

النوم الأرق والألم

تأليف الدكتور : قتيبة سالم الجلبي

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة:

بعد فترة وجيزة من إبتداء عملي في مستشفى الملك فيصل التخصصي، طُلب مني أن أعطي الأطباء المقيمين في المستشفى محاضرات في الطب النفسي وذلك كجزء من سلسلة محاضرات في مختلف فروع وإختصاصات الطب والجراحة كان الغرض منها أن يتهيئ هؤلاء الأطباء الناشئين دخول الإمتحان الذي سوف يؤهلهم لإكمال دراستهم العليا في الولايات المتحدة أو كندا. عند ذلك وبينما أنا منهمك في تحضير تلك المحاضرات ومناقشتها استرعى انتباهي أن قليل من طلابنا من يحيط إحاطة تامة بعلم النوم، ومن هنا خطر لي أن كثير من الأطباء لا يعرفون أسرار عالم النوم الغريبة، فكيف إذن الحال عند الناس عامة. . . إننا نقضي ثلث عمرنا ناشئين ومع هذا فلا نعرف إلا القليل عن هذا الثلث ويجري فيه. . . لأول وهلة نرى أنه راحة للجسم المتعب ولكن حركة الجسم أثناء النوم ونشاط كثيراً من أجهزة الجسم لا تجعل من ذلك راحة. ثم قيل أنه راحة للعقل والجهاز العصبي، ولكن المخ يظل نشطاً أثناء النوم وفعالياته ربما تغيرت ولكن في النوعية فقط وليس في الكمية. ثم هناك الأحلام وأسرارها وتقلصات العضلات وإسترخائها وحركات العين السريعة وتغيرات الهرمونات في الدم وهناك أكثر من ذلك. . . لايمكن في أي حال عن الأحوال ان أقول أن هذا الكتاب سوف يشرح كل هذا ويجب على كل التساؤلات، فالنوم لازال محتفظاً بأكثر أسرارهِ والعلم والطب لازال يكشف جديداً كل يوم وتحفي عنه أشياء. ولكن هذا الكتاب يمثل محاولة لشرح بعض ما عرف من النوم وحالاته ووظائفه، وهو حسب ما وصلني من علم أول كتاب باللغة العربية من مؤلف عربي في هذا الموضوع. والمكتبة العربية تحوي بعض الكتب

المتريجة لكتاب أجانب في هذا المجال وهي بالتالي مكتوبة بلغة قد تصعب على الكثير ولقد حاولت جهدي أن أجعل لغة هذا الكتاب مبسطة وسهلة يفهمها الكل وفي نفس الوقت تكون ذات فائدة لذوي الإختصاص أيضاً. أرجوا من الله أن يكون قد وفقني إلى شيء نافع وقد يسد حاجة في مكتبتنا العربية .

المؤلف

النوم

تعريفه :

النوم هو حالة طبيعية متكررة يكون فيها الكائن الحي في حالة من الهدوء، وتكون فيها الحواس في حالة عزلة نسبية عن المحيط الخارجي .

النوم أساساً حالة من حالات سلوك الفرد . ولكن هناك بعض التغيرات الفسيولوجية الجسمية تصاحب النوم وتجعل في الإمكان التعرف على حالة النوم وتمييزها من خلال التغيرات . فمثلاً التغيرات التي تطرأ على موجات المخ الكهربائية أثناء النوم وبعض التغيرات الفسيولوجية الأخرى تستخدم الآن لتمييز مختلف حالات النوم في حين أن مراقبة الشخص النائم فقط لا تعطي هذه المعلومات الدقيقة فيأمكان هذا الشخص أن يتصنع أو يتظاهر بالنوم مثلاً أو ربما يكون مصاباً بمرض أو في حالة غيبوبة وبدون دراسة هذه الموجات الكهربائية المخية لا يمكن تشخيص حالة النوم بصورة تقطع الشك .

الشكوى من اضطراب النوم من أكثر ما تصادف الطبيب من شكاوى المرض وعليه أن يعرف التمييز بين اضطرابات النوم الناتجة عن أعراض عضوية أو نفسية أخرى . أو عندما تكون هي مرض بحد ذاته . . منذ مدة طويلة حاول العلماء التعرف على النوم وقياس عمقه ونوعيته والمدة التي تستغرق فيه وبعد عدة تجارب فاشلة توصلوا إلى طريقة تخطيط المخ الكهربائي أثناء النوم المصاحب بتخطيط القلب، وقياس التنفس، ودرجة الحرارة، وقياس شدة توتر العضلات، وحركة العين . . هذه المقاييس مجتمعة اتفق على تسميتها بتخطيطات النوم

المتعددة (Polysomnography). وخلال جمع هذه المقاييس وتحليلها أثناء النوم توصلوا إلى معرفة النوم بجميع مراحلها وتطوراتها.

