 صدمات الأنوثة: الإرهاب الجنسي

تتعرض النساء لخطر الإصابة باضطرابات الكرب أكثر من الضعف مقارنة بالرجال، حيث تنتشر في 4% في الذكور مقابل 8% في الإناث، وتعاني الإناث من أعراضٍ أكثر من الذكور، وخصوصًا ومضات الذاكرة الاقتحامية؛ حيث تكون أكثر حدة، وتؤثر اضطرابات الكرب في مسار حياتهن أكثر من الرجال، كما أن أكثر من 25% من النساء يصبن باضطرابات الكرب بعد الاعتداء الجنسي⁽¹¹⁰⁾، وتزيد الإصابات بين النساء بسبب تعرضهن أكثر للعنف الجنسي والعنف الجسدي، وكذلك بسبب عوامل أخرى مسببة للهشاشة والتعرض للصددمات تخص حياتهن كإناثٍ، وذلك لأن الحياة كأنثى تزيد من خطورة التعرض للصددمات، على سبيل المثال؛ تعاني ملايين البنات كل عام في مصر والسودان وبعض الدول الإفريقية ودول أخرى في الشرق الأوسط من انتهاك أعضائهن التناسلية في عملية عنف بشعة تسمى ختان الإناث، وتكون صادمة لأغلبهن. كما أن 25 مليون امرأة في العالم

يخضعن كل عام لعمليات إجهاض غير آمنة بسبب تجريم الإجهاض مما يضطرهن إلى اللجوء إلى أماكن غير قانونية وغير مجهزة، مما يؤدي إلى وفاة 22000 امرأة منهن سنوياً، بينما الملايين يعانون من المضاعفات الجسدية والنفسية لتلك العمليات. وفي مصر فإن 26% من حالات الحمل تنتهي بالإجهاض، يتم أغلبها بطرق غير قانونية، مما يتسبب في أن خمس من يذهبن إلى مستشفيات الولادة كان من أجل علاج مضاعفات عمليات الإجهاض غير الآمنة تلك⁽¹¹¹⁾. وعالمياً تتعرض امرأة من بين كل أربع نساء للإيذاء في أثناء الحمل، وواحدة من بين كل ثلاث نساء تتعرض للضرب أو الإكراه الجنسي؛ كل ذلك يدفعنا إلى التفكير في مفهوم "الإرهاب الجنسي" الذي يشير إلى تعرض النساء للترهيب والإرهاب بسبب كونهن إناثاً، الذي يعبر عن حالة الخوف التي تعاني منها النساء في بعض المجتمعات، حيث يعيشن في حالة من الحذر المزمّن لحماية أنفسهن من التعرض للعنف من شركائهن، ومعارفهن، أو الغرباء، حيث يلزمّن بيوتهن قسراً أو خوفاً، محرومات من حرية التحرك بسبب قهر شركائهن أو أسرهن. وبينما يتحرك الذكور بحرية ليلاً ونهاراً، تخشى العديد من الفتيات والنساء السفر بمفردهن، والخروج ليلاً، والسير في أحيائهن، والعيش في أماكن غير آمنة خشية تعرضهن للعنف أو الاعتداء الجنسي، مما حوّل المنازل إلى سجون اختيارية أو إجبارية للنساء⁽¹¹²⁾، وذلك بالإضافة إلى الحالات التالية التي قد تزيد من خطر حدوث اضطراب الصدمة.

قلق الجنس الأول (ليلة الدُّخلة)

ليلة الدخلة كما يسميها المصريون عادة تكون ليلة مبهجة للرجال والنساء، وكثير من الرجال ينتظرونها بشغفٍ لتجربة الإيلاج الأول (الدُّخلة). لكنها بالنسبة إلى الكثير من الفتيات تكون مثيرة للقلق، لأنها أولاً: اختبار لشرفهن المتمثّل في الحفاظ على غشاء البكارة

سليماً، وثانياً: لخوفهن من آلام الإيلاج، وما يحيطه من أوهام، مثلما ذكرت المحللة النفسية هيلين دوتشه⁽¹¹³⁾ عن أعراض قلق الجنس الأول؛ حيث ترتبط الممارسة الأولى للجنس في العديد من المجتمعات الممنوعة من الثقافة الجنسية العلمية بتوقعات مخيفة لدى العديد من النساء، على سبيل المثال؛ يخفن من إصابات جسدية مباشرة، قطع غشاء البكارة، نزيف كثيف أو خفيف، تمدد وتضخم المهبل تحت وطأة القضيب المنتصب، والكثير من تلك التوقعات يكون غير واقعي أو حتى خيالياً تماماً، كل ذلك يجعل الجنس الأول أو ليلة الدخلة حدثاً شديداً للقلق أو صادمًا، يصل في بعض الأحيان إلى اضطراب الكرب. وقد ربطت كثير من الأبحاث بين أحداث الجنس الأول وظهور اضطراب التشنج المهبلي والاضطرابات الجنسية الأخرى والنفسية لدى العديد من النساء، مثل استعادة صدمة الختان مع سارة وخوفها الشديد من الإيلاج، والذي تحول تدريجيًا إلى اضطراب التشنج المهبلي، ومثل تفجر اضطراب ثنائي القطب الذي حدث مع "ماجدة" في ليلة الدخلة.

رغم مرور ثماني سنواتٍ لم تنس المهندسة أميرة (35 سنة) أبدًا عنف زوجها في ليلة الدخلة، كان مصرًا على عمل الإيلاج، وكانت هي في حالة من الإعياء والرعب الشديد، وتستعيد كلمات أمها لها (بكرة تتجوزي وييجي راجل يشخ فيكي)، عانت أميرة بعد أحداث تلك الليلة من خوفٍ شديدٍ من الإيلاج تطوّر -فيما بعد- إلى اضطراب التشنج المهبلي لثماني سنوات، وتقول إن زوجها لم ينجح في عمل إيلاج معها إلا مرات معدودات، وتحت ضغطٍ شديدٍ أقرب إلى الاغتصاب، وحملت منه مرتين ثم توقفت نهائيًا عن المحاولة منذ أكثر من سنتين، وأنها ما زالت تعاني من ومضات تقتحم عقلها

من أحداث الليلة الأولى، وتشعر بالرعب عندما يقترب منها زوجها جسدياً، ولو على سبيل الحنان والطبقة، لخوفها من أن يعاود محاولات الإيلاج، ولكنه مؤخراً بدأ يبتعد عنها نفسياً وجسدياً، ورغم شعورها بالراحة نتيجة عدم محاولته فإنها سمعت عن التشنُّج المهلي، وجاءت لعلاج نفسها دون معرفة الزوج.

صدمة سرطان الثدي:

إن مجرد تشخيص سرطان الثدي قد يؤدي إلى اضطرابات الكرب، وتعاني ما بين 18% إلى 80% من النساء المصابات به من اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وتستمر الأعراض حتى بعد أربع سنوات في ثلث الحالات، كما يزيد اضطراب كرب ما بعد الصدمة مع النساء اللائي يعشن في وضع اجتماعي منخفض، ومع أمراض جسدية ونفسية سابقة، ويعتمد كذلك على المرحلة التي اكتشف فيها السرطان⁽¹¹⁴⁾.

صدمة الولادة:

تُعَدُّ الولادة حدثاً مجهداً بالنسبة إلى أغلب النساء، وتعاني نسبة كبيرة منهن من ولادات مؤلمة أو مضاعفات جسدية متعلقة بالولادة، ويصل الأمر أن 4%- 6% من النساء يعانين من اضطراب كرب الصدمة بسبب الولادة. ومع ذلك، تختلف الولادة عن الأحداث الصادمة الأخرى من حيث إمكانية التنبؤ بها والاستعداد لها، وأنها -عموماً- تكون تجربة إيجابية لغالبية النساء مع استثناءات طبعاً، كما أن النساء اللواتي أظهرن أعراضاً انشقاقية أو مشاعر سلبية في أثناء الولادة أو عانين من الأحداث المؤلمة في أثناء الحمل مثل العنف أو ضائقة حياتية، أو الاكتئاب في أثناء الحمل، أو نقص الدعم الاجتماعي، أو الرعاية الطبية السيئة في أثناء الولادة؛ كُنَّ أكثر عُرضة للإصابة باضطراب الكرب ما بعد صدمة الولادة⁽¹¹⁵⁾.

صدمة الفقد:

"لم تتعافَ أُمِّي قَطُّ من صدمة موت ابنها، وظلَّت تتألم لموته حتى تُوفيت". تعاني النساء عمومًا من آلام الفقد أكثر من الرجال، وتعاني الأمهات خصوصًا من فقد طفلٍ أو إصابته بمرضٍ خطيرٍ أكثر من الآباء، وقد يتطور هذا الفقد أو مرض الابن إلى اضطراب الكرب لدى العديد من الأمهات.

صدمة الخيانة:

وهي الصدمات التي تحدث نتيجة انتهاك رابطة الثقة في العلاقات الأساسية في حياة الفتاة⁽¹¹⁶⁾. عادة ما تكون صدمة الخيانة؛ اعتداءً جنسيًا أو جسديًا أو عاطفيًا أو إهمالًا شديدًا أو انتهاكًا شديدًا لإحدى القيم الأساسية، وقد يكون مصدر الخيانة الأب، الأم، أحد الأقارب أو الشخصيات الدينية والمدرسين والمعالجين، وغيرهم من الشخصيات ذات النفوذ في حياة البنت، على سبيل المثال البنت التي تكتشف أن الأب أو الأم في علاقة جنسية غير زواجية ربما يؤدي ذلك إلى صدمة بسبب تحطم صورها عن علاقة الأب والأم والأسرة باعتبارها مكانًا آمنًا ومصدرًا للثقة.

مريم التي عانت من اضطرابات عديدة مع المراهقة، وعانت بعد ذلك من اضطراب الشخصية الحدية مع نوبات متعددة من الاكتئاب وتقطع يديها ومحاولات الانتحار، جاءت إلى العيادة في عمر 25 سنة، واتضح أنها ما زالت تعاني من صدمة رؤيتها لأُمها في وضع جنسي مع صديق الأب، والذي كان بمنزلة العم لمريم، حدث ذلك في بيت الأسرة وهي في عمر 12 عامًا، وما زالت مريم تعاني من ومضات ذكريات ذلك

الحادث مع أعراض التهيج والتجنب، الذي تطور فيما بعد إلى اكتئابٍ مزمن واضطراب الشخصية الحدية.

كما تحدث الخيانة عند التعرُّض للتحرش، حتى لو كان لفظياً من أحد الأشخاص الموثوق بهم من قِبَل الفتاة.

التدخلات العلاجية:

تعالج اضطرابات الكرب واضطرابات التكيف عمومًا بمضادات الاكتئاب، وتحديدًا مثبطات امتصاص السروتونين الانتقائية، وتستخدم مثبطات الأدرينالين الانتقائية وكذلك موانع مستقبلات ألفا AlphaBlockers لتقليل الأعراض الاقتحامية، ومضادات الذهان لعلاج الأعراض الانشقاقية والذهانية. كما يُعد العلاج الفردي المعرفي السلوكي والسيكودينامي شديد الأهمية، وكذلك العلاج النفسي الجماعي مع الحالات الشبيهة، إضافة إلى العلاج باستخدام (EMDR) Eye Movement reprocessing and Desensitization، (وهو العلاج بإبطال الحساسية وإعادة المعالجة عبر حركة العينين). ومن المهم أن نعرف أن أكثر من نصف المريضات تتحسن أعراضهن ويتعافين، وبعضهن يدخلن في مسارٍ ناضج، أو ما يُسمَّى "نمو ما بعد الصدمة" حيث تتسع رؤيتهن لأنفسهن وللآخرين ولدورهن في الحياة، ويعتبرن الأحداث الصادمة مصدرًا للنمو، ويشاركن بخبرتهن في تعافي مريضات أخريات مثل الرائعة جميلة السابق ذكرها التي كان لها أكبر الأثر في تعافي مريضات كثيرات.

مكتبة

t.me/soramnqraa

إن تعرّض امرأة لاضطراب الكرمثل التعرض لزلزال حيث يبقى الجهاز العصبي في حالة استنفار شديد وخوف من عودة الخطر. والتعافي من هذا الزلزال لا يعتمد فقط على العلاج الدوائي والنفسي، ولكن أيضًا على وعي المرأة المكروبة بالمسار المرضي وأعراضه وكيفية التعامل معها، وذلك لأن الوعي هو الوحيد القادر على التمييز بين علامات الخطر الحقيقية والأعراض التخيلية. ومن خلال ذلك الوعي تستطيع المريضة، بدلاً من الاستجابة للأعراض، ممارسة سلوكيات ناضجة وصحية تقلل من الأعراض؛ إذ يمكنها تهدئة الجهاز العصبي من خلال ممارسة البطء في القيام بالمهام اليومية، فما كانت تنجزه في 10 دقائق يمكنها إنجازها في 20 دقيقة، وفي أثناء ذلك تعلن لنفسها بصوت عالٍ ما تقوم به في كل نشاط، على سبيل المثال (أنا هعمل الشاي، أغلي الماء، أحط الشاي في الماء، أقلب السكر، وهكذا)، وهكذا في كل نشاط آخر، لأن ذلك سوف يذكّر المخ أنها في البيت وليست في المكان الصادم، وأنها تتحكم في حياتها ونشاطها. وبالإضافة إلى البطء والإعلان يمكنها ممارسة تمارين الاسترخاء والتنفس العميق لإضافة المزيد من التهدئة، وإذا هاجمتها ومضات من ذكرى الأحداث الصادمة يمكنها ممارسة تمارين الإرساء مع كل مرة تقتحم فيها ذكرى الحدث. ومن أكثر تمارين الإرساء سهولة في التذكّر والاستخدام تمرين 1,2,3,4,5 الذي تم ذكره سابقًا في اضطرابات القلق، وبالطبع لا غنى عن وجود الأقارب والأصدقاء حولها لأنها سوف تحتاج دائماً إلى الشعور بالأمان، وأنها ليست وحدها، وأنها تستطيع اللجوء إلى الأحباء في كل وقت، ويمكنها كذلك السيطرة على أعراض التجنب بمقاومة الميل إلى العزلة وقضاء وقت ولو قصير يطول تدريجيًا مع الأشخاص الذين تشعر معهم بالأمان والراحة.

3-9 اضطراب تشتت الانتباه/فرط الحركة:

عزة فرقع لوز

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

كانت شخصية "زيزي" أو الممثلة أمينة خليل في مسلسل "خلي بالك من زيزي" تتكلم بسرعة وعصبية، وتقاطع من يتكلم معها، وضربت زوجها عندما قاطعها وهي تتكلم. واستمرت زيزي في المعاناة حتى تم تشخيصها في النهاية وهي في الثلاثينيات باضطراب تشتت الانتباه/ فرط الحركة، وبدأت رحلة العلاج. حدث ذلك في مسلسل تلفزيوني، أما في عيادتي فقد جاء منصور واشتكي لي -بمرارة- من زوجته عزة التي يحبها منذ الجامعة لأنها (فرقع لوز) لا تتوقف عن الحركة وحوّلت البيت إلى فوضى، وهو الشخص المنظم جداً، وقد فشلت كل محاولاته في تعليمها النظام، وأصبحت حياتهما عبارة عن خناقات أغلب الوقت بسبب نسيانها، وعدم تركيزها كما يقول.

يتميز هذا الاضطراب بمجموعتين من الأعراض؛ الأولى هي اضطراب الانتباه، والمجموعة الثانية هي فرط الحركة والاندفاعية. وبينما المجموعة الأولى تتمثل في قصر مدى الانتباه الذي تستطيع أن تبذله المرأة متمثلاً في صعوبة التركيز على مهمة واحدة فترة أطول من 10-20 دقيقة، ثم تبدأ في السرحان والتشتت، كما يحدث تشتت الانتباه بسهولة عند ظهور مثيراتٍ بصرية أو سمعية، مع صعوبة الانتباه للتفاصيل الذي يسبب ارتكاب أخطاء في أثناء العمل، وصعوبة إنجاز المهام الطويلة مثل إعداد التقارير أو مراجعة الأوراق أو الانتهاء من تنظيف المطبخ أو جمع وترتيب الغسيل، أو الإنصات إلى شخصٍ آخر فترة طويلة، أو تنظيم المهام وإدارة الوقت، وكذلك تكرار فقدان الأشياء مثل المفاتيح والموبايل والمتعلقات الأخرى، نسيان أو تسويف المهام اليومية، مثل دفع الفواتير أو الالتزام بالمواعيد أو الرد على الرسائل

والإيميلات، وقد يظهر في عدم القدرة على متابعة الأغاني أو حفظها ومتابعة الأفلام الطويلة. بينما تتمثل أعراض "مجموعة فرط الحركة" في التملل الشديد، وصعوبة الجلوس فترات طويلة، والاندفاعية في الرد على الآخرين، والتحدث بشكلٍ مفرطٍ، والإجابة عن الأسئلة قبل الانتهاء من طرحها، وصعوبة انتظار الدور، مثل الانتظار في الطابور. وقد يأتي هذا الاضطراب في ثلاثة أنواع؛ تشتت انتباه فقط، أو تشتت انتباه مع نشاطٍ حركي مفرطٍ، أو نشاطٍ حركي مفرطٍ دون تشتت انتباه⁽¹¹⁷⁾.

وعادة يتم تشخيصه في الأطفال الذين في عمر المدرسة، ويعتقد على نطاقٍ واسعٍ أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث، حيث تكون نسبة الذكور إلى الإناث في الأطفال نحو 3: 1، ولكن في المراهقة ترتفع نسبة التشخيص في الإناث لتقترب من النسبة في الذكور، مما يعني احتمال التقصير في تشخيص الأطفال الإناث، وذلك لأن الأعراض الموجودة لدى الإناث يكون أكثرها لها علاقة بتشتت الانتباه أكثر منها فرط الحركة؛ مثل النسيان، وعدم التنظيم، وتدني احترام الذات، والقلق، والتي تكون مقبولة من البنات أو تُعتبر أقل إزعاجًا من أعراض فرط الحركة التي تسود أعراض الأولاد بسبب السلوكيات التخريبية التي يظهرونها مثل القفز وتحطيم الأثاث والاصطدام بالآخرين، ولذلك لا يسترعي الاضطراب في البنات الصغيرات انتباه الأهل أو المختصين، لذلك تُشخص أغلب حالات اضطراب فرط الحركة في البنات في أعمارٍ متأخرة، تراوحت بين 36-38 سنة، وذلك عند الذهاب للفحص النفسي بسبب اضطرابات أخرى مثل القلق والاكتئاب أو مشاكل زوجية مثل حالة عزة السابق ذكرها.

ومع التقدم في العمر تتحسن الأعراض، ففي سن المراهقة تستمر الأعراض فقط في نحو 50-80% من الحالات التي تم تشخيصها سابقًا، مما يعني تحسنًا أو تعافيًا في قرابة 50% من الحالات، ويستمر معدل

التحسُّن فيما تبقى من حالات حتى عمر الثلاثين. وقد لوحظ أن أعراض الاضطراب تتأثر بالدورات البيولوجية التي تمرُّ بها المرأة؛ تتحسَّن الأعراض في النصف الأول من الدورة الشهرية، وتسوء في النصف الثاني، كما تتحسَّن كثيرا في أثناء الحمل بسبب زيادة هرمون الإستروجين، وتعود للارتفاع بعد الولادة⁽¹¹⁸⁾.

ويمكن فهم تلك السمات من وجهة النظر التطورية على أنها كانت تساعد النساء في المجتمعات التي تعتمد على جمع الثمار في التحرك بسرعة لجمع الطعام وإنقاذ الأطفال والدفاع عن النفس، وكذلك اكتشاف مصادر غذاء جديدة، ولذلك ربما تنخفض الأعراض مع الحمل للراحة ثم تزيد مع الولادة من أجل البحث عن مصادر الطعام. ولكن مع الحضارة الحديثة، والحاجة إلى البقاء ساعات طويلة في فصول الدراسة أو العمل أصبحت تلك السمات معيقة، وتسبب التعرُّتُ الدراسي والمشكلات الاجتماعية والاندفاعية في سلوكيات قد تكون مؤذية، ولذلك وجب علاجها.

جاءت ماريًا، وعمرها 28 سنة، إلى العيادة بسبب الاكتئاب الذي تعاني منه منذ سنواتٍ طويلة، ولم تُشَفَ رغم محاولات العلاج، وقد عانت ماريًا مبكرًا من التعرُّتُ الدراسي الذي أدى إلى نقص ثقتهَا بنفسها مع نوبات من الاكتئاب والقلق مع كل فشل، وقد استمر ذلك بعد التخرج وخافت من الالتحاق بعملٍ، وإذا تشجعت والتحقت بعملٍ تنتظم فترة قصيرة ثم تبدأ المشكلات وتسبب أخطاء متكررة تؤدي إلى تركها العمل مع شعورٍ مضمّن بالدونية والفشل، وفي النهاية عانت ماريًا من الاكتئاب والعزلة ثم حاولت الانتحار بابتلاع كمياتٍ كبيرة من الأدوية، ورغم محاولات العلاج الطويلة لم تتعافَ بسبب الخطأ في التشخيص الذي ركز

على علاج الاكتئاب، ولم ينتبه إلى اضطراب نقص الانتباه الذي تعانيه منذ الطفولة، وعندما جاءت إلى العيادة تم تشخيصها اضطراب نقص الانتباه، وبدأت العلاج الدوائي والنفسي وتحسّنت أعراض اضطراب الانتباه أولاً ثم بدأت تتحسن باقي الأعراض.

لوحظ أن النساء اللواتي لم يتم تشخيصهن مبكراً مثل ماريا، كن أكثر عُرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق ومحاولات الانتحار واضطرابات الأكل وتعاطي المخدرات وتدني تقدير الذات ونقص الثقة بالنفس، وكن أكثر تعرّضاً للتسرب الدراسي والبطالة والفقر الشديد، وأكثر عدواناً على أطفالهن بسبب العصبية والغضب والاندفاعية، وكانت نسبة تعرضهن لاضطرابات النوم أكثر ثلاثة أضعاف من الأخريات، وأكثر معاناة من الألم المزمن، وتمني الموت والأفكار الانتحارية، والتعرض للاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة بسبب عدم انتباههن للأخطار، كل ذلك مقارنة مع النساء غير المصابات باضطراب نقص الانتباه فرط الحركة، كما أن 14% من النساء المصابات بالاضطراب شخّصن وعولجن خطأ كمكتئباتٍ قبل أن يصلن إلى التشخيص والعلاج الصحيح، مثل ماريا أو زيزي أو عزة زوجة منصور، كما وُجد أيضاً أن عدم تشخيص الاضطراب مبكراً في الإناث قد يؤدي إلى مستويات أقل من الرضا عن الحياة، ومشكلات طيبة طويلة الأمد، والمعاناة من رفض الأقران والنبذ الاجتماعي، وصعوبات في العمل والعلاقات، سواء علاقات الزمالة أو الصداقة أو الحب، كما أنهن كُنَّ أقل قدرة على أن يصبحن أمهات مستقرات، وأن يتكيّفن مع متطلبات العمل والأسرة، ويعانين من معدلات طلاقٍ أعلى⁽¹¹⁹⁾.

ويمكن تفسير كل تلك المضاعفات بالإضافة إلى المشكلات التي يحدثها المرض نفسه، فإن الفتيات عادة يتم تشجيعهن على إظهار الصفات الأنثوية التقليدية، مثل التعاطف، واللطف، والطاعة، ومهارات

الأمومة والعلاقات، وعندما تُظهر الفتيات سلوكًا فوضويًا ومفطرًا النشاط ومندفعًا، يتعرّضن للحكم عليهن، لأنهن ينتهكن أعراف السلوك الأنثوي. وهكذا يقعن بين صعوبات المرض وآثار الحكم عليهن كإناث غير منضبطات؛ مما يفاقم من شعورهن بالدونية والفشل والقلق، وفي محاولتهن لتجنب العقوبات الاجتماعية، تبذل الفتيات جهودًا فائقة في محاولة إخفاء مشكلاتهن، ينجحن أحيانًا ويفشلن أحيانًا، ولكن مع الرشاد ومضاعفة المهام عليهن وخصوصًا مع الإنجاب؛ يصبح التسوية وصعوبة متابعة المهام الأمومية أكثر صعوبة وظهورًا.

التدخلات العلاجية:

يعالج أي شخص يعاني بدرجة خفيفة إلى متوسطة من اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة بالتدخلات المعرفية والسلوكية دون أدوية؛ مثل التدريب المستمر على زيادة التركيز والحفاظ على الانتباه، وتنظيم العمل والوقت، والتدريب على تقليل الحركة والاندفاعية، وهذا ما حدث مع عزة التي أبدت التزامًا عاليًا، وكان زوجها متعاونًا ومتعاطفًا معها. أما في الحالات المتوسطة والشديدة مثل ماريما يكون التدخل الدوائي مهمًا، باستخدام منبهات المخ كالأمفيتامينات ومحفزات نشاط السيروتونين، وكذلك بعض أنواع من مثبطات مستقبلات ألفا وتكون نتائجه جيدة، بالإضافة إلى التمرينات السابقة، وتنعكس في التحسّن في الالتزام الدراسي والأداء الاجتماعي والمهني، ولم تثبت أي زيادة في تشوّهات الأجنة عند استخدام تلك الأدوية في أثناء الحمل، كما لم يثبت ضررها على الرضيع إذا تعاطتها المرأة المرضعة، رغم وجود آثارها في لبن الأم التي تُعالج بها.

وقد تدرّبت عزّة على التنظيم بعمل جدول للمهام اليومية والأسبوعية علّقته على الحائط وكتبته في تليفونها مع أصوات تنبيهية لكل مهمة. ولكي تقاوم التشتت وقصر مدى الانتباه قسّمت المهام إلى مهام أصغر، كل مهمة لا تتجاوز 15 دقيقة ثم راحة لمدة خمس دقائق، وهكذا حتى نجحت في استباق تشتت انتباهها بدقائق، كما كانت تكافئ نفسها مع كل نجاح. وبخصوص أعمال المنزل التي كانت لا تنتهي قامت بتجزئتها إلى مهام صغيرة مع التنقل بينها؛ مثلاً في تنظيف المطبخ كانت تغسل بعض الأطباق، ثم تتحوّل إلى مسح الرخامة ثم العودة إلى غسيل الأطباق، وهكذا يثير التنوع انتباهها ويحافظ على نشاطها. وطُلب منها أن تمارس المهام بمرح وتمزج المهام المملة بالمهام الممتعة، وهي تسمع موسيقى محبّبة وتغني معها، أو تتكلم مع إحدى صديقاتها أو تلعب مع أطفالها، وقد ساعد كل ذلك في المحافظة على انتباهها أطول مدى ممكن. بخصوص الاندفاعية تدرّبت على عدم تنفيذ القرار بمجرد التفكير فيه، ولكن تأجيله عدة ساعات أو يوم كامل قبل التنفيذ، وإذا كان قراراً عاجلاً التنفيذ يمكنها أن تعمل شيئاً مختلفاً قبل الشروع في تنفيذه، كأن تتمشّي قليلاً، أو تكلم صديقة، أو تأكل شيئاً خفيفاً أو تأخذ حماماً أو حتى تنام قليلاً. كما طُلب منها أن تعطي لاندفاعيتها أسماء، مثلاً اندفاعية الشراء، اندفاعية رد الفعل، اندفاعية الكلام أو الحركة وهكذا، وقد مكّنها ذلك من السيطرة عليها. كما كان لممارسة المشي اليومي والوعي الآتي تأثيرٌ مهم على تقليل الاندفاعية وزيادة الانتباه، والوعي الآتي هو توجيه الانتباه إلى الإدراك الحسي، وهو ما تحسه في اللحظة الحالية من دون تدخّل أو حكم. ويمكن ممارسة ذلك في أثناء الأكل والمشى وغسل الأطباق؛ على سبيل المثال وأنتِ تأكلين تمضغين ببطء وتحسّين ملمس الطعام في فمك وطعمه، بينما وأنتِ تتمشّين تنصتين إلى الأصوات المحيطة وتشاهدين الألوان والأشخاص والحيوانات من

حولك، وأنتِ تغسلين الأطباق تتحسّنين ملمس المياه ورغوة الصابون ولملمس الطبق وأنتِ تنصتين إلى صوت المياه، وهكذا تمارسين الوعي الآني بالإدراك الحسي، وتؤدي ممارسة الوعي الآني إلى تقليل التوتر، ومقاومة المشتتات، وتقليل الاندفاع، وتحسين تركيزك، وتوفير المزيد من التحكم في عواطفك. سوف تعانين في البداية من الصعوبة في ممارسة تلك الأنشطة، ولكن مع التدريب المستمر واليومي ولفتراتٍ قصيرة تزداد يوميًا يمكنك التمكن منها.

3-10 اضطرابات الشخصية: حوارات الطبع والتطبّع

Personality Disorders

نقابل في حياتنا اليومية أشخاصًا يتميزون بصفات أكثر بروزًا من بقية الأشخاص، فنقول هذا رجل غيور وشكاك، وهذه سيدة مرحة اجتماعية وكريمة، وتلك فتاة عاطفية سريعة الانفعال، وهذا شاب متعالٍ ومغرور، وهذه مديرة حاسمة صارمة، فإذا تكررت هذه السمات في حياة هؤلاء الأشخاص وطبعت أغلب جوانب حياتهم الخاصة والعامة شكلت ما يسمى نمط الشخصية (الطبع). إذن نمط الشخصية يفترض أن هناك نمطًا يتميز به الأفراد بعضهم عن بعض؛ يظهر في سلوكهم وطريقة تفكيرهم وتصورهم عن أنفسهم وعن الآخرين، ويميز طريقة تفسيرهم للأحداث والمواقف الحياتية واستجاباتهم لتلك الأحداث. ويتميز النمط الصحي من الشخصية بالقدرة على التكيف والتفاعل المرن مع سلوك الآخرين وأحداث الحياة ويمكن أن يتغير مع التغيرات المحيطة (التطبّع). ويبدأ نمط الشخصية في الظهور مع الطفولة ويتشكّل مع المراهقة ويستقر عند نهايتها. أما اضطراب الشخصية فهو نمط بارز من الشخصية، أو من التفكير والشعور والسلوك، غير مرّن أو سيئ التنظيم وصعب التطبع،

يظهر بوضوح مع المراهقة ويستمر لعدة سنوات وقد يستمر مدى الحياة، ويؤدي إلى صعوبات في التكيف مع الواقع، ويؤثر بالسلب في الأداء الشخصي أو العائلي أو الاجتماعي أو التعليمي أو الوظيفي أو المجالات الأخرى المهمة. ويختلف اضطراب الشخصية عن الاضطرابات النفسية الأخرى في أنه يبدأ مع المراهقة ويستمر حتى العمر المتقدم، ويطبغ أغلب جوانب حياة الشخص النفسية والاجتماعية، وليس جانبًا واحدًا أو أكثر كما في الاضطرابات النفسية الأخرى. وقد تم التعرف والتوافق على عشرة أنواع من اضطراب الشخصية، وتصيب نسبة تتراوح من 4.5% إلى 21% من الناس، وغالبًا يصاب الشخص الواحد باضطراب أو أكثر من اضطرابات الشخصية، وترتبط اضطرابات الشخصية كثيرًا باضطرابات نفسية أخرى، وتشير الدراسات إلى أن 51% من مصابي الاكتئاب، و64% من مصابي القلق، و56% من مصابي الهلع، و52% من مصابي الإدمان، يعانون من واحد أو أكثر من اضطرابات الشخصية⁽¹²⁰⁾. ويختلف انتشارها بين النساء والرجال، فتنشر بين النساء اضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية الهستريونية، واضطراب الشخصية الاعتمادية. في حين ينتشر بين الرجال اضطراب الشخصية العدوانية. أما بقية اضطرابات الشخصية، فتصيب النساء والرجال بنسبٍ متقاربة، ويُعتقد على نطاقٍ واسعٍ أن نمط الشخصية المضطرب يميل إلى الثبات -مقاوم للتغيير- عبر الزمن، إلا أن دراسات طويلة وجدت أن البعض يُظهر تحسنًا وقدرة أعلى على التكيف بمرور السنين، وخصوصًا مع التدخلات العلاجية⁽¹²¹⁾.

يميل الأطباء إلى تشخيص النساء باضطرابات الشخصية أكثر من الرجال لأسبابٍ متعددة؛ أولًا لأن النساء يملن إلى طلب المساعدة النفسية أكثر من الرجال، وثانيًا لميل الأطباء إلى تشخيص النساء اللائي يختلفن سلوكهن عما هو متوقع ثقافيًا؛ مثل تعدد العلاقات الجنسية أو الانفعالية الشديدة أو الاستقلالية العالية أو قوة الشخصية،

كما أن النساء يتعرضن أكثر للعنف والاعتداءات الجنسية أو الحرمان في طفولتهن مما يؤثر في أنماط الانفعال والسلوك لديهن، ويضعهن أكثر في إطار اضطراب الشخصية. كما أن الكبت الذي تتعرض له النساء في حياتهن البالغة يدفعهن إلى استدماج مشاعر الحزن والقهر، والميل إلى الاعتمادية وربما الرعاية الفائقة للآخرين، وهي السمات التي تتوافق مع بعض أنماط الشخصية مثل اضطراب الشخصية الحدية والهيسترية والاعتمادية عكس الذكور⁽¹²²⁾.

وتعود أسباب اضطراب الشخصية إلى عوامل متعددة؛ منها عوامل وراثية، كأن ينتشر اضطراب معين في بعض الأسر، كما أظهرت دراسات التوائم المتماثلة ذلك، كما أن زيادة هرمون التستستيرون ارتبط بزيادة العدوان والاندفاعية، كما أن للثقافة دوراً مهماً إذ تندر في بعض المجتمعات أنواع من اضطراب الشخصية، مثل الشخصية العدوانية التي تندر في اليابان، كما أن التعرض للإساءات الجسدية والجنسية في أثناء الطفولة ارتبط بظهور سمات اضطراب الشخصية العدوانية والشخصية الحدية. وتتعرض النساء المصابات باضطراب الشخصية إلى الوصم والتضييق والعنف بسبب سلوكهن وأفكارهن المختلفة أضعاف ما يتعرض له الرجال⁽¹²³⁾.

الوصف العام لأعراض اضطرابات الشخصية وعلاجها نبينها على النحو التالي، مع التركيز على اضطراب الشخصية الحدية باعتبارها الأكثر تشخيصاً في النساء.

3-10-1 اضطراب الشخصية البارانويد؛ الشكاكة

Personality Disorder Paranoid

تتميز بالحساسية الشديدة تجاه الآخرين، والشعور بعدم الأمان، والشك والغيرة الجنسية، والانشغال بالتفسيرات المؤامراتية للأحداث، وإساءة تأويل كلام الآخرين وملاحظاتهم، وأخذه على محمل شخصي مع صعوبة الثقة بالآخرين حتى الأقربين مثل الزوج والأبناء والإخوة. كما أنها قد تمارس العنف تجاه الأشخاص الذين تشك في ولائهم، مثل بدرية التي سيأتي ذكرها في القسم القادم الخاص بالاضطرابات الذهانية، وبدرية سيدة من دمياط، كانت شكاكة لا تطمئن للآخرين بسهولة ولكن مع انتقالها إلى القاهرة وضغط التغيير عليها تحولت شكوكها إلى ضلالات مركزة على الزوج كما سوف نرى.



3-10-2 اضطراب الشخصية الفصامية: الانطوائية

Personlity Disorder Schizoid

الانطوائية سمة نادرة في النساء، ولكنها تحدث أحيانًا، وتكون المرأة غير عاطفية أو نادرة الانفعال، منفصلة عن الآخرين وتبدو بعيدة ومنسحبة، ونادرًا ما يكون لها أصدقاء، ولا تبدي اهتمامًا بالآخرين، وقليلة الاهتمامات، ويكون عالمها داخليًا وخياليًا على نحو مفرط.



3-10-3 اضطراب الشخصية فصامية النوع: الغامضة Personality Disorder Schizotypal

تعيش في عوالم الماورائيات مثل قراءة الطالع، والسحر، والأعمال، لا تستقر في العلاقات الاجتماعية التي تكون محدودة أصلاً، وتتميز بأنواعٍ من الأفكار والإدراك والسلوك شديدة الغرابة وأحياناً الشاذة، مثل الاهتمام بعالم الجن والتنبؤات، وتكون مستغرقة أغلب الوقت في خيالات ممتلئة بعوالم السحر والحاسة السادسة والتشاؤم والتفاؤل وقراءة الطالع على نحوٍ يؤثر في حياتها وقراراتها.



3-10-4 اضطراب الشخصية العدوانية: العنيفة

Personality Disorder Antisocial

يندر تشخيصه في النساء وتكثر في الرجال، وتصف الشخص البلطجي، وهو الشخص القاسي غير المتعاطف وغير المهتم بالآخرين، وغير المسؤول وسريع التهيج والاشتباكات، وغير القادر على الحفاظ على علاقات طويلة ومستقرة مع تجاهل وانتهاك لحقوق الآخرين. ويعتقد أن هذا الاضطراب يشكّل نسبة كبيرة من المقيمين في السجون بسبب جرائم اعتداء على الآخرين.



3-10-5 اضطراب الشخصية الحدية: العاصفة

Personality Disorder Borderline



يكثر تشخيصه في النساء، يتميز بالاندفاعية وسرعة التحوُّل المزاجي مع غلبة المشاعر السلبية مثل الغضب والخوف والحزن والانفعال المبالغ فيه أو غير المناسب للموقف، والافتقار إلى وضوح واستقرار صورة الذات، مع علاقات حادة مع الآخرين من الانتقال بين أقصى التقارب والإعلاء من شأنهم وأقصى التباعد والحط من شأنهم.

وتكون مشاعرها مكثَّفة ومبالغًا فيها وأحيانًا غير متوقعة، مع تهديدات و/أو أفعال إيذاء النفس مثل تقطيع الجلد أو بلع أقراص دواء، مع صعوبة السيطرة على الغضب، ويميل إلى التفاعل البارانويد (الشكاك) تحت الضغوط. والنساء ذوات الشخصية الحدية يملن إلى أن يكون لديهن اضطرابات الأكل، والاضطرابات جسدية الشكل، والاضطرابات الاكتئابية أكثر من النساء الأخريات مثل سارة ومريم السابق ذكرهما، كما تمثل هند حالة نموذجية لدرجة شديدة من اضطراب الشخصية الحدية.

هند فتاة مهندمة وانفعالية سنها 21 عامًا، تبدو ذكية ومعبرة عن نفسها بكلمات واضحة وقوية، جاءت للعلاج بنفسها بسبب محاولات الانتحار وتقطيع الجلد المتكرر، وقد قالت: "باحس إن مفيش حد يبجنني، حتى أهلي، واللي يبجنوني بيبقى عشان مصلحة، كل ما

أحب حد يطلع حقير وأكرهه موت، حاسة إني مليش لازمة، بكره جسمي، لو زعلت أو عملت حاجة غلط أقعد أقطع فيه بمقصات أو أمواس أو إبر أو أي حاجة. خالي كان بيعمل معايا من صغري وأمي قالت لي إقفلني بقك وماتقوليش لحد، وابعدي عنه عشان مايبهيجش عليكي. غضبي ملوش حدود.. مرة واحد صاحبي مردش على تليفوناتي رحت عملت له فضيحة في الشغل بتاعه. وقطعت كتبتي كذا مرة، وبعدين أرجع أندم. لو صاحبتني مردتش عليّ في التليفون بترب بخاف تسبني وأقعد ازن عليها طول اليوم .. مش باعرف أوقّف نفسي. باحس إن حياتي فاضية تمامًا، نطيت من البلكونة في مرة عشان أومي ظبظتني باكلم واحد صاحبي في التليفون، وبلعت كذا مرة برشام ضغط وسكر ومامتش. بحب الحنية أكثر من الجنس وده بيدخلني في مشكلات كتير مع الولاد، لما كان عندي 14 سنة بنت زميلتي باسّثني في حمام المدرسة وانبسطت ساعتها وقلت أنا ليزيان، وبعدين بقيت باعرف من بوس البنات، ولقيت بوس الولاد أحلى بصراحة، مش عارفة أنا عايضة إيه، بس نفسي أستريح لأني مش باعرف أركز على حاجة، ولا هواية ولا حب ولا حتى صداقة .. الحاجة الوحيدة اللي شاطرة فيها هي الكلية. أهلي أغلى حاجة عندي وهم أكثر ناس باكرههم".