مراحل النوم: (Sleep Stages)

عندما يبدأ الفرد بالنوم يدخل في مراحل متعددة تعرف بالمرحلة الأولى - الثانية - الثالثة - الرابعة.

في حالة اليقظة يتميز تخطيط المخ الكهربائي بموجات منتظمة ذات ذبذبة تتراوح من ٨ - ١٢ دورة في الثانية تسمى موجات - الفا - (أ) (Alfa Waves) وعندما يشعر الشخص بالنعاس تبدأ هذه التموجات المنتظمة بالزوال تدريجياً وتبدأ مرحلة النوم الأولى.

المرحلة الأولى: (Stage I)

المرحلة الأولى من النوم هي مرحلة النوم الخفيف أو حالة النعاس الشديد، وبها تختفي موجات الفا. كما أسلفنا ويتميز تخطيط المخ بموجات ضعيفة (قليلة الفولتية) وغير منتظمة وذات ذبذبة أقل تردداً. تستمر هذه المرحلة وقتاً قليلاً يتراوح ما بين عدة ثواني إلى عدة دقائق. . وبعدها تبدأ المرحلة الثانية.

المرحلة الثانية: (Stage II)

وتتميز هذه المرحلة بموجات كهربائية مخية تشبه المرحلة الأولى بالإضافة إلى ظهور أشكال موجية على شكل مغزل تسمى «بمغازل النوم» (Sleep Spindles) . . وموجات أخرى عالية الفولتية وحادة تسمى بموجات (ك) (K. Waves). بعد ذلك بوقت قصير (دقائق قليلة) تبدأ مرحلة النوم الثالثة.

المرحلة الثالثة : (Stage III)

ويكون النائم هنا في مرحلة نوم عميق تبدأ فيه موجات المخ بالتباطؤ الشديد ولكنها ذات فولتية عالية قوية، أي أن الموجة تكون كبيرة الحجم ولكنها بطيئة بحوالى موجة واحدة إلى ٤ موجات في الثانية، وعندما تبدأ هذه الموجات البطيئة بالتكاثر بحيث تشغل أكثر من نصف موجات المخ الاعتيادية تبدأ عندئذ المرحلة الرابعة من النوم.

المرحلة الرابعة : (Stage IV)

تعتبر هذه المرحلة امتداداً للمرحلة الثالثة وكما بينا انها تتميز بوجود هذه التموجات البطيئة بكثرة بحيث تشكل أكثر من نصف الموجات في المخ . ويكون عندها النائم في مرحلة نوم أعمق من سابقتها.

يستغرق النائم في مراحل النوم الأربع السابقة حوالي ٩٠ دقيقة ويكون عادة الجسم فيها مسترخياً بلا حراك، ويكون فيها التنفس بطيئاً ومنتظماً، ودقات القلب والضغط واطئة ومنتظمة أي يكون فيها الجسم في حالة سكون وأعضاء الجسم بصورة عامة تشتغل على أبطأ مستوى. ولهذا يسمى النوم خلال المراحل الأربع النوم الهاديء أو النوم المنتظم (Quiet Sleep).

عند انتهاء المرحلة الرابعة للنوم يبدأ النائم بمرحلة جديدة مختلفة جداً عن سير المرحلة الرابعة السابقة حيث يبدأ الجسم فيها بعمل تغيرات مفاجأة في وظائفه، فتبدأ دقات القلب بالازدياد بطريقة غير منتظمة، وكذلك عملية التنفس تزداد وبطريقة غير منتظمة أيضاً، ويرتفع قليلاً خلالها ضغط الدم، ويبدأ الجسم بالحركة، والنائم يتقلب من ناحية إلى أخرى على الرغم من ارتخاء العضلات. وتتميز عين النائم هنا بحركات عشوائية سريعة ومستمرة بدون انقطاع إلى حين انتهاء هذه

المرحلة من النوم . ولا أحد يعرف سبب هذه التغيرات النشيطة في الجسم عندما يكون النوم في أعمق مراحلها ، وأكثر ما يميز هذه المرحلة من النوم ظهور الأحلام ، ولا يوجد شخص يمر بهذه المرحلة بدون أن يحلم . ولكن كثيراً ما ينسى هذه الأحلام بمجرد يقظته . وهذه المرحلة من النوم قد سميت بعدة أسماء ، منها بمرحلة النوم النشط (Active Sleep) ، أو النوم غير المنتظم ، أو النوم الحالم أو نوم حركات العين السريعة (Rapid Eye Movement Sleep) . ويغلب استعمال الاسم الأخير في أكثر المراجع ولكننا هنا سوف نسميها بالنوم النشط حتى نميزها عن النوم الهادئ الذي سبق ذكره . ويستمر هذا النوع من النوم حوالي ٢٠ دقيقة يبدأ بعدها النوم يخف تدريجياً وربما وصل إلى مرحلة الاستيقاظ ولكن النائم لا يذكر ذلك حتى لو وصل فعلاً إلى مرحلة الاستيقاظ لأنه سوف يرجع إلى النوم مباشرة ويبدأ بالمرحلة الأولى فالثانية والثالثة والرابعة أي مرحلة النوم الهادئ ولمدة ساعة ونصف (٩٠ دقيقة) ثم يدخل مرحلة النوم النشط وتبدأ الأحلام ثم يعيد الدورة مرة أخرى وهكذا إلى الصباح . وتكون عادة كمية النوم النشط أو الحالم مجموع ٢٠ - ٢٥٪ من مجموع النوم كله ويزداد تركيزه عند اقتراب الصباح إلى آخر النوم .

النوم في الحيوان :

لو نظرنا إلى النوم كظاهرة سلوكية للفرد فقط لوجدنا أن أكثر الحيوانات الفقرية تدخل بنوع من السبات أو الهدوء النسبي الذي يشبه النوم . فالسمكة مثلاً تدخل في فترات هدوء كأنها تنام ولكن التجارب عليها أثبتت أنها لا تدخل في مراحل النوم الشبيهة بالإنسان ولا يوجد لديها تغيرات في المخ . وأكثر الحيوانات تدخل في مراحل النوم بنفس النوعية التي شرحناها ، أي مرحلة النوم الهادئ والنوم النشط الحالم . ولكنها تختلف في الكمية فقط . فالحيوانات المفترسة يكون نومها النشط

طويلاً نسبياً، بعكس الحيوانات التي هي عرضة للافتراس والتي يكون فيها النوم النشط قصيراً والنوم الهاديء طويلاً، فالطيور مثلاً قليلة النوم النشط. والحيوانات آكلة اللحوم يكون نومها الهاديء قصير عكس آكلة النباتات. أما الحيوانات التي تقتات على اللحوم والنباتات فإن طريقة نومها متوسطة بين الاثنتين.

مراكز النوم في الدماغ الإنساني:

لم يتوصل العلم بعد إلى معرفة كل ما يتعلق بطبيعة النوم والتغيرات التي تصاحبه في الجهاز العصبي ولكن مما توصلنا إليه أن هنالك بعض المراكز في المخ تسيطر على بدء واستمرار عملية النوم بمراحلها. فهناك جهاز متكون من مجموعة خلايا عصبية تقع في جذع المخ وترسل بمحاورها (محاوير الخلايا العصبية هي ألياف طويلة تصدر من جسم الخلية العصبية وترسل خلالها المحفزات أي الأوامر العصبية من جسم الخلية إلى مختلف باقي الخلايا العصبية الأخرى المنتشرة في المخ وباقي أجزاء الجهاز العصبي) إلى أعلى باقي المخ، وتسمى تلك بالجهاز «الشبكي المنشط» (Reticular Activating System) والتي بنشاطها يكون الجهاز العصبي في حالة يقظة دائمة وعندما يقل نشاطها كأن تكون تحت سيطرة جهاز آخر في المخ يحبط من فعاليتها، عندئذ تذهب حالة اليقظة هذه وتبدأ حالة النوم. من الأجهزة التي تؤثر على هذا الجهاز مثلاً «نوات رافي» (Raphi Neucii) والتي تحتوي على مادة السروتونين (Serotonin) والظاهر أن وظيفة نويات رافي هي تنظيم النوم الهاديء واستمراره. أما في حالة النوم النشط (الحالم) فإن هناك منطقة في جذع المخ أيضاً تسمى بـ «لوكس سريليسوس» (Locus Coeruleus) والتي تحتوي على مادة النورادرناين (Noreadrenalin) التي تقوم بنشاطات منتظمة بالاشتراك مع جهاز آخر اسمه حقل الخلايا الضخمة الأمامي (Frontal Giganti)

(Cellularis) وبحركة توافقية منتظمة يبدأ هذان الجهازان بتنظيم مرحلة النوم النشط ويكون النوم فيها أعمق ما يكون وينشط خلاله القلب كما تنشط عملية التنفس وحركة العضلات والأعضاء الجنسية وحركة العين.