3-10-6 اضطراب الشخصية الهستريونية:

دراما كوين

Personality Disorder Histrionic:

المرأة التي تعيش كأنها على المسرح، صوتها عالٍ وملابسها مبهرجة ومغوية وحضورها الجنسي بارز، مع انفعالات مبالغ، وتسعى لجذب انتباه الآخرين، وترتكز على الإغواء الجنسي، مع التسطيح في المشاعر.



3-10-7 اضطراب الشخصية النرجسية؛ المغرورة

Personality Disorder Narcissistic:

هنا المرأة تشعر بالأهمية المبالغ فيها، مع شعور مفرط بالعظمة، وتعتقد أنها نادرة الوجود ونادرة الجمال ونادرة الخبرات، وتتميز بالأنانية، ولا تستطيع التعاطف مع الآخرين أو تفهم مشاعرهم واحتياجاتهم، ولكن اهتمامها يتمحور حول احتياجاتها الذاتية، وتتوقع دائماً من الآخرين الامتثال لتلك الاحتياجات، وتستغل الآخرين لتحقيقها، وتعتقد أن الآخرين يحسدونها على عظمتها، ومن السهل أن تعلن حقدتها عليهم إذا أغضبوها.



3-10-8 اضطراب الشخصية التجنبية: المتخفية

Personality Disorder Avoidant:

هي المرأة المنسحبة اجتماعيًا، لأنها ترى نفسها أقل من الآخرين، وتشعر بالدونية في وجودهم، ولذلك تتجنبهم رغم رغبتها في الوجود معهم، وتشعر بالتوتر في المواقف الاجتماعية لخوفها من السخرية والإحراج، وتراقب نفسها بإفراطٍ لئلا تخطئ في سلوك ما، وقد ذكرتُ مي في الفصل الثاني، وكان تشخيصها اضطراب الشخصية التجنبية مع قلق الانفصال، بينما ذكرتُ سلمى في الفصل الثالث، وكانت تشخيصها أيضًا قلق الانفصال.



3-10-9 اضطراب الشخصية الاعتمادية: الخائبة

Personality Disorder Dependant:

صاحبة الشخصية الاعتمادية سوف تشعر بالعجز حين تكون وحدها، وتفشل في إدارة حياتها، وتحتاج إلى من يديرها لها، ولذلك تتشبَّث بعلاقات تكون فيها خاضعة منقادة وربما ذليلةً، وتمثل سلمى التي ذكرت في اضطراب قلق الانفصال نموذجاً للشخصية الإعتمادية.



3-10-10 اضطراب الشخصية الوسواسية؛ الكمالية

Personality Disorder Obsessive:



وهي المرأة النمطية الروتينية (المحتنفة) والمنشغلة بالتفاصيل والقوانين والترتيب والتنظيم، والمتفانية في العمل حتى الإتقان، الصارمة التي تعمل حساب كل شيء، وتخطط لكل شيء، المتصلبة في الصواب والخطأ، والبخيلة مادياً وعاطفياً على نفسها وعلى الآخرين حتى الأبناء.

التدخلات العلاجية، ويُستخدَم فيه العلاج النفسي الفردي، ويهدف إلى تبصير الفرد بمشكلاته ونمط اضطرابه، وتدريبه على التكيف، والسيطرة على سلوكه وتنظيم مشاعره. وكذلك العلاج النفسي الجماعي، حيث يستطيع الفرد التعرف على أنماط أخرى من التفاعل، غير ما اعتاده، وذلك في بيئة آمنة تساعد على التطور والسيطرة والتكيف، مع توجيهه من المعالج، والمشاركة من زملائه. ويُعد برنامج العلاج الجدلي السلوكي DBT من أكثر برامج علاج اضطراب الشخصية وخصوصاً الشخصية الحدية، ويستخدم العلاج الدوائي لتقليل من أو معالجة الأعراض المباشرة. فيمكن استخدام مضادات الذهان للحد من العدوانية أو الأفكار البارانونيدية، ومضادات الاكتئاب لمواجهة نوبات الاكتئاب في الشخصية الحدية، ومثبّات المزاج لتقليل التقلبات المزاجية في الشخصية الحدية والهستيرية.

11-3 طيف الفصام والاضطرابات

الذهانية الأخرى: تفكك وتدهور

(Schizophrenia & Other Psychotic Disorders)

في بداية عملي في الطب النفسي وفي أثناء إحدى جلسات العلاج الجمعي في المستشفى النفسي الذي كنت أعمل به، توجهت إحدى المريضات، واسمها ليالي، ناحيتي وضربتني في صدري، وهي تصرخ بغضب "أنت فاكِر نفسك هتهرب من عيالك، أنا هجرجرك في المحاكم"، ولم أكن قد قابلت ليالي أكثر من ثلاث مرات في أنشطة جماعية مع معالجين ومرضى آخرين كما أنها لم يكن قد سبق لها الزواج أصلاً.

الذهان هو اضطراب نفسي شديد، والشخص المصاب به يعاني من اضطراب وخلل في الوظائف النفسية الرئيسة، مثل الإدراك الحسي والتفكير والوجدان والسلوك والحكم على الخطأ والصواب من الأمور، وقديماً اضطراب الإدراك الحسي في شكل إدراك سمعي أو بصري أو شمّي من دون مؤثر خارجي وتُسمّى هلاوس، مثل سماع أصوات من دون مصدر خارجي لتلك الأصوات. ويأتي التفكير المضطرب في شكل كلام غير متماسك أو غير منطقي، مع وجود اعتقادات راسخة غير صحيحة "ضلالات"، ولا يمكن تصحيحها بالدليل، مثل ليالي التي اعتقدت أنني زوجها. أما اضطراب الوجدان فقد يأتي في شكل تقلب سريع في المشاعر بين الغضب والحزن والخوف والاندفاع أو خليط من كل ذلك، أو في شكل تبلّد في المشاعر، وقد يسلك الفصامي سلوكيات غير مناسبة أو مؤذية مثل إهماله في نفسه، أو ممارسة سلوك عدواني غير مبرر.

وقد يكون الاضطراب الذهاني حادًا وقصيرًا يمتد لمدة شهر كما في حالة الذهان الوجيز والذهان الناتج عن تعاطي مواد مخدرة ويُشفى منه المريض سريعًا. وقد يكون الذهان متوسطًا يمتد من شهر إلى ستة أشهر كما في الاضطراب فصامي الشكل، وقد يكون مزمنًا يمتد إلى سنوات كما في حالة الفصام والاضطراب الضلالي، ويستمر العلاج سنوات طويلة. وقد يأتي الذهان تلقائيًا دون عوامل مؤثرة، وقد يأتي تحت تأثير أحداث ضاغطة، وقد يأتي أيضًا مترافقًا مع تعاطي بعض أنواع المواد المخدرة مثل الأمفيتامينات والكوكايين، أو مع إصابات الدماغ. ويوجد مرضى الذهان عادةً صعوبة في معرفة أبعاد اضطرابهم النفسي، ونادرًا ما يلجؤون إلى العلاج من تلقاء أنفسهم، لذلك استدعت تلك الاضطرابات اهتمامًا خاصًا من المهتمين بالصحة النفسية، وهذه الاضطرابات -أكثر من غيرها- تحتاج إلى العلاج في مستشفيات الصحة النفسية.

ورغم أن حدوث الاضطرابات الذهانية في الرجال أكثر مما هو بين النساء، فإن نسب الانتشار متقاربة، ويعزى ذلك إلى معدلات الموت والانتحار الأعلى بين الرجال عنه بين النساء⁽¹²⁴⁾. كما يؤثر الذهان في حياة النساء بطرق مختلفة لأنهن يعانين أكثر من الأعراض الوجدانية، وقد يتعرضن للاعتداءات الجنسية والحمل غير المرغوب، كما أن اضطراب الذهان قد يأتي مع الولادة ومع بعض الأمراض التي تكثر في النساء مثل أمراض المناعة وأمراض الغدد الصماء⁽¹²⁵⁾. وسوف نتعرض بشكل سريع لثلاث أنواع من الذهان في الجزء التالي.

3-11-1 الفصام: تفكك بطيء وتدهور بطيء (Schizophrenia)

وهو اضطراب ذهاني مزمن يمتد من ستة شهور إلى عدة سنوات، ويتميز بوجود هلاوس سمعية، واضطراب شديد في التفكير مع ضلالات شاذة وغريبة. على سبيل المثال قد تعتقد المريضة أن التلفزيون يذيع أفكارها، أو أن شريحة ذكية تم زرعها في رأسها أو أنها إحدى الشخصيات المهمة، و يترافق ذلك مع تدهور في الوظائف النفسية الرئيسية مثل العناية بالنفس، والتواصل، وتأدية المهام الدراسية. ويمكن علاج الفصام إذا تمت التدخلات العلاجية مبكرة وبصورة مكثفة، والتي قد تستمر سنواتٍ. في المقابل، من لا يُعالجن تتدهور حالتهم وأحياناً مع الوقت يفقدون التمييز الضروري بين الجيد والسيئ والمناسب وغير المناسب من السلوك، وأيضاً المؤذي وغير المؤذي من الأشياء، لذلك نرى بعضهن في الشوارع في حالة سيئة، ملابسهن متسخة وغير مناسبة ويتكلمن مع أنفسهن ويأكلن من النفايات أو يتبولن ويتبرزن في الأماكن العامة.

3-11-2 الذهان الوجيز: تفكك سريع وتعافٍ سريع (Brief Psychotic Disorder)

وتشبه أعراض الذهان الوجيز أعراض الفصام، إلا أنها تبرز فجأة وتستمر أقل من شهر، وتتميز بكثرة الحركة والعدوانية والارتباك، وتداخل الواقع مع الخيال والهلاوس المتنوعة السمعية والبصرية مع اضطراب في معرفة المكان والزمان والأشخاص. إضافة إلى الكلام غير المترابط والاضطراب العاطفي الشديد، تحديداً الخوف أو التقلُّب السريع في الحالات العاطفية من الانتقال من البكاء إلى الضحك. يأتي الذهان الوجيز فجأة ويختفي فجأة في أسابيع قليلة أو أقل من

شهر. ولا يحتاج الذهان الوجيز إلى علاج طويل، وقد لا يتكرر، إلا أنه في بعض الأحيان يستلزم الإقامة بالمستشفى حتى تتحسن الأعراض الحادة.

وقد يأتي الذهان الوجيز مع حدث مفاجئ مسبب للضغط، مثل وفاة شخص عزيز أو تغيير مفاجئ في الحياة والظروف البيئية المحيطة مثل الطلاق، بعد الولادة، الإصابة بمرض دماغي أو طبي حاد، أو تعاطي مواد مخدرة مثل الأمفيتامينات والمهلوسات. وفي هذه الحالة، تُسمى أيضًا ذهانًا عضويًا، وقد تأتي حالات الذهان الوجيز دون التعرض لضغوط كبيرة.

3-11-3 الاضطرابات الضالية: تفكك من دون تدهور

(Delusional Disorder)

بدرية تشك وزوجها يبص

كانت بدرية (التي ذكرت في اضطراب الشخصية البارانويد) تعيش في قريتها بمحافظة دمياط منذ خروجها من التعليم وزواجها منذ 40 سنة، ولها ولدان وبنت لكنها انتقلت منذ ثلاث سنوات مع الزوج (57 سنة) والأبناء ليعيشوا في بيت كبير في القاهرة الجديدة. بدرية عاشت عمرها منعزلة اجتماعيًا، لا تختلط إلا بأخواتها وبنات خالاتها وتحذر أبناءها دائمًا من غدر الناس (لم تكن تشعر بأمان تجاه الآخرين)، ومنذ انتقالها إلى القاهرة الجديدة بدأت تخاف من الناس وتعتقد أنهم يترصدون لها، ولا تخبر أحدًا باسمها الحقيقي، ومنذ سنة بدأت تتهم الزوج أنه يبص على الجارات من وراء الستارة ثم يدخل الحمام ليمارس

العادة السرية، وعندما يخرجان معًا تظل تنهره "بطل يا راجل" لاعتقادها أنه يرسل إشارات جنسية إلى البنات في الشارع، ومن ثم صارت مشغولة جدًا بمراقبته إلى درجة أنها تمشي خلفه في الشارع لضبطه متلبسًا، وتوقظه من النوم لأنها سمعته ينادي إحداهن في الحلم، وتحولت حياة الأسرة إلى عذاب دائم، ما جعل الزوج يقترح عليها أن تذهب معه إلى طبيب نفسي ليعالجه من (إدمان البص). وقد تم تشخيصها أنها تعاني من اضطراب ضلالي- نوع الغيرة، وبعد عدة جلسات معها والتصديق على شعورها العميق بعدم الأمان نتيجة للتغير الثقافي الكبير الذي مرّت به، ودون مواجهتها مباشرة بأن ما تعاني منه ضلال، تم الاتفاق معها على وصف دواء لمساعدتها على النوم، ومضاد اكتئاب لتهدئة قلقها ومزاجها الحزين، وتم وصف مضاد ذهان بجرعة صغيرة، على أن تخضع مع الزوج لجلسات علاج نفسي زواجي. وقد اتضح فيما بعد أن الزوج توقف عن ممارسة الجنس مع بدرية منذ عشر سنوات، وأنه بعد مجيئهم إلى القاهرة كان ينظر كثيرًا إلى السيدات في الشارع لغرابة ملابسهن ولندرة ذلك في قريته، كما أن بدرية كانت تفتقد حياتها الاجتماعية الغنية بالقرية، ومع انشغال أبنائها بالعمل والدراسة جعلها تركز على زوجها للحصول على شعورها بالأمن. وبعد التحسن ومع التوجيه العلاجي وحضور المجموعة العلاجية الخاصة بالسيدات الكبيرات (الهوانم) بدأت تعمل علاقات جيدة مع الجيران، وتستعيد ثقتها في زوجها ومحيطها الاجتماعي.

إذن الاضطراب الضلالي "التوهمي" هو اضطراب ذهاني يكون العرض الرئيس فيه وربما الأوحده هو وجود ضلال، وتستمر الحالة عدة شهور أو سنوات. والضللال هو اعتقاد ثابت في فكرة أو مجموعة أفكار تتناقض مع الواقع والمنطق، ولا يمكن إرجاعها إلى ثقافة المريضة. والمزاج في هذه الحالة يتوافق عادةً مع محتوى الضلال، فإذا كان "ضلالاً اضطهادياً" شعرت المريضة بالخوف والحزن (مثل السيدة بدرية)، وإذا كان "ضللال عظمة" كان مزاجها منتشياً. كما أن شخصية المريضة تحافظ على تماسكها ما دامت بعيدة عن موضوع الضلال، مثل السيدة بدرية التي لم تتوقف عن تأدية مهامها كست بيت وكأم وجددة، وكانت تستقبل أهلها بكل الحفاوة والكرم، وتشكر في زوجها أمامهم، لكنها عندما تخلو إلى زوجها أو أبنائها تبدأ الشكاوى. ويأتي هذا الاضطراب في أنواع متعددة منها؛ ضلال الاضطهاد؛ أي الاعتقاد أنها تُعامل معاملة سيئة أو أن الآخرين يضطهدونها، ويتعمدون إيذاءها أو السخرية منها أو مراقبتها. وضلال العشق؛ أي الاعتقاد بأن شخصاً ما -عادةً من مستوى اجتماعي أعلى أو أحد المشاهير والنجوم- في علاقة حب معها، وضلال العظمة؛ هنا تعتقد المريضة أنها تمتلك ثروة هائلة أو جمالاً خاصاً أو موهبة فائقة أو أنها ابنة أحد الملوك أو أنها شخصية مميزة أو على علاقة بشخصيات نافذة، مثل شخصية علي بيه مظهر في مسلسل علي بيه مظهر للممثل محمد صبحي، وأخيراً هناك ضلال الغيرة مثل حالة بدرية السابقة.

التدخلات العلاجية:

تعالج الاضطرابات الذهانية أساساً بالأدوية المضادة للذهان، وفي حالة وجود اضطراب وجداني مصاحب مثل نوبات اكتئاب أو تقلب مزاجي يمكن إضافة مثبتات مزاج، وفي الحالات التي ترفض العلاج أو يُخشى من خطرهما على النفس أو الغير يمكن إيداعها مستشفى

للأمراض النفسية حتى تهدأ الأعراض النشطة وتحسّن بصيرة المريضة واستجابتها للعلاج. ويجب الانتباه إلى أن مضادات الذهان ترفع نشاط الهرمون اللبني في المخ مما يؤثر في الدورة الشهرية، كما يجب مراعاة جرعة الأدوية ونوعها في حالة الحمل وقبل الولادة. من ناحية أخرى لا غنى عن جلسات العلاج النفسي التأهيلي، سواء الفردي أو الجماعي التي تحسّن من بصيرة المريضة ومهاراتها الاجتماعية، وتقلل من شعورها بالغرابة والوحدة، وتحسّن من قدراتها التنفيذية سواء في إدارة حياتها الخاصة أو الحياة المهنية.

الفصل الرابع

صحة المرأة النفسية والأمراض الجسدية

(جت لي الذئبة لما عرف ستات عليّ)

منى



1-4 صحة النفس وصحة الجسد: تبادل منافع وتبادل أضرار.

تقول "منى" المصرية السعودية التي ذكرناها سابقاً:
قبل المرض كنتُ شعلة مولعة، باعمل كل حاجة؛ أشوف
احتياجات بابا وجوزي، وأشوف مشكلات إخواتي
وأولادهم، وأشتغل وأخرج وأسافر، كانت حياتي ملو
الدنيا...بعد "الذئبة" اتكسرت، بقيت مريضة، وجاني
بعدها السكر والاكتئاب.



يعتقد الكثيرون خطأً، حتى بين الأطباء أنفسهم، أن صحة النفس وصحة الجسد عالمان منفصلان، وأن صحة النفس ليست أولوية صحية مثلها مثل الأمراض الجسدية الخطيرة، وأن أهميتها تكمن في معالجة الهموم، وتحقيق رفاهية الإنسان. لكن الحقيقة هي أن صحة الجسد وصحة النفس تتبادلان التأثير الضار والتأثير المفيد مثلما يتأثر القلب بالكلى وتتأثر الكلى بالقلب، وذلك لأن الاضطرابات النفسية قد تؤدي إلى أمراض جسدية أو تفاقم منها، كما أن الأمراض الجسدية قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية أو تفاقم منها بدليل أن مجرد تشخيص سرطان الثدي قد يصيب النساء باضطراب الكرب ما بعد الصدمة. بل إن الأمراض الجسدية الخطيرة تنتشر أكثر بين المصابين باضطرابات نفسية، إلى درجة أن الاضطرابات النفسية الشديدة تقصر عمر الإنسان ما بين 13 إلى 30 عامًا، واتضح أن 60% من أسباب الوفيات تكون أمراضًا جسدية مثل: أمراض القلب والأوعية الدموية، فرط الدهون في الدم، ارتفاع ضغط الدم، مرض السكر، بالإضافة إلى السرطان واضطرابات الكلى والتهاب الكبد وفيروس نقص المناعة البشري ومرضه الإيدز الذي ينتقل بسبب تشارك استخدام الإبر بين المدمنين وبسبب ممارسة الجنس غير المحمي. والكثير من تلك الأمراض الجسدية تبدأ بمرض نفسي أو سلوكٍ مضطرب⁽¹²⁶⁾.

ولكي نفهم التأثير المتبادل بين صحة النفس وصحة الجسد، علينا أن نعرف أن الجهاز المسؤول عن استقبال الأحاسيس من الجسد وتنظيمها وإنتاج وإدارة مشاعرنا وتنظيم النشاط الهرموني في أجسادنا يُسمى النظام الحشوي (Limbic System) وهو مجموعة من المراكز العصبية التي تقع في عمق المخ في المنطقة الواقعة بين قشرة المخ وجزء المخ، وتقوم باستقبال وتنظيم الأحاسيس والمشاعر وإدارة الغدة النخامية، وهي ما يسترو النظام الهرموني في أجسادنا، في منظومة شديدة الدقة والتعقيد.

يؤدي هذا العضو دورًا بدائيًا ورئيسيًا في تنبيهنا وحمايتنا من الأخطار، وهو أقدم تطورًا من فص المخ الجبهي الواقع في قشرة المخ خلف عظام الجبهة، والمسؤول عن التفكير واتخاذ القرارات، ولذلك يكون تأثير مشاعرنا التي تصدر عن النظام الحشوي أقوى عادة من تفكيرنا الذي يأتي من الفص الجبهي. على سبيل المثال عندما تلتقط حواسنا إشارات مؤلمة تثير شعوري الخوف والغضب فإن ذلك ينشط جهاز الخطر في النظام الحشوي، الذي يثير زيادة إفراز هرموني الكورتيزون والأدرينالين، والذي يجعلنا نشعر بالخوف أو الانقباض أو الغضب حتى قبل أن تصل إلى وعينا إشارات الخوف تلك أو أن نعرف حقيقة التهديد الذي يخيفنا. ورغم أن هذه الآلية لها دور في حمايتنا من أخطار حقيقية، فإنها تدفعنا أحيانًا إلى الخوف أو الغضب في أوقات غير مناسبة، أو استجابة لأخطار خيالية أو غير حقيقية، وقد تنشط لوقتٍ طويل أو بشدة غير مناسبة تتسبب لنا في الكثير من الأضرار كما يحدث مع اضطرابات القلق، حيث يتسارع القلب، ويرتفع ضغط الدم وكذلك السكر في الدم، وتضطرب أجهزة الجسم الأخرى.

وهكذا عندما تضطرب الحالة النفسية تضطرب المشاعر ويضطرب معها النشاط الهرموني في الجسم. على سبيل المثال في حالات الغضب والحزن والخوف، وهي حالات تمر بها النساء كثيرًا، تزداد هرمونات الخطر مثل الكورتيزون والأدرينالين، مما يعني انخفاض المناعة، وتعرض الجسم لاحتمالات الإصابة بالأمراض الفيروسية والبكتيرية، وكذلك ارتفاع السكر والدهون، وتتناقص سيولة الدم مما يعني احتمالات الإصابة بالسكر وتخثر الدم. من ناحية أخرى فإن الإستروجين (هرمون الأنوثة) الأكثر نشاطًا لدى النساء عن الرجال، والذي يزداد إفرازه في أيام التبويض من الدورة الشهرية وفي أثناء الحمل، هذا الهرمون له دورٌ مهمٌ في تقوية جهاز المناعة عند النساء وحمايتهن

من الفيروسات لإعدادهن لمرحلة الإخصاب ثم الحمل الطويل، لكنه في بعض الحالات يزيد من النشاط المناعي إلى درجة الاضطراب والإصابة بالأمراض المناعية، وهو ما قد يفسر انتشارها أكثر عند النساء منها عند الرجال، وفي حالات انقطاع الحيض ينخفض الإستروجين، ويزداد التعرُّض للإصابة أيضًا بالأمراض الفيروسية والبكتيرية، وكذلك تزداد الدهون في الجسم واحتمالات الإصابة بأمراض القلب⁽¹²⁷⁾.

وفي هذا الفصل سوف نتعرِّض لتلك العلاقة المرَّكبة بين صحة المرأة النفسية وصحتها الجسدية بطريقة تبسيطة تسهّل عليكِ التعرف على أكثر الأمراض الجسدية التي قد تتأثر بحالتكِ النفسية، أو التي تؤثر في حالتكِ النفسية، أو التي تأتي في شكل أعراضٍ نفسية مع الإرشادات الضرورية.

4-2 أمراض القلب وشرايينه: انكسار القلب

تُعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية (CVD) السبب الرئيسي لوفاة الإنسان، وتسبب كذلك إعاقات كبيرة⁽¹²⁸⁾. وبينما يحمي هرمون الأنوثة (الأستروجين) النساء من تلك الأمراض في حياتهن الإنجابية، فإنه عندما ينخفض بعد انقطاع الحيض تكون النساء أكثر عُرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي (CAD)، وذلك إذا ترافق هذا النقص مع عوامل أخرى أهمها الصحة النفسية السيئة. على سبيل المثال تزداد تلك الأمراض في النساء اللائي يعانين من سمات العصاوية مثل العدوانية وسرعة الغضب وسرعة الضيق والقلق والانفعالات الحادة وسلوك الكمالية، ويزداد كذلك في بعض الحالات النفسية مثل التعرُّض إلى الإجهاد النفسي المزمن والاكْتئاب والقلق. وتؤدي كلُّ تلك الحالات إلى ارتفاع ضغط الدم، وتسارع نبض القلب، وارتفاع الدهون في الجسم، وكلها عوامل تساهم في أمراض القلب والأوعية

الدموية. وعلى العكس من ذلك، ارتبطت سِمات المرح وروح البساطة والتلقائية بانخفاض مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية وخطر الإصابة بالسكتة الدماغية⁽¹²⁹⁾، ويمكن القول إن الحالة النفسية للنساء هي نذير وبشير لما ستؤول عليه صحة قلوبهن في المستقبل.

انكسار القلب:

وهو من الظواهر المثيرة في الاكتئاب والقلق واضطرابات نفسية أخرى حيث يعاني الأشخاص من أوجاعٍ جسدية شديدة تخص منطقة الصدر، وهي أوجاعٌ حقيقية، وقد ثبت أن مراكز الألم في المخ تكون نشطة في أثناء تلك الأوجاع، بل إن 30% من جميع استشارات طوارئ القلب يكون مصدرها نفسياً فقط دون وجود مرضٍ عضوي، ويكون أكثر المرضى من النساء الشابات، وبعضهن في منتصف العمر. وتأتي الأعراض في شكل خفقان القلب وآلام الصدر والنغزة القلبية والنغزة الصدرية، هذه الأعراض قد تأتي مع بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب. وفي دراسة أخرى كان ما يقرب من 58.7% من جميع شكاوى آلام الصدر هي في الأصل اضطراب نفسي، مثل "القلق" أو "الهلع" أو "ألم في الصدر لسبب غير معروف"⁽¹³⁰⁾، وأغلب هؤلاء المرضى كانوا من النساء، كأن قلوبهن تحذرن وتدفعن إلى الاهتمام بصحتهن النفسية.

نشاط في السيمفونية الهرمونية

كانت "سمية" البالغة من العمر 35 عامًا، والأم لثلاثة أطفال قد عادت من السعودية بعد أن ظلت تعاني -لمدة عام- من الخمول والنعاس والبكاء والمزاج السيئ، ولمّا لم تستجب لمُضادات الاكتئاب التي وصفها الأطباء هناك، وتدهورت حالتها أكثر، وأصبحت غير قادرة على رعاية بيتها وأطفالها قرر الزوج أن يعود بها إلى مصر لكي تقوم الأم برعايتها ورعاية الأطفال. وعندما جاءت "سمية" إلى العيادة اكتشفت أن وزنها زاد 60 كج في أقل من عام، وطلبت تحاليل مختلفة لأكتشف الضعف في نشاط الغدة الدرقية.

تنتج الغدة الدرقية هرمون الثيروكسين الذي ينظم الكثير من وظائف الجسم الحيوية مثل التمثيل الغذائي والنمو والحفاظ على الأنسجة. وتصيب أمراض الغدة الدرقية 2% من عامة السكان، و5% من النساء، و فقط 1% من الرجال⁽¹³¹⁾. وتأتي اضطرابات الغدة في نوعين إما زيادة في إفراز الثيروكسين وإما نقصان في إفرازه. وتأتي الأعراض النفسية للزيادة في شكل العصبية والأرق وفقدان الوزن، بينما النقصان في شكل اكتئاب وخمول ونوم المفرط وبطء التفكير وزيادة في الوزن. ولأن الاكتئاب هو أحد الأعراض الرئيسية لنقص الهرمون إلى درجة أن الجمعية الأمريكية لأطباء الغدد الصماء أوصت بأن يتم فحص الغدة الدرقية لدى كل مريض بالاكتئاب، وهو ما لا يحدث عادة، كما كان الحال مع "سمية"، لكن الاكتئاب قد يأتي أيضًا مع زيادة نشاط الغدة الدرقية، حيث يصيب 31-69% من النساء المصابات به، كما أن 60% من المصابات بزيادة النشاط يعانين من

اضطرابات القلق واضطرابات النشاط الجنسي⁽¹³²⁾. فإذا كانت المرأة تعاني من اضطراب الغدة الدرقية ومعها اكتئاب أو قلق سوف تعالج أولاً من اضطراب الغدة الدرقية، قبل التفكير في العلاج النفسي، فإذا استمرت الأعراض النفسية على الرغم من علاج الغدة، فإن العلاج النفسي سيكون مطلوباً بشكلٍ متزامن مع علاج اضطراب الغدة. من ناحية أخرى فإن أملاح الليثيوم التي تعالج الكثير من الاضطرابات النفسية، ومنها الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وبعض أنواع الاكتئاب والانتحار، قد تسبب حدوث اضطراب في الغدة الدرقية بالزيادة أو النقصان، وبالذات في النساء، ولذلك لا يمكن وصف الليثيوم لمريضة نفسية دون متابعة وظائف الغدة الدرقية، كما لا يمكن إهمال نشاط الغدة الدرقية إذا كانت تعاني من الاكتئاب أو القلق⁽¹³³⁾.

4-4 مرض السكر: الاكتئاب والسكر رفيقا طريق

مرض السكر نوعان، ويحدث عن طريقين؛ إما عدم كفاية إفراز هرمون الأنسولين، وهذا هو النوع الأول، ويصيب الأطفال والمراهقات، أما النوع الثاني فيأتي من مقاومة الخلايا للأنسولين، ويصيب النساء الراشداً أكثر مما يصيب البنات الصغيرات. وعلى الرغم من أن مرض السكر -عموماً- يصيب الرجال أكثر من النساء، فإن النوع الثاني منه يصيب النساء أكثر من الرجال، كما أن اضطراب الحالة النفسية وما يتبعها من نشاز هرموني يكون لها دورٌ أكبر في تطور المرض في النساء⁽¹³⁴⁾، حتى إن معدل انتشار الاكتئاب بين النساء المصابات بالسكر نحو 29%، أي أكثر مرتين من عامة السكان، حتى إنني في الآونة الأخيرة، وبعدما شاهدت من ترافق الاكتئاب والسكر مع النساء في العيادة، أصبحت أطلب من كل مصابة بالاكتئاب تحليل السكر في الدم. وينتشر مرض السكر أيضاً بين المريضا المصابات

بأمراضٍ نفسية شديدة مثل الفصام. من ناحية أخرى لوحظ أن مرض السكر يتحسن، وتنخفض مضاعفاته إذا تم ضبط الاضطرابات النفسية المصاحبة له، أو إذا تحسّنت الحالة النفسية بشكلٍ عامّ.

5-4 مرض السمّنة: خوف النساء المزمّن:

مع المراهقة، وربما قبلها تبدأ النساء خوفها المزمّن من السمّنة، وتستمر تلك المخاوف حتى آخر العمر، ورغم أن السمّنة تخيف الرجال والنساء معاً، فإن انشغال النساء بها يكون أكبر. وتحدث السمّنة بسبب عدم التوازن بين استهلاك الطاقة الغذائية وإنفاقها، أي نسبة الطاقة المضافة إلى الطاقة المستنزفة، لكن بالطبع الأمر أكثر تعقيداً من ذلك؛ إذ تتدخل عوامل عديدة وراثية وعرقية وثقافية ونفسية متنوعة. تنتشر السمّنة كذلك لدى النساء أكثر من انتشارها لدى الرجال، كما أن أكثر من 80% من المرضى الذين خضعوا لجراحات السمّنة كانوا من النساء⁽¹³⁵⁾. ويُعتبر الحمل وانقطاع الحيض من مخاطر مسببات الإصابة بالسمّنة. تؤثر السمّنة في النساء من جهاتٍ عدة؛ من ناحية، السمّنة تقلل من قبول المرأة لنفسها، وتضعّب الحركة الجسدية وإمكانية التنقل، وتزيد التوتر وتضر صورة الذات، وتقلل النشاط الجنسي بسبب شعور المرأة بنقصٍ في جاذبيتها، وتقلل نوعية وعدد العلاقات مع الآخرين، إجمالاً تقلل من جودة حياة النساء. ومن ناحية أخرى، كما رأينا في الفصل الفائت، تنتشر اضطرابات الأكل في النساء أكثر من الرجال، كما أن بعض الأدوية النفسية تؤدي إلى السمّنة أكثر في النساء، وكذلك تميل النساء المضطربات نفسياً إلى تناول أطعمة ذات سعرات حرارية عالية أكثر من الرجال في حالات القلق والاكتئاب. وهكذا يمكن وصف علاقة السمّنة بالاضطرابات النفسية بالدائرة المفرغة؛ فمن ناحية السمّنة قد تؤدي إلى صعوباتٍ نفسية تؤدي إلى مزيدٍ من الإقبال على الأكل

ومزيد من السمنة، وإذا تفاقمت الصعوبات النفسية، وأخذت المرأة أدوية نفسية، فرمما تزداد السمنة وتزداد الحالة النفسية سوءاً، وهكذا في دائرة مفرغة من التفاعلات السلبية، ولذلك يجب أن تنتبه النساء أولاً إلى خطر السمنة على صحتهن بشكل عام، وعلى صحتهن النفسية خصوصاً، ولا يمكن أبداً تجاهل السمنة عند اللجوء إلى العلاج النفسي، وعلى النساء أن يتناقشن مع أطبائهن بخصوص الأدوية النفسية عند مواجهة الأزمات النفسية، لأن كليهما يشكّلان خطراً للإصابة بالسمنة.

4-6 أمراض المناعة: حرب أهلية

كما عانت "منى" المصرية السعودية من الذئبة الحمراء والاكثئاب معاً، عانت "أحلام" المصرية السودانية من مرض التصلب المتعدد ونوبات الهلع معاً.

أمراض المناعة هي تلك الأمراض التي يفشل فيها جهاز المناعة في التعرف على خلايا الجسم، ويعاملها معاملة الغرباء، ومن ثم يبدأ في إنتاج أجسام مضادة تطارد خلايا الجسم كأنها في حرب أهلية مما يسبب العديد من الأمراض. ومن أمثلة أمراض المناعة؛ مرض الغدة الدرقية ومرض السكر والقولون التقرحي وأمراض جسدية عديدة أخرى كلها تحدث بنفس الطريقة، ولكن أشهرها تأثيراً في النساء هو مرض الذئبة الحمراء ومرض الروماتيزم والتصلب المتعدد.

مرض الذئبة الحمراء هو مرض مناعي مزمن، يصيب الكثير من أجهزة الجسم مثل الكبد والكلى والمخ والأعصاب والمفاصل والجلد، وينتشر بصفة رئيسية في النساء بنسبة 10 نساء مقابل كل رجل مصاب، وينتج عنه أعراض صحية ونفسية متعددة الأشكال⁽¹³⁶⁾. وتشدد الأعراض قبل نزول الدورة الشهرية وفي أثناء الحمل. ويزداد الاكتئاب بين مريضات الذئبة الحمراء، وقد يسبب المرض أيضاً الذهان

ونوبات خلل الإدراك. من ناحية أخرى وُجد أن تطور المرض بالسوء أو التحسُّن يرتبط بالحالة النفسية للمريضة لذلك يكون الاهتمام بالنساء المريضات ورعايتهن نفسيًا شديد الأهمية لعلاج مرض الذئبة الحمراء⁽¹³⁷⁾. مرض التصلُّب المتعدد (MS) هو مرض مناعي آخر يصيب الأعصاب، ويحدث بسببه تقشر في غلاف المادة البيضاء، وهي الموصلات العصبية داخل الجهاز العصبي، وذلك مع ميل إلى مهاجمة الأعصاب البصرية والمخيخ وجذع الدماغ والحبل الشوكي. ويأتي المرض في صورة نوباتٍ من النشاط والكمون، يصيب النساء أكثر من الرجال، كما أن النوع المتعدد الانتكاس منه يصيب النساء أعلى مرتين من الرجال⁽¹³⁸⁾. ويبدأ هذا المرض عادةً بين عمري 20 و40 عامًا، وهي سنوات الازدهار لدى أغلب النساء. أكثر من نصف المريضات يعانين من أعراض الاكتئاب، التي يكون من الصعب أحيانًا تمييزها عن أعراض التعب والألم التي غالبًا تأتي مع المرض. كما أن عددًا غير محددٍ يعانين من اضطرابات القلق والصدمة، بسبب تكرار النوبات المرضية، وتوقع تكرارها، وعدم معرفة أين ستضرب من أجهزة الجسم في المرة القادمة. وأغلب المصابات يحتجن إلى مضادات اكتئاب وعلاج نفسي منتظم يساعدهن على التكيف مع المرض وهجماته غير المتوقعة، وقد عانت "أحلام" المصرية السودانية مريضة التصلب المتعدد من نوبات الانتكاس والكمون حتى جاءت العيادة، وبدأت العلاج النفسي، لكنها لم تستفد كثيرًا من العلاج النفسي، وبعد بحثٍ استقرت على برنامج يوجا متخصص لهكذا حالات حتى أصبحت إحدى المتخصصات فيه، وقامت بمساعدة العديد من المريضات عبر ذلك البرنامج الذي ساعدهن على الحفاظ على التوازن الحياتي والنفسي المطلوب لمثل تلك الأمراض.

4-7 أمراض الجلد: ارتباك في خط الدفاع

أذكر أن إحدى المريضات كلما مرّت بحالة خوفٍ أو ضغطٍ نفسي شديدٍ احمرّ الجلد على نصف جسمها الأعلى، وبدا كأنها أصيبت بحرقٍ شمسي، ومع تكرار التعرض والتحسّن يترك الحرق بثوراً على المناطق المصابة.

الجلد هو العضو الأكبر في جسم الإنسان، يغطي في المتوسط مساحة 2 متر مربع، ويشكّل 15% من وزن الجسم، وهو خط الدفاع الأول في حماية الجسم وتنظيم حرارته، وهو كذلك أساس مظهرنا الخارجي، والواجهة الأولى التي نتقدم بها للعالم لتعريف أنفسنا. وتواجه النساء ضغوطاً اجتماعية وثقافية تتعلق بمظهرهن الخارجي أضعاف ما يواجهه الرجال، حيث يتم ربط قبولهن وتقديرهن وتقييمهن -بشكل كبير- بمظهرهن الجمالي الخارجي، وتركز الكثير من المواد الثقافية والدعائية على الجلد والبشرة خصوصاً للنساء، لذلك يعاني الجلد مع النساء أكثر مما يعاني مع الرجال، لأنهن ينشغلن كثيراً جداً به وبعنايته وتنعيمه وتجميله، ويخضن عمليات علاجية وجراحية عديدة لتعديل وتجميل وضبط ما يرونه ضرورياً من بشرتهن، أو من أجل مقاومة مظاهر التعب والمرض والتقدم في العمر، وقد يصل هذا الانشغال إلى مستوى الاضطراب النفسي ويُسمّى "اضطراب تشوّه صورة الجسم"، وهو أحد الاضطرابات الوسواسية التي ذكرت سابقاً، وقد يصل الأمر ببعض النساء إلى الامتناع تماماً عن الخروج من المنزل بسبب عدم رضائهن عن بشرتهن مثل حالة "ديما" السورية التي ذكرت في الفصل الثالث في اضطراب تشوّه صورة الجسم، أو بسبب تقدمهن في العمر. كما أن الجلد قد يكون ضحية المرض النفسي مثل اضطراب نزع الجلد، وكذلك تقطيع الجلد في اضطراب الشخصية

الحدية. ومن المفيد أن نعرف أن العلاقة بين الجلد والجهاز العصبي علاقة قديمة لأن كلا الجهازين قد تطوّرا من خلية جنينية واحدة، ثم انقسما إلى عضوي الجلد والأعصاب، وكأنهما استمرّا في التواصل بعد الانفصال، وما يحدث داخل الجهاز العصبي من تقلبات نفسية يؤثر في الجلد، وما يحدث على الجلد يُنقل إلى الجهاز العصبي، ويؤثر فيه. ويمكننا أن نعتبر الجلد مرآة تنعكس عليها حالتنا النفسية.

كما أن النساء قد يواجهن مشكلات جلدية خاصة متعلقة بالهرمونات والعوامل البيولوجية، مثل تغيرات الدورة الشهرية والحمل وانقطاع الحيض، وإجمالاً قد يأتي شكل العلاقة بين اضطراب الجلد واضطرابات الصحة النفسية في ثلاث فئات على الأقل:

1. الاضطرابات النفسية التي تثير أو تفاقم أمراضاً جلدية: مثل الأكزيما، وحَب الشباب والصدفية، والتهاب الجلد وداء الثعلبة، والأرتكاريا.

2. اضطرابات نفسية في شكل أعراض جلدية: مثل اضطراب "تشوه صورة الجسم"، واضطراب "نتف الشعر" و"نزع الجلد"، وضلالات وجود رائحة كريهة للجسم، و"الاضطراب المفتعل" (وتم شرحها جميعاً في فصل الاضطرابات النفسية).

3. اضطرابات الجلد التي تؤثر في الصحة النفسية مثل تلك الاضطرابات التي تشوّه شكل الجسم (مثل حَب الشباب، داء الثعلبة، البهاق) التي تؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والرهاب الاجتماعي.

وهكذا فإن أمراض الجلد يمكن أن تسبّب ضرراً نفسياً كبيراً، مثل سهولة الشعور بالضييق والغضب، وعدم تقبّل الذات والقلق الاجتماعي والوصمة الاجتماعية، وكلها تؤثر في أداء المرأة، وتضعف ليس فقط من تفاعلاتها الاجتماعية، ولكن أيضاً الإحساس بالأمان

والعلاقات الحميمة، وقد يتسبب في مشكلات جنسية أيضاً، وإجمالاً يضعف الشعور بجودة الحياة⁽¹³⁹⁾.

ولذلك تكون العلاقة بين الأمراض الجلدية والاضطرابات النفسية علاقة تبادلية في الاتجاهين، حيث قد يؤدي مرضٌ جلدي إلى اضطراب نفسي، وقد يؤدي اضطراب نفسي إلى مرضٍ جلدي، وقد يؤدي كل واحد منهما إلى تفاقم الآخر، كما أن الأدوية النفسية وأدوية الجلد تتبادلان التأثير، وعلى سبيل المثال: بعض مضادات الاكتئاب ومضادات الصرع مفيدة لعلاج الأمراض الجلدية، لكن بعض الأدوية النفسية -مثل الليثيوم- يمكن أن تعجل أو تفاقم مرض الصدفية، وبعض مضادات الصرع يمكن أن تثير نوعاً خطيراً من الحساسية الجلدية، وقد يثير دواء الإيزوتريتينون الشائع استخدامه في علاج حب الشباب مضاعفات نفسية مثل الاكتئاب والسلوك العدواني والانتحار.

4-8 أمراض الجهاز الهضمي: صداع في القولون

"لما بسمع صوته بطني بتوجعني".

"برجع لما انفعل، سواء كنت بضحك أو بعيط".

"لما بخاف بيجيلي إسهال".

العلاقة بين اضطرابات الجهاز الهضمي والاضطرابات النفسية متشابكة، وتأتي من أوجه عدة؛ من ناحية، الحالات النفسية المضطربة، مثل القلق أو الحزن، تثير جهاز الخطر في الجسم (Sympathetic Nervous System)، الذي يعطل الكثير من الوظائف، وأهمها الجهاز الهضمي، وذلك استعداداً لمواجهة الخطر المتخيل. الأمر الذي يؤثر في حركية الجهاز الهضمي، ويقلل من عتبات الألم مما يزيد من الشعور بأوجاع الجهاز الهضمي، ويزيد من التهاب الأمعاء، ويزيد من إفراز

الأحماض في المعدة، ويؤدي إلى أعراض هضمية، مثل الحموضة والإسهال والانتفاخ والغثيان وعدم الراحة المعوية. من ناحية أخرى، يمكن أن تؤدي أمراض الجهاز الهضمي المزمنة إلى القلق والاكتئاب والضييق العام الذي -بالتالي- يعود ليؤثر في حركة الجهاز الهضمي، وهكذا في دائرة مفرغة من التأثير السلبي. من ناحية أخرى فإن كثيراً من النساء يعبرن عن الاضطرابات النفسية بأعراض تخص الجهاز الهضمي مثل المغص والقرف والغثيان والقيء والحموضة، كما أن القولون والمبايض والرحم متقاربون جداً إلى درجة أن كثيراً من أعراض "تكدر الدورة الشهرية" تتركز في الجهاز الهضمي مثل الإسهال والقرف والغثيان⁽¹⁴⁰⁾. ومن أكثر اضطرابات القولون المتعلقة بالصحة النفسية بروزاً هي "متلازمة القولون العصبي" وهو اضطراب القولون ذو الخلفية النفسية، وينتشر في العالم بين 10%-15% من السكان، ويؤثر في النساء بنسبة تصل إلى ضعف عدد الرجال المتأثرين به⁽¹⁴¹⁾. وغالباً ما تظهر معه أعراض ليس لها علاقة بالجهاز الهضمي، تتضمن تكدر الدورة الشهرية، وعسر الجماع، وزيادة وتيرة التبول والإلحاح على التبول، وآلام الجسم، وتصاب قرابة نصف المريضات بأمراض نفسية مصاحبة، وخاصة الاكتئاب واضطرابات القلق.

كما أن النساء اللائي يعانين من أعراض الجهاز الهضمي المزمنة، مثل آلام البطن، والإسهال، وانتفاخ البطن، والخوف من سلس البراز، تتأثر حالتهم النفسية وخصوصاً صورة الجسم والوظيفة الجنسية. وكلما زاد عدد الأعراض الجسدية، زادت درجة الضيق النفسي، وتكون النساء هن الأكثر عرضة لهذه التأثيرات، وخصوصاً بعد انقطاع الحيض. من ناحية أخرى تؤثر الصحة النفسية والإجهاد في ظهور وتطور مرض القولون العصبي ومرض القولون التقرحي، وهو مرض مناعي خطير أيضاً⁽¹⁴²⁾.

4-9 الأورام: زلزال الجسد

بعد إزالة ثديها الأيسر جاءت هاجر إلى العيادة للشكوى: بقيت أخاف أبص لنفسي في المرآة، لما إيدي بتيجي صدفة على مكان العملية جسمي كله بيترعش، بعد المرض بقى عندي عزوف، وحتى القرآن معدتش قادرة أحفظه.

مع تقدّم العلوم الطبية أصبح من الممكن علاج وإنقاذ حياة امرأتين من كل ثلاث نساء مصابات بالسرطان، رغم ذلك ما زال هذا المرض هو السبب الثاني للوفاة بين النساء في العالم. والأنواع الرئيسية للسرطان بين النساء باستثناء سرطان الجلد هي سرطان الثدي (41%)، وسرطان القولون (16.8%)، والرئة (11.3%)، وسرطان عنق الرحم والرحم (11.6%)، والمبيض (5.8%)⁽¹⁴³⁾. السرطان مرض مرعب وأحياناً قاتل، لذلك فإن مجرد تشخيص السرطان قد يؤدي إلى إصابة المرأة باضطراب "كرب ما بعد الصدمة" ضمن اضطرابات نفسية عديدة، إنه يؤثر في الأداء العام، وصورة الذات، والرغبة الجنسية، ويثير الخوف من الموت والهجران، والقلق بشأن الخصوبة والإنجاب والوضع المالي، مما يؤثر في العلاقات الزوجية والعائلية والعمل.

وقد وُجد أن السرطان الذي يصيب الثدي والقولون والمستقيم هو الأكثر ضرراً على صورة الجسد، وثقة المرأة في جاذبيتها، وقد وُضعت برامج علاجية مخصّصة لمساعدة المرأة على تقبّل جسمها بعد السرطان، والتعامل معه ومع جمالياته الجديدة، وكذلك كيفية تجميله، وخصوصاً الأنواع التي تؤثر في النشاط الجنسي والاستمتاع به⁽¹⁴⁴⁾. نصف مريضات السرطان يعانين من اضطرابات نفسية، مثل القلق والاكتئاب والتغيّر في سمات الشخصية، بسبب صعوبة التكيف مع المرض، كما أن 10-15% منهن يعانين الاكتئاب الشديد، ونحو 10%

من الهذيان. كما أن مريضات السرطان لديهن معدلات انتحار أعلى من عامة الناس، ويكون الألم غير القابل للسيطرة هو العامل الرئيسي وراء الانتحار في مثل تلك الحالات⁽¹⁴⁵⁾.

كل هذه التأثيرات النفسية، وعلى الرغم من ارتفاع معدل انتشارها، لا تزال غير منتبه لها، وغير معالَجة، ويتم التغافل عنها بسبب تركيز الأطباء على علاج السرطان وإنقاذ حياة المريضة، رغم أن الانتباه المبكر للاضطرابات النفسية ومعالجتها أمرٌ ضروري، ليس فقط للحفاظ على حياة المريضة، ولكن لمساعدتها على متابعة حياتها ببهجة وفعالية ورفاه نفسي. التدخلات:

رغم أن الرعاية النفسية أصبحت جزءاً أساسياً من برنامج الرعاية الطبية الموجه إلى النساء اللائي يعانين من أمراض خطيرة أو مزمنة، عادت هاجر إلى بيتها، ومثلها آلاف النساء، بعد جراحة سرطان الثدي مباشرة دون أن يسألها الجراح إذا كانت في حاجة إلى مراجعة نفسية أم لا.

ومؤخراً أصبح التدخل النفسي مرافقاً للتدخل الطبي، ويعتمد على نوع المرض الجسدي الذي تعانيه المرأة، بالإضافة إلى الأعراض النفسية التي ظهرت أو المتوقع ظهورها. وفي أغلب الحالات يمكن الاكتفاء بالعلاج النفسي غير الدوائي الذي يدور حول تقبُّل المرض كجزء من الواقع الجديد، وتنمية الحافز إلى العلاج والاستمرار فيه، وكيفية ممارسة رعاية النفس والأسرة في حالة وجود أطفال، والتنشيط السلوكي والاجتماعي، وممارسة حياة صحية. وفي بعض الحالات قد تحتاج دواء نفسياً مثل مضادات الاكتئاب أو الأدوية المهدئة، على أن يُراعى فيه عدم تداخله مع الأدوية التي تأخذها المريضة لعلاج المرض الجسدي، وكذلك تأثير الأدوية النفسية في تطور المرض الجسدي. على سبيل

المثال فإن مضادات الاكتئاب الأشهر مثل مثبطات استرداد السيروتونين تقلل فاعلية دواء التاموكسيفين المخصص لعلاج سرطان الثدي.

من ناحية أخرى، يمكن للمرأة نفسها ولأحبائها اتباع بعض التعليمات التي سوف تساعد على التعافي النفسي، وسوف تقسم التوصيات إلى قسمين، الأول يخص النساء المريضات، والثاني يخص الأبناء من الأسرة والأصدقاء.

أولاً: النساء المريضات

- **تقبلي الواقع:** والتقبُّل يعني قبول التشخيص، والتعامل معه بجدية، والبحث عن علاجاتٍ علمية واقعية والالتزام بها، والاستمرار في حياتك العادية؛ الأسرية والمهنية والاجتماعية، وتقبُّل التغيُّرات التي سوف تحدث في حياتك بناء على ذلك، مثل الامتناع عن أطعمة معينة، أو أنشطة معينة أو التقليل من المجهود والعمل، أو الاضطرار إلى ممارسة تمارين معينة، أو أخذ علاجاتٍ مزعجة ... إلخ، كل ذلك مع التركيز على ما تستطيعين القيام به بدلاً من التركيز على ما لا تستطيعين القيام به.

- **اطلبي الدعم العاطفي:** من المهم لكِ تعاطف الأبناء والأصدقاء أو الدخول في مجموعات الدعم من المريضات السابقات.

- **اعرفي عن المرض:** اسئلي طبيبك، وابحثي في مصادر علمية لأن فهم المرض وعلاجه ومآله سوف يحفزك ويمنحك الأمل، ويمكنك من المشاركة بنشاطٍ في العلاج، واتخاذ قراراتٍ مستنيرة عند الحاجة، وعمل توقعات واقعية، وتقبُّل المرض والتعافي النفسي والصحي.

- العناية الذاتية: ويتم ذلك بالحفاظ على نمطٍ غذائي صحي، ونشاطٍ جسدي معتدل، والتواصل مع الأحباء، وتجنُّب الإرهاق النفسي والجسدي، ووضع حدودٍ لتدخلات الآخرين، والمشاركة في أنشطة تعزِّز الاسترخاء مثل التأمل وتمارين التنفس العميق.
- الحفاظ على نظرة إيجابية: ويتم ذلك من خلال ممارسة الامتنان للجوانب الإيجابية في حياتك، ممارسة الأنشطة التي تجلب الفرح والإيجابية، مثل قضاء الوقت مع الأحباء، أو ممارسة الهوايات.
- البحث عن مساعدة نفسية: إذا حدث لكِ تقلُّبات في المزاج والنوم والشهية، وهاجمتكِ أفكارٌ سلبية عن نفسك، وعن المرض وعن أحبائك، وكانت هذه التقلبات الشعورية والفكرية ثابتة أغلب الوقت، وأثرت في التزامك بالعلاج وممارسة الحياة العادية يمكنك البدء بزيارة طبيب نفسي.

نصائح للأحباء

- الخطة: يجتمع الأحباء ويعدُّون خطة مساعدة ورعاية مشتركة، ويشاركون المهام وجداول الرعاية الطبية والاجتماعية والمنزلية لكي يتجنَّبوا الاحتراق (Burning Out).
- اعرفوا عن المرض: ابحثوا واطروا واسألوا الأطباء لكي تكونوا على علمٍ بالحالة وعلاجها والطوارئ المتعلقة بها، وكيفية التدخل العاجل وكيفية المساعدة.
- تعاطفوا: مارسوا التعاطف الهادئ والإنصات الودود وامنحوا مساحة للمريضة تعبَّر بها عن مخاوفها وأحلامها وتوقعاتها دون أن تحكموا عليها أو توجَّهوها أو تمارسوا وصاية على

أفكارها ومشاعرها، وتجنّبوا الانفعالات الزاعقة لأنها سوف تزيد من التوتر.

• كونوا صبورين ومتفهمين: توقعوا أن تتناوبكم مشاعر الزهق والإرهاق والخوف والإحباط، تعاملوا معها بصبرٍ وتقبُّلٍ لأنها طبيعية، واحكوا مع أعضاء الأسرة الآخرين، ووزعوا المهام عليهم، وتكاتفوا معًا في ذلك.

• عرضوا المساعدات العملية: مثل التوصيل بالسيارة أو الدعم المالي أو المساعدة في عمل البيت والطبخ ورعاية الأطفال، ومن الأفضل عمل مجموعة دعمٍ من الأحياء، وتوزيع تلك المهام عليهن.

• البحث عن دعمٍ لأنفسكم: لأن رعاية مريضةٍ بمرضٍ خطيرٍ أو مزمنٍ أمرٌ مرهقٌ ومستنزف، فربما تحتاجون إلى المساعدة المتخصصة إذا لاحظتم أنكم في حاجةٍ إلى ذلك.

• احتفلوا بالنجاحات الصغيرة: لأن علاج الأمراض المزمنة طويلٌ ومرهقٌ، سوف تحتاجون إلى مثل تلك الاحتفالات. على سبيل المثال الانتهاء من العلاج الكيماوي، الخروج من الجراحة، العودة إلى المنزل، أو القدرة على المشي من دون مساعدة وهكذا.

الفصل الخامس

حياة النساء الجنسية

(أنا مش بأوصل، أنا باتعب وبتعبه معايا)

نسرين



5-1 النشاط الجنسي، العلاقة، الممارسة، الحب

على خلاف كل الأنشطة الإنسانية الأخرى مثل الأكل والشرب، يجد الناس صعوبة، خصوصاً النساء، في الحديث عن الجنس بشكل مباشر، أو يتجنبون الحديث عنه حتى لو كانوا على وشك ممارسته، ويفضّلون استخدام كلمات تعبيرية أو نكات أو حتى أغانٍ بديلاً من الكلمات المباشرة (نهنن، مارس، نعمل، واحد). يحدث ذلك حتى في المناسبات التي يكون فيها النشاط الجنسي هدفاً مباشراً مثل "ليلة الدخلة" في الأفراح.

(أول ما دخل دخل ع الدولاب .. قلّعها القبقاب واتكل ع الله. أول ما دخل .. دخل ع السرير .. قلّعها الحرير واتكل ع الله) (وسمعنا صوت الكركبة والعجل هد المصطبة) أغانٍ شعبية مصرية تُغنى في الأفراح.



والنشاط الجنسي هو مجموع السلوكيات التي يمارس بها البشر حياتهم الجنسية، ويعبرون عنها، وهو يمكن أن يكون نشاطاً فردياً يمارسه الفرد مع نفسه (على سبيل المثال؛ التخيُّلات الجنسية، مشاهدة صورٍ جنسية، لمس الأعضاء التناسلية، وصولاً إلى النشوة الجنسية)، وقد يمارسه الفرد مع شخصٍ آخر (على سبيل المثال؛ الملامسات الجنسية والقُبُل والأحضان، وغيرها من المداعبات الجنسية وصولاً إلى الإيلاج). ويشمل النشاط الجنسي، بالإضافة إلى الممارسات الجنسية، المشاعر الجنسية مثل الانجذاب الجنسي والحب والتعلُّق والإخلاص الجنسي وإظهار الجاذبية الجنسية بهدف إثارة الشريك والغيرة الجنسية والأدوار الجنسية والسيناريوهات الجنسية، وكل هذه المشاعر والسلوكيات لها مقابل بيولوجي يعبر عنها في الأنسجة العضلية والأوعية الدموية والهرمونات والناقلات الكيميائية العصبية. ويتميز النشاط الجنسي البشري بجوانب اجتماعية وأخلاقية ومعرفية وعاطفية وسلوكية وبيولوجية⁽¹⁴⁶⁾.



ورغم أن النشاط الجنسي سلوكٌ غريزي طبيعي وضروري مثله مثل الأكل والشرب، فإنه من أكثر السلوكيات الإنسانية تعقيداً، لأنه أكثرها متعة وإثارة وإرباكاً وغموضاً، وأكثرها حميمية وخصوصية في نفس الوقت. كما أن النشاط الجنسي، بخلاف الأنشطة الطبيعية الأخرى، تعرّض من آلاف السنين لعملياتٍ مستمرة من التنظيم وإعادة التنظيم. تمثّلت تلك العمليات في آليات الكبت والمنع والتقييد، حيث خضع لمجموعة معقدة متراكبة من الأعراف والقوانين التي تمنعه، وتقيده وفق أنظمة محددة،

تنظم شكله ووقته ومحتواه. على سبيل المثال؛ هو في بعض البلدان ممنوع إلا بعد الزواج القانوني، كما أنه لا بد أن يتم بالتراضي بين الطرفين، حتى لو كانا متزوجين، وأن يكون الطرفان مؤهلين نفسياً وعمرياً لإعطاء التراضي، وإلا اعتُبر جنساً قسرياً أو اغتصاباً أو هتك عرضٍ أو اعتداء على قاصر. كما أن ممارسة الجنس مع نفس النوع مستهجنة في بعض الثقافات، وممنوعة أو مجرّمة في بعض البلدان، وقانونية في بلدان أخرى، والثقافات التقليدية تستهجن النشاط الجنسي الذاتي أو ما يُعرف بالعادة السرية، كما أن العلاقة الجنسية يمكن أن تكون قانونية أو غير قانونية، أخلاقية أو غير أخلاقية، محرّمة أو غير محرّمة، مشهورة أو سرية حسب القوانين والثقافة في المجتمع، ومخالفة تلك القوانين والأنظمة لها مسميات قانونية محددة ومعروفة مثل: هتك عرض، زنا، شذوذ، اغتصاب، فعل فاضح، تعدّد أزواج، وغيره من المسميات القانونية، لها عقوبات مقننة⁽¹⁴⁷⁾.

وفي هذا الإطار تتعرّض النساء أضعاف أضعاف لما يتعرّض له الذكور من الكبت والتقييد الجنسي، وعلى امتداد التاريخ الإنساني، وعبر كل الثقافات المعروفة تم كبت الفتيات والنساء جنسياً؛ عبر تجهيلهن جنسياً، ومنعهن من التفكير في الجنس أو استكشافه أو معرفة أعضائهن الجنسية أو ممارسة حياتهن الجنسية. وقد استُخدم في ذلك أساليب مختلفة نفسية واجتماعية وجسدية، ونخصّ هنا على سبيل المثال، لا الحصر، الحرمان من الحرية الجنسية أو اختيار الشريك والزواج القسري، التدريب على طرق الجلوس، وضم الساقين والمشيّة الحذيرة، والتحذير من التفكير في الجنس أو لمس الأعضاء الجنسية والاستحمام بالملابس الداخلية، واستخدام أدوات لحجب تلك الأعضاء عن صاحبها مثل حمالة الصدر وتغطية الجسد بالكثير من الملابس، واستخدام حزام العفة لمنع الوصول إلى الأعضاء الجنسية من قِبَل صاحبها، ووصل الأمر إلى قطع هذه الأعضاء جزئياً أو كلياً فيما يُعرف بعملية الختان، وكي الأثداء (Breast Flattening)⁽¹⁴⁸⁾.

وبينما ارتبط النشاط الجنسي ثقافيًا عند الذكور بالقوة والفحولة والاقترام والغزو، ارتبط عند النساء بالتخويف والتهديد والوصم والعار والاعتداء؛ مما جعله مصدرًا للخوف والخجل أكثر من كونه مصدرًا للمتعة والفخر كما هو الحال عند الذكور. وجعل تجنّب التفكير فيه أو كبتة أسهل من مواجهة تلك المخاوف وممارسته أو حتى مجرد التفكير فيه، ولذلك كانت الاضطرابات الجنسية عند النساء أكثر مما هو موجود عند الرجال⁽¹⁴⁹⁾.

لكل ذلك اهتمت المؤسسات الأممية بحرية النشاط الجنسي، وفي القاهرة أعلن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1993) أن الصحة الجنسية يجب أن تُعتبر جزءًا مهمًا من الرفاه الجسدي والنفسي للشخص. ويشمل هذا المفهوم للصحة الجنسية حرية التعبير الجنسي، والحصول على المتعة والرضا الجنسيين، والتحكم الحر في السلوك الجنسي والإنجابي للفرد، وحرية الوصول إلى المعلومات الجنسية الصحية، والتحرر من الإساءة والخوف والعار والذنب، والمعتقدات الخاطئة، وأي عوامل نفسية أخرى قد تكبت النشاط الجنسي⁽¹⁵⁰⁾.

النشاط الجنسي ضرورة غريزية صحية لكل امرأة، لأن هناك علاقة تبادلية بين الصحة، والنشاط الجنسي؛ فمن جهة، تمارس النساء الصّحاح الجنس أكثر من غير الصّحاح، ومن جهة أخرى، فإن النساء اللائي يمارسن الجنس أكثر تكون صحتهن هي الأفضل⁽¹⁵¹⁾؛ كما أن التقليل من الجنس أو انعدامه يأتي مع حالات الاكتئاب والقلق، كما أن النساء اللائي يمارسن الجنس بانتظام تتميز علاقاتهن بأزواجهن بالرضا والود والدعم والعكس صحيح⁽¹⁵²⁾. وفي الصفحات التالية، مسترشدين بالدليل الصادر عن الجمعية الأوروبية للطب الجنسي⁽¹⁵³⁾، سوف نتعرّض لتشريح الأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى، وكيفية عملها، وشرح النشاط الجنسي عند النساء وكيفية الحصول على المتعة الجنسية مع شرح مبسّط للاضطرابات الجنسية، وكيفية

المساعدة في تجاوزها مع التعرض إلى اضطراب عضلات قاع الحوض ودورها في إعاقة النشاط الجنسي، وكذلك مفهوم "جنس جيد بما فيه الكفاية" الذي ساعد الأزواج في الحصول على الرضا الجنسي، وأخيراً الأمراض المنقولة جنسياً، ولماذا النساء الأكثر تعرضاً.

5-2 الجهاز التناسلي للإناث: أوركسترا التناغم⁽¹⁾

الجهاز التناسلي في الإناث هو جهاز متناغم الوظائف والتكوين، يقوم بوظائف متعددة ومرتبطة أكثر من مثلها في الذكر، مثل التبول والممارسة الجنسية والدورة الشهرية وإنتاج البويضات ونقل الحيوانات المنوية إلى المبيض لتخصيب البويضات ونقل الأجنة المخصبة إلى الرحم ثم الحمل والولادة.

وهو يتكوّن بشكلٍ رئيسي من مجموعة أعضاء بعضها داخلي، أي داخل الحوض وبعضها خارجي؛ يُطلق على مجموع الأعضاء التناسلية الخارجية الفَرْج، وتشمل البظر والشفاه وقناة التبول وفتحة المهبل، وهو القناة التي تقود إلى الأعضاء الداخلية وأولها الرحم، وهو عضو عضلي مجوف كمثري الشكل يتطور الجنين وينمو داخله، وعلى جانبي الرحم يقع عضوان بيضيان صغيران على يمين ويسار الرحم يُطلق عليهما المبيضان، ويتصلان بالرحم عن طريق أنبوتين تُسمّيان قناتي فالوب، ويقوم المبيضان بإنتاج البويض وتخزينها وإطلاقها لكي تعبر إلى الرحم عبر قناة فالوب بواقع بويضة كل شهر. وينتج المبيضان



(1) لمزيد من التفاصيل ←

أيضاً مجموعة من الهرمونات أهمها الأستروجين والبروجسترون اللذان ينظمان، ضمن هرمونات أخرى، عملية شهرية يُطلق عليها دورة الحيض، التي تبدأ خلال مرحلة البلوغ وتستمر بشكلٍ شهري، ولا تتوقف إلا مع الحمل، أو بعد انقطاع الحيض أو لأسبابٍ طبية.

في أثناء كل دورة شهرية، يمرُّ الجهاز التناسلي بسلسلة من التغيُّرات البيولوجية، منها إنتاج بويضة شهرية في المبيض، وتبطين جدار الرحم بأنسجة إضافية لإعداده للإخصاب والحمل، فإذا تم الإخصاب في المبيض انتقلت البويضة المخصبة عبر قناة فالوب إلى الرحم، وبدأت عملية الحمل. وإذا لم تخصَّب البويضة، يحدث التخلص من البويضة والأنسجة المبطننة في الرحم إلى الخارج عبر المهبل، وهذا يسمَّى الحيض الذي قد يستمر من ثلاثة إلى سبعة أيام كل دورة شهرية، وهذا النزيف الشهري هو علامة بداية كل دورة شهرية، التي تستغرق من 28 إلى 32 يومًا.

الفرج Vulva

الفرج هو المصطلح العام الذي يصف جميع مكونات الأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى، والفرج هو شقٌّ ضيقٌ يبدأ من هضبة العانة، وينتهي أسفل فتحة المهبل. ويتكوَّن الفرج من هضبة العانة، الشفتين الكبيرتين، الشفتين الصغيرتين، البظر، غدد بارثولين، مجرى البول، وفتحة المهبل.

هضبة العانة أو هضبة فينوس (Mons pubis)

هي مرتفع دهني صغير يقع في مقدمة عظم العانة وأعلى الفرج، وهو مغطى بطبقة جلدية غامقة نسبيًا، ويحتوي على غددٍ دهنية تفرز مواد ذات رائحة مثيرة جنسيًا، ويشكّل وسادة وقائية في أثناء الجماع، وقد سُمي على اسم فينوس إلهة الحب والجنس عند الرومان.

وينمو الشعر على العانة في أثناء البلوغ، ويشكّل الشعر خطأً أفقيًا يتميز عن الخط المثلثي لشعر العانة عند الذكور. وتحتوي العانة على العديد من الأنسجة العصبية والحسية، ولذلك هي حساسة للمس، أو الضغط، وتسبب إثارة جنسية.

شفاه المهبل (Labia)

وهي أربع طيات جلدية رقيقة تشبه الشفاه؛ شفتان خارجيتان وشفتان داخليتان والخارجية عادة أكبر من الداخلية، وتشكّل الشفاه غطاءً لحميًا يحمي الفرج من الجانبين، وتتكوّن من أنسجة عضلية ودهنية ومخاطية.

الشفتان الكبيرتان؛ هما الشفتان الخارجيتان، وهي ما يقابل كيس الصفن (كيس الخصيتين عند الذكور) وهي طيات جلدية مبطّنة بطبقة دقيقة من العضلات والأنسجة المخاطية، وبعدها كبير من الشعيرات الدموية والخلايا الدهنية التي تعطيها شكل الوسادة، التي تحيط بالحواف الخارجية للفرج، وينمو الشعر على جوانبها الخارجية عند البلوغ، وتحتوي على أعصاب حسية، وغدد عرقية ودهنية ترطب المهبل في أثناء الإثارة الجنسية، والتي تزيد من تدفق الدم في الشعيرات الدموية مما يجعل الشفتين تتمددان.

الشفتان الصغيرتان عبارة عن طيات جلدية صغيرة تقع على الجانب الداخلي للشفتين الكبيرتين، وتتكوّنان من أنسجة غنية بالأوعية الدموية ما يعطيها اللون الوردي، كما أنها لا تحتوي على خلايا دهنية، ولا ينمو عليها الشعر، وتحتوي على نهايات عصبية عديدة تجعلها مصدرًا مهمًا للذة الجنسية، وتتمدد أيضًا عند الإثارة الجنسية. وتوجد على الجوانب الداخلية للشفتين الصغيرتين غدد صغيرة تُدعى "غدد بارثولين"، وربما يكون لها دورٌ في إفراز مواد لزجة

في أثناء الإثارة الجنسية، وتساهم في ترطيب المهبل وتسهيل عملية الجماع.

من المهم معرفة أن شفاه المهبل ليست متماثلة عند النساء، وليست متماثلة عند المرأة الواحدة، فقد يكون حجم الشفتين صغيراً أو طويلاً، أو متجعداً أو أملس، وقد تكون إحدى الشفتين أطول من الأخرى، كما تختلفان في اللون من امرأة إلى أخرى، وبعض الإناث لديهن شفاه داخلية أكبر من الشفاه الخارجية.

البظر (Clitoris)

البظر تطورياً هو ما يقابل القضيب (Penis) عند الذكر. يقع جسم البظر في القسم العلوي من الفرج بين الشفاه، وطوله نحو 2.5 سم، يختفي معظمه تحت أنسجة الشفاه، ما عدا الرأس البارز، والأقرب إلى حبة البسلة، حيث يتراوح حجم الرأس من ربع إلى واحد سنتيمتر، ويتكوّن جسم البظر من جذرين يمتدان على جانبي الشفاه، ولكنهما مخفيان تحت أنسجتها أيضاً، ويصعدان من أسفل الفرج إلى أعلاه حيث يتحدان ليكونا جسم البظر السابق ذكره الذي ينتهي في المقدمة بالرأس، وهو الجزء الظاهر من البظر. ويتكوّن البظر من أنسجة إسفنجية غنية بالأوعية الدموية التي تمتلئ بالدم عند إثارة المرأة في أثناء الجماع، وتكون الرأس مغطاة بأنسجة مخاطية غنية جداً بالنهايات العصبية، مما يجعل منها العضو الأكثر حساسية في الإثارة واللذة الجنسية، حيث يثار إما بالاحتكاك في أثناء الجماع وإما باللمسة المباشرة⁽¹⁵⁴⁾.

ورأس البظر هو المعرض عادة للقطع في أثناء الختان، كما حدث مع سارة (السابق ذكرها) وغيرها من ملايين النساء في مصر ودول القرن الإفريقي، الذي ربما يقلل من سهولة الإثارة الجنسية عند المرأة،

والتي من دونها لا يحدث ترطيب للمهبل، وبالتالي قد تكون عملية الجماع مؤلمة، وقد تعيق الوصول إلى رعشة الجماع، إلا أن مداخلة جسم البظر والجذرين وشفاه المهبل يمكنها الحفاظ على مستوى الإثارة والنشوة الجنسية في وضع طبيعي في النساء المختنات⁽¹⁵⁵⁾.

مجرى البول (Urethra)

يقع أسفل البظر مباشرة، وهو أنبوب يمتد من المثانة إلى أسفل البظر وأعلى المهبل، ووظيفته نقل البول من المثانة إلى الخارج، وهو أيضًا أحد مراكز الإثارة الجنسية.

غشاء البكارة (Hymen)

غشاء البكارة عبارة عن تكوين صغير من الأنسجة الجلدية غير المشعرة تقع في أسفل فتحة المهبل، وهو نادرًا ما يغطي فتحة المهبل بالكامل، ويأتي في أشكالٍ مختلفة، منها الغشاء الهلالي والغشاء المشرشر والغشاء ذو الفتحتين والغشاء الغربالي، وذلك لكي يسمح لإفرازات الرحم بالمرور إلى الخارج، ومن الحالات النادرة أن يأتي الغشاء غير مثقوب، ولا يسبب ذلك مشكلات صحية إلا مع البلوغ حيث يمنع خروج دم الحيض، ويحتاج إلى تدخلٍ جراحيٍّ لفتح غشاء البكارة والسماح لدم الحيض بالتدفق. قد يتمزق غشاء البكارة في الإيلاج الأول وقد يسبب ألمًا خفيفًا، وقد يكون مرئيًا ولا يتمزق، وقد يتمزق أيضًا في أثناء ممارسة الرياضة القوية، أو إدخال مواد داخل المهبل، وعادة ما يسبب التمزق نزفًا خفيفًا أو لا يسبب نزفًا، ويستخدم غشاء البكارة في المجتمعات التقليدية علامة للتأكد من عذرية البنت رغم عدم وجوده في كثير من الحالات، وحتى وقت قريب (وربما لا يزال في بعض المناطق الريفية) يُفرض غشاء البكارة في ليلة الدخلة في طقسٍ

جماعي مؤلم ومخيف يُسمّى "دُخلة بلدي" يحضره ممثلون عن أسرة العريس وأسرة العروس، ويُفض الغشاء بقطعة قماش بيضاء لتظهر عليها نقاط الدم وليس بالإيلاج مما يسبّب ألمًا مضاعفًا، وإذا نجحت العروس في اختبار العذرية تستمر الاحتفالات. وأحيانًا بسبب صغر حجمه أو غيابه أو غياب الدم تُعَرِّض البنت للعنف الشديد وأحيانًا للقتل، وفي أثناء عملي طبيب امتياز في مستشفى النصر ببورسعيد كان تأتينا في كل يوم خميس عروس أو أكثر (عليها آثار العنف) ومعها العريس والأهل للكشف على غشاء البكارة والتأكد من عذريتها، وقد ذُكر ذلك في أفلامٍ مصرية عديدة كان أكثرها قسوة في فيلم "الطوق والأسورة" للمخرج خيرى بشارة، حيث دُفنت البتلة "شريهان" حية، وقُطعت رأسها بسبب فقد العذرية.

المهبل (Vagina)

المهبل عبارة عن أنبوبٍ عضلي مرِن مبطنٌ بغشاءٍ مخاطي طوله من 10 إلى 12 سم عند المرأة البالغة، وهو عضو دائم الرطوبة بالإفرازات التي تنتجها الأوعية الدموية وغيرها من الغدد المحيطة بعنق الرحم. كما يربط المهبل الأعضاء التناسلية الخارجية بالرحم، وتقع فتحة الخارجية أسفل الشفتين الصغيرتين، بينما فتحة الداخلية تحيط بعنق الرحم، وهو عضو قوي ومرِن، يتمدّد في أثناء الإيلاج ليحتوي قضيبيًا منتصبًا، وفي أثناء الولادة ليعبر منه جنينٌ بوزن ثلاثة كجم، ومنه ينزل دم الحيض من الرحم، وعبره تصعد الحيوانات المنوية لتخصيب البويضة، وتوضع فيه بعض أنواع وسائل تحديد النسل مثل الحجاب الحاجز والواقى الأنثوي والحلقة المهبلية، ويمكن أن يتعرّض للتسلخات والالتهابات في أثناء كل ذلك، ويعاود رتق أنسجته واستعادة وظائفه بكفاءة.

يُبطِّن المهبل بغشاءٍ مخاطي ويغذّي بشبكة قوية من الأوعية الدموية، ومع الإثارة الجنسية يتمدّد، وتزداد رطوبته بالسوائل التي تنتجها الأوعية الدموية والخلايا الموجودة على سطحه والغدد الموجودة في عنق الرحم، التي قد تنتقل إلى الخارج على شكل إفرازاتٍ مهبلية بيضاء تدل على الإثارة. وتكون بطانة المهبل ملساء قبل البلوغ، وبعد البلوغ يتكوّن للبطانة ثنيات وتجاعيد ثم تعود ملساء مرة أخرى مع انقطاع الحيض في الخمسينيات من العمر.

3-5 دورة النشاط الجنسي عند النساء: الرحلة الغامضة من الإقلاع إلى الهبوط

(بكون مستنياه ولما يبصلي جسمي يسخن/ بحس
إني بحلم، كأني برة جسمي/ بحس إني طاييرة، بخاف
قلبي يقف/مش بعرف أسيطر على نفسي/ مش بحس
بحاجة/ببقي مستنياه يخلص عشان أقوم أستحمي/
بتوجع وبكون قرفانة/ببقي عايزة تاني بس هو
مبيقدرش) شهادات لنساء مختلفات.

الذي يحدث داخل أجسامنا في أثناء النشاط الجنسي لا يزال غير مفهوم تمامًا، وذلك لأنه عملية معقّدة ووظيفية وشخصية جدًّا، بل ومتغيرة من شخصٍ إلى شخصٍ آخر، وفي نفس الشخص من وقتٍ إلى وقتٍ آخر. كما أن دراستها معمليًا لم تبدأ إلا في ستينيات القرن العشرين، وهي تتضمن تفاعل عوامل فسيولوجية ونفسية واجتماعية وعاطفية ومعرفية متراكبة، وهذه العوامل تختلف بين الأفراد، وحتى داخل نفس الفرد اعتمادًا على اختلاف الوقت والمكان والظروف والثقافات.

وقد تم بحث نماذج مختلفة لفهم دورة النشاط الجنسي من قِبَل علماء مختلفين نستعرض هنا أهمهم⁽¹⁵⁶⁾، ومرگزین علی ما يخص دورة النشاط الجنسي الأنثوية.



5-3-1 النموذج الخطي؛ الرحلة في خط مستقيم:

كان الباحث ماسترز والباحثة جونسون Masters and Johnson (تزوجا فيما بعد) أول من قدّم في الستينيات من القرن الفائت نموذجًا علميًا واضحًا للدورة الفسيولوجية للنشاط الجنسي، معتمدًا على إخضاع المبحوثين للفحص في المعمل في أثناء النشاط الجنسي. ويُعتبر هذا النموذج المرجع لكل النماذج التالية، حيث عرّف دورة الاستجابة الجنسية بأنها مسارٌ خطي لأربع مراحل فسيولوجية متتالية، تبدأ من نقطة وتنتهي إلى النقطة التي تليها. وتتضمن تلك المراحل الإثارة والهضبة والنشوة والراحة. في مرحلة الإثارة الجنسية تتوتر العضلات، ويتدفق الدم في الأعضاء التناسلية وحولها، ويزداد معدل ضربات القلب والتنفّس ويزداد ضغط الدم، كما يحدث "الاحمرار الجنسي" على جلد الجزء العلوي من الجسم والوجه، ينتفخ البظر والمهبل وتزداد الإفرازات المهبلية، ويصبح المهبل رطبًا مزلقًا وينتصب قضيب الرجل. وإذا استمرت الممارسة الجنسية تنتقل

إلى مرحلة الهضبة حيث تشتد الإثارة، ويزداد معدل ضربات القلب وتوتر العضلات بشكل أكبر، تُغلق المثانة البولية عند الرجل لمنع اختلاط البول بالسائل المنوي، مع المزيد من التزليق والانتفاخ الخارجي للبظر والمهبل، وإذا حدث الإيلاج يتمدد المهبل لكي يحتوي القضيب المنتصب. ومع الاستمرار في النشاط الجنسي سواء بالإيلاج أو من دونه تصل المرأة إلى مرحلة النشوة الجنسية وهي قمة الاستمتاع الجنسي، وتدخل في حالة وعي منفصل ومكثف من المشاعر الجنسية والحميمية، ويصبح التنفس سريعًا للغاية، وتبدأ عضلات الحوض في سلسلة من الانقباضات المنتظمة، مع انقباضاتٍ مماثلة في الرحم والمهبل وعضلات البطن وعضلات أخرى في الجسم؛ وتحدث انقباضات عضلات الحوض عند الرجال، ثم يحدث القذف المنوي. بعد ذلك تصل إلى مرحلة الراحة، حيث تهدأ الرغبة الجنسية، وتسترخي العضلات، وينخفض ضغط الدم، ويعود الجسم إلى حالة الراحة التي تختفي فيها الرغبة الجنسية. وقد تستمر فترة الراحة من دقائق إلى أيام، وعادة ما تكون أطول عند الرجال منها عند النساء، لكن بعض النساء يمكنهن الاستمرار في مزيدٍ من النشاط الجنسي عكس الرجال.