وظائف النوم . . لماذا ننام؟ :

لماذا ننام؟ . . سؤال قد شغل بال العلماء والأطباء سنين طويلة وأغرقوه بحثاً وتفصيلاً، ولكن هناك كثير من الغموض يحيط بهذا الموضوع إلى الآن على الرغم من التقدم الكبير الذي حصل في مجال علم النوم. ضمن محاولات معرفة وظائف النوم بدأت تجارب عديدة على كثير من الأشخاص الذين تطوعوا لهذا الغرض وبعد أن وضعوا أنفسهم في حالة يقظة طويلة وحرمان من النوم إلى حد الإعياء الكامل وعدم القدرة على المواصلة وأطول فترة استطاع شخص أن يستمر خلالها بدون نوم كانت حوالي ١١ يوماً. وقد وجد أن الحرمان من النوم فترة قصيرة يسبب الإعياء والتعب وعدم القدرة على التركيز واعتلالاً في المزاج، مصحوباً بتغيرات غير منتظمة للنبض ودقات القلب والتنفس ويكون التخطيط الكهربائي للمخ يكون غير طبيعي ويفقد الموجات المنتظمة - الفا. (ال ٨ دورات في الثانية).

الشخص المحروم من النوم لفترة وجيزة تقل عن أسبوع غالباً ما يكون بإمكانه مواصلة العمل بصورة صحيحة، هذا إذا كان العمل غير ممل وكانت هناك رغبة في هذا العمل. ولكن إذا طالت فترة الحرمان من النوم أكثر من أسبوع يبدأ فيها الشخص بالهذيان والهلوسة (والهلوسة: هي نوع من الاضطرابات الحسية عندما يرى الشخص أو يسمع أشياء وهمية ليس لها وجود). وتظهر عليه أعراض شبيهة بالجنون أو الشيزوفرنيا إذا استمر الامتناع عن النوم بصورة قهرية.

وخلال الفترات الطويلة من الحرمان من النوم، يبدأ النوم بالهجوم على الشخص حتى ولو كان جالساً أو واقفاً، وعلى شكل فترات نوم قصيرة قد تستمر أحياناً ثواني فقط، ويكون خلالها نوع النوم من النوع النشيط أي الحالم وربما كان هذا سبب الهلوسة. أي أن فترات هجوم النوم النشيط المصاحب بالأحلام المركزة يبدو بصورة لا تميزه عن الهلوسة البصرية.

هناك تجارب أجريت أيضاً لمعرفة أهمية الأحلام، وذلك بإيقاظ الشخص النائم حالما يبدأ في الحلم ويمكن معرفة هذا خلال تخطيط المخ الكهربائي، أي أن الشخص يكون مربوطاً على جهاز التخطيط طيلة فترة النوم، وبمجرد ظهور فترة النوم الحالم على شريط التخطيط يوقظ هذا الشخص ثم يدعوه يكمل نومه. وجد أن الحرمان من النوم النشيط الحالم قد يسبب نفس المضاعفات التي يسببها الحرمان من النوم الكامل حتى إذا استطاع النائم أن ينام نفس عدد الساعات الاعتيادية أي أن عدد ساعات النوم الهاديء غير النشيط قد تساوي ٧ ساعات أو أكثر وإذا كان الشخص قد حرم خلالها من النوم النشيط فإنه سوف يمر بأدوار تتميز بالذهول وعدم التركيز والهلوسة والخيالات التي تشبه حالات الجنون. ولكن حالما يرجع هذا الشخص المحروم من النوم النشيط إلى نومه اعتيادياً فإن نومه في البداية يكون مشبعاً بنوع النوم النشيط وبالتالي مثقلاً بالأحلام الشديدة والكوابيس. . حتى يعوض كل ما حرم منه من قبل من النوم النشيط الحالم. . أما في حالات الحرمان من النوم الهاديء وخصوصاً مرحلة النوم الثالثة والرابعة فإنها ستؤدي إلى أمراض جسمية وقليل منها نفسية مثل بعض الأوجاع والآلام في المفاصل والعضلات مع تباطؤ في حركات الجسم بصورة عامة.