ركز هذا النموذج على الذكور وأهمل الفروق الأنثوية، وركز على الدورة الفسيولوجية خصوصًا في الأعضاء التناسلية، وأهمل العوامل الفكرية والعاطفية والثقافية والعلاقاتية للنشاط الجنسي، لذلك لم يعتبر الرغبة الجنسية جزءًا من الدورة الجنسية. وفي سبعينيات القرن الفائت قدّمت هيلين كابلان Helen Kaplan نموذجًا خطيًا آخر، وأضافت مرحلة الرغبة الجنسية التي تتميز بالتفكير والخيال الجنسي، وقلّصت الدورة إلى ثلاث مراحل، هي الرغبة والإثارة والنشوة فقط.

5-3-2 النموذج الدائري؛ تنطلق الرحلة من كل مكان

حتى جاءت باحثة نسوية مهمة في أواخر القرن العشرين اسمها روزماري باسون Rosemary Basson ركزت أبحاثها على الدورة الجنسية للإناث، ونشرت نموذجها في بداية الألفية، وفيه يختلف النشاط الجنسي للإناث عما عند الذكور؛ فهو أولاً نشاط دائري وليس خطياً كما في الذكور، وبالتالي ليس من الضروري أن يبدأ بالرغبة الجنسية، ولكن بالرغبة في القرب والحميمية؛ حيث تشكّل العلاقة العاطفية والحميمية والمشاعر والسياق عوامل أساسية في النشاط الجنسي للنساء أكثر من الرغبة الجنسية ذاتها، والتي قد تأتي قبل النشاط الجنسي، وقد تأتي مع بداية النشاط الجنسي. فقد تدخل المرأة النشاط الجنسي وليس لديها رغبة جنسية، ولكنها تدخل طلباً للتواصل والحميمية ثم تنشط رغبتها الجنسية بعد الإثارة الجنسية. والدائرية تعني أن المرأة يمكنها أن تدخل الدورة الجنسية من أي مرحلة من مراحلها طلباً للحميمية أو التواصل أو استجابة جنسية. كما أكدت باسون أن النشوة الجنسية ليست شرطاً لحصول المرأة على الرضا الجنسي، كما هو عند الذكور، فقد يأتي الرضا الجنسي مع النشوة الجنسية، وقد يأتي من دونها. ويؤكد هذا النموذج الأثوي أيضاً أهمية الرضا العاطفي في أثناء النشاط الجنسي، ويدرك أن الأداء الجنسي للإناث أكثر دائرية وشمولاً وغموضاً حتى على المرأة نفسها، وأقل خطية من الأداء الجنسي للذكور. وتشير الكثير من الأبحاث إلى أن الرجال غالباً يتبعون النموذج الخطي؛ حيث الرغبة ثم الإثارة ثم النشوة، بينما النساء يتبعن أحياناً النموذج الخطي، وأحياناً النموذج الدائري أو لا يتبعن أي نموذجٍ محددٍ.

كما يشكّل البظر والمهبل والشفاه والأعضاء الجنسية الأخرى عناصر شديدة الأهمية للمتعة الجنسية، بخلاف الذكر حيث يتركز النشاط الجنسي غالبًا على القضيب. كما تتنوع أهداف النشاط الجنسي بدءًا من طلب المتعة إلى الحمل أو إرضاء الشريك وحماية وتقوية العلاقة أو إعلان الامتنان أو الغيرة على الشريك أو حتى عقابه عندما تمتنع أو تتمنّع أو اختبار الحب، وذلك ضمن أهداف أخرى.

4-5 الأوجه السلوكية للنشاط الجنسي: من الرغبة إلى النشوة

النشاط الجنسي له اوجه عديدة منها ما هو ذاتي مثل الأفكار والمشاعر والاحاسيس الجنسية ومنها ما هو علاقتي مثل التقرب والمداعبة والإيلاج

1-4-5 الرغبة الجنسية والإثارة الجنسية: الإقلاع والصعود

(مبكونش عايزة غير لما هو يعوز، بعملها عشانه
بس لما باعملها بنبسط).

الرغبة الجنسية هي التفكير في أو تخيّل النشاط الجنسي، أو الرغبة في ممارسته، كما يظهر في الأفكار والخيالات والمشاعر الجنسية أو إرسال الإشارات والرسائل الجنسية أو استقبالها وتقبّلها. وقد تأتي الرغبة تلقائيًا، أو تحدث كاستجابة لإشارات جنسية، أو تأتي مع المداعبة أو الإثارة الجنسية. وقد تأتي الرغبة الجنسية مرتبطة بشخصٍ محددٍ مرغوب فيه جنسيًا، وقد تكون رغبة عامة في النشاط الجنسي غير محددة الهدف. وقد تؤدي الرغبة الجنسية إلى الإثارة الجنسية، أو تنتهي دون إثارة.

الإثارة الجنسية هي التغيُّرات الفسيولوجية التي تحدث في الأعضاء التناسلية، مثل تدفق الدم في الشعيرات الدموية، مما يؤدي إلى انتفاخ شفاه المهبل والبظر واحمرار الوجه والجزء الأعلى من الجسم، وانتصاب حلمات الثديين. مع الشعور بإحساسٍ منتفخٍ وضابطٍ ونابضٍ بالمنطقة التناسلية مع زيادة الإفرازات والتزلق في المهبل أو ظهور الإفرازات البيضاء.

عادة تبدأ الرغبة الجنسية بالظهور مع المراهقة، وتكون في قمَّتها في سنوات العشرينيات والثلاثينيات، وقد تعبَّر عن نفسها بشكلٍ جنسي مباشر، لكنها غالبًا تأخذ أشكالًا غير جنسية، مثل الحب العذري والاشتراك في الأنشطة الاجتماعية والرياضية وعلاقات الصداقة، ولكنها تتحوَّل تدريجيًّا إلى الشكل المباشر مع الدخول في الحياة الجنسية، كما أنها تتميز بالتغيُّر لأنها تتأثر بعوامل مختلفة علاقاتية واجتماعية وبيولوجية. على سبيل المثال تزداد في وجود شريك جنسي، وتقل مع عدم وجود شريك جنسي، وتتأثر بمراحل الدورة الشهرية كأن تزداد عند بعض النساء في أثناء مرحلة التبويض، وهي فترة منتصف الدورة، لكن هذا التأثير بالدورة الشهرية يختلف من امرأة إلى أخرى، كما تقلُّ الرغبة عند بعض النساء بعد انقطاع الحيض، ولكنها تزيد عند نساء أخريات، وتقل في بعض مراحل الحمل، وخصوصًا المرحلة الأولى والثالثة، وبعد الولادة؛ لذلك يُنصح بتجنُّب الإيلاج حتى الأسبوع السادس بعد الولادة.

5-4-2 الممارسة الجنسية: الرحلة مستمرة

الممارسة الجنسية تشير إلى مجموعة واسعة من السلوكيات العاطفية والجسدية التي يمارس فيها البشر حياتهم الجنسية، ويتراوح السلوك الجنسي من السلوك الجنسي الفردي (مثل العادة السرية)،

والسلوك الجنسي الزوجي مع الشريك الذي يمكن أن يُمارَس بشكلٍ منتظمٍ ودوري أو بشكلٍ غير منتظم. ويمكن أن يتضمن السلوك الجنسي مجرد مداعبات جنسية عابرة أو عميقة حسب الظرف مثل القُبَل والملامسات لمجرد المتعة الجنسية، وربما النشوة الجنسية دون إيلاج، ويُسمَّى "الجنس السطحي"، وتفضُّله بعض النساء تجنُّبًا للحمل أو الأمراض أو للحفاظ على غشاء البكارة قبل الزواج أو لأسبابٍ دينية. وقد يُمارَس بهدف الوصول إلى إثارة الرغبة الجنسية للوصول إلى الإيلاج، والحصول على النشوة الجنسية، وهو ما يُسمَّى "الجنس الكامل". ويمكن أن يكون السلوك الجنسي مع شريكٍ عبر الوسائط التكنولوجية مثل التليفون أو الفيديو، ويُسمَّى "الجنس الافتراضي".

5-4-3 المداعبة: الصعود

(مشكلته معاياً أنه يدخل على طول مبيستناش)
أستعد، أهم حاجة نفسه لكن أنا مفيش، هو ينبسط
الأول وأنا أنبسط أو منبسطش مش مهم).

تُطلق المداعبة الجنسية على جميع الأنشطة الجنسية ما عدا الإيلاج، مثل النظرات الجنسية والكلام الجنسي والعاطفي واللمسات الجسدية والأحضان والقَبَل والتدليك الجسدي ولمس الأعضاء التناسلية أو تقبيلها واحتكاك الأعضاء التناسلية بعضها ببعض، وهي من الأنشطة الممتعة ويمكن ممارستها في أوقات وظروف مختلفة، وليست بالضرورة أن تنتهي بالإيلاج، لكنها ضرورية لإكمال النشاط الجنسي بالإيلاج، وتُعتبر بلغة الرياضيين تسخينًا للعب الرئيسي وهو الإيلاج. وفي المتوسط تدور المداعبة حول عشر دقائق لكنها قد تطول أو تقصر عن ذلك، ويمكن أن تدخل المرأة في المداعبة وليس لديها رغبة جنسية مباشرة لكن المداعبة تستثير فيها الرغبة الجنسية، التي

تحوّل مع مزيدٍ من المداعبة إلى الاستثارة الجنسية حتى يتم ترطيب المهبل، ويكون مستعدًّا للإيلاج.

5-4-4 الإيلاج: الطيران

هو النشاط الجنسي الغالب بين الأزواج، ويُعرّف على أنه نشاطٌ جنسي يدخل فيه القضيب في المهبل. ولكي تتم عملية الإيلاج بشكلٍ ممتعٍ وسلسٍ يجب أن يكون القضيب منتصبًا بما يكفي لإدخاله في المهبل، ويجب أن يكون المهبل رطبًا ومستثارًا ليسمح باستقبال القضيب دون جهدٍ أو ألمٍ. وتنتهي عملية الإيلاج بالشعور بالنشوة الجنسية، وقذف الحيوانات المنوية، وفي المتوسط تستمر عملية الإيلاج من أربع إلى ست دقائق، لكنها أقل من ذلك تكون غير كافية لتشعر المرأة بالرضا، وإذا استمرت أكثر من عشرين إلى ثلاثين دقيقة تكون مرهقة للمرأة، وقد يفقد المهبل إثارته، وبالتالي ترطبيه وتبدأ الآلام المهبليّة.

وتشير أغلب الدراسات إلى أن الأزواج يمارسون الإيلاج بشكلٍ شبه منتظمٍ أسبوعيًّا أو شهريًّا، وتصل التقديرات إلى أن الأزواج يمارسون الإيلاج من 8 إلى 45 مرة شهريًّا. وعادة يمارس الإيلاج بمعدلاتٍ مرتفعة في بداية الزواج تنخفض تدريجيًّا مع التقدم في عمر الزواج، لكن الحفاظ على مواعيد منتظمة يساعد على الحفاظ على معدلات جيدة لممارسته، كما أن ممارسة المداعبة الجنسية بشكلٍ منتظمٍ دون أن يهدف ذلك إلى الإيلاج يساعد على الحفاظ على القدرة على الاستثارة الجنسية والحفاظ على معدلات إيلاج منتظمة⁽¹⁵⁷⁾.

5-4-5 النشوة الجنسية (رعشة الجماع): الوصول

والهبوط

(مش بوصول بسهولة وده بيضايقه) (أحياناً بوصول لما هو يوصل) (ممكّن أوصل بسرعة، وممكّن موصلش خالص بس بكون مبسوطه).

رعشة الجماع هي الجائزة الكبرى؛ خليط فائق المتعة من المشاعر النفسية والجسدية مع انقباضات عضلات الحوض والرحم والمهبل بشكلٍ متكررٍ تعقبها راحة نفسية حميمة ممتعة. وبينما يصل الرجال إلى النشوة الجنسية عن طريق احتكاك القضيب بجدران المهبل أو اليد أو الفم في الجنس الفموي، ويكون قذف المنى هو الدليل الملموس على النشوة الجنسية عند الرجال، تحصل المرأة على النشوة الجنسية بمداعبة البظر وشفاه المهبل والإيلاج، ولكن لا توجد علامة ملموسة يمكن قياسها للتدليل على حدوث النشوة الجنسية الأنثوية باستثناء الخبرة الشخصية التي تختلف من امرأة إلى أخرى، كما أن الوصول إليها يختلف من امرأة إلى أخرى، ولذلك يصعب تحديد النشوة الجنسية للإناث، بل إن بعض النساء يجدن من الصعب تحديد ما إذا كان قد سبق لهن تجربة النشوة أم لا، وما إذا كان ما مررن به للتو نشوة جنسية أم لا⁽¹⁵⁸⁾.

ولذلك هناك ما يُسمّى بفجوة النشوة الجنسية بين الذكور والإناث، والتي تشير إلى أنه في أثناء ممارسة الجنس بين الرجال والنساء، يختبر الرجال النشوة الجنسية بعددٍ أكثر من النساء. وفي المقابل تختبر النساء النشوة الجنسية من الجنس الذاتي (العادة السرية) أو الجنس مع امرأة أخرى أكثر مما يختبرنه من الجنس مع الرجال⁽¹⁵⁹⁾، وعمومًا يصل الرجال إلى النشوة الجنسية أسرع من النساء، وليس من الشائع أن يصل الاثنان معًا إلى النشوة كما يشاع في الأفلام، وربما لذلك كان

سؤال "كيف أجعل امرأتي تصل إلى النشوة الجنسية؟" هو أحد أهم عشرة أسئلة على محرك البحث جوجل.

وعلى الرغم من اختلاف طرق الوصول إلى النشوة الجنسية ومعدل الوصول إليها من امرأة إلى أخرى، فإن الغالبية من النساء يحصلن على النشوة الجنسية من إثارة البظر والإيلاج معًا، أو من إثارة البظر فقط، والأقل يحصلن عليها من خلال الإيلاج فقط، وذلك لأن نحو 60% من النساء يحصلن عليها بإثارة البظر والإيلاج معًا، و30% يحصلن عليها من خلال الإيلاج من دون إثارة البظر، و فقط 4% يفضلن الجنس المهبل على الجنس البظري⁽¹⁶⁰⁾.

وتصل النساء إلى النشوة الجنسية عن طريق مداعبة أنفسهن في أثناء الممارسة أو بعدها أو بمساعدة الرجل بعد أن يصل هو إلى النشوة الجنسية، ولذلك يفضل أن يستمر الرجل في الممارسة الجنسية حتى بعد القذف، وكل هذه الحالات طبيعية ولا تستدعي تدخلًا علاجيًا⁽¹⁶¹⁾.

وفي الوقت الذي تُعد فيه النشوة الجنسية قمة الاستمتاع الجنسي عند الذكور، فإن ما يقرب من 15% من النساء لم يختبرنها قط، ونصف النساء يمثلنها (يزيفنها) أحيانًا لإثارة شركائهن الذكور، وقد وصلت نسبة تزييف النشوة الجنسية إلى 85% في عينة مصرية. ورغم أن النشوة الجنسية ضرورية للشعور بالرضا الجنسي، فإن كثيرًا من النساء يشعرن بالرضا الجنسي حتى في غياب النشوة الجنسية⁽¹⁶²⁾. بعد الوصول تأتي مرحلة الراحة، وهي هبوط الرغبة الجنسية إلى أدنى مستوياتها، وبعود ذلك إلى ارتفاع نشاط هرمون البرولاكتين (الهرمون اللبني)، وفي هذه المرحلة لا يستطيع الرجال معاودة نشاطهم الجنسي إلا بعد وقتٍ يمتد من دقائق إلى ساعات، وربما أيام في العمر المتقدم، وذلك على عكس النساء اللاتي يستطعن استعادة نشاطهم الجنسي في أي وقت في مرحلة الراحة.

5-5 الاضطرابات الجنسية للنساء: أشباح الغرف المغلقة من "القفل" ل "عدم الوصول"

جاءت نهى وحدها في البداية من دون الزوج، وهي طبيبة عمرها 34 سنة وأم لطفلة عمرها خمس سنوات. جاءت تشتكي من فقدان الشغف بالحياة، وتباعد الزوج عنها، ومع الفحص اتضح عدم وجود علاقة جنسية تقريبًا منذ تزوجت من "هاني" زميل وحبیب الطفولة منذ عشر سنوات، ومع مقابلة الزوجين في الزيارة التالية اتضح أن نهى، وهي الوسطى بين أختين وابنة ضابط الجيش الصارم والأم المحافظة مفرطة الحماية لخوفها الشديد على البنات، أحبَّت زميلها من الابتدائية هاني، وكبراً معاً، ودرسا الطب معاً ثم تزوجا بعد الجامعة مباشرة، ولكن في ليلة الدخلة فوجئ هاني بخوفها الشديد من الإيلاج رغم إقبالها على المداعبات الجنسية وإعلان رغبتها في الإيلاج، لكنه كلما حاول إيلاجها كلما زاد رعبها حتى وصلت إلى رفسه بالأرجل والأيدي، ومع تكرار الأمر وإلحاح الأهل، استشارا طبيبة نساء التي قامت بتدخلٍ جراحي لقطع غشاء البكارة ظناً منها أن هذا ما يخيف نهى، ورغم ذلك استمرت نهى في الخوف والرفض، وقد حدث الإيلاج مرات نادرة، رغم الخوف، عندما تصادف أن رغبتها الجنسية كانت عالية، وتوترها قليل بحيث استطاعت أن تتجاوز خوفها من الإيلاج، وقد حملت نهى بابنتها الوحيدة في إحدى تلك المرات النادرة التي ركزت فيها كل جهودها وجهها، أما هاني فقد بدأ يفقد الرغبة الجنسية تدريجياً، وبدأ يعاني من ضعف انتصاب، واكتفى هو الآخر بمشاهدة

ماتشات الكرة واللعب على الأكس بوكس، والاهتمام بشؤون نهى والبننت. ولأنهما حبيبان قديمان فقد وجدا صعوبة شديدة في الطلاق، واستعاضا عن الحياة الجنسية بالونس الإنساني، لكنهما تدريجيًا بدأ يعانيان من الاكتئاب وتضاؤل الونس، واختفاء الشغف سواء بعضهما ببعض أو بحياتهما المشتركة حتى قررت نهى اللجوء إلى العلاج.

لا يمكن اعتبار أي تعطل جنسي هو اضطراب جنسي إلا إذا امتد شهورًا وكان في 75% أو أكثر من اللقاءات الجنسية. وسبب ضيقًا للشخص أو الشريك وذلك يعني أن كثيرًا من المشكلات الجنسية تكون مؤقتة، ويمكن حلها، بالتعاون بين الشريكين وبعض التثقيف الجنسي.



إنَّ نحو من 30% إلى 50% من النساء يعانين من اضطرابات جنسية في وقتٍ ما خلال حياتهن. وتنقسم الاضطرابات الجنسية النسائية إلى أنواعٍ حسب مراحل دورة النشاط الجنسي التي شُرحَت سابقًا. فقد تأتي المرأة بسبب نقص تفكيرها واهتمامها أو رغبتها في النشاط الجنسي، أو بسبب ضعف الإثارة الذي يظهر في جفاف الأعضاء التناسلية مع صعوبات وآلام عند محاولة الإيلاج. ويمكن أن تكون المشكلة في صعوبة أو تأخر أو عدم الوصول إلى النشوة الجنسية، وقد يكون السبب هو الألم في أثناء النشاط الجنسي، أو الخوف الشديد من الإيلاج مما يسبب الانقباض غير الإرادي لعضلات قاع الحوض مما يعيق الإيلاج كليًا أو جزئيًا، مثل حالة نهى السابق ذكرها. وقد تكون المشكلة هي النفور الذي يسبب القرف والرفض للنشاط الجنسي وكل ما يتعلق به، وغالبًا يكون خليطًا من أكثر من سبب. وقد تأتي المرأة للعلاج بسبب عكسي تمامًا، وهو فرط الإثارة الجنسية المستمرة التي تسبب إزعاجًا شديدًا لها⁽¹⁶³⁾.

ورغم هذه التقسيمات، علينا الانتباه إلى أنَّ المشكلات الجنسية لا تأتي فرادى، لأن جميع النساء اللواتي يعانين من خللٍ جنسي محدد، نجد لديهن أعراضًا من مشكلات جنسية أخرى، فعلى سبيل المثال؛ النساء اللواتي يواجهن صعوبة في الاستثارة الجنسية لا يستمتعن بالجنس كثيرًا، أو يجدن صعوبة في الوصول إلى النشوة الجنسية، أو حتى يجدن الجنس مؤلمًا، وهؤلاء النساء اللواتي يخشين من الألم في أثناء ممارسة النشاط الجنسي، مثل حالة نهى، غالبًا ما يفقدن اهتمامهنَّ ورغبتهنَّ في ممارسة الجنس بسبب ذلك، كما أن المرأة قد تعاني من صعوبات في الممارسة الجنسية بسبب وجود اضطراب جنسي في الزوج، ولذلك يفضل علاج المشكلات الجنسية في إطار زواجي لا فردي.

5-5-1 اضطراب نقص الرغبة الجنسية و/أو الإثارة الجنسية: صعوبة الإقلاع Sexual Inteterest/ Arousal Disorder

كما لاحظنا سابقًا فإن الرغبة والإثارة يرتبطان معًا في النساء، ويتبادلان الأدوار، أحيانًا تأتي الرغبة قبل الإثارة، كما في كثير من الرجال، وأحيانًا تسبق الإثارة الرغبة، ولذلك سوف نتكلم عن اضطرابي الرغبة الجنسية والإثارة الجنسية معًا كما ورد في التقسيم الأمريكي الخامس للاضطرابات الجنسية.

تعبر النساء عن مشكلاتهن مع الرغبة والإثارة الجنسية بالعبارات التالية (أنا مقفولة من العلاقة، بعملها وأنا مش عايزة، مش بتيجي علي بالي إلما هو يطلب، بعملها عشانه، جوزي بيقولي أنت باردة، ولما يكون معاه بسرح في حاجات ثانية وأحيانًا أسأله تاكل أيه بكره؟).

نقص الرغبة الجنسية هو نقص الرغبة في/أو الاهتمام بالنشاط الجنسي، والذي يتمثل في غياب الأفكار أو الخيالات الجنسية، أو عدم الإقبال على الممارسة الجنسية والشعور بالضيق عند ممارستها. أما ضعف الإثارة الجنسية فهو ضعف الشعور بالإثارة في الأعضاء التناسلية عند محاولة البدء بالنشاط الجنسي، مما يسبب نقص الترتيب في المهبل مما يسبب آلامًا متفاوتة الشدة عند الإيلاج. وكلا الاضطرابين يدفعان المرأة إلى العزوف عن الممارسة الجنسية أو تجنبها أو حتى الانقطاع عنها تمامًا، فإذا حدث هذا في كل الممارسات الجنسية أو 75% منها على الأقل، وامتد عدة أشهر، وكان سببًا للضيق عند المرأة اعتُبر هذا اضطرابًا جنسيًا ويحتاج إلى العلاج. أما إذا كان يحدث في بعض الحالات، وعلى فتراتٍ متقطعة وغير مستمرة كان فقط صعوبة جنسية

مؤقتة، وإذا استمرت أو عاودت السيدة فإنها تحتاج إلى مزيدٍ من التدقيق.

وتعاني نسبة من 15-45% من النساء من أعمار مختلفة من هذه المشكلة، كما أن معظم النساء يجئن للعلاج من هذه المشكلة تحت ضغط الزوج، بينما ربع النساء فقط يأتين لأنهن يرغبن في تحسين حياتهن الجنسية⁽¹⁶⁴⁾.

وقد يأتي نقص الرغبة/الإثارة الجنسية لأسباب نفسية أو بيئية أو عضوية؛ وقد تكون الأسباب النفسية هي التعرُّض للعنف الجنسي أو العاطفي في الطفولة والمراهقة، الذي قد يؤدي إلى الشعور بالذنب، أو يربط الجنس بالإهانة والألم، والذي يثير استعادة ذكريات العدوان الجنسي القديم. كما أن التعرض للعنف في العلاقة الحالية يجعلها محمَّلة بالقلق والخوف من الزوج، وقد يقلل الرغبة الجنسية، عدم تقبُّل الزوج لها مثل انتقاده لشكلها أو أدائها الجنسي، أو الخوف من تقييمه لها، والخوف من عدم كفاءتها الجنسية. كما أن اضطراب الاكتئاب يقلل من الرغبة الجنسية بينما اضطراب القلق يقلل من الإثارة؛ إذ لا يمكن لامرأة خائفة أن تشعر بالإثارة الجنسية. كما أن وجود مخاوف متعلقة بالممارسة الجنسية مثل الإصابة بالأمراض أو الألم من الإيلاج، أو الحمل أو عدم إشباع الشريك.

وقد تكون الأسباب بيئية عندما لا يكون الظرف المحيط مثيراً، أو خاصاً، أو آمناً بما فيه الكفاية للتعبير الجنسي، مثل وجود أطفال، أو ضيق المكان، أو الحياة في مكانٍ غير مناسب.

وقد تكون الثقافة والتربية؛ حيث إن بعض الثقافات المحافظة تمارس كبتاً مفرطاً على الفتيات، مما يدفعهن عندما يكبرن إلى الشعور بالخجل المفرط أو بالذنب تجاه الجنس، ويشعرن بالإحراج

من التعبير الجنسي، ويميلن أكثر إلى كبت مشاعرهن الجنسية، ويجدن صعوبة في التفكير في الأمور الجنسية أو الخيالات الجنسية، وتجنّب كل ما له علاقة بالجنس مثل الصور أو الأفلام وغيره، وكل ذلك يؤدي إلى صعوبة تنشيط الرغبة أو الإثارة الجنسية أو حتى القرف من الجنس عمومًا. وقد يكون الأمر ببساطة بسبب الشُّرود والتشتُّت الذي يحدث من الضغوط العائلية أو العمل أو الأمور الماليّة، أو أشياء أخرى، والتي تتداخل مع الشهوة الجنسيّة.

ومن العوامل البيولوجية المؤثرة؛ التغيرات الهرمونية والبيولوجية التي تمرُّ بها المرأة على مدار دورتها الشهرية، وكذلك على مدار حياتها بدءًا من البلوغ والحمل والولادة ونهاية بانقطاع الدورة. وهذه التغيرات تؤثر في نشاطها الجنسي. على سبيل المثال؛ هرمون الإستروجين يُعتبر عاملاً مهمًّا في الرغبة الجنسية، وأحيانًا مع انخفاضه بعد انقطاع الحيض في منتصف العمر تنخفض الرغبة الجنسية. كما أن الهرمون اللبني الذي يزداد إفرازه في أثناء الرضاعة وفي بعض الاضطرابات العضوية ومع بعض الأدوية النفسية قد يقلل من الرغبة الجنسية، كما أن انخفاض هرمون التستوستيرون تدريجيًّا، مع التقدم في العمر ومع انقطاع الحيض لأنه يُنتج بواسطة المبايض، يؤدي أيضًا إلى انخفاض الرغبة الجنسية. وقد تؤدي أو تساهم المشكلات الطبية مثل مرض السكري وأمراض الأعصاب الطرفية والتهابات الجهاز التناسلي إلى نقص الرغبة أو نقص الإثارة الجنسية⁽¹⁶⁵⁾.

اشتكت ثناء، التي ذُكرت في الفصل الثاني والثالث وكانت تعاني من اكتئاب الولادة، أنها أصبحت باردة ولا تشعر بالرغبة الجنسية رغم مداعبات زوجها الطويلة، كما أنها لا تشعر بالترطيب في المنطقة التناسلية كما كانت تشعر من قبل، وقد أظهر

الزوج استيائه لها عدة مرات. تم توضيح الاضطراب للزوجين وإنه ربما حدث بسبب الاكتئاب بالإضافة إلى التغيّرات الهرمونية بعد الولادة، وأن الأمر قابل للعلاج. ثم بدأت ثناء علاجًا جنسيًا باستخدام أحد مضادات الاكتئاب التي تزيد الرغبة الجنسية مع جلسات علاج نفسي جنسي لتنشيط الرغبة الجنسية.

التدخلات العلاجية:

يعتمد العلاج بالأساس على تحديد الأسباب، سواء كانت أسبابًا طبية مثل اضطراب الهرمونات أو أسبابًا نفسية أو ثقافية، أو أسبابًا لها علاقة بالشخصية نفسها أو تاريخ مَرَضِي له علاقة بالإساءة الجنسية، ومن ثمّ علاج تلك الأسباب، سواء بالأدوية أو بالتدخلات النفسية. وهناك بعض الأدوية التي ثبتت فائدتها في زيادة الرغبة الجنسية لدى النساء، مثل دواء فليبانسرين الذي يُؤخَذ بالفم (كان متوفرًا في السوق المصري واختفى)، ويحتاج إلى عدة أسابيع لكي يزيد الرغبة الجنسية. وكذلك ميلانوكورتين الذي يُؤخَذ تحت الجلد عند الحاجة قبل الممارسة الجنسية ب 45 دقيقة (غير متوفر في السوق المصري)، وبعض أنواع من مضادات الاكتئاب مثل البيوبروبيون والميرتازابين والترازدون والبوسبيرون.

العلاج النفسي الجنسي:

بالإضافة إلى الدواء تم مساعدة ثناء في تنشيط واستعادة الرغبة/الاستثارة الجنسية في ست جلسات من العلاج النفسي الجنسي؛ في المرحلة الأولى تعلّمت ثناء الانتباه إلى الإشارات الجنسية العامة التي تقابلها في حياتها اليومية، والتي قد يكون لها علاقة مباشرة أو

غير مباشرة بالجنس، مثل إعلانات الملابس المثيرة، الملابس الداخلية، الأغاني، الصور، مشهدٍ في فيلم، حكاية في كتاب، أو رسائل الحب، أو مشاهدة حبيبين يمسكان بإيدي بعضهما في الشارع، ومع التركيز على ملاحظة تلك الإشارات عدة أيام، وبتوجيه من المعالجة. بدأت ثناء تصنّف الإشارات إلى إشارات جنسية وإشارات غير جنسية، ثم بدأت في التفكير فيما تحبه وما لا تحبه من تلك الإشارات، أحبّت مثلاً مشهد شاب يضع ذراعه على كتفي فتاة كأنه يحميها أو يضمها، فستاناً عاري الصدر معلقاً في محل، رجلاً وسيماً يلبس قميصاً أبيض مفتوح الصدر ويسحب كلباً. ثم طُلب منها أن تعطي تلك الإشارات درجة من صفر-10 حسب التأثير في تفكيرها ومشاعرها الجنسية، حيث صفر لا تأثير و10 التأثير الأعلى. وبهذه الطريقة أصبح لدى ثناء خريطة بالإشارات الجنسية التي تشعر معها بالراحة وتثير رغبتها الجنسية. في المرحلة التالية طُلب منها أن تستعيد هذه الإشارات في خيالها مع تصور نفسها داخل تلك الخيالات. على سبيل المثال تتخيل نفسها من ترتدي الفستان، وتتخيل شخصاً تتمناه يضع ذراعه على كتفها (صاحب الكلب مثلاً)، ثم تكمل الخيال حسب مزاجها وذلك مع الانتباه لمشاعرها ولما يحدث في جسمها (دقات قلب سريعة، رعشة، متعة). وكلما شعرت بألفة أكثر أكملت الخيال حتى بدأت تشعر بالإثارة الجنسية في أعضائها التناسلية. احتاجت ثناء إلى تكرار التجربة عدة مراتٍ للوصول إلى ذلك الشعور الممتع والمثير في أعضائها التناسلية، وفي المراحل التالية بدأت تعاودها أحلام جنسية وهو الأمر الذي كان قد اختفى منذ فترة طويلة.

في الجلسات المشتركة تعلّم الزوجان تحسين التّواصل العاطفي والجنسي بينهما من خلال التعبير عن الشوق الجنسي باللمسات والنظرات والقُبلة الخاطفة، والرسائل المثيرة والتذكير بأفضل اللحظات الجنسية السابقة، ومشاركة المعلومات والقراءات

ومناقشتها والتعبير عن الصعوبات وكيفية حلها، وكذلك مشاركة الخيالات الجنسية. عندما شعرت أنها أصبحت مستعدة للممارسة الجنسية نصحت بخلق جوٍّ مناسبٍ للنَّشاط الجنسي؛ مثل اختيار الوقت المناسب بالتوافق مع الزوج، وتحضير المكان جيدًا، وخلق الأجواء الرومانسية التي تشجع على الممارسة الجنسية مثل إضاءة شموع أو إحضار ورود مع إضاءة خافتة وموسيقى محبِّبة ووضع روائح مثيرة، ونُصح الزوج بالتنوُّع في المداعبة على سبيل المثال، التريبت والتقبيل في مناطق الإثارة من الجسم مثل الشفاه والأذنين والرقبة والحلمات، ولمس الأعضاء التناسلية بما فيه الكفاية قبل بدء الإيلاج، وهذا ما يزيد الرغبة/الإثارة الجنسية، ويعزِّز العلاقة الحميمة، ويقلِّل القلق.

5-5-2 اضطراب النشوة الجنسية:

صعوبة الوصول Orgasmic Disorder

تقول نسرين: أنا مش باوصل، أنا بتعَب وبتعَب

جوزي معايا

نسرين سيدة هادئة عمرها 45 سنة، تزوجت منذ 23 سنة من موظف حسابات، وأنجبت ولدين، وبعد الولادة الثانية تعرضت لحمى النفاس، وكانت معاناتها شديدة، بعدها بدأت تعاني من اضطراب الوسواس القهري المتمثل في تكرار الطهارة، وخصوصًا في المنطقة التناسلية، ووصف لها مضادات اكتئاب ومضادات ذهان، وكانت توصية الطبيب أن استمري على الدواء طوال عمرك، وهذا ما فعلته بشكلٍ متواصلٍ لمدة عشرين سنة، تحسَّنت أعراض الوسواس القهري، لكنها منذ

عدة سنوات بدأت تعاني من فرط النعاس إلى درجة أنها تنام وهي تقود السيارة مع مزاجٍ اكتئابي شديد، ومع الفحص اتضح أنها تعاني من فرط النعاس بسبب الأدوية، كما اتضح أن الأدوية أيضاً أثرت في قدرتها في الوصول إلى النشوة الجنسية؛ حيث لم تكن تصل إلا بعد وقتٍ طويلٍ، وغالبًا لا تصل إليها، مما أرهاقها وأرهق زوجها الذي بدأ ينسحب تدريجيًا حتى توقف تمامًا عن الاقتراب منها جسديًا منذ 15 سنة، وأصبحت يعيشان معًا من دون علاقة جنسية، وقد فرحت السيدة جدًا عندما عرفت أن ما تعاني منه سببه الأدوية المستمرة منذ عشرين سنة، وأنها يمكن أن تستعيد يقظتها النهارية ومتعتها الجنسية مع زوجها مرة أخرى.

واضطراب النشوة الجنسية هو صعوبة أو عدم القدرة على الوصول إلى النشوة الجنسية بعد تلقي الإثارة الجنسية الكافية عبر المداعبة، فإذا حدث في كل أو 75% من الممارسات الجنسية لعدة شهورٍ، وسبب ضيقًا للمرأة أو الزوج، احتاج إلى تدخلٍ علاجي. وقد تحدث تلك الصعوبة من بداية الحياة الجنسية، ويُسمّى اضطراب النشوة الجنسية الأولى وهو الأصعب في العلاج، أو يحدث لاحقًا بعد فترة من الممارسة الجنسية الجيدة مثلما حدث مع نسرين، ويُسمّى اضطراب النشوة الجنسية المكتسب؛ بمعنى أن النشوة كانت جيدة ثم بدأت تتضاءل تدريجيًا، أو كما وصفتها نسرين (بحسب إني مكتومة مش عارفة أوصل أوي زي زمان، ولو وصلت تبقى حاجة زي المية الساقعة كده).

وفي بعض الدراسات عن النشوة الجنسية لم تبلغ 15% من النساء أنهن مررن بخبرة النشوة الجنسية في حياتهن، وأكثر من نصف هؤلاء، ورغم عدم تجربتهن للنشوة الجنسية كنّ راضيات عن

حياتهن الجنسية، ولا يرغبن في تغيير ذلك، وبينما ربع هؤلاء جئن للعلاج من اضطراب النشوة الجنسية لإرضاء شركائهن الذكور الذين يشعرون عادة بالنقص في ذكورتهم لأن نساءهن لا يصلن إلى النشوة الجنسية. أما الربع الأخير فجئن لرغبتهن في الوصول إلى النشوة الجنسية، وهكذا فإن الوصول إلى النشوة الجنسية ليس ضرورة للرضا الجنسي عند النساء. كما أن 84.9% من عينة بحثية في مدينة بنها المصرية كنَّ يمثِّلنها (يزيِّفنها)، إما نادراً وإما أحياناً وإما عادة، لكي ينهين الأمر⁽¹⁶⁶⁾.

وتأتي مشكلات النشوة الجنسية من مشكلات طيبة ونفسية، ولكن أيضاً لها خلفية وراثية؛ حيث إن 28-72% من الحالات تشترك في الخلفية الوراثية⁽¹⁶⁷⁾، كما يمكن أن تسهم العديد من العوامل الظرفية والنفسية في مشكلات النشوة الجنسية، وهي تشتمل على عوامل عديدة؛ مثل الإيلاج السريع الذي ينتهي بالقذف السريع قبل أن تُثار المرأة بما فيه الكفاية، وكذلك عدم فهم كيفية عمل الأعضاء التناسلية للمرأة، والتركيز على الإيلاج بدلاً من إثارة البظر وشفاه المهبل بالإضافة إلى الإيلاج. وهناك ضعف التواصل حول الجنس مثل عدم المشاركة حول نوع التحفيز والمداعبة التي تستمتع بها المرأة، ويحدث ذلك لخوف المرأة من الزوج أو لخلها من رغبتها الجنسية، كذلك تؤثر مشكلات العلاقة الزوجية مثل النزاعات التي لم تحل، الخوف أو انعدام الثقة، أو نقص الحب، وهناك أيضاً قلق المرأة حول أدائها الجنسي والخوف من الفشل، أو عدم إرضاء الرجل، وأنواع القلق والخوف الأخرى مثل الخوف من الترك أو الهجر، أو الشعور بالضعف، أو عدم السيطرة. وقد تؤدي تجربة صادمة جسدياً أو عاطفياً، مثل الاعتداء الجنسي أو تجربة الجنس الأول التي حدثت للمهندسة أميرة التي ذُكرت في قسم الكرب، إلى عسر النشوة الجنسية، وبعض الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والوسواس القهري، وأخيراً المشكلات العضوية مثل

قطع البظر، كما يحدث في ختان الإناث، والأمراض التي تصيب الأعصاب الطرفية، وتقلل من الإحساس مثل السكري وغيره، وتناول بعض الأدوية مثل مضادات الاكتئاب⁽¹⁶⁸⁾، كما في حالة نسرين.

التدخلات العلاجية:

أولاً: لا بد من استبعاد الأسباب الطبية التي تعيق الوصول إلى النشوة الجنسية، فإذا كانت هناك أسبابٌ طبية مثل السكري أو غيره من الأمراض يتم علاجها، ثانيًا: يتم تعليم المرأة كيفية التعرف على أعضائها التناسلية ومكوناتها، وأكثر مناطق الإثارة لديها مثل البظر وشفاه المهبل ومن الداخل جدار المهبل الأمامي وكذلك حلمات الثدي، وبعد ذلك يمكنها مع نفسها التعرف على مناطق اللذة الأكثر إثارة لديها، وكيفية إثارتها، وأي نوعٍ من اللمس هو متعة لها. وعندما تستطيع المرأة ممارسة ذلك مع نفسها وصولاً إلى النشوة الجنسية، وهو ما يُسمّى في العلاج النفسي الجنسي (الجنس الذاتي الموجه) يمكنها البدء في التحدث مع وتوجيه الزوج في ذلك.

يمكن أيضًا استخدام تمارين "التركيز الحسي"، وهي تقنية سلوكية معرفية تم تطويرها بواسطة "ماسترز وجونسون" لمساعدة النساء في الوصول إلى النشوة، تتطلب هذه التقنية شريكًا ملتزمًا، ومستعدًا لبذل مجهود لأنها تتضمن تمارين تدريجية غير موجهة أو منشغلة بالإيلاج أو الوصول إلى النشوة، وفيها يتناوب الزوجان ملامسة بعضهما البعض في مراحل ومدى زمني محدد، وتبدأ من اللمس غير الجنسي، والتركيز على التعرف على الجسد وملامسته، وفي المرحلة التالية تنتقل إلى اللمس الجنسي أو اللمس المثير للنشاط الجنسي مع تجنب الإيلاج، ثم في المرحلة الثالثة يتم اللمس الجنسي مع التقدم نحو استخدام الإيلاج، ولكن دون التركيز على الوصول إلى النشوة الجنسية، وفي هذه

الطريقة يتعلم الزوجان إعادة تأسيس العلاقة الجنسية الحميمة، وتقليل القلق من الأداء الجنسي، وبالذات القلق من الإيلاج سواء من قِبَل المرأة بسبب الألم أو من قِبَل الزوج بسبب الخوف من ضعف الانتصاب، ويتعلم الزوجان التقليل من الإلهاءات في أثناء اللقاءات الجنسية⁽¹⁶⁹⁾.

ويشجع بعض المعالجين استخدام محفّزات أخرى مثل استخدام الخيالات الجنسية، أو الأفلام الرومانسية أو ذات المحتوى الجنسي، وقد يكون الهزّاز Vibrator، وهو أداة مرخصة طبيًا لإثارة البظر، مفيدًا بشكلٍ عامٍّ، وخاصة عندما يكون هناك مرض في الأعضاء، ويصلح في الجنس الفردي والجنس مع شريك⁽¹⁷⁰⁾.

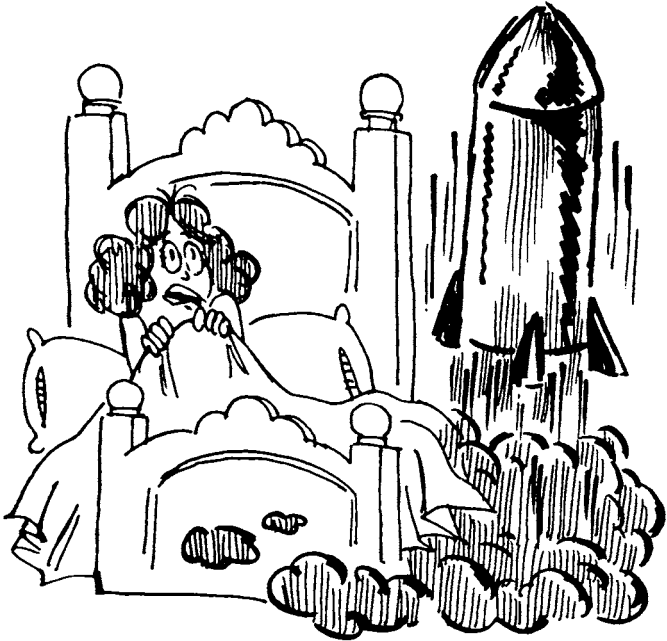
إذا كانت مضادات الاكتئاب هي السبب يمكن إضافة دواء بوسبيرون أو بيبروبيون أو استبدال مضاد الاكتئاب بأخر أقل تأثيرًا على النشوة الجنسية، أو إضافة أحد المنشطات الجنسية مثل فلييانسرين، أو استخدام الهزاز أيضًا.

5-5-3 اضطراب عسر الإيلاج أو التشنُّج المهبلي: صعوبة الدخول Vaginismus

التشنُّج المهبلي أو عسر الإيلاج، هو الصعوبة المستمرة أو المتكررة التي تواجهها المرأة في السماح بدخول القضيب أو الإصبع إلى المهبل، وذلك على الرغم من رغبة المرأة المعلنّة في الإيلاج، وأحيانًا يكون ذلك مصاحبًا لألم أو خوفٍ من الألم مع الإيلاج. ويحدث عسر الإيلاج أو التشنُّج المهبلي بسبب تقلُّص لا إرادي للعضلات المحيطة بالمهبل مما يسبّب إغلاقه، وقد يصل التقلُّص إلى كامل عضلات قاع الحوض مما يجعل الإيلاج مؤلمًا ويضُعب على المرأة إبعاد ساقها بعضهما عن بعض، ويعوق الإيلاج جزئيًا أو كليًا. فإذا كان ذلك يحدث في كل أو

75% من الممارسات الجنسية، واستمر عدة أشهر، وكان مزعجًا للمرأة
اعتُبر اضطرابًا جنسيًا يستدعي التدخل العلاجي، وتمثّل حالتنا نهى
وأميرة السابق ذكرهما نموذجين واضحين لذلك.

ويحدث عُسر الإيلاج في الأغلب لأسبابٍ نفسية مثل تاريخ عنف
جنسي أو جنس أول مؤلم وعنيف، مثل حالة أميرة، أو ختان مثل
حالة سارة، أو خوف من الجنس مثل حالة نهى. أو بسبب مشكلة
في العلاقة مثل العنف الممارس على المرأة من قِبَل الزوج أو صراع
عاطفي آخر. وقد يكون نتيجة لمشكلات طيبة، مثل الالتهابات
المهبلية أو ترقق بطانة المهبل بعد انقطاع الحيض، أو بعد بعض
الإجراءات الجراحية المهبلية والفرجية. لكنه، وفي كثير من الأحيان؛
وكما هو الحال مع معظم الاضطرابات النفسية، فإن عسر الإيلاج
أو التشنُّج المهبلي هو مزيج من العوامل الفسيولوجية والنفسية⁽¹⁷¹⁾.



ومعظم النساء المُصابات بتشنُّج المهبل لا يمكن أن يتحمَّلنَ الإيلاج، وبعضهن لا يمكن أن يتحمَّلنَ حتى استخدام السدادات القطنية (التامبون) أو الفحص الطبي أو أي لمس للأعضاء التناسلية لأن كل تلك الممارسات قد تسبَّب ألمًا.

وتشير المسوح إلى أن التشنُّج المهبلي ينتشر بين 1-6% من النساء في الدول المتقدمة، ويصل إلى 60% في بعض بلدان العالم الثالث. وتشير دراسة حديثة إلى انتشاره في 20% من النساء في المنوفية في دلتا مصر⁽¹⁷²⁾، وفي دراسة مصرية أخرى كان انتشاره أعلى بين النساء الأقل تعليمًا⁽¹⁷³⁾.

وتشير نساءٌ كثيرات يعانين من التشنُّج المهبلي إلى خوفهن من الألم أو الإصابة أو الخوف من العدوى أو القرف من الأعضاء التناسلية والإفرازات الجنسية، إلا أن انتشاره الواسع في المجتمعات المحافظة ربما يشير إلى التخويف الطويل من الجنس والكبت الجنسي الذي يُمارَس على الفتيات والنساء قبل الزواج، وانتشار الثقافة الجنسية التي تعتبر الجنس شيئًا مخيفًا ومدنِّسًا ومقرِّفًا ومجرد واجبٍ نسائي لإمتاع الأزواج.

التدخلات العلاجية:

يجب أولاً استبعاد الأسباب الطبية المباشرة مثل التهابات الجهاز التناسلي، أو أي أسبابٍ أخرى قبل تشخيص وعلاج التشنُّج المهبلي، وكذلك يجب علاج أي معوقات أخرى مثل إصابات أو التهابات أو أي تشوهات حدثت بسبب الختان مثل عمليات ترميم الختان التي بدأت تجريها بعض المراكز في مصر. العلاج عادةً دوائي ولفسي، ونادرًا جراحي (كما حدث مع نهى). والعلاج الدوائي مثل المزلقات التي تساعد على ترطيب المهبل أو مخدرٍ موضعي أو مهدئ يساعد المرأة

على الاسترخاء، وأحياناً يتم استخدام بوتيلينوم وهو مادة مرخية للعضلات بشكلٍ كاملٍ في المنطقة التناسلية، مما يسمح بعملية الإيلاج.

- العلاج النفسي؛ سوف نستعرض مراحلها من خلال ما تم مع نهى التي ذُكرت في بداية هذا الفصل، فقد بدأ العلاج معها بالثقيف الجنسي، مثل التعرف على الأعضاء التناسلية الأنثوية والذكورية ودورة النشاط الجنسي، وتعلّم تمارين الاسترخاء، والعلاج المعرفي لتحدي المعتقدات الكارثية حول الإيلاج، ومنها على سبيل المثال اعتقادات مثل ("أنا ضيقة جداً وهتعمور"، "أنا ممكن أموت لو دخل في"، أو "خايفة أصرخ ويبقى منظرى زفت" "لو دخل هيلزق وميطلعش")، وكلها أفكار سمعتها في العيادة من نساء أخريات كن يعانين من التشنُّج المهبلي أو عسر الإيلاج. كما أن زوج نهى شاركها بعض تلك الجلسات، حيث تم التعرف على مناطق الإثارة وكيفية المداعبة والتركيز على الأحاسيس والتواصل الحسي بدلاً من التركيز على الإيلاج، وذلك بالإضافة إلى تمارين الوعي الآني والتركيز الحسي التي ذُكرت سابقاً.

بعد مرحلة الثقيف بدأت نهى ممارسة التدريبات المنزلية، أولاً تعلّمت إرخاء عضلات قاع الحوض (سوف يتم شرحها في آخر هذا الفصل) حتى استطاعت أن تمارس ذلك في أي وقتٍ وفي أي مكان حتى وهي تقود السيارة، ثم بدأت مرحلة "التآلف وإزالة التحسس"، تعرّفت أولاً على تشريح أعضائها التناسلية، بدأت مع نفسها وهي تستحم كجزءٍ من الروتين اليومي، جلست على الأرض وباستخدام مرآة نظرت إلى الفرج وتفحصته حتى تعرّفت على تفاصيله ثم تلمّسته لمزيدٍ من

التعرف، وعندما كان ينتابها الخوف وتنقبض عضلاتها تمارس تمارين الاسترخاء مرة بعد أخرى، ساعدها ذلك على التآلف مع فرجها وتكويناته، وقلَّ من غرابته، وبالتالي قلَّ من الحساسية المفرطة التي كانت تأتي مع عدم المعرفة والقلق. كررت لمس نفس المنطقة مرارًا وتكرارًا مع الضغط عليها بيدها، حتى اعتادت لمسها والضغط عليها دون خوف أو ألم، وعندما شعرت أنها أصبحت قادرة على فعل الإيلاج، بدأت مرحلة "التعرض التدريجي" حاولت إدخال إصبعها ببطءٍ، وفي الجزء الخارجي من المهبل ودون تعجل، فعلت ذلك بالتدريج وعلى مدى أيام، تترك طرف إصبعها هناك على فتحة المهبل؛ في البداية لمدة لحظات ثم امتدت دقائق حيث تترك إصبعها بينما هي تفكر في أي شيء آخر، وذلك مع إرخاء عضلات قاع الحوض، حتى اعتادت الأمر، واختفى الخوف بل استمتعت بذلك أحيانًا. ثم بدأت نهى مرحلة الإيلاج الكامل باستخدام الأصابع عدة مرات، حتى اعتادت وتآلفت مع وجود إصبعها بكاملها داخل المهبل. وعندما أصبحت مستعدة دعت "هاني" حبيب حياتها لمشاركتها تلك التمرينات، وهكذا تعلَّمت تدريجيًّا -ومشاركة حبيبها- تخفيف شد العضلات المهبلية والسيطرة على مشاعر الخوف، بعد هذه المرحلة تفاجأنا، كفريقٍ علاجي، بأن نهى تمكَّنت سريعًا من تجاوز الخوف، وسمحت لـ"هاني" بإيلاجها لأول مرة منذ سنوات طويلة. ورغم أن نهى لم تصل إلى النشوة الجنسية فإنها استمتعت بالإثارة الجنسية والإيلاج، وكانت سعيدة جدًا بذلك الإنجاز.

وقد أثبتت الطريقة السابقة نجاحها، وفي أحد الأبحاث نجحت 18% من المشاركات في أول محاولة إيلاجٍ بشكلٍ كاملٍ خلال أسبوعين، بينما في الحالات الشديدة أو التي تفشل فيها التدريبات المنزلية السابقة يمكن أن يتضمن العلاج ما يُسمَّى بالتعرض المطول بمساعدة متخصصة، وهي جلسات يتم إجراؤها في المستشفى أو العيادة في وجود الزوج⁽¹⁷⁴⁾.

كما تفيده الممارسة في أماكن مختلفة وأوضاع مختلفة في تسريع العلاج وتقليل معدل الانتكاس (على سبيل المثال، الأوضاع المختلفة وهي مستلقية، وهي جالسة، وهي على جنبها، وهكذا، والمواقف المختلفة مع ومن دون شريك، مع ومن دون الإثارة الجنسية) ومع مجموعة متنوعة من المحفزات (أصابع السيدة نفسها أو أصابع الشريك، الموسعات، السدادات القطنية، القضيب).

5-6 جنس جيد بما فيه الكفاية:

الرحلة إلى الحميمة Good Enough Sex

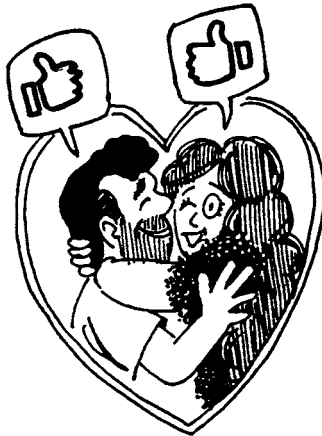
يقر غالبية الأزواج الناجحين جنسيًا أنهم يفشلون في 20% على الأقل من لقاءاتهم الجنسية، بينما أكثر من 45% من الأزواج يعانون بالفعل من واحدٍ أو أكثر من الاضطرابات الجنسية⁽¹⁷⁵⁾، ولا يسعى الكثير منهم إلى طلب العلاج مما يزيد من انتشار الإحباط الجنسي، وربما الاضطراب الزوجي. وتأتي أغلب تلك الصعوبات من المفهوم الشائع للجنس، وهو أننا لكي نحصل على "جنس رائع" لا بد لنا من "إيلاج رائع"، وعندما يفشل الإيلاج يشعر الكثير من الأزواج بعدم الرضا الجنسي والإرباك العاطفي. الذي يؤدي إلى مزيدٍ من الفشل في الإيلاج، بل وتجنُّب الممارسة الجنسية سنين طويلة، مثل حالتَي سارة وأميرة.

تابع العالمان باري مكارثي وزميله مايكل ميتز Metz and McCarthy ملاحظاتهم تلك في العام 2007 حتى توَصَّلا إلى مفهوم "جنس جيد بما فيه الكفاية"، والذي يعارض بشكلٍ جذري المفهوم التقليدي للجنس بين الأزواج القائم على "الجنس من أجل الإيلاج".

اعتبرا العالمان أن الحميمية، لا الإيلاج، بين الأزواج هي الهدف النهائي للنشاط الجنسي، سواء سعى إليها الكثير من الرجال من مدخل الحميمية الجنسية، أو سعت إليها الكثير من النساء من مدخل الحميمية العاطفية.

ويطرح هذا النموذج مقاربة مختلفة للجنس، وهو "مختلفان ولكن متساويان"، وهو نموذج أكثر اتساعاً وقابلية لتأسيس علاقة حميمية ومُرضية بين الزوجين، وشديد الأهمية للرجال والنساء الذين هم في علاقة طويلة المدى. إنه نهجٌ حميمي متغير ومرن للمتعة الجنسية، حيث يمكن للزوجين في حالة صعوبة الإيلاج أن يدخلوا إلى سيناريو جنسي غير إيلاجي أو سيناريو غير جنسي أو سيناريو حسي (مثل العناق وتبادل القبل واللمس الجنسي أو ممارسات التركيز الحسي غير الجنسي أو حتى تبادل الإثارة وصولاً إلى النشوة الجنسية)، وذلك بدلاً من تجنب الحميمية عند كل مرة يفشل فيها الإيلاج، وهذا يمكن أن يحمي الأزواج الناشطين جنسياً من الإحباط الجنسي، ويعطي الأمل للأزواج المتعثرين في حياتهم الجنسية في إمكانية معاودة نشاطهم الجنسي. ويمكن استخدامه عند وجود اضطراب جنسي، مثل ضعف الانتصاب أو آلام المهبل. في حالة ضعف الانتصاب يمكن للرجل استخدام الأصابع، وفي حالة آلام المهبل يمكن للمرأة مداعبة القضيب باليد أو استخدام الجنس الفموي. وفي حالة كانا يخضعان، كلاهما أو أحدهما، للعلاج الجنسي الدوائي يمكن أن يستمرراً في الحميمية الجنسية بدلاً عن الانتظار حتى يقوم التدخل الدوائي بعمله، وهكذا يمكنهما الاستمرار في الحميمية الجنسية .

وفي هذا النموذج تشكّل الحميمية الهدف النهائي للنشاط الجنسي، وتكون المتعة مهمة بوصفها وظيفةً لتحقيق الحميمية، ويكون القبول العاطفي المتبادل هو البيئة الحاضنة للحميمية والمتعة، هكذا يمكن للأزواج الحميميّين أن يعيدوا تقييم الأغراض المتعددة للجنس، واستخدام أنماطٍ عديدة من الإثارة، والتفكير في العلاقة الجنسية بشكلٍ واقعي وعلمي، واضعين في الاعتبار الصحة والعمر والظروف البيئية المحيطة، مع تقدير الاختلافات بينهما في الخلفية الثقافية والخبرات الشخصية. وهكذا يمكن للزوجين الانتقال من مجرد "شخصين" يسعيان إلى الاستمتاع الجنسي إلى كونهما "فريقًا حميمًا" يسعى إلى الحميمية الجنسية. وعندما يتم التخلي عن "ضرورة" أداء جنسي مثالي في كل مرة، والتكيف مع سيناريوهات جنسية بديلة وتقدير اللمس الحسي والحميمية العاطفية، يمكن أن يتم دمج الجنس في الحياة الواقعية، ويتم دمج الحياة الواقعية في الجنس، بمعنى أننا إذا تخلينا عن الإيلاج كهدفٍ رئيسي وحيدٍ للتفاعل الجنسي، يمكننا ممارسة الجنس في كل وقتٍ وفي كل مكان، بدءًا من نظرات الشوق إلى اللمسات الخاطفة إلى الأحضان والقُبُل إلى الإيلاج إذا كنا مستعدين له، كما يمكن إطالة العمر الجنسي للأزواج إلى مدى غير محدودٍ حتى العمر المتأخر.



وقد طُبِّقَ هذا النموذج في حالة نهى وهاني السابق ذكرهما، وقد استعدا تدريجيًا توأصلهما الحسي والاستمتاع به دون التحوُّل إلى الإيلاج، حتى بدأ تدريجيًا يستمتعان بالإثارة الجنسية الناتجة عن التلامس الحسي والمداعبة الجنسية حتى وصلا إلى الإيلاج ونجحا في الوصول إلى نشوة الجماع، وإن كان بشكلٍ غير متزامن، وليس كل مرة من جهة أميرة، لكنهما كانا راضيين عن نشاطهما الجنسي.

5-7 تعزيز النشاط الجنسي: الرحلة مستمرة

- توقفي عن التفكير في الهدف النهائي من النشاط الجنسي؛ إذ بدلًا من التركيز على الوصول إلى النشوة الجنسية، أو الوصول إلى الإثارة المهيئة للإيلاج، ركزي على الاستمتاع الحسي والحميمية.
- حاولي تعزيز الوعي بالمناطق الأخرى المثيرة للشهوة الجنسية -الشفتان واللسان والجفون والفخذان والأرداف والظهر والرقبة والقدمان والأذنان- من خلال اللمس والتقبيل والتدليك الخفيف، وجَّهي زوجك بهدوءٍ وسلاسة لكي يفعل ذلك، وأفضل طريقة هي أن تبدي أنتِ بلمس تلك المناطق لديه لأنها أيضًا مناطق إثارة لكل من الذكور والإناث.
- كوني منفتحة مع زوجك، لأن كلاً من الرجال والنساء يحبون الكلام في الأمور الجنسية بانفتاحٍ لولا المحاذير المجتمعية المنضبطة للعلاقة الزوجية.
- اسمحي لنفسك بالتخيُّلات الجنسية، لا تخجلي من تخيلاتك، ولو كان زوجك منفتحًا ربما أحب أن يتكلم معك في تخيلاته أيضًا.

- استخدمى المزلقات الطيبة والمصنّعة خصوصًا للمهيل قبل المداعبة للمساعدة فى الترتيب والتزليق والإثارة أو فى أثنائها، لأن استخدامها يعزز الرغبة والإثارة الجنسية وهزّات الجماع.
- اضبطى الجو العام على مزاجك لأن كثيرًا من النساء يحتجن إلى الشعور بالراحة والأمان قبل أن يستمتعن بالجنس، وكل امرأة لها طريقته الخاصة، اكتشفي طريقته الخاصة. مثلاً قد تفضّلين أخذ حمامٍ ساخن، أعدي جسّدك كما تحبين وكما يحب زوجك، وأشعلي الشموع، أحضري وردًا أو اطلبي من زوجك إحضار ورد، وشغّلي الموسيقى التي تحبّينها، وارتي الملبس التي تشعرك وتشعر زوجك بالإثارة.
- فى النهاية تحتاجين إلى رؤية الجنس كجزء من الاعتناء بنفسك وتدليلها، وليس مجرد شيء تفعّلينه لزوجك أو لاستمرار حياتك الزوجية والأسرية.

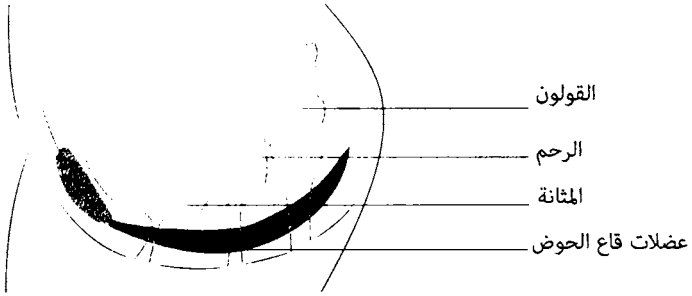


5-8 خلل في عضلات قاع الحوض:

الحوض المسدود Pelvic Floor Dysfunction

عانت سارة ضمن ما عانت من اضطرابات مزمنة في القولون وآلام مزمنة في منطقة الحوض مع فترات من عدم التحكم في التبول، ولم يتمكن الأطباء من تحديد سبب عضوي لكل ذلك.

كانت تقول: حاسة طول الوقت بثقل تحت بطني كأني عايزة أعمل براز ومفيش براز، جناني متحزمين.



الحوض هو مجموعة من العظام بين الوركين تُشكّل تجويفاً عظيماً يحيط بالأعضاء الموجودة أسفل البطن، مثل المثانة والأمعاء والرحم والمبيضين والجزء الداخلي من المهبل. وعضلات قاع الحوض هي مجموعة العضلات التي تكسو تجويف الحوض من الداخل، وتمتد من عظمة العانة من الأمام إلى العُصْصُص من الخلف، وتشكّل ما يشبه الطبقة العميقة (السلطانية) في تجويف الحوض. وتعمل عضلات قاع الحوض مع العضلات الأساسية الأخرى حول العمود الفقري والقفص الصدري، وعضلات البطن، لكي تشكّل معاً الهيكل العضلي لجسم الإنسان الذي يعمل مع العظام كرافعة للجسم، يحافظ على هيكله متماسكاً. وعضلات قاع الحوض لها وظائف متعددة، أهمها

دعم وحماية الأعضاء الداخلية في الحوض، مثل المستقيم والقولون والمثانة، والأعضاء التناسلية الداخلية مثل المهبل والرحم والمبايض، والخارجية مثل المهبل والقضيب. ولها دورٌ أساسي في التبول والتبرز والإثارة الجنسية، وهي اللاعب الرئيسي في رعشة الجماع، كما أن لها دوراً رئيسياً في الولادة ودعم البطن في أثناء الحمل⁽¹⁷⁶⁾.

5-8-1 الحوض عضو عاطفي

كان المحلل النفسي فيلهلم رايش Wilhelm Reich في القرن العشرين هو من أشار إلى أن الحوض عضو نفسي؛ حيث ركّز فيلهلم في مقاربتة على العلاقة بين العقل والجسد والنفوس، وكان يرى أن الاضطرابات النفسية تُحدِث درجاتٍ مختلفة من السدة الجسدية في أماكن مختلفة من الجسم، وبالذات في الحوض. وهذا ما تم اكتشافه حديثاً حيث تنقبض وترتخي عضلات قاع الحوض استجابة للمشاعر التي يمرُّ بها الإنسان، مثل الخوف والغضب أو الراحة والاسترخاء، وينظم عضلات قاع الحوض جهاز الحركة العاطفي اللاإرادي Emotional Motor System، وهو الذي يمتد من المخ العاطفي Limbic System المسؤول عن استقبال وإنتاج المشاعر وتنظيم عمل الهرمونات في الجسم ومنها الهرمونات الجنسية. ولذلك ترتبط عضلات قاع الحوض بشكلٍ مباشرٍ بالنشاط العاطفي والهرموني والجنسي في الجسم، حيث تنقبض وتضيق في حالة التوتر والخوف، وترتخي وتتسع في حالة الراحة والاطمئنان. ولذلك يصعب الجلوس في راحة أو التبرز أو ممارسة الجنس في حالة الخوف الشديد بسبب انقباض عضلات قاع الحوض⁽¹⁷⁷⁾.

كما تعمل عضلات قاع الحوض بشكلٍ مختلفٍ في النساء اللائي تعرّضن للاعتداء الجنسي في طفولتهن؛ حيث تنقبض تلك العضلات أسرع وأقوى من انقباضها في غيرهن من النساء، وذلك عندما يتعرضن

لمشاهد مخيفة، كأن عضلات الحوض تحتفظ بذاكرة العنف والخوف، وتكون مستعدة للانطلاق عند ظهور أي علامة خطر حتى لو كانت مشاهدة فيلم⁽¹⁷⁸⁾. يؤدي ذلك الانقباض إلى الضغط على الأعضاء الداخلية في الحوض مثل القولون والمثانة والمهبل والأوعية الدموية والأعصاب المغذية لها، مما يثير آلامًا مزمنة وغير مفهومة. قد تأتي تلك الآلام عامة في الحوض ككل، وقد تأتي في أماكن محددة وتكون بلا سبب عضوي واضح وهي "زملة ألم الحوض المزمنة" "Chronic Pelvic Pain Syndrome" الذي تعاني منه نحو 26% من النساء في عمر الإنجاب، كما أثبتت دراسات عالمية ومصرية⁽¹⁷⁹⁾.

وتعاني النساء اللائي تكون عضلات الحوض لديهن أكثر انقباضًا من اضطرابات في الإثارة الجنسية والإيلاج ورعشة الجماع، وذلك بسبب ضغط العضلات المنقبضة على الأعصاب والأوعية الدموية، مما يحدث تعطلًا في تدفق الدم إلى المهبل، ويعطل ترطيب المهبل، ويكون الإيلاج مؤلمًا وربما يحدث التشنج المهبلي. كما حدث مع حالة سارة، كما يصعب على عضلات قاع الحوض المشدودة الوصول إلى رعشة الجماع التي تحتاج إلى عضلات مرتخية قابلة للبط والانبساط الإيقاعي.

الأسباب والأعراض والتدخلات العلاجية الأسباب:

- التعرض لصدمة جنسية أو جسدية في أثناء الطفولة يؤدي إلى زيادة التوتر في عضلات قاع الحوض بشكل مستمر.
- التحكّم المفرط في الحوض مثل طريقة الجلوس المتكلفة أو غير المسترخية والجلوس فترات طويلة.
- استخدام العنف في تدريب الأطفال على استعمال المرحاض في الطفولة المبكرة.

- الضغط المستمر على البطن لإظهارها منخفضة يضغط أيضًا على عضلات قاع الحوض.
- وجود مرضٍ عضوي في الحوض مثل سلس البول، التهاب القولون، آلام أسفل الظهر، أمراض في الجهاز التناسلي الداخلي.
- الولادة المتعسرة.
- الإمساك عن التبول أو التبرز فتراتٍ طويلة.

الأعراض:

التبول المتكرر، أو جاع البطن وأسفل الظهر والصداع وكز الأسنان، آلام في الأعضاء التناسلية، وآلام الإيلاج والتشنُّج المهبلي وحرقان الفرج، اضطراب الأمعاء العصبي، مشكلات التبرز مثل الإمساك المتكرر، أو نمط من الإمساك يتناوب مع الإسهال، صعوبة في الإثارة الجنسية وآلام الإيلاج وصعوبة الوصول إلى رعشة الجماع.

التدخلات العلاجية:

يتضمن أولاً: الفحوصات الإكلينيكية والمعملية للتأكد من عدم وجود سبب طبي للألم. ثانيًا: التدخلات الدوائية باستخدام المسكنات عامة، استهداف نقاط الألم بمادة مخدرة للألم، وباسط عضلات، كما أن مضاد الاكتئاب القديم أميتريبتلين له دور مهم في تقليل حساسية الأعصاب الطرفية في تلك المنطقة مما يقلل من الشعور بالألم، بالإضافة إلى بعض أنواع من مضادات الصرع. ثالثًا: العلاج الطبيعي وهو الأكثر أهمية في مثل تلك الحالات، ويؤدي إلى نتائج مهمة في التعافي، وأخيرًا العلاج المعرفي السلوكي الذي يدرِّب المرأة على التعامل مع الألم وتكون له نتائج جيدة أيضًا.

1. تجنّبي الجلوس فتراتٍ طويلة على كرسي صلب، يمكنكِ استخدام وسادة للجلوس عليها.
2. قلّلي من الأنشطة التي تضغط على الحوض مثل ركوب الدراجات والخيّل.
3. استخدمي الحمامات الدافئة والوسادات الساخنة للتقليل من الألم.
4. تجنّبي الإمساك عن التبول والتبرز فتراتٍ طويلة.
5. تمارين الاسترخاء لعضلات قاع الحوض؛ أولاً: تخيّلِي أنك تحاولين منع نفسك من إخراج الريح من الأمعاء، وبالتالي تضغطين على العضلات الخلفية حول فتحة الشرج، حاولي الضغط لثوانٍ، كما لو كان لديك ريح بالفعل ثم توقفي عن الضغط. ثانيًا: تخيّلِي أنك تحاولين منع التبول وشدي العضلات الأمامية حول فتحة البول لثوانٍ ثم توقفي عن الشد، حاولي الآن شد العضلات الخلفية والأمامية معًا وذلك لثوانٍ ثم توقفي عن الشد، مارسي ذلك عدة مرات حتى تألفي ذلك الشعور، هكذا تكونين قد تعرفتِ وتدربتِ على التفريق بين حالة عضلات قاع الحوض وهي متقبضة وحالتها وهي مرتخية، وهكذا يمكنكِ التحكم في إرخائها عند الحاجة.
6. مارسي تمارين التمدد، إما عن طريق استشارة متخصصٍ في العلاج الطبيعي، وإما ممارسة اليوجا مع متخصصٍ.

5-9 الأمراض المنقولة جنسياً:

البحث عن جنس آمن

Sexually Transmitted Diseases

في العام 2019 وفي أثناء قيامي بتدريب مجموعة من النساء على رعاية أنفسهن وأطفالهن المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري ومرض الإيدز/HIV، قابلت حليلة التي كانت تعيش في بيتها مع أطفالها كزوجة ثانية لرجلٍ مزواجٍ ومتعدد العلاقات، حتى توفي منذ عامين بالتهابٍ رئوي وإسهال مزمن. بعد الوفاة بعدة شهور بدأت حليلة تعاني من أعراضٍ شبيهة لأعراض زوجها، ومع الفحوصات حُوِّلت إلى مستشفى الحميات بعد اكتشاف أنها تعاني من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري الإيدز، وهناك اكتشفت أن الزوج كان يُعالج أصلاً من الإيدز دون أن يخبرها أو يخبر زوجته الأولى أو أيًا من النساء اللاتي كان على علاقة بهن، كما أن البنت المولودة قبل وفاة الزوج أصيبت أيضًا بسبب الرضاعة من لبن الأم، كل ذلك وحليمة لا تعرف شيئاً عن مرض زوجها حتى أصيبت من الزوج، وبدأت العلاج مع طفلتها ذات العامين.

الأمراض المنقولة جنسياً هي الأمراض التي تنتقل مسبباتها عن طريق الاتصال الجنسي، ومن المفارقات فيما يخص مضاعفات النشاط الجنسي، أن النساء يتأخرن عمرياً عن الرجال في بدء النشاط الجنسي، ويكنّ أقل ممارسة للنشاط الجنسي، وأقل تعدداً في العلاقات من الذكور، ولا يتزوجن أكثر من رجلٍ واحدٍ في وقتٍ واحدٍ، عكس الذكور الذين يمكنهم الزواج من أكثر من امرأة في وقتٍ واحدٍ. كما أن

جهاز المناعة لديهم أقوى من الذكور، لكنهن الأكثر تعرّضاً للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً وهن الأكثر تأثراً بها من الناحية الصحية، وهن الأكثر تعرّضاً للموت بسببها، فلو أن امرأة مارست الجنس مع رجل مصاب فإن احتمالات إصابتها تكون أضعاف احتمالات الإصابة لو أن رجلاً مارس الجنس مع امرأة مصابة⁽¹⁸⁰⁾. لكن في الدول التي توفر التعليم الجنسي والمساواة وحرية الوصول إلى المعلومات، فإن المصابات بالأمراض الجنسية أقل من المصابين بها، عكس المجتمعات التي تحرم نساءها من تلك الحقوق.

يكفي أن نعرف أن أكثر من مليون إصابة بالأمراض المنقولة جنسياً تحدث كل يوم في العالم بما يعادل 374 مليون إصابة سنوياً، ذلك بحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية. وتعود مسببات هذه الإصابات إلى أكثر من 30 نوعاً من البكتيريا والفيروسات والميكروبات الأخرى المختلفة. ومن هذه الأنواع هناك ثمانية تُمثّل الأكثر شيوعاً، منها 4 أنواعٍ قابلة للعلاج والشفاء إذا تم التشخيص والعلاج مبكراً وهي الزهري والسيلان والكلاميديا وداء المشعرات أو الترايكومونيز. في حين أن 5 من الإصابات الفيروسية غير قابلة للشفاء، ولكن قابلة للسيطرة على تفاقمها ومضاعفاتها بالأدوية، وهي الالتهاب الكبدي بي وسي HCV, HBV وفيروس الهربس HSV وفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز HIV وفيروس الورم الحليمي HPV، كما أن بعض هذه الإصابات إذا لم تُشخّص مبكراً وتُعالج فإنها تكون قاتلة أو تسبب أمراضاً قاتلة⁽¹⁸¹⁾.

وتتعرض النساء أكثر للإصابة لأسبابٍ عديدة؛ أولاً: لأن الأغشية المخاطية المبطنّة للأعضاء التناسلية عند النساء تغطي مساحة واسعة أضعاف مثلتها عند الذكور، وهي التي من السهل اختراقها بالإصابة مما يضاعف من احتمال الإصابة. وبينما تظهر أعراض تلك الإصابات سريعاً وبشكلٍ واضحٍ في حالة الذكور فإنها تكون من دون أعراضٍ

أولية في النساء مثل السيلان والكلاميديا، أو تكون أعراضها غير مثيرة للانتباه مثل الفيروسات أو على شكل إفرازات أو حركات أقرب إلى الإفرازات والحركات الطبيعية، مما يؤخر التشخيص والعلاج، ويعرضها للمضاعفات وللمزيد من الإصابة بأمراض جنسية أخرى. كما أن بيئة المهبل تشجع على نمو الميكروبات أكثر من بيئة القضيب، وذلك بسبب اتساع رقعة الأغشية المخاطية، الدفاع، الرطوبة، والتغير في حمضية المهبل الذي يحدث في أثناء الجماع ومع الغسول المتكرر أو استخدام بعض المزلقات والمطهرات. وعلى سبيل المثال؛ قد يصل خطر إصابة امرأة بمرض السيلان من فعل واحد من الجماع الجنسي مع رجل مصاب من 60-90%، في حين أن الرجال معرضون بنسبة 20-30% للإصابة بمرض السيلان من فعل واحد من الجماع مع امرأة مصابة⁽¹⁸²⁾. وختان الإناث المنتشر في بلادنا يصيب المنطقة التناسلية بالالتهابات مما يضاعف من فرص الإصابة، كما أن تجهيل النساء جنسياً، وتخويفهن من التفكير في الجنس يؤدي إلى خجلهن من معرفة ما يحدث لأعضائهن أو الحديث عنها عند الشعور بشيء مختلف، وهو ما يؤخر التشخيص والعلاج.

من ناحية أخرى تتعرض النساء أكثر من الرجال للمضاعفات الشديدة من تلك الأمراض، مثل الإصابة بالعقم، والحمل خارج الرحم والولادة المبكرة وعدوى النفاس والإجهاض التلقائي وموت الأجنة، ومرض التهاب الحوض، على سبيل المثال، بينما لا تسبب الإصابة بفيروس الورم الحليمي آثاراً تُذكر في الرجال إلا في حالات نادرة وتكون مرتبطة بأمراض أخرى، لكنه يصيب أكثر من 290 مليون امرأة في العالم ويسبب لهن سرطان عنق الرحم، وهو رابع سرطان يصيب ملايين النساء من حيث الانتشار، وتكون أعلى نسبة انتشار في إفريقيا. كما أن ما يقرب من مليون امرأة أُصبن بمرض الزهري في

عام 2012 فقط، مما أدى إلى ما يقرب من 350 ألف جنين ميت أو مولود ميت بخلاف الإجهاضات⁽¹⁸³⁾.

كما أن وضع النساء الاجتماعي ومراكز السلطة في العلاقات بين الرجال والنساء في العالم عمومًا، وفي مجتمعاتنا والمجتمعات التقليدية الذكورية خصوصًا؛ يجعل النساء في وضع الأكثر تعرضًا للأمراض المنقولة جنسيًا، لأن النساء يتعرضن أحيانًا للاغتصاب والجنس القسري، ولا يستطعن المقاومة. وفي حالة النساء المتزوجات يفقدن القدرة على رفض الممارسة الجنسية أو تجنبها مع الزوج خصوصًا إذا كانت ترتاب في إصابته أو تعدد علاقاته مثل حليلة. ويكون من الصعب أن تواجهه بشكوكها، أو أن تطلب منه عمل فحص طبي أو حتى استخدام واقٍ ذكري لحمايتها، وذلك لأنها ربما تتعرض للعنف أو للتشكك في سلوكها. ومن ناحية الجنس الآمن فإن الرجل هو من يقرر إذا كان يستخدم واقياً ذكرياً أم لا، ويمكنه التخلي عن الواقي في أي مرحلة في أثناء العلاقة دون أن تنتبه المرأة، مما يجعلها تحت رحمة قراراته. كما أن استمرار الفكرة الخاطئة في مجتمعاتنا ومدارسنا بأن التثقيف الجنسي غير صحيح أخلاقياً يساهم في تجهيل المرأة فيما يخص حمايتها الجنسية.

في العام 2008 كنت في جنوب السودان في مهمة تدريب مجموعة من النساء على طرق الحماية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري الإيدز، وبينما كنت أشرح بحماس كيفية استخدام الواقي الذكري أوقفتني سيدة اسمها جيما بغضبٍ وقالت إنها لو طلبت من زوجها استخدام الواقي فسوف يشك في سلوكها ويطلق عليها النار فوراً.

الأعراض الأثنوية للعدوى المنقولة بالاتصال الجنسي يمكن أن تشمل الحكة المهبلية والطفح الجلدي، وظهور البثور حول المنطقة التناسلية، والتغيرات في التبول مثل صعوبة التبول أو التبول المؤلم، والإفرازات غير العادية أو ذات الرائحة النفاذة، وآلام البطن و/أو الحوض، فإذا كانت المرأة تعاني من تلك الأعراض عليها أن تراجع طبيب النساء والتوليد.

التدخلات العلاجية:

- الفحص الدوري والعلاج المبكر سوف يمنع المضاعفات ويقلل من العدوى.
- الفحص قبل الزواج للرجل والمرأة.
- التثقيف الجنسي للنساء في مراحل مبكرة بدءاً من المراهقة يساهم في حمايتهن.
- تحصين المرأة عبر إعطائها لقاح فيروس الورم الحليمي قبل المراهقة وإعطائها لقاح فيروس الكبد الوبائي (B) وإعطائها الأدوية الواقية من فيروس نقص المناعة البشري الإيدز في حالة إصابة الزوج.
- علاج الأمراض المنقولة جنسياً التي قد تنتقل إلى الوليد قبل الولادة.
- تمكين المرأة وتقويتها عبر تعليمها وتثقيفها وتدريبها على أن تقول لا عندما ترتاب في إصابة زوجها، وأن تطلب استخدام الواقي الذكري بل وتدريبها على ذلك.
- تعليم المرأة مراقبة جسمها والتعرف على علامات الإصابة وكيفية الاعتناء بأعضائها بطريقة صحيحة.