وظيفة النوم:

بصورة عامة هناك بعض الدلائل تشير إلى أن النوم الهاديء يؤدي إلى وظيفة بنائية ويريح الجسم من التعب والكسل الجسمي . أما النوم النشيط الحالم فإن وظيفته مركزة أكثر نحو بنيان وتصليح القدرة العقلية الذهنية في المخ ، هذه الحالة بصورة عامة . أما حقيقة وتفاصيل الموضوع فليست معروفة إلى الآن .

النوم الهاديء غير الحالم يؤدي إلى عملية بناء وتركيب المواد الغذائية في المخ بالإضافة إلى ما ذكرناه في إرسال الراحة الجسمية ومنع الآلام العضلية وبعث الشعور بالراحة الجسدية . أن عملية البناء وتركيب المواد الغذائية التي تجري في حالة النوم الهاديء تستخدم هذا الغذاء المركب في خلال النوم النشيط الحالم ، وذلك لتغذية عمليات بايولوجية معقدة تقوي الجسم والمخ نفسياً وعقلياً وذهنياً وبذلك يستعيد قدرته ونشاطه ، وتقوي الذاكرة وبذلك يزيد من قوة العقل الذهنية والعصبية ، وهكذا يكون الذهن مستعداً ليوم آخر مليء بالمتاعب والهموم والأشغال .

كمية الحاجة للنوم:

هناك خطأ شائع كبير هو أن الجسم بحاجة إلى نوم ما لا يقل عن ثمان ساعات يومياً . الحقيقة أن الحاجة للنوم تتراوح كميتها باختلاف الأشخاص من شخص إلى آخر . فهناك من لا يحتاج إلا إلى ٦ ساعات يومياً من النوم وبذلك يؤدي مهامه العملية والاجتماعية على أحسن وجه ويحفظ بشخصيته ونفسيته طبيعية . وهناك من الناس من يحتاجون إلى ٩ ساعات من النوم وأكثر ، وهؤلاء أيضاً يعتبرون أشخاصاً طبيعيين لا يختلفون عن باقي البشر في شيء .

من المعلوم طبعاً أن الطفل الرضيع يحتاج إلى النوم أكثر من

الأشخاص البالغين فقد يحتاج الرضيع إلى ١٦ - ١٨ ساعة من النوم يومياً وتقل حاجة الطفل من النوم تدريجياً حتى يبلغ عمره ٥ - ٦ سنوات فيحتاج إلى حوالي ٨ - ٩ ساعات من النوم يومياً. وعند المراهق تكون الحاجة إلى النوم كما هي عند البالغين وعندما يصل الشخص إلى عمر ما بعد الخمسين أو الستين تبدأ الحاجة إلى النوم بانخفاض ومن هذا نجد أن بعض الشيوخ يشكون من قلة النوم ولكن هذه الظاهرة طبيعية ولا تدعو إلى القلق.

يكون الطفل الرضيع عادة متميز بكثرة النوم النشط الحالم فيكون أغلب النوم وأكثر من ٥٠٪ من نومه من النوم النشط الحالم، ويبدأ هذا النوع من النوم يقل تدريجياً حتى البلوغ وعندئذ تكون نسبة النوم النشط حوالي ٢٠٪ كما أسلفنا سابقاً. وتبدأ هذه النسبة في الانخفاض تدريجياً وعند الشيخوخة تكون نسبة النوم النشط الحالم من ١٠ - ١٥٪ من النوم الكلي أو أقل.

الصفات الشخصية وعلاقتها بالحاجة إلى النوم:

كما أسلفنا هناك بعض الأشخاص الذين يحتاجون إلى ساعات قليلة من النوم وهناك من يحتاج إلى ساعات أطول ولكن هناك بعض الملاحظات التي تجلب الانتباه حول الفروق بين هاتين الفئتين فقد بينت الدراسات أن الأشخاص الذين يحتاجون إلى أقل من ٦ ساعات من النوم لهم شخصية ونفسية تختلف عن الذين يحتاجون إلى ٩ ساعات من النوم فأكثر. فأصحاب النوم القليل يكون عادة من النوم الهاديء وذا طاقة كبيرة، ومحبوباً وناجحاً اجتماعياً، له ثقة في النفس ونادراً ما يشكو من أية اضطرابات نفسية. أما الأشخاص ذو النوم الطويل فيكونون عادة ميالين إلى القلق والحجل والاكئاب، وثقتهم بأنفسهم قليلة،