الفصل السادس

التعلُّق: المرأة والآخر

(أمي أصرت إن بنتي تقولها يا ماما، وتناديني
أنا باسمي، وعشت حياتي خدامة للآتين)

عبير



1-6 غريزة التعلق: ازدهار وذبول

بينما تحكي حورية ابنة أختي ذات الأعوام التسعة بتأثر وبكاء عن توتر علاقتها بصديقاتها بين حين وآخر، يكتفي أخوها سليم ذو الثمانية أعوام بالتأثر لتأثرها وينصحها بـ "تكبير دماغها من البنات الوحشين"، ونادراً ما يتأثر بتوتر علاقتها هو مع أصدقائه.

التعلق يشكّلنا، ويعيد تشكيلنا، بل إننا نزهو أو نذبل من خلال العلاقات، وأهمها علاقاتنا الأولى بأمهاتنا وآبائنا. وقد أظهرت الأبحاث التصويرية على المخ أن التشابكات العصبية في مخ الوليد تنمو بشكلٍ طبيعي إذا كان الوليد في علاقة آمنة ومستقرة مع الأم، أو مع من يقوم برعايته والعكس صحيح.



إن التعلق الوثيق الآمن بالآخر هو البيئة الحاضنة التي يتطور فيها المخ البشري والجهاز العصبي بشكلٍ صحي، وفي التعلق يمكننا تطوير أفضل نُسخ لذواتنا، وهو أهم استراتيجيات البقاء في حياة البشر كما في الثدييات العليا⁽¹⁸⁴⁾.

كما أن الشوق إلى "الإحساس الملموس" مثل السلام باليد والحضن والقُبْل مع شخص مهم، من العائلة، صديق، حبيب، زميل مقرب، يقع في أساسيات التسلسل الهرمي للأهداف والاحتياجات البشرية. وهذه الاعتمادية الفعالة هي مصدر القوة والمرونة والموارد الأساسي الذي سمح لجنسنا البشري بالبقاء والتطور والازدهار في عالم مليء بالأخطار⁽¹⁸⁵⁾.

في الصفحات التالية سوف نتعرض إلى أنماط التعلق التي يعيشها البشر، وخصوصاً النساء، ثم نتعرض لأكثر العلاقات تأثيراً في حياة النساء وعبر مراحل العمر المختلفة، وكذلك علاقات الحب والزواج باعتبارها العلاقة الأهم بعد العلاقة بالوالدين، مع استعراض اضطرابات العلاقات وتأثيرها في النساء.

6-2 أنماط التعلق: آمن، قلق، تجنبى

حسب "جون بولبي" (John Bowlby) مؤسس نظرية التعلق (Attachment Theory)، يوجد أربعة أنواع على الأقل من أنماط التعلق، تختلف درجاتها وأنواعها في كل شخص حسب نوعية العلاقات الأولى التي عاشها الفرد في حياته المبكرة؛ من حيث الأمان والرعاية والاستقرار والحب. والأنماط الأربعة هي "التعلق الآمن" و"التعلق القلق" و"التعلق التجنبى" و"التعلق المشوش" وشرحها كالتالي:

أولاً: "التعلق الآمن": ويكثر في الأشخاص الذين عاشوا في علاقة أسرية محبة ودافئة وآمنة، وتلقوا رعاية كافية. يكون لدى الشخص

مشاعر إيجابية تجاه نفسه وتجاه العالم وتجاه المحيطين به، ويشعر بالراحة والطمأنينة في العلاقات مع الآخرين مع سهولة الدخول في مشاعر القرب والحميمية والقدرة على وضع حدود واضحة لعلاقاته وإمكانية الانفصال والابتعاد عند الضرورة. ويكون من السهل على هؤلاء الأشخاص الاعتراف باحتياجاتهم تجاه الآخرين وطلب مساعدتهم والبكاء على أكتافهم.



ثانياً: نمط "التعلق القلق" أو المتردد: وينتشر في النساء أكثر من الرجال؛ وخصوصاً اللائي تعرّضن لإيذاءاتٍ شديدة في الطفولة، أو عنف أسري أو عشن حياتهن يقمن برعاية مرضى في الأسرة. حيث يكون لدى المرأة مشاعر بالحاجة القهرية

إلى التعلق مع آخر والاعتماد عليه ورعايته، سواء كان من داخل الأسرة، أو كان حبيباً أو صديقاً، مع حساسية مفرطة تجاه أي سلوك سلبي أو موحٍ بالبعد من الآخر يجعلها تغرق في مشاعر الشك والخوف من الترك، وبالتالي تندفع في الهجوم والاحتجاج على الخذلان والإهمال المتخيل، مع درجات عالية من الانفعال العاطفي والإحباط والإلحاح والغضب على هذا الآخر. ويمكننا أن نرى نماذج لذلك في الفتيات اللائي يعلّقن في علاقاتٍ مضطربة مع أشخاص شديدي الإيذاء، ولا يتمكنّ من الخروج منها، ثم يكررن ذلك مع أشخاصٍ آخرين.

بينما النمط الثالث هو "التعلق التجنّبي" ويكون في الرجال أكثر من النساء؛ ويكثر في الأشخاص الذين لم يتلقوا رعاية حميمة من

الأمهات، وفي النساء اللاتي تعرّضن لإيذاءاتٍ شديدة من أحبائهن، حيث يسعى الشخص إلى الاستقلالية الفردية، وتجنّب الاعتمادية على الآخر. ويكون نمط "الهروب" هو المسيطر عند الشعور بالقرب، وهكذا يتم التقليل من احتياجات التعلّق، ويصبح الاعتماد القهري على الذات هو النظام اليومي. وعادة ما يظهر الشخص مشاعرَ باردة في العلاقات، وعندما يكون مرتبطاً أو متزوجاً عادة ما يجد مبررات مختلفة لأخذ مسافة عاطفية من الشريك، مثل الانشغال أو الإجهاد أو حتى إعلان الخوف من خذلان الآخر له، أو الخوف من الارتباط وهكذا⁽¹⁸⁶⁾.

ورابعاً: هناك "التعلّق المشوش أو غير المنتظم" وهو خليط من كل ما سبق.

وبينما تميل غالبية النساء، مثل غالبية الرجال، إلى نمط التعلق الآمن، لكنهن على مسار حياتهن ربما يدخلن إلى أحد أنماط التعلّق السابقة، خصوصاً تحت الضغوط الشديدة. وفي هذه الحالة قد تميل النساء أكثر إلى التعلق القلِق حيث الاعتمادية على الآخر، والتورط العاطفي معه أو الغضب منه وملاحقته. بينما يميل الذكور أكثر إلى التعلق التجنّبي، حيث التباعد والاستقلالية والفردية وتجنّب التورط العاطفي، بل وتجنب الآخر، كأن النساء إذا شعرن بالخوف تقرّبن أكثر بينما الرجال إذا شعروا بالخوف تباعدوا أكثر. ولكن هذه ليست قاعدة صارمة لأن بعض النساء ربما يملن إلى التعلّق التجنّبي كما ذكر سابقاً، وقد نجد بعض الرجال يميلون إلى التعلق القلِق.

هناك تأويلات كثيرة لتلك الاختلافات، مثلاً أن الفتيات يرافقن أمهاتهن في أغلب مسار حياتهن، عكس الذكور الذين يتعدون عن الأم بمجرد القدرة على الاستقلال الجسدي لتحقيق الهوية الذكورية. وهكذا تتدرب الفتاة مبكراً على أن تكون في علاقة حميمة مع آخر

هو "الأم"، وترى نفسها أكثر تشابهاً معها، عكس الذكور الذين من أجل تطویر هوية ذكورية مختلفة عن هوية الأم عليهم الانفصال عن النموذج الأنثوي الأمومي، واللحاق بنماذج ذكورية مثل الأب أو الأصدقاء. وقد يعود ميل الإناث إلى التعلق أيضاً لأسباب بيولوجية وتطورية مثل زيادة هرمون الأوكسيتاسون Oxytocin، هرمون الحب والتعلق، عند النساء أكثر مما هو عند الذكور، وزيادة هرمون التستوستيرون Testosterone، هرمون القوة الذاتية والثقة بالنفس، عند الرجال أكثر مما عند النساء، وكذلك حاجة المرأة إلى الرعاية بسبب فترات الضعف التي تمرُّ بها في أثناء الحمل والولادة، وهي أمور لا يعانها الذكور.

لكل ذلك يمكن القول إن النساء يملن أكثر من الرجال في فوهن النفسي إلى الإضافة إلى وليس الانفصال عن العلاقات، ويكون ذلك من خلال التعلق الذي يشكّل أمراً أساسياً لهوية المرأة.

سندس سيدة في الـ 65 من عمرها، رغم نجاحها العظيم كأم لرجل وامرأة ناجحين، وجدة لأربعة أحفاد، ومصممة ملابس وصاحبة مصنع ملابس وعلامة تجارية، جاءت تشتكي من زوجها الذي أخذ قراراً بالبعد العاطفي والجنسي منذ 15 سنة. وعندما سألتها لماذا لا تفكرين في الانفصال، قالت: "رغم إنه بطّل يحبني من زمان، وعرف عليّ ستات كثير، بس أنا مش قادرة أتخيّل حياتي من غيره، آه أنا عايشة وزى الفل لكن عايشة ومستتية بصة أو لمسة منه تغنيني عن هجر السنين".

وتفسر كارول جيليجان Gilligan، الاختلافات في التوجهات الأخلاقية الأنثوية عن الذكورية؛ حيث تكون أخلاقيات الحب ورعاية الآخر

سائدة في الإناث مقابل أخلاقيات الحقوق الفردية والاستحقاق لدى الذكور. وتعتقد جيليجان أن تجارب النساء الطويلة في عدم المساواة والتبعية والتهميش التي ميزت حياتهن عبر التاريخ الإنساني تطورت تدريجيًا لتشكّل ذاتًا تركز على الروابط البشرية الحمائية والحميمية، وتتسم بالمخاوف المتعلقة بالعلاقات⁽¹⁸⁷⁾.

وهكذا لأسبابٍ متعددة بيولوجية وعلائقية وتطورية اكتسبت النساء الخبرة تدريجيًا في تطوير العلاقات والحفاظ عليها ورعايتها، من خلال مهارات التعاطف والمواجدة، وهي أساس الترابط العاطفي الذي تمهر فيه النساء أكثر من الرجال، وهي قدرات معقدة ومتطورة للغاية تساعد النساء على التورط النفسي مع الآخرين على المستوى الإدراكي والعاطفي، ولذلك تُعتبر النساء -عبر الثقافات والعصور- الأقدر على مهام رعاية الآخرين، ويتضمن ذلك رعاية الرجال والأطفال والمرضى والضعفاء وكبار السن، بل وتدجين الطيور والحيوانات.

6-3 التعلق في مراحل العمر المختلفة؛ من الابنة إلى الجدة ومن الصديقة إلى الحبيبة

التشابك العلائقي بالتأكيد هو جزء لا يتجزأ من حياة كل امرأة في العالم، ويشكّل جزءًا أساسيًا من هويتها الأنثوية، سواء كانت علاقات داخل الأسرة مثل العلاقة بالأم والأب والإخوة، أو لاحقًا العلاقة بالزوج والأبناء، أو كانت علاقات خارج الأسرة مثل الصداقة والزمالة والمعارف العاديين. وغالبًا تكون هذه العلاقات مصدر قوة وسعادة وانتماء للمرأة، ولكنها أحيانًا تكون مصدرًا للضييق والصراع والألم والخوف، وقد تتحول إلى اضطراب نفسي وهو ما سنحكي عنه لاحقًا.

6-3-1 العلاقات الأسرية: ابنة وأم وجدة

تيريز سيدة صعيدية قابلتها في إحدى دورات تدريب النساء على كيفية مواجهة الأزمات النفسية، اعترضت على عدم إلمامي بوضع النساء في المجتمع الريفي، وقالت بمرارة: لما بابا مات بقى جدو مسؤول عننا، ولما جدو مات بقى عمي هو الي مسؤول عننا، ولما عمي مات وجيت أتجوز، ابن عمي الكبير جه من السفر عشان يتفق في جوازي رغم إنه ميعرفش عننا حاجة، كل ده علشان إحنا بنات وملناش أخ راجل.

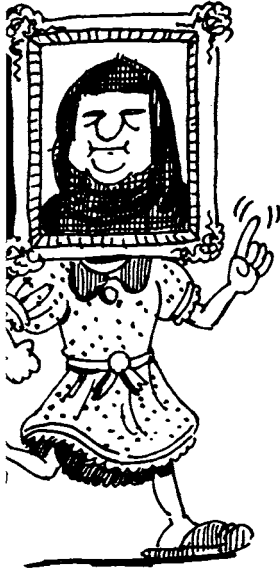
الأسرة هي مجموعة من الأفراد يرتبطون معًا بروابط بيولوجية وقانونية واجتماعية، ولكنها قد لا تكون بيولوجية في حالات التبني، وهم يعيشون غالبًا في نفس المكان، وفي مصر وأغلب دول الشرق الأوسط ما زالت الأسر أبوية المركز؛ يتوقع أن يكون للرجل الزوج الدور القيادي والمسيطر في الأسرة. وفي حالة غياب الزوج، يتوقع أن يعود ذلك الدور للجد أو أحد رجال الأسرة الآخرين الكبار مثل العم أو الخال، يحدث ذلك في أغلب الأحيان وبالذات في المجتمعات التقليدية مع استثناءات قليلة.

والأسرة في المجتمع المصري والشرق أوسطي هي الحاضنة الأساسية للمرأة؛ إذ لا يترك الأبناء عمومًا، والبنات تحديدًا، بيت الأسرة إلا في حالة الزواج، ونادرًا في حالة الدراسة أو العمل، وإذا حدث طلاق من المرجح أن تعود المرأة إلى بيت الأسرة أيضًا، ومن النادر أن يُسمح للمرأة أن تعيش بمفردها مثل الرجال إلا في حالات نادرة تفرضها ظروف السفر أو العمل أو الدراسة. وفي الصفحات التالية سوف نستعرض المراحل العمرية التي تمرُّ بها المرأة في علاقاتها بدءًا من كونها "بنتًا" إلى كونها "أمًا" ثم "جدة" أو كونها "صديقة" أو كونها "حبيبة وزوجة".

6-3-1-1 الابنة: ناجية وضحية

تولد الابنة وتكبر في إطار علاقة حميمة مع الأم أكثر من علاقتها مع الأب، وفي أغلب الأحوال تستمر تلك العلاقة طوال سنين الطفولة وقد تمتد إلى الرشد. ويصح القول إن علاقة البنت بالأم تشكّل شخصيتها، وربما تكون حاسمة في تكوين مستقبلها النفسي كما أظهرت دراسات عديدة. ويتم ذلك عبر آليات كثيرة منها التقليد والتعليم والمتابعة اللصيقة والمراقبة والمعاقبة، حتى إن انتشار اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب بل والعقم النفسي في البنات ارتبط باضطراب تلك العلاقة أو المعاناة منها⁽¹⁸⁸⁾.

(بالإضافة إلى العنف كانت أم سارة تقول لها: هتطلعي إيه يعني، في الآخر أنتِ بنت).



كما تتعلّم الابنة مبكراً مراكز القوى داخل الأسرة، وأن الأب أو الرجل -عموماً- له السلطة العليا. ومع المراهقة وبالذات في المجتمعات التقليدية يزداد خضوع البنت للمراقبة والتضييق على سلوكها ولبسها وعلاقاتها، حتى إنها ربما تُحرّم من صداقاتها التي كوّنتها في أثناء الطفولة. ولذلك تتعلم البنت مبكراً قيماً خاصة مثل الضعف الأنثوي والحاجة إلى الحماية والخوف من التلقائية، بينما يتعلم الأولاد قيم القوة والاستقلالية والكرامة⁽¹⁸⁹⁾. وقد تصل الحماية إلى إعاقة للابنة بسبب التصاقها بالأم الذي قد يصل إلى اضطراب قلق الانفصال كما رأينا مع سلمى في الفصل الثالث.

وقد يتطور الأمر إلى العنف الذي يؤدي إلى اضطرابات نفسية عديدة مثل اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الكرب.

العملية السابقة ليست متماثلة بالطبع، وتخضع لاختلافات كبيرة، حسب وضع الأسرة الطبقي والثقافي أو حياتها في الريف أو المدينة وتعليم الوالدين وموقف الأم الداعم والوسط الذي تعيش فيه، وما إلى ذلك من عوامل، لكن هناك دائماً سياقاً اجتماعياً ونفسياً عاماً لمسارات الأنوثة والذكورة.

جاءت هناء النويبة إلى العيادة لأن اكتئابها اشتد وتخشى من تفكيرها في الانتحار، بعد وفاة الأب منذ عشر سنوات تعرّضت لعنف وتسلط الأخ الأكبر الذي يتعاطى المخدرات ولا يعمل. وعندما بدأت العمل منذ خمس سنوات بدأ يستولي على مرتبها ويكتفي بإعطائها مصروفًا يوميًا، وإذا اعترضت ضربها ومنعها من الذهاب إلى العمل. بينما الأم كانت تكتفي بالدعاء لها وله بالهداية والصبر، ولم تنفع معها الشكوى إلى رجال العائلة الكبار. بدأنا مع هناء بالعلاج الدوائي لأنها كانت في حالة من عدم القدرة على الاعتناء بنفسها وكادت تفقد عملها. وقابلنا الأم وطلبنا بإلحاح حمايتها، ثم تدرّبت الاثنتان على التعاون وعمل أسرار مشتركة لحماية هناء وخصوصًا وضعها المالي وتجنب المواجهة مع الأخ العنيف. وفي مرحلة متقدمة نجحت هناء في العثور على عمل في الإمارات وهربت من البيت بمعرفة الأم، واختفت لمدة عام، وعندما ظهرت كان الأخ يتمنى لها الرضا ويعتذر لها عما حدث في الماضي، قائلًا: أصلي كنت خايف عليك، وطبعًا استمرت في مساعدته مادياً لكي تحافظ على دعاء الأم لها.

وبالرغم من عدم وجود إحصائيات فإنني لاحظت تغييرًا كبيرًا بعد ثورة يناير 2011، وبدأت بنات عديدات رحلة الاستقلال عن العائلة مثل هناء، وأصبحن يبحثن عن عمل، وتستقوي بعضهن بعض، وينتقلن من مدينة الأسرة إلى مدن أكبر حيث العمل متاح أكثر، ومساحات النمو النفسي أوسع، والدعم الذي تتلقاهن من المحيط النسائي أكثر توفرًا. كما أنني قابلت عددًا غير قليل من البنات اللاتي خرجن عن الثقافة التقليدية، ورفضن عنف الأب عليهن وقدّمن شكوى إلى البوليس، واستخدمن القوانين المتاحة لحماية أنفسهن بل ورفعن قضايا للمطالبة بحقوق الرعاية المالية من الأب، وقد شاركت نفسي في الدفع النفسي في تلك القضايا.

6-3-1-2 الأم: تلد المرأة نفسها

الأمومة تبدأ مع الحمل ومع التعرض لتغيراته البيولوجية والجسدية الضخمة التي لم تختبرها البنت من قبل خصوصًا إذا كانت تحمل لأول مرة. وقد أثبتت أبحاث المخ أن تغييرات تحدث في المخ (بالذات في منطقة الحصين hippocampus) في أثناء الحمل تؤثر في تكوّن المخ بشكلٍ دائم⁽¹⁹⁰⁾. وربما تقف تلك التغيرات وراء التحولات النفسية الهائلة التي تحدث للأنثى، وهي تعبر إلى هوية الأم؛ ولذلك يصفها البعض بأنها ولادة ذات اتجاهين، فهي من ناحية: ولادة بيولوجية، وتحولٌ بويضة مخصّبة إلى طفلٍ جديدٍ، ومن ناحية أخرى ولادة نفسية وبيولوجية واجتماعية لبنتٍ تتحوّل إلى أم؛ حيث تتغير هوية الأنثى تمامًا، كما تقول الشاعرة السورية سنية صالح (فيخرج واحدنا من جوف الآخر)⁽¹⁹¹⁾. لذلك يقول دكتور Daniel Stern في كتابه "ولادة أم" إن ولادة طفلٍ تتضمن ولادة أم، ومع الولادة تأتي الأم باعتبارها ذات تكوين عصبى خاص، ويأتي معها مشاعر شديدة القوة والكثافة

والتناقض⁽¹⁹²⁾. تشعر الأم الجديدة تجاه الجنين بحبٍّ وتواصل غير مسبوقين في حياتها الشعورية، ولكنها أيضًا قد تشعر بالهم والذنب كونها مسؤولة عن حياة شخص آخر ضعيف، وهي مشاعر تعرفها كل الأمهات، (تقول صديقتي مروة؛ بعد الولادة قعدت في المستشفى أسبوعًا إضافيًا خائفةً أروح، مش عارفة أعمل إيه في اللي نايم في حجري ده، وتقول صديقتي الطيبة الهولندية رينيه: بعد الولادة بقيت أكثر حساسية للأصوات والروائح، رؤيتي اتسعت وضاحت في نفس الوقت، بقيت أكثر انتباهًا وجدية وأقل أنانية وذاتية).

وهكذا تشعر الأم بالضعف والقوة في نفس الوقت. (كنت ذليلة مكسورة غارقة في الأم...أحسست أني ممكنة) كما تقول الشاعرة المصرية رنا التونسي⁽¹⁹³⁾. وفي حين تضيف الأمومة إلى حياة المرأة إضافات مهمة مثل الحب والحماية والتقدير، تأخذ منها أيضًا الكثير؛ الراحة الجسدية، وتعطل العمل، والتقلبات المزاجية، والقلق، وقد يؤدي ذلك إلى خسائر كبيرة، على سبيل المثال،



تحوّل هوية المرأة من امرأة مستقلة ذات هوية قائمة بذاتها إلى أم أو هوية معلقة في حياة وجسد كائن آخر وتبدأ في فقدان الإحساس بهويتها المستقلة تدريجيًا. بعض النساء يشعرن بالحزن على فقدان أو حتى موت الذات "القديمة" الأكثر استقلالية، كما تقول إحدى المريضات (من يوم ما ولدت مش عارفة نفسي ولا عارفة مشاعري، ومستغربة جسمي، كأني واحدة ثانية، ونفسي أرجع يوم واحد من أيام لما كنت بنت). وقد تشعر النساء بالذنب والغربة بسبب شعورهن بالحزن، والذي هو، في الواقع، شعور شائع بعد الولادة، لكن الكثيرات منهن إما يتجاهلنه وإما يكتبنه لأنهن يخشين التعبير عنه.

علاوة على المشاعر القوية التي يمكن أن تجلبها الأمومة، مثل الحب والكفاءة والإنجاز، يكون على الأم أيضًا الانتباه إلى الحفاظ على مشاعرها تجاه الزوج ورعايته وتجنّب إهماله، وخصوصًا في عالم تزداد فيه الأسر "النووية" التي تقع فيها -على عاتق المرأة- وظائف الرعاية كلها، وذلك عكس الأسرة "الممتدة" حيث كل نساء العائلة يساعدن الأم الجديدة.

لذلك تكون فترة الحمل والولادة محمّلة بالكثير من الصعوبات النفسية والاجتماعية، وكثير من الأمهات يعانين من القلق والاكتئاب، وأحيانًا اضطرابات نفسية أخطر قد تصل إلى الذهان، ولكن الكثيرات منهن أيضًا يكن في حالة نفسية جيدة، ويعتمد ذلك على تكوينهن البيولوجي والنفسي ومحيطهن الاجتماعي والمؤسسي الداعم.

وهذا يؤكد ما لاحظته دراسة تتبعية عن الرفاه النفسي للمرأة البالغة، وُجد أن الرفاه النفسي للأمهات يتدهور تدريجيًا

مع الإنجاب، في حين يحافظ الرفاه النفسي لغير الأمهات أو اللائي لم ينجبن من نفس المجموعة على ثباته⁽¹⁹⁴⁾.

كما أن العلاقة بين الأم والطفل تتغير باستمرارٍ مع تقدُّم الأم والطفل في العمر، ومع كل تغييرٍ تعاني الأم لتتأقلم وتضبط نفسها مع التغييرات الجديدة، خلال هذه العملية، تنتقل الأم من تلبية الاحتياجات الجسدية للطفل مثل الرضاعة والرعاية الجسدية والاحتياجات العاطفية، مثل الحب والحنان والحزم والضبط، إلى تلبية الاحتياجات الفكرية والاجتماعية للكائن الذي يتطور وينمو بشكلٍ سريعٍ ومتلاحقٍ، والذي يحتاج من الأم إلى نضجٍ واتساعٍ ومجهودٍ من نوعٍ آخر غير السابق، ومختلفٍ عنه تمامًا.

من ناحيةٍ أخرى، فإن معظم الأمهات اللائي يعملن بجانب أمومتهم يضطرون إلى المزاجية بين العمل ورعاية المنزل والطفل. أما الأمهات العازبات بسبب الطلاق أو الترمُّل أو هجر الأزواج، فسوف يواجهن أعباء مضاعفة إضافة إلى الأعباء السابق ذكرها؛ فهن أولاً يعشن في بيئة معادية أو شديدة التمييز والتنمر بسبب عزوبتهن، وقد يمتد ذلك إلى أطفالهن، كما تحكي إحدى مريضات العيادة: صاحبة بنتي بتقولها أنا بابا وماما يبحبوا بعض مش زي باباي ومامتك. وتحكي أخرى: من يوم ما أطلقت صاحباتي متغيرين معايا.. خايفين مني أو أجوازهم ضاغطين عليهم ما عدا واحدة أو اتنين. وذلك بالإضافة إلى الصعوبات الاقتصادية لأنهن لا يتمتعن بالدعم المالي الذي يقوم به الأزواج لزوجاتهم، وإذا عملن لا يتمتعن بإمكانيات الكسب التي يتمتع بها الرجال.

(بعد الطلاق عادت عبير مع بنتها إلى العيش في بيت أهلها، ورغم تفرغها الكامل لتربية ورعاية الطفلة تمت إزاحتها بالكامل عن أمومتها والتحكم في حياتها "أمي

أصرت إن بنتي تقولها يا ماما وتناديني أنا باسمي،
وتتعمد تهاجمني قدامها، وتغير كلامي وأوامري ..
لغاية لما البنت بقت تتعامل معايا بنديّة كإني أختها
مش أمها، وعشت حياتي خدامة الاتنين، وبعد أمي ما
ماتت بقت بنتي وحشة معايا تشتمني كأني مش أمها).

في مرحلة لاحقة يغادر الأبناء البيت بعد أن يكبروا ويتزوجوا أو يسافروا، والذي ربما يخلف شعورًا بالوحدة والفراغ، وربما الخذلان، حتى إن البعض أطلق على تلك المرحلة مفهوم "متلازمة العش الفارغ" للتعبير عن معاناة هؤلاء النسوة. إلا أن البحث المدقق يظهر أن الأمهات في منتصف العمر اللواتي ترك أبنائهن المنزل يملن إلى أن يكنّ أقل توترًا وأكثر راحة أو حتى أكثر سعادة من الأمهات اللواتي يعيش أبنائهن الكبار معهن في المنزل، حيث لا تنتهي ممارسة الرعاية للأبناء الكبار، وهكذا لا يتوقف دور الأمهات على رعاية الأطفال الصغار، وإنما يمتد إلى الكبار، وكثيرًا يمتد إلى الأحفاد أيضًا.

بعد الأمومة والانتهاه من رعاية الأطفال وربما بالتزامن معها، تتوجه النساء إلى تقديم الرعاية للأباء المسنّين، وفي الغرب، على سبيل المثال، تقدم ثلاث نساء الرعاية لوالد مسنّ عانى من حالة صحية سيئة في مقابل رجل واحد يقوم بهذه المهمة⁽¹⁹⁵⁾، بينما في بلادنا يتجنب الرجال تلك المهام باعتبارها خارج قدراتهم أو معيبة لهم.

6-3-1-3-6 الجدة: أم العائلة

وعندما تصل المرأة إلى سن الشيخوخة تتغير الأدوار الأسرية، حيث تتحوّل كثيرات إلى جدّات، وربما أرامل أيضًا، وربما جدات وراعيات للزوج المسن والمريض غالبًا بسبب فارق العمر والتعرض للآزمات الصحية. كما تنشط الجدات مع أحفادهن من خلال المشاركة في

الأنشطة، ومجالسة الأطفال في غياب أمهاتهم، وكذلك من خلال التوجيه، ونقل الخبرات الحياتية، وخلق أجواء الانتماء إلى العائلة من خلال الحكى عن الأقارب الآخرين في العائلة، ونقل تراث العائلة الشفاهي؛ حيث تتميز علاقاتهن بالخفة لأنها تتحرر من مسؤولية الأمومة، وتميل إلى تقديم الحماية من سيطرة الأمهات وتتسم بالدلال.

لكنَّ الوحدة والحزن والحداد والمشكلات الصحية يمكن أن تشكّل تحديًا جسيمًا في العمر المتقدم، حيث إن النساء، اللاتي يعشن عمومًا في المتوسط أطول من الرجال ويكن غالبًا أصغر من الأزواج، وصحتهن الجسدية تكون أفضل؛ يفقدن أزواجًا وشركاء وصديقات وربما إخوة وأخوات وربما أبناء. ولذلك تكون النساء الكبيرات في حالة من الحداد المستمر، يكافحن من أجل الحفاظ على الروابط الاجتماعية مع عائلاتهن ومحيطهن الاجتماعي، وكذلك مكافحة مشاعر العزلة والاكتئاب. وتأتي الكثير من النساء في ذلك العمر إلى العيادة النفسية للشكوى من ابتعاد الأبناء، وفقد الأحباب والرغبة في دواء يساعدهن على قضاء ما تبقى لهن من العمر في سلام، وذلك بعد أن تعبن من العزلة والفقد، وقد تميل بعضهن إلى مزيد من الانعزال والتركيز على العبادات وحفظ القرآن على الموبايل استعدادًا للموت، لذلك بدأنا نهتم في العيادة بالعمل مع هذا العمر، وأنجزنا أول مجموعة تهتم بالنساء الأكبر سنًا، وأسميناها مجموعة "الهوانم"، التي كان لها دور في تنشيط حياتهن، ودعم بعضهن لبعض كأنهن يبدأن مرحلة جديدة من حياتهن.



6- 3-2 الصديقة: أختي من الدنيا

كلما سألت مريضة مين جاي معاك؟ صاحبتني، مين قالك تيجي العيادة؟ صاحبتني، مين راح معاك القسم؟ صاحبتني، مين كان معاك في فرحك؟ صاحبتني، مين راح معاك لدكتور النساء؟ صاحبتني.

اعتدت أن أرى صديقات يأتين إلى العيادة مع صديقاتهن أو أصدقائهن لدعمهن في رحلة العيادة النفسية، وقليلًا جدًا أن أرى صديقًا جاء مع صديقه أو صديقته في مثل تلك الرحلة.

الصداقة هي علاقة طوعية بين شخصين أو أكثر، وتكون طويلة نسبيًا بما يكفي لتطويرها إلى علاقة صداقة، وتتسم بتبادل الحب والشوق والدعم حيث يميل فيها المشاركون إلى الاهتمام بتلبية احتياجات ومصالح بعضهم بعضًا، بالإضافة إلى تلبية احتياجاتهم الخاصة (من تعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس). وتتطور الصداقات في كثير من الأحيان من خلال التجارب المشتركة أو التجاور والتشارك في المساحات مثل الحي أو الدراسة أو العمل، وهي التجارب التي يتعلم فيها الأشخاص أنهم متشابهون، ويطورون ارتباط بعضهم ببعض.

وقد وُجد أن النساء اللواتي ينتمين إلى الثقافات الفردية يملن إلى الاهتمام بتكوين عدد أكبر من الأصدقاء، وإبداء قدر أقل من الحذر تجاه الأصدقاء⁽¹⁹⁶⁾ بينما النساء اللائي ينتمين إلى مجموعات تقليدية قد يطورن نوعًا من القلق الاجتماعي يدفعهن إلى سلوك تجنبني عند مواجهة الغرباء⁽¹⁹⁷⁾.

وعلى الرغم من أن الصداقة مهمة لكلا الجنسين، يدخل الرجال بسرعة وحماس في علاقات صداقة مع عدد كبير، بينما النساء لا يقبلن الآخرين كأصدقاء إلا بصعوبة، وبعد

اختباراتٍ عديدةٍ لاكتساب الثقة. لكن تشير أبحاثٌ كثيرةٍ إلى أن النساء من جميع الأعمار، وجميع الثقافات، يقدّرن الصداقة أكثر من الرجال، ويكون لديهن صديقات مقربات أكثر مما لدى الرجال من أصدقاء مقربين⁽¹⁹⁸⁾. وتمارس النساء التمييز بوضوح بين الصداقة العادية والصداقة القريبة، النساء يقضين وقتًا مع صديقاتهن أطول من الرجال، ويتكلّمن معهن وعنهن أكثر، ويتبادلن الملابس والملقتنيات الشخصية أكثر من الرجال، ولا يجدن غضاضة في قضاء وقت في الحمام معًا في الكلام والضحك والونس والحماية والشعور بالأمان على عكس الرجال الذين يجدون ذلك مزعجًا⁽¹⁹⁹⁾.

ولكنهن أيضًا يعانين من أعباء تلك الصداقة في مسؤولياتها مثل مهام رعاية الصديقات، والانشغال باحتياجاتهن، وأعياد ميلادهن، وأحيانًا أطفال الصديقات أو حتى أقارب الصديقات. كما أنهن يعانين أكثر من الرجال من الحزن والخوف من اختفاء الصديقات أو انقلابهن (لا تنسي منى السعودية المصرية التي كانت تطبخ لأطفال وزوج صديقتها المريضة).

وتشير بعض الأبحاث إلى أن صداقات النساء تسهم في استدامة حياة أطول وأكثر صحة ورفاهية وأقل في الاضطرابات النفسية. وقد لوحظ أن انهيار الصداقة، يمكن أن يؤدي إلى نتائج نفسية على نحوٍ مشابه لتأثير انهيار العلاقات الزوجية. كما أظهرت التدخلات النفسية المرتكزة على دائرة الأصدقاء تحسنًا ملحوظًا في النساء المريضات⁽²⁰⁰⁾.

لكل ذلك يكون من المهم للأسر أن تعلّم وتشجع بناتها على عمل صداقات، وتخصّص وقتًا شخصيًا لقضائه مع الصديقات، وأن يعلموهن مبكرًا مهارة تصنيف الأصدقاء؛ مثل الأصدقاء المقربين

والأصدقاء العاديين والأصدقاء البعيدين والأصدقاء المزعجين. ومن المهم للبنات، في كل مراحل العمر المختلفة، بذل مجهودٍ في تكوين صداقات وتخصيص وقت للأصدقاء المقربين وتعلُّم كيفية تعميق الصداقة من خلال مهارات الإنصات والتعاطف والتصديق والدعم والإفصاح، وألا يتخلَّين عن أصدقائهن المقربين من أجل علاقة أو زواج أو عمل، لأنها قد تكون ملاذهن الأخير، وألا يبخلن عنهن بإعلان الحب والشوق والامتنان لوجودهن في حياتهن، وفي النهاية لا يتردَّدن في الاعتماد على أصدقائهن واللجوء إليهم عند الحاجة.

6-3-3 الحبيبة: سيرة الحب

تحكي سيدة جاءت تشتكي من تقلُّب زوجها: في الأول كان مجرد إعجاب زي ناس تانية كنت معجبة بهم، لكن مع الوقت معرفش إيه اللي حصل، بقيت مبشوفش غيره، ولا بحب أسمع غير صوته، ومكنتش أعرف إني هتعلق بيه كدة.

الحب هو مجموعة من المشاعر والسلوكيات القوية والمرتبطة التي تتميز غالبًا بالمتعة؛ مثل الشوق والحنان والحميمية واللذة، وتتميز أحيانًا بالألم؛ مثل القلق والغيرة والحزن في غياب المحبوب أو توتر العلاقة. وقد يتطور الحب إلى الشراكة التي تتمثل في الرعاية والحماية والثقة والالتزام، ويمكن أن يختلف الحب في شدته، ويمكن أن يتغير بمرور الوقت، (من تعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس). والجاذبية التي تسبق الحب هي الانشغال أو الإعجاب بشخصٍ محددٍ رغم توفر آخرين، وهي ظاهرة يصعب تفسيرها، ولكن تم تحديد عوامل عديدة تشكلها، منها عامل الجوار (ابن الجيران) وهي أنه كلما كان الشخصان أقرب مكانيًا، زاد احتمال إعجاب بعضهما ببعض،

وكذلك عامل التعرض المطول (التآلف)، وهو أن تكرار التعرض لشخص ما يزيد من تآلفنا معه وانجذابنا له، وذلك حتى لو لم نكن نستحسنه في البداية. ويفسر العاملان السابقان؛ القرب والتعرض، ارتباط الزملاء والأشخاص الذين تضعهم أقدارهم في مكان واحد، مثل ظروف السفر والعمل البعيدة والحروب والاختطاف. بينما العامل الثالث هو الجمال الجسدي، لأننا كبشر نميل إلى الاعتقاد أن الأكثر جمالاً هم الأكثر إثارة، والأسعد، والأذكي، والأكثر حساسية، بل والأكثر طيبة وأخلاقية، رابعاً؛ التشابه؛ وهو أننا ننجذب إلى الأشخاص الذين يشبهوننا أو يشبهون من نحبهم سواء في الشكل أو الثقافة أو الاهتمامات، خامساً؛ التبادلية؛ التي تعني أننا ننجذب إلى الأشخاص الذين يظهرون الانجذاب نحونا أو يمنحوننا الاهتمام والإعجاب الذي يتسبب تدريجياً في نقل عدوى شعور الانجذاب، وهذا يفسر انجذاب المرأة إلى الرجل الذي يعلن انجذابه إليها ويتودد لها.

وبينما يتشابه الرجال والنساء في كثير من تلك المشاعر فإنهم قد يختلفون قليلاً في التعبير عن الحب، حيث يميل الرجال أكثر إلى التعبير عن الحب في شكل انجذاب جنسي وحماية وغيره، وأحياناً سيطرة. بينما تميل النساء أكثر إلى منح وتلقي مشاعر التعاطف والحنان والانشغال بالمحبوب ورعايته والاعتماد عليه؛ كأن لسان حال أغلب الرجال يقول (الجنس قبل الحب)، ولسان حال أغلب النساء يقول (الحب قبل الجنس). ويحدث ذلك غالباً لأن أعباء العلاقة الجنسية من الناحية البيولوجية والنفسية والاجتماعية تكون أثقل على البنت منها على الولد، وخصوصاً من ناحية إرهاب وقمع البنت جنسياً، ووصمها إن هي أقدمت على ذلك واحتمالات الحمل التي تقع أعباؤها على البنت.

وبينما يكون الحب تعبيراً عاطفياً عن الاحتياج إلى الحميمية والنشاط الجنسي، تكون الشراكة التي تلي الحب هي تعبير عن

الحاجة إلى "الانتماء" إلى شخص وأسرة. ويمكن اعتبار الحب والشراكة هما الأساسان اللذان نهض عليهما تطورنا البشري، ومنهما تكوّنت الأسر والمجتمعات عبر التاريخ.

وفي بعض الأحيان تتطور علاقات الحب إلى ما يُسمّى بالحب المرّضي وهو نمط شديد من "التعلق القلق" الذي ذُكر في أول هذا الفصل، وهو التعلق القهري بالمحبوب ومنحه الرعاية والاهتمام على حساب الاهتمامات الأخرى، مما يعيق تطوير الذات المحبّة. وفي إحدى الدراسات في المكسيك كانت نحو 25% من النساء يعانين من التعلُّق المرّضي⁽²⁰¹⁾، وسمّيت تلك العلاقات "الاعتمادية المتواطئة" لأن أحد الأفراد يعتمد على الآخر في تفكيره ومزاجه ونشاطه وعلاقاته، بينما الآخر يشجع هذه الاعتمادية لأنه يستفيد منها وأحياناً يستغلها. وفي هذه العلاقات تنغلق وتدور حياة المرأة حول العلاقة، وتكاد تخلو من العلاقات الأخرى، بما فيها العلاقات الأسرية والصدّاقة، وربما عانت تلك الفتيات في طفولتهن من علاقة غير آمنة بالأم أو الأب، أو الإهمال الشديد أو التدريب الطويل على رعاية أحد أفراد الأسرة المرّضى. وقد لوحظ ذلك النمط من التعلُّق في بنات أو أخوات المدمنين اللائي يملن إلى الارتباط بمدمنين متعاطين أو متعافين، وبعض هذه الحالات تحتاج إلى تدخل علاجي، وربما دوائي.

(وفاء محاسبة عمرها 38 سنة وأم لبنتين، وقد عاشت حياتها تعاني من إدمان أخيها الأكبر، وبعد وفاة الوالد أصبحت هي المسؤولة عن رعاية الأخ والذهاب به إلى المستشفيات عدة سنوات حتى مات بجرعة زائدة، وفي عمر 25 سنة أحبّت زميلاً لها محاسباً، ثم اكتشفت بعد الزواج أنه مدمن، ولم تسعفها خبرتها مع إدمان أخيها على معرفة إدمانه قبل الزواج. وبعد الزواج حاولت مساعدته كما كانت تساعد أخاها، وأدخلته مصحات،

وتابعت برنامج تعافيه الذي كانت خبيرة فيه، لكنه انتكس عدة مرات، وبعد الزواج بثلاث سنوات قام الزوج بطلاقها ضد رغبتها، غالبًا لكي يتفرغ للتعاطي، بعدها تزوجت صديق الأخ المدمن، والذي كان مدمنًا متعافياً، وكان يساعد الأخ في "التبديل"، وعرض عليها الزواج عدة مرات قبل زواجها الأول، ولكنها رفضت لخوفها من انتكاسته، لكنها وافقت هذه المرة لشعورها بالوحدة، ورغبتها في الإنجاب قبل وصولها الثلاثين، أنجبت البنيتين وعاشت مع الزوج بشكلٍ مستقرٍّ وكانت سعيدة، ولكن مع وباء كوفيد 19 وتوقف الزوج عن العمل، عاد وانتكس للمخدرات، وطلب منها بهدوء أن تتركه لمصيره، وترعى البنات، ورغم ذلك فإن "وفاء" غير قادرة على اتخاذ قرار الطلاق لأن البنات (بيموتوا فيه) وهي لا تتخيل حياتها من دونه، وقد جاءت العيادة لمساعدته في العلاج).

6-3-4 الزوجة: دخول الدنيا

الغالبية من نساء العالم سوف يتزوجن في وقتٍ ما من حياتهن، ومثلهن في العالم العربي أيضًا يتزوجن قبل وصولهن إلى عمر الخمسين⁽²⁰²⁾، وما زال الزواج هو العلاقة الأكثر شيوعًا في العالم لتكوين أسرة. وفي مجتمعاتنا ما زال الزواج هو الأكثر قبولًا للحصول على شريك جنسي وهو الطريق الذي يجب أن تسلكه البنت للتحرر من تبعية الأسرة. وتتعرض البنات عمومًا لضغوط مباشرة وغير مباشرة حتى يخضن في عملية الزواج الذي تعطيه الأسرة والمجتمع أولوية على التحقق الأكاديمي أو المهني للمرأة، لكل ذلك كان الزواج إذا امتد هو

العلاقة الأكثر تأثيراً في حياة المرأة النفسية والاجتماعية بعد علاقتها الأولى بالأم والأب.

والزواج في -في مجتمعاتنا العربية- ليس مجرد علاقة بين فردين، ولكنه عقد اجتماعي واقتصادي بين أسرتين، ينطبق ذلك على الرجال والنساء، ولكنه يُطبَّق على النساء بتواترٍ وصرامة أكبر، وذلك حتى في أكثر الأسر والعلاقات انفتاحاً وفردية؛ إذ لا يمكن إتمام الزواج دون موافقة من الأسرتين، وإذا رفضت إحدهما فمن المتوقع أن ترفض الأخرى حفظاً لكرامتها. ولذلك ما زال زواج الأقارب هو الأكثر شيوعاً في المجتمع العربي، حتى إن 35% على الأقل من النساء المصريات تزوجن من أقاربهن في الأعوام من 2007-2012⁽²⁰³⁾. ويلى ذلك زواج الصالونات؛ وهو عندما تتقدّم إحدى العائلات لتزويج ابنتها من إحدى بنات عائلة أخرى، وذلك لسمعة تلك العائلة أو لأن الأم أو الأخت أو إحدى القريبات رأته عروساً جيدة وهنا لا يلزم أن يكون المتقدم للزواج حاضراً؛ إذ تحضر أمه أو أخته لرؤية العروس إذا كان العريس مسافراً. وأحياناً تُجبر المرأة إجباراً على الزواج ضد رغبتها، وقد تخرج من التعليم وتتزوج قبل بلوغها السن القانونية. وأخيراً وأقلهم نسبة، ولكن أكثر تزايداً هو الزواج الحر، وهو عندما يلتقي رجلٌ وامرأة دون ترتيب، وينجذب بعضهما إلى بعض، وتنشأ بينهما قصة حب، ويتفقان على إكمالها بالزواج. ورغم أن الاختيار الفردي للمرأة يكاد يكون واضحاً هنا فإن قرار الزواج لا بد أن يمرّ من خلال عائلة المرأة أساساً، وهو ما لا يحدث غالباً في حالة الابن الذكر.

في مراحلها المتقدمة من العلاج النفسي اكتشفت السيدة سهام، مريضة اكتئاب الولادة والاكتئاب المزمن والتي ذُكرت في الفصل الثالث، والتي أحضرتها حسناء للعلاج، أنها كانت تعيش مع رجلٍ تزوجها بالخطأ، وذلك لأنه كان ذاهباً مع عائلته للزواج من أختها

الأصغر مروة التي رأتها أخته في أحد الأفراح وأخبرته عنها، لكن أهل العروسة قرروا أن الدور في الزواج على سهام، وليس على مروة، وإذا كان يرغب في مروة فعليه الانتظار حتى تتزوج سهام. ولأنه كان قادمًا من السعودية في إجازة قصيرة مخصصة لرؤية المرشحات للزواج، ولم يكن لديه الوقت الكافي، كما أن العائلة كانت "تشرف" فإنه لم يضيع الوقت وتزوج بسهام وعاش حياته يعاملها بجفاء وقسوة وأحيانًا بقرفٍ.

6-4 بيت الزوجية: عش حنا

مع الزواج تنتقل المرأة عادة إلى بيت الزوج الذي تم إعداده مسبقًا، وفي الغالب يكون شقة في بيت عائلة الأب، وقد يكون مستقلًا. وفي كل الأحوال فإن الزواج طبيعته العملية ضاغطة نفسيًا أكثر على النساء، لأنه يتطلب منهن توافقات عديدة، وعلى مستويات مختلفة؛ توافق مع الرجل الغريب الذي أصبح فجأة قريبًا جدًا نفسيًا وجسديًا، وتوافق مع الحياة الجنسية التي غالبًا لم تجهز لها بشكل جيد بالذات في الأسر التقليدية، وتوافق مع البيت الذي سوف تنتقل إليه، مع ملاحظة أن كثيرًا من الزوجات الجديدة ما زالت تتم في بيت أسرة الزوج، مما يقلل من فرص الاستقلال الذي كانت تتوقعه، ويزيد من الضغط عليها. بالإضافة إلى التوافقات التي تحتاج إليها مع عائلة الزوج، ومع العلاقات الاجتماعية الجديدة في محيط الزوج الاجتماعي خصوصًا إذا كانت مختلفة عن بيئتها الثقافية والاجتماعية، وذلك مع ابتعادها عن عائلتها وبيئتها الأصلي، كل ذلك يضغط المرأة ويجعلها في حالة استنفار وتوتر مستمر، وقد يصل الأمر إلى الاضطراب النفسي الشديد مثلما حدث مع راقية التي انتقلت فجأة من بيت أسرتها في سوهاج إلى بيت أسرة الزوج في الإسكندرية، رغم أنها تزوجت

ابن عمها، وعاشت في بيت عمها، فإن تربيتها المنغلقة وصغر سنّها والبُعد الثقافي والاجتماعي بين سوهاج والإسكندرية، الذي تعرضت له دون تجهيز، ضاعف الضغوط عليها حتى عانت من اضطرابٍ ذهاني قصير، ولحسن الحظ تعافت سريعًا بعد أن أخذت إجازة قصيرة في بيت الأهل مع مضادات الذهان، وكان تفهم الزوج وأسرته لها جيدًا. ولذلك تُجهد المرأة بشدة إذا كانت صغيرة السن، وبعيدة عن أهلها وخبرتها بالحياة ضعيفة، أو ليس لديها حياة اجتماعية أو خبرة عملية، أو تعاني مشكلات نفسية.

ونظرًا إلى أن النساء مسؤولات تقليديًا عن الحفاظ على العلاقة، فإنهن عادةً ما يتحمّلن اللوم عندما تظهر مشكلات في العلاقات. ويقال دائمًا (مش عارفة تحافظ على جوزها)، ولذلك يكون خوف المرأة الرئيسي في الزواج هو انتهاء الزواج، مما يجعلها تشعر بالتقصير والدونية، وتضطر إلى الاستمرار في زواج تعس، قد يكون الاكتئاب أحد نتائجه.

6-4-1 الآثار النفسية والصحية للزواج: منح ومحن

الزواج يمنح المرأة ميزاتٍ كثيرة، مثل أن تكون صاحبة بيت، وتستطيع أن تتحكم في حياتها، ولها حياة جنسية منتظمة، وتتمتع بحماية رمزية كونها متزوجة في مجتمعٍ يعطي حصانة أعلى للمتزوجات، وإذا أصبحت أمًّا تضاعف تقدير المجتمع لها. إلا أن الزواج يضع المرأة أيضًا في كثير من المحن.

بشكل عام؛ عدد الزوجات اللائي يبلغن عن الإحباط وعدم الرضا الزوجي أكبر في معظم الدراسات من عدد الأزواج⁽²⁰⁴⁾ حيث تتحمّل النساء غالبية مسؤولية رعاية الأطفال والأعمال المنزلية، كما تتورط الزوجات عاطفيًا واجتماعيًا أكثر من الأزواج، سواء مع الزوج وحياته

المهنية والاجتماعية والأسرية، أو مع الأطفال وصحتهم ودراساتهم ورفاهيتهم النفسية، أو مع أسرة الزوج أو مع أسرتها الأصلية. وتُظهر النساء حساسية أعلى للتوترات التي تحدث داخل الأسرة، سواء بين الأطفال بعضهم مع بعض، أو بين الأطفال والآباء، ويقمن بدور الملطّف لكل تلك التوترات، مما يزيد من الأعباء النفسية عليهن⁽²⁰⁵⁾.

كما تتعرض الزوجات للعنف الزوجي أضعاف تعرض الرجال له كما تشير كثير من الدراسات محليًا وعالميًا؛ ومن أكثر الدراسات التي أفزعنتي نتائجها كانت في بورسعيد المصرية؛ إذ تعرضت 41% من عينة بحثية من الممرضات إلى الصفع من الأزواج، و26% للضرب مرة على الأقل أسبوعيًا، و54% ضُربن أمام أطفالهن⁽²⁰⁶⁾.

كما أقرّت ما بين 6.2%-4.6% من النساء في عينة مصرية أخرى تعرضهن للإيلاج القسري (الاغتصاب الزوجي) مرة على الأقل في العام الماضي⁽²⁰⁷⁾.

لكل ذلك؛ يُعتبر الزواج السيئ بيئة مجهدة للمرأة أكثر منه للرجل، حيث كان الزواج للرجال مرتببًا بصحة ممتازة أو جيدة جدًا بزيادة قدرها 27.9% عما قبل الزواج، مقارنة بزيادة في صحة النساء قدرها 4.8% فقط، مما يعني أن الرجال يستفيدون ستة أضعاف ما تستفيد به النساء صحيًا من الزواج⁽²⁰⁸⁾.

ومن ناحية الصحة الجسدية وُجد أن الإجهاد الزوجي والتفاعلات العدائية بين الزوجين يؤدي إلى زيادات في ضغط الدم ومعدلات نبض القلب ومعدلات الدهون في الجسم، ويكون تأثير ذلك أكبر في الزوجات منه في الأزواج. كما أن النساء اللواتي أبلغن عن معاناة زوجية شديدة أو متوسطة كن أكثر عرضة لتكرار مرض الشريان التاجي بثلاث مرات من النساء اللائي أبلغن عن مستوياتٍ أقل من المعاناة الزوجية، كما

كانت الخلافات الزوجية مؤشراً قوياً على زيادة معدلات الوفيات بين النساء على مدى السنوات الأربع التالية لحدوث تلك الخلافات⁽²⁰⁹⁾.

وفي دراسة مصرية حديثة في محافظة أسيوط كان ثلث النساء المتزوجات يعانين من أعراض الاكتئاب، وتراوحت عوامل الاكتئاب ما بين عمر الزوج المتقدم، والحياة في بيت عائلة الزوج، والتعرض للعنف من الزوج وعدم الرضا الزوجي⁽²¹⁰⁾ ومن المثير معرفة أن وجود عمل في حياة المرأة المتزوجة له تأثيرات إيجابية للغاية: فهو يقلل من العصبية والغضب والشعور بالوحدة والشعور بعدم الرضا الزوجي، كما أن إعادة توزيع العمل مع الزوج داخل المنزل يكون له دور كبير في شعور الزوجات والأزواج بالرضا الزوجي، ويجنب النساء الكثير من المشكلات النفسية والصحية السابق ذكرها⁽²¹¹⁾.

والخلاصة أن التورط في زواجٍ متعثرٍ أو سيئٍ يعرض النساء أكثر مما يعرض الرجال لتفاعلاتٍ مرهقةٍ قد تؤدي إلى اضطرابات الاكتئاب والقلق والكرب، والتي تؤثر بدورها في الصحة الجسدية، عن طريق زيادة إنتاج هرمونات التوتر، التي بدورها تؤثر في القلب والأوعية الدموية ومعدل الدهون في الجسم وعمل الجهاز المناعي⁽²¹²⁾، لكن دخول النساء في زواجٍ سعيدٍ مُرضٍ سوف يوفر لهن الدعم الاجتماعي والملاذ الآمن، ويعزز الرفاهية العاطفية والجنسية والصحة البدنية.

ولذلك يكون الزواج مهمة كبرى في حياة المرأة تتطلب الكثير من التطور النفسي والاستعداد بالمهارات الحياتية والتنظيمية مثل إدارة البيت، وإدارة العلاقات، وتنظيم الحياة الحميمة، وذلك قبل الإقدام على الزواج، ويستلزم اكتساب تلك المهارات إكمال رحلة التعليم والتحقق في عمل.

معايير الدخول و معايير الخروج

مع ملاحظة أن الأزواج يختلفون حسب الثقافة والخلفية الاجتماعية والتعليمية، وقد وضعت تلك المبادئ العامة أملاً أن تساعد البعض:

- اجعلي لزوجك معايير عالية واحتفظي بها، لا تتنازلي عن السعادة وراحة البال والحياة الجنسية والعاطفية المنتظمة، ولا تقبلي الإيذاء أو التسلُّط أو حرمانك من حقوقك، لأن التنازل سوف يليه مزيدٌ من التنازل ومزيدٌ من الإحباط حتى يتحوَّل زواجك إلى علاقة يغلب عليها التعاسة.
- عندما تظهر المشكلات اطلبي المساعدة مبكراً، لأن كثيراً من الأزواج يدخلون في مشكلات زوجية ويعيشون بسببها في تعاسة، وعندما يطلبون المساعدة يكون الوقت قد أصبح متأخراً للتقريب بينهما.
- لا تمارسي ردود الفعل الغاضبة، تباطئي وفكري قبل تنفيذها، لأن لحظات الغضب قد تتحوَّل أحياناً إلى ردود فعلٍ جارحة يصعب علاجها.
- مارسي الحميمية حتى وأنتِ غاضبة، احضني وقبلي ودلي واطلبي ذلك بوضوح ومباشرة.
- تلطّفي (ليني الجو)، وذلك لأن طرح المشكلات بلطفٍ ودون لومٍ هو أقصر طريق لأخذ استجابة جيدة.
- أعلنني احتياجاتك بوضوح، وكوني مرنة في قبول الرفض أو التأجيل أو الحلول الوسط، لأن ما يطلب كله لا يأخذ كله، وما لا يأخذ كله لا يترك كله.

- لا تتجاوزي الخطوط الحمراء، مثل السباب والعنف اللفظي والجسدي واتهامات الخيانة غير المبررة والتدخل في علاقة زوجك بأهله، وإقحام نفسك في عمله، وفرض رأيك على حياته الشخصية والاجتماعية.

- الخروج الآمن من الخلافات، درِّي نفسك على التراجع أمام التصلب والعناد، وذلك بالدوران حول الموضوع، وتأجيل القرار إلى جولة أخرى، وتحويل الأمر إلى فكاهة (أنا وراك وراك ههههه)، وتذكّري أوقات التوافق السابقة لدعم لحظة الخلاف (فاكر لما اتفقنا على كذا وكذا)، وهكذا يمكنك تحويل الخلاف إلى نهاية جيدة، حتى لو لم تحسلي على ما تريدين، وذلك لأن الخلافات لا تُحل مرة واحدة، استخدمى الفكاهة والمرح والرعاية واللفظ ولا تواجهي الأمور بحدّة.

- مارسي الحوار الإيجابي، الأزواج السعداء يتكلم بعضهم مع بعض بطريقة إيجابية، حتى وهم في لحظات الخلاف (أنا عارفة أنك بتحبني، عمرك ما خذلتني، طول عمري معتمدة عليك) وذلك بدلاً من العبارات السلبية من قبيل (لو بتحبني تعمل كذا، أو مقدرش أعتمد عليك أبداً، أو أنت دائماً كدة .. بتخذلني) وذلك لأن الجمل الإيجابية سوف تجلب مشاعر إيجابية وتحافظ عليها.

- الحفاظ على الخصوصية، لا تتكلمي عن مشكلاتك الزوجية مع آخرين من دون موافقة زوجك، لكي تحافظي على خصوصية العلاقة وحميميتها، ويمكنك الاتفاق على أشخاص محددين من العائلة أو الأصدقاء يمكنك الكلام معهم عند الضرورة.

- خلق ذاكرة مشتركة، الحكي والمشاركة في المشاعر واستخدام الحكايات، والأكل المشترك، والشراء والخروج وزيارة أماكن

مشتركة كل ذلك يخلق ذاكرة جماعية مشتركة تكبر بانتظام، وتخلق الهوية الجديدة للزوجين، وتكون مرجعية صحية في أوقات الخلافات والشقاق.

6-4-3 تفكك الزواج: هلاك أم عودة الروح

تفكك الحياة الزوجية قد يأتي في أشكالٍ مختلفة؛ منها الانفصال دون طلاق رسمي أو الطلاق الرسمي أو الانفصال الصامت وهو الحياة في نفس المكان مع الاحتفاظ بأقل قدر من التواصل الضروري للحياة المشتركة كما في حالة نساء كثيرات نقابلهن في العيادات وتجهلن الأرقام.

ونادرًا ما يكون تفكك وانهيار الزواج حدثًا منفردًا، بل هو سيورة أو تراكم لمجموعة أحداث تحدث بمرور الوقت، وعلى مدى زمني طويل، وقد تتضمن عدة دورات من التحرك نحو التفكك الفعلي أو التباعد النهائي.

ويمكن التنبؤ بالطلاق؛ حيث يدل وجود مشاعر سلبية في وقتٍ مبكرٍ من الزواج على احتمال حدوث الطلاق في متوسط 7.4 سنة من الزواج. في حين أن غياب المشاعر الإيجابية يؤدي إلى حدوث الطلاق في متوسط 13.9 سنة بعد الزواج، وهكذا يكون وجود المشاعر السلبية أكثر ضررًا على الزواج من غياب المشاعر الإيجابية⁽²¹³⁾، وذلك يعني أن النساء يجدن صعوبة شديدة في الانفصال حتى مع غلبة المشاعر السلبية أو غياب المشاعر الإيجابية.

وفي مصر يتزايد معدل الطلاق بشكلٍ سنوي حتى إنه زاد بنسبة 14% في عام 2021 عن العام الذي يسبقه، وربما يعود ذلك -ضمن أسباب أخرى- إلى أزمة كوفيد 19، كما تتزايد حالات الطلاق في المتزوجين قبل عمر الـ 25 سنة عمدًا هو بين المتزوجين بعد ذلك، وفي الحاصلين

على شهادات تعليمية متوسطة عما في الحاصلين على شهادات تعليمية عليا، وذلك يشير إلى أن البنت الأكبر عمراً، الأنضج من الناحية العقلية، والأكثر ثقافة وتعليمًا تكون أقل عرضة للطلاق⁽²¹⁴⁾.

والطلاق من أكثر الأحداث المزلزلة في حياة المرأة، وخصوصًا في مجتمعاتنا، لأن أعباء الطلاق يقع أغلبها على المرأة خصوصًا إذا كانت أمًّا لأنها غالبًا تفقد بيتها الذي أسسته من أجل الزواج وتكوين أسرة، وتضطر غالبًا إلى العودة لبيت أسرتها، أو تنتقل الأم للحياة معها للمساعدة في تربية الأطفال ومراقبتها باعتبارها امرأة مطلقة.

لكن الطلاق أيضًا يكون نجاة لنساء أخريات، وفرصة للتحرر والتمكين واكتساب المرونة النفسية واختيار الحياة التي تناسبهن كما أظهرت دراسة مصرية⁽²¹⁵⁾.

حسنا المهندسة، التي ذُكرت في الفصول الأولى، وكانت ترغب في الطلاق والزواج من حبيبها السابق، بعد الطلاق والعلاج النفسي وتحسُّن الاكتئاب، قررت عدم الزواج والتركيز على رعاية نفسها وأبنائها واستعادة وزنها السابق، واستعادة قدراتها في الهندسة المعمارية، وبدأت العمل بعض الوقت في أحد المكاتب الهندسية، وأعدت التواصل مع صديقات قديمات وامتنت علاقتها بأخيها وزوجته، وكوّنت مجموعة دعمٍ في العيادة لدعم النساء بعد الطلاق، لكنها لم تستمر كثيرًا بسبب انشغالها.

كما أن صديقتها سهام، التي عانت من جفاء الزوج واكتئاب الولادة في الغربية، بدأت التفكير جديدًا في الطلاق لأن وجود الزوج يحرك الصدمات التي عاشتها معه ويحافظ على اكتئابها. بدأت في وضع خطة مالية

للمستقبل يتضمن مطالبة الزوج بحقوقها المالية عن فترات عملها في السعودية، والتي اشترى بها عقارات مسجلة باسمه، وكذلك العودة إلى العمل وإعطاء دروس خصوصية والادخار حتى تستطيع الحصول على بيت مستقل.

لذلك فإن المرأة التي تتمتع بشخصية مستقلة، التي لديها مهارات شخصية ومهنية واجتماعية تعطيها القدرة على الحياة مستقلة، ولديها دائرة أسرية واجتماعية داعمة ولديها الثقة بجاذبيتها، وكانت غير راضية عن العلاقة وأقل تعلقًا بالزوج، تكون أقل عرضة للاضطرابات النفسية بسبب الانفصال، كما هو حال حسناء، وذلك عكس المرأة الاتكالية، التي تعاني من مُط التعلُّق القلق، وتخاف من البقاء وحيدة مثل وفاء، أو التي ليس لديها إمكانيات أو مهارات الحياة المستقلة.. ومن المثير للاهتمام، أن درجة الضيق والتعب في وقت الانفصال ليست دليلًا على عدم الشفاء العاطفي الذي غالبًا سوف يحدث بعد عدة أشهر.

توصيات للمرأة المطلقة:

- تقبلي؛ سوف يضطرب نومك وأكلك وربما تميلين إلى العزلة وتجئب الناس، لا تستغرق في اضطرابك طويلًا، أنت الآن مطلقة، تقبلي حزنك وتوقفي عن لوم نفسك، وانتهي لصحتك، وامشي كثيرًا على قدميك، واهتمي بحالك وأصدقائك.
- اطلبي المساعدة؛ انتقي من الأسرة ومن الأصدقاء من يمكنك الاعتماد عليهم، والتونس بصحتهم، ولا تتردد في طلب المساعدة القانونية أو النفسية أو المادية لأن كل ذلك حق أساسي لك ولأطفالك.

- خططي لحياتك القادمة؛ تعرّفي على مصادر القوة لديك، واعرفي حلفاءك واجمعي كل ذلك وضعيه أمامك (مهاراتك الحياتية، شهاداتك الدراسية، خبراتك العملية، علاقاتك الأسرية والاجتماعية الداعمة والأمنة والمتفهمة، وضعك القانوني الجديد)، ركزي في عملك أو ابدئي في البحث عن عمل، لكي تعرفي أن الطلاق ليس النهاية، ولكنه قد يكون البداية.
- احمي أطفالك؛ امنعهم من الدخول في صراعات الطلاق والتعرض للإيذاء.
- حافظي على حياة صحية؛ من خلال النوم الجيد والطعام الجيد والحركة المستمرة والتواصل الاجتماعي والترفيه عن النفس.
- لا تتعجّلي الارتباط، رغم أنه قد يكون حلاً سريعاً، لكنه قد يكون اختياراً غير ناضج يدخلك في مشكلات جديدة مع زوج جديد.

5-6 اضطراب العلاقة؛ انتبهي...

العلاقة ترجع إلى الخلف

Relational Disorder:



اضطراب العلاقة هو اضطراب نفسي لا ينشغل بالفرد في ذاته كما هو الحال في الاضطرابات النفسية التقليدية مثل الاكتئاب والقلق، ولكنه اضطراب نفسي ينشغل بالخلل في علاقة طويلة نسبياً بين شخصين أو أكثر، ويؤدي إلى ضيق

نفسى، مثل العلاقة الزوجية أو العلاقة بالأب والابنة أو الأخ والأخت أو أي شخصين في علاقة مهمة وطويلة بدرجة تكفي لتحقيق هذا النمط المؤلم من العلاقات.

ويمكن تقسيم اضطراب العلاقة إلى الأنواع الأساسية التالية:

اضطراب علاقة والدية، اضطراب علاقة أخوية، اضطراب علاقة زوجية، وأخيراً اضطراب علاقة آخر، والذي يشير إلى أي اضطراب علاقة يمثّل خليطاً من الاضطرابات السابقة، أو لا ينتمي إليها مثل اضطراب علاقة صداقة أو اضطراب علاقة زمالة، وسوف نركز هنا على الأنواع الأربعة الأولى.

6-5-1 اضطراب علاقة والدية: عقوق الوالدين وعقوق الأبناء

(بنتي قاعدة في أوضتها مش بتكلمنا ومبتخرجش إلا لو إحنا مش في البيت أو قاعدين في أوضنا، لدرجة بطلنا نقعد في الصالة عشان نديها فرصة تدخل الحمام أو تروح المطبخ تاكل).

(أنا بكره أمي وبكره حياتي معاها لأنها كانت بتضربني كثير وأنا صغيرة، ولما كبرت بتقلل مني، وتقولي أنتِ نرجسية زي أبوي، وأي حاجة أعملها تهزقني عليها، وده عكس اللي بتعمله مع أخويا تمامًا).

تأتي الكثير من الأمهات إلى العيادة النفسية للشكوى من سوء العلاقة مع الابنة، وتأتي الكثير من البنات للشكوى من سوء معاملة الوالدين أو أحدهما. واضطراب العلاقة الوالدية يحدث عندما تؤدي علاقة أحد الوالدين أو كليهما مع الابنة إلى اضطراب شديد في الأسرة

أو إيذاء للابنة أو الوالد أو الوالدة، وتأتي عادة في الأشكال التالية؛
أولاً: اضطراب التواصل مثل الخصام المتكرر أو المستمر فترات طويلة.
ثانياً: الحماية المفرطة؛ وهي عندما يمارس أحد الوالدين الوصاية
والمتابعة والمراقبة على الابنة في حياتها الشخصية والاجتماعية، مما
يؤدي إلى إعاقة الابنة عن ممارسة الاستقلالية في حياتها، وتعلم
مهارات الحياة الأساسية⁽²¹⁶⁾، مثل حالة سلمى التي حكينا عنها في
بداية هذا الكتاب، وهي تقول "بابا كان بيوصلني لغاية باب الجامعة،
وعمري ما خرجت لوحدي أو اشترت حاجتي بنفسي، ولا كان لي
أصدقاء". ثالثاً: فقد النظام داخل البيت؛ الذي قد يحوّل حياة الابنة
إلى فوضى ويعرضها للفشل "البيت كله صريخ وتكسير، بابا بيضرب في
ماما، وماما بتكسر في الحاجات، وأخويا بيصرخ ومفيش كرسي سليم في
البيت". رابعاً: ممارسة العنف؛ وهو عندما يمارس أحد الوالدين العنف
ضد الابنة سواء كان عنفاً نفسياً أو جسدياً "الكل كان بيضرب فيّ، بابا
وماما ومؤخراً أختي الكبيرة كمان". وأحياناً العكس، وهو عندما تمارس
الابنة العنف ضد أحد الوالدين، وأخيراً افتقاد الحماية الوالدية؛ مثل
الإهمال أو تعريض الأبناء للخطر بسبب رعونة الوالدين أو سلوكهم
غير المسؤول "ماما كانت بتأخذني معاها وهي رايحة تقابل رجاله
غير بابا، وتقولي متقوليش، وفي مرة خلتنني أكلم واحد في التليفون
وبعتت له صوري".

"بابا كان بياخذني معاه وهو رايح يشتري مخدرات، ويقولي غمضي
عينيك ويضربها قدامي في العربية" مما يؤثر في شعور الابنة بالأمان
والحماية الوالدية. ويؤثر اضطراب العلاقة الوالدية، وخصوصاً العلاقة
بالأم، بالسلب في التطور النفسي للبنات واحتمال ارتفاع معدلات
الاكتئاب والقلق المعمم والقلق الاجتماعي واضطراب الكرب ما بعد
الصدمة واضطراب الشخصية، ويزيد من التأثير بالأقران والاندفاعية
والسلوك الجنسي المبكر وحمل المراهقات⁽²¹⁷⁾.

- تجنّبي الدخول في مشكلات الوالدين، وأبلغيهما ذلك بشكل واضح.
- أعلنِي بشكل واضح رفضك للإيذاء، وذكّرهم دائماً بالقواعد التربوية التي تمنع العنف والإيذاء النفسي.
- ركزي على نموك الشخصي ودراستك أو عملك وحافظي على دائرة ثقة من الأقارب والأصدقاء.
- ابحثي عن داعمٍ وحماية في الأسرة، مثل أخ أو أخت أكبر أو جد أو جدة أو خالة أو عمّة أو أم صديقة مسؤولة تلجئين إليها عند الحاجة.
- حافظي على نومٍ جيدٍ، وكُلّي جيّداً واشربي ماءً كثيراً، وامشي كثيراً لأن ذلك يساعد جسمك على التماسك.
- فور أن تتخرجي ابحثي عن عملٍ، وركزي فيه شغفك واهتمامك.
- لا تتسرعي بالزواج لأنك غالباً سوف تأخذين شخصاً لكي ينقذك وليس شخصاً تعيشين معه حياة زوجية مستقرة.
- ابدئي التفاوض مع الأهل، وأنتِ في موقعٍ مستقرٍ من حيث العمل والعلاقات الاجتماعية.
- إذا كنت تتعرضين للإيذاء المباشر مثل العنف النفسي أو الجسدي أو تقييد الحركة، واستنفدت كل محاولاتك لتجاوز ذلك، ابحثي عن حياة مستقلة.

- في حالات العنف الشديدة يمكنك اللجوء إلى القانون أو الهيئات الحكومية الداعمة للمرأة وغيرها من المنظمات النسوية المتخصصة.

6-5-2 اضطراب العلاقة الزوجية؛ ألم المحبين

العلاقة الزوجية المضطربة هي العلاقة التي لا ترضي أحد الزوجين أو كليهما، أو تتسبب في ضيق نفسي غير عادي، أو تعيق أحد الزوجين أو كليهما عن ممارسة حياته اليومية، تحكي سهام "بكون قاعدة مروقة ومشغلة أغاني أو بأغني مع نفسي، وأول ما اسمع صوت المفتاح في الباب قلبي يدق وأبطل غنى، وأدور على حاجة أشغل نفسي فيها". وينقسم ذلك الاضطراب إلى نوعين؛ اضطراب العلاقة الزوجية من دون عنف، واضطراب العلاقة الزوجية مع العنف، وهو الأخطر والأكثر تأثيراً في الأم والأطفال. وفي كثير من الحالات تأتي المشكلات بسبب تدخلات الأهل، وخصوصاً إذا كان الزوجان يعيشان في بيت العائلة؛ حيث إن أكثر من ثلث الأسر المتزوجة حديثاً في مصر يعيشون في بيت عائلة الزوج. وفي دراسة عن الأسرة الريفية جاء غياب الزوج عن المنزل من أسباب المشكلات الزوجية في 50% من الحالات، بينما جاءت الصعوبات المادية في 30%، واختلاف التفكير بين الزوجين في 20%⁽²¹⁸⁾.

ورغم أن اضطراب العلاقة الزوجية يؤثر في الزوجين فإن أعباءه الكبرى تقع أكثر على الزوجة والأطفال، أولاً لأن الزوجة، وبحكم ديناميات النوع الاجتماعي، تكون الأكثر ارتباطاً والتزاماً بالمهام المنزلية لرعاية الأبناء، ومن النادر أن تترك الأطفال وترحل رغم أن ذلك بدأ يظهر مؤخراً بشكل متواتر. بينما الرجل يستطيع في وقت الخلافات ترك البيت وقضاء وقت مع نفسه أو مع أصدقائه (كان أي عندما

يختلف مع أمي ولا يجد حلاً للخلاف يترك البيت ويقضي عدة أيام وحده في أحد الفنادق ثم يعود رائقاً، بينما أمي يكون أنهكها القلق عليه ونسيت سبب غضبها). ونتيجة ذلك تأتي الكثير من النساء إلى العيادة النفسية للشكوى من العلاقة الزوجية المؤذية في مقابل القليل من الأزواج الذين يأتون للشكوى من علاقاتهم بزوجاتهم.

تستطيع الكثير من الزوجات العمل على إصلاح العلاقة الزوجية بشكل ذاتي أو بمساعدة الأهل أو الأصدقاء، وفي حالة الفشل تضطر المرأة إلى اللجوء إلى متخصصين في حل تلك المشكلات، ولكن في حالة وجود عنف، عليها أن تنتبه لخطورة ذلك على حياتها وعلى حياة الأطفال، وربما يمكنها أن تلجأ إلى القانون، وفي مصر توجد منظمات كثير رسمية وغير رسمية لمساعدة المرأة المعنفة.

6-5-3 اضطراب علاقة أخوية: الإخوة الأعداء

كنت أسميها "الناجية"؛ هناء النوبية التي ذكرت في بداية هذا الفصل وهربت إلى الإمارات لكي تنجو من بطشالأخ بها، وقد اتصلت لأنها مازالت تعاني من آثار اعتداءاته عليها "مش قادرة أنسى الي عمله أخويا فيّ وعاشة به ليلي نهاري".

يتعلم الإخوة منذ الصغر التعاون ودعم بعضهم لبعض وأنهم يد واحدة، ومن الطبيعي أن تظهر مشاعر الغيرة والمنافسة بين الإخوة في مراحل مبكرة من الحياة، عادة تكون تلك المشاعر بهدف الحصول على انتباه وحب الوالدين، ثم لإثبات الأحقية والنجاح، لكنه قد يأخذ أشكلاً أخرى في محطات الحياة التالية.

في أغلب الأحوال تذوب المشاعر السلبية بين الإخوة أو تتوارى مع تطور الحياة المشتركة، وقد تتطور علاقة الإخوة إلى صداقة وتكوين

خبرات مشتركة ومواجهة أحداث وصعوبات الحياة معًا، مثل المرض داخل العائلة أو فقد أحد أفراد الأسرة والأزمات الأسرية الأخرى. ومع استمرار الحياة الأسرية، وممارسة مشاعر وسلوكيات الانتماء، وتبادل الحماية؛ تقوى تلك العلاقة تدريجيًا حتى تصبح صلبة وتشكّل المرجعية في حياة الكثير من الإخوة والأخوات. ويحدث ذلك في حياة الأخوات البنات أكثر من الإخوة الذكور، وصدى ذلك يظهر في حياة أبناء وبنات الخالات أكثر منه في حياة أبناء الأعمام والعمات.

في أحيان أخرى تأخذ مشاعر الغيرة والتنافسية بين الإخوة مناحي أكثر إيلاّمًا؛ مثل الشعور بالتقصير من الوالدين بسبب تفضيل أحد الإخوة، أو التسلط الذي يمارسه الأخ الأكبر على الأصغر، أو يمارسه الولد على البنت، أو مرض أحد الإخوة الذي يستدعي انتباه جميع الأسرة، مما يتسبّب في إهمالهم للأخت الأصغر إذا كانت في مرحلة مبكرة، يحدث ذلك في الأمراض المزمنة أو الإدمان. من ناحية أخرى فإن الأسرة الذكورية تعلي من شأن الولد على البنت حتى تصل في بعض الأحيان إلى السماح بعنف الأخ تجاه أخته إذا خالفت أوامره، وأحيانًا تتعرّض للتحرش منه ولا تتلقّى الحماية، وتقل استحقاقاتها مقارنة به أو تُلام على فشله لأنها لم تساعد في دراسته أو عمله، أو تعمّدت إثارته جنسيًا. وقد رأيت في العيادة الكثير من تلك المشكلات التي تعوق النمو الطبيعي للفتيات، وتعرضهن لمشكلات نفسية عديدة، مثل القلق والاكتئاب واضطراب الكرب. مثل هناء التي هربت من تسلط الأخ، ومثلزهرة، وهي بنت عمرها 28 سنة وتعمل في البرمجة، وجاءت بسبب نوبات من القلق الشديد التي تقعدها عن العمل "أخويا كان بيحط إيده في البانتس، ولما قلت لماما اللي أخويا بيعمله معايا قالتلي حطيه (الي حصل) في صندوق أسود ومتقوليش لحد عليه، ولغاية دلوقتي بعد ما اتجوز وخلّف تجبرني أسلم عليه، وأبوسه وأنا بكون قرفانة وبتعرش، ودلوقتي أمي مخصماني، وبتقول

عليّ عاقبة عشان مش عارفة ألاقى شغل لأخويا"، واتضح أن زهرة تعاني من اضطراب الكرب، وكلما قضت وقتًا في حضور الأخ تعاني من نوبات القلق وتستعيد ومضات مما كان يحدث لها في الماضي. وتم استدعاء الأم وهي أستاذة طبية وشرحت لها بلغة طبية اضطرابكرب ما بعد الصدمة "PTSD" وأهمية أن يتعد "المعتدي" عن "الضحية" لكي تتمكن من إكمال الشفاء.

اضطراب العلاقات الأخوية قد يأتي إلى العيادة تحت إلحاح الوالدين، أو بطلبٍ من البنت المتضررة، وقد يتم التعرف عليه بالصدفة في أثناء العلاج من اضطراب نفسي آخر، لكنه من الاضطرابات التي يصعب العمل عليها، لأن هؤلاء الإخوة بعد فترة من الزمن يتوقفون عن التواصل المنتظم ويتباعدون، وتبقى فقط الآثار المترتبة على ذلك الإيذاء. ولكن في بعض الحالات، ومع تكوين أسرهم المستقلة، قد تظهر رغبتهم في استعادة العلاقات الأسرية من أجل تعريف الأبناء بعضهم ببعض، أو مع تعرضهم لمشكلات حياتية واحتياجهم إلى دعم بعضهم لبعض، ولذلك قد يحدث أن يتجاوزوا عن تلك المشكلات، مثلما حدث مع حسناء وأخيها بعد وفاة الأب، وأحيانًا يطلبون الدعم النفسي لمساعدتهم على العمل على تلك المشكلات.

6-5-4 اضطراب العلاقات الأخرى: قرب وتعد

وهو عندما يكون مصدر الضغط الرئيسي هو الاضطرابات التي تحدث في علاقاتٍ خارج نطاق الأسرة مثل علاقات الصداقة أو الزمالة أو العمل، أو حتى علاقات الجيرة، وتتأثر النساء باضطراب العلاقات تلك أكثر من الرجال، وكثيرات يأتين إلى العيادة بسبب تعرضهن للظلم أو التنمر أو الإساءة أو الإهمال في علاقات عمل أو علاقات اجتماعية أخرى كان من المفترض أن تكون داعمة ومحبة وودودة.⁽²¹⁹⁾

الدكتورة غدیرطیبة النساء جاءت إلى العيادة بسبب فرط التفكير حول صديقتها، قالت: صاحبتي الأنتم من ساعة ما قطعت معايها لما انشغلت عنها بخطوبتي، وأنا مش قادرة أفكر غير في الكلام اللي قالتهولي والرسايل اللي شتمتني وهددتني فيها. وتحكي سيدة أخرى: أنا سبيت مكان شغلي وروحت شغل ثاني عشان أخلص من تنمر وغلابة زمايلي معايها. وهؤلاء الأشخاص يحتاجون في الغالب إلى تعلم مهارات التفاوض مع الآخرين، ووضع حدود واضحة، والتعرف على مصادر الإيذاء في العلاقات وتجنبها، وخصوصاً أن النساء يتأذین كثيراً من مشكلات العلاقات، سواء على المستوى الجسدي أو النفسي أو الاجتماعي وتتعرض رفاهيتهن للخطر.

المراجع

(1) Maierhofer, W. (2013). Historical background: Anna Goeldi, the trial, and its reception. In E. Hasler, Anna Goeldin—The last witch (pp. 256–269). Lighthouse Christian Publishing.

(2) Yadav, T. (2020). Witch hunting: A form of violence against Dalit women in India. *CASTE: A Global Journal on Social Exclusion*, 1(2), 169–182. <https://www.jstor.org/stable/48643572>

(3) Pouba, K., & Tianen, A. (2006). Lunacy in the 19th century: Women's admission to asylums in the United States of America. *Oshkosh Scholar*, 1, 95–103. University of Wisconsin Board of Regents.

(4) Lobo, A. (1992). 150 years of British psychiatry, 1841–1991. [Review of the book 150 years of British psychiatry, 1841–1991, by G. E. Berrios & H. Freeman]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(2), 147–147. <https://doi.org/10.1002/gps.930070214>

(5) Busfield, J. (1989). Sexism and psychiatry. *Sociology*, 23(3), 343–364.

(6) Caruso, J. P., & Sheehan, J. P. (2017). Psychosurgery, ethics, and media: A history of Walter Freeman and the lobotomy. *Neurosurgical Focus*, 43(3), E6. <https://doi.org/10.3171/2017.6.FOCUS17257>

(7) Josselson, R. (2023). Developing a different voice: The life and work of Carol Gilligan. *Journal of Personality*, 91(1), 120–133. <https://doi.org/10.1111/jopy.12763>

(8) Herlihy, B., & Corey, G. (2013). Feminist therapy. In G. Corey (Ed.), *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th ed., pp. 360–394). Brooks/Cole, Cengage Learning.

(9) Worell, J., & Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women* (2nd ed.). Wiley.

(10) Daphna Joel, Beyond the binary: Rethinking sex and the brain, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 122, 2021, pp: 165-175, ISSN 0149-7634,

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.018>.

(11) Katz, J., Joiner, E. Jr., & Kwon, P. (2002). Membership in a devalued social group and emotional well-being: Developing a model of personal self-esteem, collective self-esteem, and group socialization. *Sex Roles*, 47, 419–431.

(12) Abdellatif, Y. (2021). The conceptualization of women's empowerment by microlenders in Egypt and its link to sustainable development [Master's thesis, The American University in Cairo]. AUC Knowledge Fountain. <https://fount.aucegypt.edu/etds/1607>

(13) Bogaert, A. F., & Skorska, M. N. (2020). A short review of biological research on the development of sexual orientation. *Hormones and Behavior*, 119, 104659. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2019.104659>

(14) Fritz, M. A., & Speroff, L. (Eds.). (2011). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility* (pp. 165–180). Lippincott Williams & Wilkins.

(15) Chandra-Mouli, V., & Patel, S. V. (2020). Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene, and menstrual health among adolescent girls in low- and middle-income countries. In C. Bobel, I. T. Winkler, B. Fahs, K. A. Hasson, E. A. Kissling, & T.-A. Roberts (Eds.), *The Palgrave handbook of critical menstruation studies* (pp. 609–636). Palgrave Macmillan.

(16) Eswi, A., Helal, H., & Elarousy, W. (2012). Menstrual attitude and knowledge among Egyptian female adolescents. *Journal of American Science*, 8(6), 555–565.

(17) Deardorff, J., Ekwaru, J. P., Kushi, L. H., Ellis, B. J., Greenspan, L. C., Mirabedi, A., Landaverde, E. G., & Hiatt, R. A. (2011). Father absence, body mass index, and pubertal timing in girls: Differential effects by family income and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 48*(5), 441–447.

(18) Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society* (pp. 261–262). W. W. Norton & Company.

(19) Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence, 11*(1), 1–19.

(20) Calder-Dawe, O. (2019). Niva Piran, Journeys of embodiment at the intersection of body and culture: The developmental theory of embodiment. *Feminism & Psychology, 29* (4), 562–565. <https://doi.org/10.1177/0959353519837559>

(21) Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(1), 7–20.

(22) أبو الغار، هـ. (2021). رحلة الحياة: دليل الأسرة الشامل لصحة طفلك الجسدية والنفسية والاجتماعية (ص 129). دار الشروق.

(23) Lin, S. C., Tyus, N., Maloney, M., Ohri, B., & Sripipatana, A. (2020). Mental health status among women of reproductive age from underserved communities in the United States and the associations between depression and physical health: A cross-sectional study. *PLOS ONE, 15*(4), e0231243. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231243>

(24) Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society* (p. 163). W. W. Norton & Company.

مكتبة
t.me/soramnqraa

- (25) Carmen, M., & Corassa, R. B. (2020). Epidemiology of psychiatric disorders in women. In D. Hosker & T. E. North (Eds.), *Women's mental health* (pp. 111–123).
- (26) Sussman, M., Trocio, J., Best, C., Mirkin, S., Bushmakin, A. G., Yood, R., Friedman, M., Menzin, J., & Louie, M. (2015). Prevalence of menopausal symptoms among mid-life women: Findings from electronic medical records. *BMC Women's Health*, 15(1), 1–5.
- (27) Carr, D. (1997). The fulfillment of career dreams at midlife: Does it matter for women's mental health? *Journal of Health and Social Behavior*, 38(3), 331–344.
- (28) Quental, C., Gaviria, P. R., & del Céline, B. (2023). The dialectic of (menopause) zest: Breaking the mold of organizational irrelevance. *Gender, Work & Organization*, 30(5), 1816–1838.
- (29) Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- (30) Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49(2), 147–152.
- (31) Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516.
- (32) Lehmann, S. W. (2003). Psychiatric disorders in older women. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 269–279.
- (33) Corona, G., & Maggi, M. (2015). Sexuality in the elderly female. In Y. Reisman, H. Porst, L. Lowenstein, F. Ripodi, & P. S. Kirana (Eds.), *The ESSM manual of sexual medicine* (2nd ed., pp. 160–194). MEDIX.

(34) World Health Organization. (2021). Violence against women: Prevalence estimates, 2018. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341338/9789240026681-eng.pdf>

(35) Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181–183.

(36) Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Self-defining memories of body image shame and binge eating in men and women: Body image shame and self-criticism in adulthood as mediating mechanisms. *Sex Roles*, 77(5–6), 338–351.

(37) Roberts, A., Cash, T. F., Feingold, A., & Johnson, B. T. (2006). Are black-white differences in females' body dissatisfaction decreasing? A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1121–1131.

(38) Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166–175.

(39) World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization.

(40) Omvedt, G. (1986). Patriarchy: The analysis of women's oppression. *Insurgent Sociologist*, 13(3), 30–50.

(41) السعداوي، ن. (د.ت). قضية المرأة المصرية السياسية والجنسية. من موقع مؤسسة هنداوي. [/https://www.hindawi.org/books/70948263](https://www.hindawi.org/books/70948263)

(42) عفيفي، م. (2006). الاكتئاب لدى المراهقين: الفروق بين الجنسين في عمان ومصر. الناشر منظمة الصحة العالمية. https://maqsurah.com/home/item_detail/58990

(43) Clark, D. B., Lesnick, L., & Hegedus, A. M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1744–1751.

(44) Thomas, E. H., Rossell, S. L., & Gurvich, C. (2022). Gender differences in the correlations between childhood trauma, schizotypy, and negative emotions in non-clinical individuals. *Brain Sciences*, 12(2), 186.

(45) Pearson, R. M., Culpin, I., Loret de Mola, C., Matijasevich, A., Santos, I. S., Horta, B. L., Barros, F. C., & Stein, A. (2019). Grandmothers' mental health is associated with grandchildren's emotional and behavioral development: A three-generation prospective study in Brazil. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–10.

(46) Whiffen, V. E., Kallos-Lilly, A. V., & MacDonald, B. J. (2001). Depression and attachment in couples. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 577–590.

(47) The Loomba Foundation. (n.d.). World widows report. <https://www.theloombafoundation.org/our-work/research/world-widows-report>

(48) Divorce rates by country 2024. (n.d.). <https://worldpopulation-review.com/country-rankings/divorce-rates-by-country>

(49) European Divorce Monitor: This is how Europeans divorce. (2019). Gecertificeerde Mediators. <https://www.gecertificeerdemediators.nl/scheiden/european-divorce-monitor>

(50) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء. (2022). النشرة السنوية لإحصاء الزواج والطلاق، القاهرة.

(51) Gähler, M. (2006). "To divorce is to die a bit...": A longitudinal study of marital disruption and psychological distress among Swedish women and men. *The Family Journal*, 14(4), 372-382.

(52) عفيفي، م. (2006). مرجع سابق.

مراجع الفصل الثالث

(53) Viana, M. C., & Corassa, R. B. (2020). Epidemiology of psychiatric disorders in women. In A. Renno et al. (Eds.), *Women's mental health: A clinical and evidence-based guide* (pp. 17-31). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8>

(54) Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.

(55) فرويند، ك. (2013). معدلات مذهلة للاكتئاب بين النساء في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. مدونات البنك الدولي.

(56) فرويند، ك. (2013). المرجع السابق.

(57) عفيفي، م. (2006). الاكتئاب لدى المراهقين: الفروق بين الجنسين في عمان ومصر. الناشر منظمة الصحة العالمية. https://maqsurah.com/home/item_detail/58990

(58) Häuser, W., Bernardy, K., Üçeyler, N., & Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: A meta-analysis. *JAMA*, 301(2), 198-209.

(59) Teatero, M. L., Mazmanian, D., & Sharma, V. (2014). Effects of the menstrual cycle on bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 16(1), 22-36.

(60) Hammam, R. A. M., Zalat, M. M., Sadek, S. M., Soliman, B. S., Ahmad, R. A., Mahdy, R. S., & Hardy, C. (2016). Premenstrual syndrome

and work among female academic teaching staff in a governmental faculty of medicine in Egypt. *Egyptian Journal of Occupational Medicine*, 41(1), 35-53. <https://doi.org/10.21608/EJOM.2017.960>

(61) Arafa, A. E., Senosy, S. A., Helmy, H. K., & Mohamed, A. A. (2018). Prevalence and patterns of dysmenorrhea and premenstrual syndrome among Egyptian girls (12–25 years). *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 486-490.

(62) Sehlo, M. G., Youssef, U. M., Mahdy, R. S., & El-Gohari, H. (2018). Prevalence and symptoms of premenstrual dysphoric disorder in a sample of psychiatric patients at Zagazig University Hospitals. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 39(2), 83.

(63) Mattina, G. F., Slyepchenko, A., & Steiner, M. (2020). Obsessive-compulsive and related disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 175, 369-386.

(64) Taylor, D. (2005). Perimenstrual symptoms and syndromes: Guidelines for symptom management and self-care. *Advanced Studies in Medicine*, 5(5), 228-241.

(65) Chavez-MacGregor, M., Van Gils, C. H., Van Der Schouw, Y. T., Monninkhof, E., Van Noord, P. A., & Peeters, P. H. (2008). Lifetime cumulative number of menstrual cycles and serum sex hormone levels in postmenopausal women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 108, 101-112.

(66) Taylor, D. (2005). Perimenstrual symptoms and syndromes: Guidelines for symptom management and self-care. *Advanced Studies in Medicine*, 5(5), 228-241.

(67) Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Riecher-Rössler, A., Angst, J., & Hengartner, M. P. (2016). Does menopausal transition really influence

mental health? Findings from the prospective long-term Zurich study. *World Psychiatry*, 15(2), 146-154.

(68) Gan, Q., Yu, R., Lian, Z., Wei, L., Li, Y., Yuan, Y., & Zheng, L. (2023). Risk factors for perimenopausal depression in Chinese women: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1199806. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1199806>

(69) Roser, M., Ritchie, H., & Ortiz-Ospina, E. (2013). World population growth. *Our World in Data*. Retrieved from <https://ourworldindata.org/world-population-growth>

(70) Worldometer. (n.d.). Egypt demographics. Retrieved from <https://www.worldometers.info/demographics/egypt-demographics/#tfr>

(71) Gebregziabher, N. K., Netsereab, T. B., Fessaha, Y. G., Alaza, F. A., Ghebrehwet, N. K., & Sium, A. H. (2020). Prevalence and associated factors of postpartum depression among postpartum mothers in central region, Eritrea: A health facility-based survey. *BMC Public Health*, 20, 1-10.

(72) Chin, K., Wendt, A., Bennett, I. M., & Bhat, A. (2022). Suicide and maternal mortality. *Current Psychiatry Reports*, 24(4), 239-275.

(73) Bernard-Bonnin, A. C., Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 575-583. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.575>

(74) Bernard-Bonnin, A. C., Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 575-583. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.575>

(75) Bria, K. (2018). Exploring the experiences of first-time fatherhood and paternal postnatal depression: A grounded theory analysis. *Australian Midwifery News*, 18(2), 20-22.

(76) Kontoyannis, M. (2022). Paternal post-natal depression. *Health Science Journal*, 16(12), 1-3.

(77) Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165-180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.11.002>

(78) Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

(79) *Ibid.*, 26.

(80) Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373-378. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083105>

(81) Muskens, L., Boekhorst, M. G., Kop, W. J., van den Heuvel, M. I., Pop, V. J., & Beerthuizen, A. (2022). The association of unplanned pregnancy with perinatal depression: A longitudinal cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 25(3), 611-620. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01146-1>

(82) Li, T., Guo, N., Jiang, H., & Eldadah, M., Zhuang, W. (2019). Social support and second trimester depression. *Midwifery*, 69, 158-162. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.012>

(83) Roos, A., Wedderburn, C. J., Fouche, J. P., Joshi, S. H., Narr, K. L., Woods, R. P., Zar, H. J., Stein, D. J., & Donald, K. A. (2022). Prenatal depression exposure alters white matter integrity and neurodevelop-

ment in early childhood. *Brain Imaging and Behavior*, 16(3), 1324-1336. <https://doi.org/10.1007/s11682-021-00616-3>

(84) Van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273-277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc037>

(85) Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). Sex differences in anxiety and depression: Clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320-330. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>

(86) Goel, N., Philippe, T. J., Chang, J., Koblanski, M. E., & Viau, V. (2022). Cellular and serotonergic correlates of habituated neuroendocrine responses in male and female rats. *Psychoneuroendocrinology*, 136, 105599. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105599>

(87) *Ibid.*, 33.

(88) Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2017). Anxiety disorders among women: A female lifespan approach. *Focus*, 15(2), 162-172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20170003>

(89) *Ibid.*, 36.

(90) Bhatia, M. S., & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(2), 158. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.119590>

(91) Cantilino, A., & Zambaldi, C. F. (2020). Anxiety disorders in women. In A. Cantilino & C. F. Zambaldi (Eds.), *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide* (pp. 111-123). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-27343-0_8

(92) Inoue, K., Kaiya, H., Hara, N., & Okazaki, Y. (2016). A discussion of various aspects of panic disorder depending on the presence or

absence of agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 69, 132-135. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.06.008>

(93) *Ibid.*, 38.

(94) *Ibid.*, 39.

(95) Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A., Knowles, J. A., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2004). Gender in obsessive-compulsive disorder: Clinical and genetic findings. *European Neuropsychopharmacology*, 14(2), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2003.10.002>

(96) Torres, A. R., Torresan, R. C., de Mathis, M. A., & Shavitt, R. G. (2020). Obsessive-compulsive disorder in women. In A. Torres & R. C. Torresan (Eds.), *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide* (pp. 125-139). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-27343-0_9

(97) *Ibid.*, 43.

(98) *Ibid.*, 44.

(99) Ali, H., Shah, S., Alam, M., & Shah, S. (2016). The prevalence of body dysmorphic disorder in young female students: A cross-sectional study. *Global Journal of Health Science*, 9(4), 31. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n4p31>

(100) Sar, V., Akyüz, G., Kugu, N., Öztürk, E., & Ertem-Vehid, H. (2014). Dissociation and culture: A comparative study of dissociative experiences in Brazil, Turkey, and Canada. *Transcultural Psychiatry*, 51(5), 664-687. <https://doi.org/10.1177/1363461514558918>

(101) Hunter, E. C., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 9-18. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4>

(102) Alghadeer SM, Alhossan AM, Al-Arifi MN, Alrabiah ZS, Ali SW, Babelghaith SD, Altamimi MA. Prevalence of mental disorders among patients attending primary health care centers in the capital of Saudi Arabia. *Neurosciences (Riyadh)*. 2018 Jul;23(3):239-243. doi: 10.17712/nsj.2018.3.20180058. PMID: 30008000; PMCID: PMC8015574

(103) Hatcher, S., & Arroll, B. (2008). Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ*, 336(7653), 1124-1128. <https://doi.org/10.1136/bmj.39554.592014.BE>

(104) *Ibid.*, 51.

(105) Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(1), 12-31. <https://doi.org/10.1159/000484413>

(106) القط، ن. (2020). حكايات التعب والشفاء، ص 54. القاهرة: دار المحروسة

(107) القط، ن. المرجع السابق، ص 162-163 .

(108) Martínez-González, L., Fernández-Villa, T., Molina, A. J., Delgado-Rodríguez, M., & Martín, V. (2020). Incidence of anorexia nervosa in women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3824. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113824>

(109) القط، ن. المرجع السابق، ص 128

(110) Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)

8

(111) Lane, S. D., Jok, J. M., & El-Mouelhy, M. T. (1998). Buying safety: The economics of reproductive risk and abortion in Egypt. *Social Science & Medicine*, 47(8), 1089-1099.

(112) Root, M. P. (Ed.). (1996). *The multiracial experience: Racial borders as the new frontier*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781483327433>

(113) Deutsch, H. (1946). *The psychology of women: A psychoanalytic interpretation*. New York: Grune & Stratton

(114) Brown, L. C., Murphy, A. R., Lalonde, C. S., Subhedar, P. D., Miller, A. H., & Stevens, J. S. (2020). Posttraumatic stress disorder and breast cancer: Risk factors and the role of inflammation and endocrine function. *Cancer*, 126(14), 3181-3191.

<https://doi.org/10.1002/cncr.32861>

(115) Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552-567. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>

(116) Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D., & Courtois, C. A. (2015). *Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions* (2nd ed.). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801288-8.00002-7>

(117) Antoniou, E., Rigas, N., Orovou, E., Papatrechas, A., & Sarella, A. (2021). ADHD symptoms in females of childhood, adolescent, reproductive, and menopause periods. *Materia Socio-Medica*, 33(2), 114-117. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.114-117>

(118) Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden

diagnosis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3), PCC.13r01596. <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>

(119) Attoe DE, Climie EA. Miss.Diagnosis: A Systematic Review of ADHD inAdult Women. *J Atten Disord*. 2023 May;27(7):645-657. doi: 10.1177/10870547231161533. Epub 2023 Mar 30. PMID: 36995125; PMCID: PMC10173330..

(120) Gawda, B. (2018). Cross-cultural studies on the prevalence of personality disorders. *Current Issues in Personality Psychology*, 6, 318-329. <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.80200>

(121) Holthausen, B. S., & Habel, U. (2018). Sex differences in personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 20(7), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975-y>

(122) Widom, C. S., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 433-446. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.433>

(123) Ibid., 69

(124) McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>

(125) Appenzeller, S., Cendes, F., & Costallat, L. T. (2008). Acute psychosis in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology International*, 28(3), 237-243. <https://doi.org/10.1007/s00296-007-0410-x>

(126) Liu, N. H., et al. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy, and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1), 30–40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>

(127) Murphy, M. O., Cohn, D. M., & Loria, A. S. (2017). Developmental origins of cardiovascular disease: Impact of early life stress in humans and rodents. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 453-465.

(128) Lambiase, M. J., Kubzansky, L. D., & Thurston, R. C. (2015). Positive psychological health and stroke risk: The benefits of emotional vitality. *Health Psychology*, 34(10), 1043.

(129) Rückl, S., Couto, T., Parada, J., & Rosa, C. E. (2020). Medical conditions affecting women's mental health. In *Women's mental health: A clinical and evidence-based guide* (pp. 241-264). Springer Cham.

(130) McDevitt-Petrovic, O., Kirby, K., & Shevlin, M. (2017). The prevalence of non-cardiac chest pain (NCCP) using emergency department (ED) data: A Northern Ireland based study. *BMC Health Services Research*, 17, 1-6.

(131) Vanderpump, M. P. (2011). The epidemiology of thyroid disease. *British Medical Bulletin*, 99, 39-51. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldr030>

(132) Rivelli, S. K., & Shirey, K. G. (2014). Prevalence of psychiatric symptoms/syndromes in medical settings. In *Integrated care in psychiatry: Redefining the role of mental health professionals in the medical setting* (pp. 5-27). Springer New York.

(133) Rundell, J. (2009). Medical conditions associated with psychiatric disorders. In M. G. Gelder, N. Andreasen, J. J. López-Ibor Jr., &

J. R. Geddes (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (2nd ed., pp. 1081-1090). Oxford University Press.

(134) Kautzky-Willer, A., Leutner, M., & Harreiter, J. (2023). Sex differences in type 2 diabetes. *Diabetologia*, 66(6), 986-1002.

(135) IBID., 4.

(136) Nejad, S. H., Roffman, J. L., Kueppenbender, K., Smith, F. A., Huffman, J. C., & Stern, T. A. (2010). Patients with neurologic conditions II: Movement disorders, multiple sclerosis, and other neurologic conditions. In *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry* (6th ed., pp. 255-272). Saunders Elsevier.

(137) Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.). (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). Lippincott Williams & Wilkins.

(138) IBID., 11.

(139) IBID., 7..

(140) Bharadwaj, S., Barber, M. D., Graff, L. A., & Shen, B. (2015). Symptomatology of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease during the menstrual cycle. *Gastroenterology Report*, 3(3), 185-193.

(141) Rundell, J. (2009). Medical conditions associated with psychiatric disorders. In M. G. Gelder, N. Andreasen, J. J. López-Ibor Jr., & J. R. Geddes (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (2nd ed., pp. 1081-1090). Oxford University Press.

(142) Bharadwaj, S., Barber, M. D., Graff, L. A., & Shen, B. (2015). Symptomatology of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease during the menstrual cycle. *Gastroenterology Report*, 3(3), 185-193.

(143) Elflein, J. (2022). Cancer prevalence rates for females worldwide by type 2020. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1031214/cancer-prevalence-rates-females-worldwide-by-type>

(144) Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633-641.

(145) Sadock, B. J. (1999). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (pp. 1380-1384). Lippincott Williams & Wilkins.

مراجع الفصل الخامس

(146) Gebhard, P. H. (2024). Human sexual activity. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/topic/human-sexual-activity>

(147) Gonzales, A. M., & Rolison, G. (2005). Social oppression and attitudes toward sexual practices. *Journal of Black Studies*, 35(6), 715-729. <http://www.jstor.org/stable/40034877>

(148) Baumeister, R. F., & Twenge, J. M. (2002). Cultural suppression of female sexuality. *Review of General Psychology*, 6(2), 166-203. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.2.166>

(149) Rosen, R. C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current Psychiatry Reports*, 2(3), 189-195. <https://doi.org/10.1007/s11920-996-0006-2>

(150) United Nations. (1994). Report on the International Conference in Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. United Nations.

(151) Liu, H., Waite, L. J., Shen, S., & Wang, D. H. (2016). Is sex good for your health? A national study on partnered sexuality and car-

diovascular risk among older men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(3), 276-296.

(152) Mollaioli, D., Sansone, A., Ciocca, G., Limoncin, E., Colonnello, E., Di Lorenzo, G., & Jannini, E. A. (2021). Benefits of sexual activity on psychological, relational, and sexual health during the COVID-19 breakout. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 35-49.

(153) Cuzin, B. (2015). Anatomy and physiology of female sexual organs. In Y. Reisman, H. Porst, L. Lowenstein, F. Tripodi, & P. S. Kirana (Eds.), *The ESSM manual of sexual medicine* (pp. 40-68). Medix.

(154) Foldes, P., & Buisson, O. (2009). The clitoral complex: A dynamic sonographic study. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(5), 1223-1231.

(155) Yassin, K., Idris, H. A., & Ali, A. A. (2018). Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman Maternity Hospital, Sudan. *Reproductive Health*, 15(1), 1-5.

(156) Tripodi, F., Grunwald, I., Slvaggi, C., & Simonelli, C. (2015). Sexual response cycle in men and women: Models and critical issues. In Y. Reisman, H. Porst, L. Lowenstein, F. Tripodi, & P. S. Kirana (Eds.), *The ESSM manual of sexual medicine*. PP :68-109, Medix.

(157) Corty, E. W., & Guardiani, J. M. (2008). Canadian and American sex therapists' perceptions of normal and abnormal ejaculatory latencies: How long should intercourse last? *The Journal of Sexual Medicine*, 5(5), 1251-1256.

(158) Herbenick, D., Eastman-Mueller, H., Fu, T. C., Dodge, B., Ponder, K., & Sanders, S. A. (2019). Women's sexual satisfaction, communication, and reasons for (no longer) faking orgasm: Findings from a

U.S. probability sample. *Archives of Sexual Behavior*, 48(8), 2461-2472. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01493-0>

(159) Frederick, D. A., John, H. K. S., Garcia, J. R., & Lloyd, E. A. (2018). Differences in orgasm frequency among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual men and women in a U.S. national sample. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 273-288. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0939-z>

(160) Shirazi, T., Renfro, K. J., Lloyd, E., & Wallen, K. (2018). Women's experience of orgasm during intercourse: Question semantics affect women's reports and men's estimates of orgasm occurrence. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 605-613.

(161) Mahar, E. A., Mintz, L. B., & Akers, B. M. (2020). Orgasm equality: Scientific findings and societal implications. *Current Sexual Health Reports*, 12, 24-32.

(162) Younis, I., Mostaf, H., Salem, R., & Hamed, O. (2018). Fake it: Women pretending orgasms. *Human Andrology*, 8(3), 76-81. <https://doi.org/10.21608/ha.2018.5339.1035>

(163) Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J., & Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: Prevalence and risk factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(12), 2877-2880. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822>

(164) Kirana, P. (2015). Sexual desire and arousal disorders in women. In Y. Reisman, H. Porst, L. Lowenstein, F. Tripodi, & P. S. Kirana (Eds.), *The ESSM manual of sexual medicine* (pp. 865-893). Medix.

(165) *Ibid.*, 19.

(166) *Ibid.*, 18.

(167) Dunn, K. M., Cherkas, L. F., & Spector, T. D. (2005). Genetic influences on variation in female orgasmic function: A twin study. *Biology Letters*, 1(3), 260-263.

(168) Petersen, C. D. (2015). Female orgasmic disorders (FOD). In Y. Reisman, H. Porst, L. Lowenstein, F. Tripodi, & P. S. Kirana (Eds.), *The ESSM manual of sexual medicine* (pp. 894-900). Medix.

(169) Weiner, L., & Avery-Clark, C. (2014). Sensate focus: Clarifying the Masters and Johnson's model. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(3), 307-319.

(170) Rullo, J. E., Lorenz, T., Ziegelmann, M. J., Mehofer, L., Herbenick, D., & Faubion, S. S. (2018). Genital vibration for sexual function and enhancement: A review of evidence. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(3), 263-274.

(171) Petersen, C. H. (2015). Sexual pain disorders. In Y. Reisman, H. Porst, L. Lowenstein, F. Tripodi, & P. S. Kirana (Eds.), *The ESSM manual of sexual medicine* (pp. 904-915). Medix.

(172) Gaber, M. A., & El-Sahy, S. S. (2021). Prevalence of vaginismus in Delta, Egypt. *Menoufia Medical Journal*, 34(2), 509.

(173) Elrassas, H., Saad, A., Fekry, M., Elkholy, H., Mansour, O., & Azzam, L. (2022). Psychiatric comorbidity in a sample of Egyptian women with vaginismus. *Middle East Current Psychiatry*, 29(1), 39.

(174) Anđın, A. D., Gün, İ., Sakin, Ö., Çıkman, M. S., Eserdađ, S., & Anđın, P. (2020). Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA Assisted Reproduction*, 24(2), 180.

(175) Metz, M. E., & McCarthy, B. (2007). The "good-enough sex" model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(3), 351-362. <https://doi.org/10.1080/14681990601013492>

(176) Rosenbaum, T. Y. (2007). Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: A literature review. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 4-13.

(177) Gert Holstege, How the Emotional Motor System Controls the Pelvic Organs, *Sexual Medicine Reviews*, Volume 4, Issue 4, October 2016, PP :303–328, <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.04.002>

(178) van der Velde, J., & Everaerd, W. (2001). The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness, and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 395-408. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00007-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00007-3)

(179) Juganavar, A., & Joshi, K. S. (2022). Chronic pelvic pain: A comprehensive review. *Cureus*, 14(10), e30691. <https://doi.org/10.7759/cureus.30691>. PMID: 36465795; PMCID: PMC9709590

(180) Panchanadeswaran, S., Johnson, S. C., Mayer, K. H., Srikrishnan, A. K., Sivaram, S., Zelaya, C. E., Go, V. F., Solomon, S., Bentley, M. E., & Celentano, D. D. (2006). Gender differences in STI prevalence and genital symptoms in an urban setting in Southern India. *Sexually Transmitted Infections*.

(181) Reisman, Y. (2015). Basics on sexually transmitted disease/HIV and their effect on sexuality. In Y. Reisman, H. Porst, L. Lowenstein, F. Tripodi, & P. S. Kirana (Eds.), *The ESSM manual of sexual medicine* (pp. [specific pages]). Medix.

(182) FAWCO. (2019). The impact of sexually transmitted infections (STIs) on women's health. Retrieved from <https://www.fawco.org/global-issues/health/health-articles/4051-the-impact-of-sexually-transmitted-infections-stis-on-women-s-health>

(183) IBID.,37.

(184) Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy: The latest work from a pioneer in the study of the development* (p. 33). WW Norton & Company.

(185) Johnson, S. M. (2018). *Attachment theory in practice* (p. 6). Guilford Press.

(186) Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 197.

(187) Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

(188) Barnett, R. C., Kibria, N., Baruch, G. K., & Pleck, J. H. (1991). Adult daughter-parent relationships and their associations with daughters' subjective well-being and psychological distress. *Journal of Marriage and Family*, 53(1), 29-42. <https://doi.org/10.2307/353131>

(189) Atia, F. (2015). *The making of gender in Egyptian families: A cross-class engagement* [Master's thesis, The American University in Cairo]. AUC Knowledge Fountain. <https://fount.aucegypt.edu/etds/216>

(190) Galea, L. A., Leuner, B., & Slattery, D. A. (2014). Hippocampal plasticity during the peripartum period: Influence of sex steroids, stress, and ageing. *Journal of Neuroendocrinology*, 26(10), 641-648.

(191) مرسال، إ. كيف تلتئم، 2017، دار الكتب خان، القاهرة، ص 26.

(192) Stern, D. N. (2004). The Motherhood Constellation: Therapeutic Approaches to Early Relational Problems. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 29-42). The Guilford Press..

(193) التونسي، ر. ديوان الأمومة: شهادات ونصوص، 2017، دار ميريت، القاهرة، ص. 44.

(194) Canetto, S. S. (2001). Older adult women: Issues, resources, and challenges. In R. K. Unger (Ed.), *Handbook of the psychology of women and gender* (pp. 183–197). John Wiley & Sons, Inc.

(195) Adams, G. (2005). The cultural grounding of personal relationships: Enemyship in North American and West African worlds. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(6), 948.

(196) Lu, P., Oh, J., Leahy, K. E., & Chopik, W. J. (2021). Friendship importance around the world: Links to cultural factors, health, and well-being. *Frontiers in Psychology*, 11, 3568.

(197) Pearce, E., Machin, A., & Dunbar, R. I. M. (2021). Sex differences in intimacy levels in best friendships and romantic partnerships. *Adaptive Human Behavior and Physiology*, 7, 1–16.

(198) Brown, L. M., Way, N., & Duff, J. L. (1999). The others in my I: Adolescent girls' friendships and peer relations. In N. G. Johnson, M. C. Roberts, & J. Worell (Eds.), *Beyond appearance: A new look at adolescent girls* (pp. 205–225). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10325-008>

(199) Knickmeyer, N., Sexton, K., & Nishimura, N. (2002). The impact of same-sex friendships on the well-being of women. *Women & Therapy*. https://doi.org/10.1300/J015V25N01_03

(200) Prager, K. J. (2000). Intimacy in personal relationships. In C. Hendrick & S. S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook* (pp. 229–242). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452220437.n17>

(201) Noriega, G., Ramos, L., Medina-Mora, M.E. and Villa, A.R., 2008. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), pp.199-210

(202) الخليفة، ع.ب.ح. (2019) الزواج في العالم العربي، ص 19، دار جامعة حمد بن خليفة للنشر، الطبعة العربية الأولى 2019، الدوحة، قطر.

(203) هندي، ر.، حالة الزواج في مصر، ص 368، في الزواج في العالم العربي، الباحث الرئيسي الخليفة عبدالله بن حسين ومجموعة من الباحثين، دار جامعة حمد بن خليفة للنشر، الطبعة العربية الأولى 2019، الدوحة، قطر

(204) Jackson, J. B., Miller, R. B., Oka, M., & Henry, R. G. (2014). Gender differences in marital satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 76(1), 105-129.

(205) Cheung, A. K. L., & Kim, E. H. W. (2018). Domestic labor, attitudes, and women's marital satisfaction: A longitudinal study in Korea. *Journal of Family Issues*, 39(16), 3931-3955.

(206) Mohamed, G., El Abo, M., Shahbo, M., Bharathi, B., & Abuelmaaty, G. (2021). An analytical study to assess the factors affecting abuses among married women at selected areas of Egypt. *OSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 3(5), 45-53. <http://www.iosr-journals.org>

(207) Kaplan, R. L., Khawaja, M., & Linos, N. (2011). Husband's control and sexual coercion within marriage: Findings from a population-based survey in Egypt. *Violence Against Women*, 17(11), 1465-1479. <https://doi.org/10.1177/1077801211434724>

(208) Williams, K., & Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 81-98.

(209)) Liu, H., & Waite, L. J. (2014). Bad marriage, broken heart? Age and gender differences in the link between marital quality and cardiovascular risks among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(4), 403-423.

(210) Osman, D. M., Ahmed, G. K., Farghal, M. M., & Ibrahim, A. K. (2022). Prevalence and predictors of depressive symptoms among married Egyptian women: A multicenter primary healthcare study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 602. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04239-w>

(211) Tausig, M., & Fenwick, R. (2001). Unbinding time: Alternate work schedules and work-life balance. *Journal of Family and Economic Issues*, 22, 101-119.

(212) Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79(3), 409-416.

(213) Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 737-745.

(214) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء. (2022). النشرة السنوية لإحصاء الزواج والطلاق، القاهرة مصر.

(215) Mendoza, J. E., Tolba, M., & Saleh, Y. (2019). Strengthening marriages in Egypt: Impact of divorce on women. *Behavioral Sciences (Basel)*, 10(1), 14. <https://doi.org/10.3390/bs10010014>

(216) Thomasgard, M., Shonkoff, J. P., Metz, W. P., & Edelbrock, C. (1995). Parent-child relationship disorders. Part II. The vulnerable child syndrome and its relation to parental overprotection. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 16(4), 251-256.

(217) Elkot, N. (2012). Clinical Presentation and Risk factors of adolescent substance abuse disorders (Doctoral dissertation). Ain Shams University, Cairo.

(218) سلوى البيطار؛ جمال أبوشنب ومحمود جابر "آليات التواصل الاجتماعي والتفكك الأسري، دراسة ميدانية في قرية مصرية.

Journal of Environmental Studies and Researches (JESR) ... Volume 7, (1), January 2017, Pages 137-148-36

(219) Bloor, L. E., Uehino, B. N., Hicks, A., & Smith, T. W. (2004). Social relationships and physiological function.

نبذة عن الكاتب

د. نبيل القط، طبيب نفسي وكاتب ، تخرج في كلية الطب جامعة المنصورة عام 1988، حصل على ماجستير في الأمراض النفسية والعصبية من جامعة القاهرة عام 1994 ودكتوراه في الدراسات الطبية للأطفال من جامعة عين شمس عام 2012، وزمالة الجمعية الأوربية للطب الجنسي عام 2023.

عمل في مجال الطب النفسي على مدار خمسة و ثلاثين عامًا، كما عمل مستشارًا نفسيًا في البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة (2011/2005)، ومستشارًا نفسيًا بالمفوضية السامية لشؤون اللاجئين بالأمم المتحدة بسوريا (2011/2012)، وأيضًا مستشارًا نفسيًا ومدربًا ومطور برامج بالعديد من المنظمات الدولية، مثل اليونيسيف وهيئة الأسرة الدولية ومنظمة كوسف الإيطالية.

هذا إضافة إلى كونه باحثًا زائرًا في جامعة برلين الحرة عام 2017، وزميل الجمعية الأوروبية للطب الجنسي، وعضو مجلس إدارة الجمعية المصرية للعلاجات الجماعية وجمعية الطب النفسي التطوري، وعضوًا بالجمعية الأمريكية للعلاج النفسي الجماعي والجمعية العالمية للعلاج النفسي الجماعي والجمعية العالمية للطب الجنسي. وقد

صدر له كتاب "حكايات التعب والشفاء، دليل الصحة النفسية" عام 2020 وراجع وكتب مقدمة كتاب "عانقني بقوة، الحوارات السبعة لحياة من الحب" وشارك في الكتاب الأمريكي "اللاوعي الاجتماعي في الأشخاص والمجموعات والمجتمعات" (the Social Unconscious in Persons, Groups and Societies) المجلد الرابع عام 2023

وذلك بالإضافة إلى العديد من المقالات والأبحاث المنشورة في المجلات والصحف، كما شارك بالإشراف العلمي والتمثيل في العديد من الأعمال الدرامية، منها "إبراهيم الأبيض"، "تحت السيطرة"، "سقوط حر"، "فوق مستوى الشبهات"، "عائلة الحاج نعمان" و"ستون دقيقة".

مكتبة
t.me/soramnqraa

العالم النفسي للنساء

نمو .. تعافٍ .. علاقات

يحكي هذا الكتاب في ستة فصول حكايات النساء في صراعاتهن النفسية والاجتماعية، حكاياتهن مع أنفسهن ومع أجسادهن، مع أسرهن الكبيرة والصغيرة، ومع مجتمعهن المعادي، سوف يستعرض معاناتهن ومُتعهن، نجاحاتهن وخيباتهن، سواء كنّ طفلات أو مراهقات أو نساء راشحات أو مسنات، وسواء كنّ بنات لا يزلن يعشن في ظل عائلة، أو نساء مستقلات أو أمهات يعشن مع أزواج أو أمهات عازبات، أو كنّ جدات مع أزواج أو جدات وحيدات، أو كنّ عاملات بأجر أو ربات بيوت بلا أجر، سوف نقابلهن ونستمع لهن في معاناتهن وتعافيهن. الهدف النهائي لهذا الكتاب هو تمكين البنات والنساء من رفع الضرر النفسي عنهن، وتمكينهن من إدارة حياتهن بكفاءة واستقلال وحرية، واستعادة القدرة على التعلم والعمل، وأن يكن فاعلات في بيئاتهن الصغيرة والكبيرة، وقادرات على اتخاذ القرارات الكبرى في حياتهن وتوجيههن نحو الرفاه النفسي.

مكتبة

t.me/soramnqraa

ISBN 978-977-894-109-8



9 789778 941098



الغلاف:

عبد الرحمن الصواف

المحررة