ويحملون هم وأعباء كل حدث يمر في حياتهم، ويحسبون له ألف حساب، وهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية. أما من الناحية الجسدية فإنه لا يوجد أي فرق بين الفئتين من الناحية العضوية حتى بعد إجراء أعقد الاختبارات الطبية عليهم. وعند إجراء عمليات التخطيط للنوم المتعدد بين الفئتين، وجد أن أصحاب النوم القصير، وأصحاب النوم الطويل، يتمتعون بنفس القدر وبنفس الكمية من النوم الهاديء رغم طول وقصر النوم ككل. معنى هذا أن الاختلاف يكون فقط في النوم من حيث نوع النوم النشط الحالم أي أن أصحاب النوم الطويل والذين يحتاجون إلى ساعات طويلة من النوم يحملون بقدر أكثر من أصحاب النوم القصير أما ما عدا ذلك فهم سواء. وقد يعني ذلك أن كل شخص بغض النظر عن صفاته الطبيعية الأخرى بحاجة إلى مقدار معين من النوم الهاديء لا يتغير عن أي شخص آخر والاختلاف فقط في كمية النوم الحالم.

كثير من الناس من يدعون أنه في بعض الأحيان يمر عليهم أيام وأوقات يحتاجون فيها إلى نوم طويل، وأحياناً يحتاجون إلى نوم قصير وقد أثبتت الدراسات والأبحاث أن الناس فعلاً يختلفون في حاجتهم إلى النوم من وقت إلى آخر، حسب تغيرات خاصة في حياتهم الخاصة والنفسية. فالجسم يحتاج من النوم أكثر، عندما يؤدي أعمالاً وأشغالات شاقة وخصوصاً إذا كان الشخص قد انغمس في أعمال ذهنية شديدة، أو في حالات الاندماج العاطفي. كذلك تزداد الحاجة إلى النوم، عندما يكون الإنسان في مزاج مكتئب أو عندما يمر بفترة عصيبة في حياته، وتقل الحاجة إلى النوم، عندما يكون الإنسان، في فترة سهلة في حياته، عندما يكون سعيداً نفسياً. ولا يوجد أي شيء يشغل باله، ويكون منغمساً في الأعمال التي يجيها.

وبصورة عامة فإن حاجة الجسم إلى النوم تتراوح ما بين ٧ - ٨ ساعات يومياً في الأحوال الاعتيادية عند غالبية الناس وكما أسلفنا فإن هناك من لا يحتاج إلى أكثر من ٦ ساعات من النوم يومياً ويكون بحالة طبيعية ١٠٠٪ ولكن لا يمكن أن يعيش الإنسان حياته الطبيعية بساعات أقل من ٤ - ٥ ساعات يومياً.

النوم والأمراض النفسية:

لا يتغير تركيب النوم في جزئيه العادي والنشيط إلا قليلاً في معظم الأمراض النفسية. ففي مرض الفصام (الشيذوفرنيا) يكون تركيب النوم بصورة عامة اعتيادي إلا في حالات نوبات الفصام الحاد، عند ذلك يحدث بعض التغيرات، القلة من النوم النشيط الحالم، وكذلك في حالات الشيذوفرنيا المزمنة، قد يكون هناك انخفاض شديد في النوم الهاديء وخصوصاً المرحلة الثالثة والرابعة.

في أمراض الهوس الشديد (Mania) يكون النوم قصيراً، بسبب قلة شديدة في مرحلة النوم النشيط الحالم، مع العلم أن النوم الهاديء، وخصوصاً في المرحلة الرابعة، يبقى كما هو طبيعياً، رغم الإقلال في النوم ككل.

أما في أمراض الاكتئاب، فهناك ملاحظة عامة، بأن يحدث قلة دائمة في المرحلة الرابعة بالذات في النوم الهاديء، ذلك قد يكون هناك زيادة في مرحلة النوم النشيط الحالم، ولكن الملحوظة التي هي أكثر، هو الوقت الذي يستغرقه النائم، في ابتداء النوم إلى ظهور أول علامات من مراحل النوم النشيط الحالم، تكون هذه الفترة قصيرة نسبياً. وبصورة عامة هناك أيضاً، الزيادة في الحاجة للنوم الحالم في حالات الاكتئاب وليس معروفاً هل هي حاجة متزايدة إلى النوم الحالم؟ أم هي عرض من أعراض الاكتئاب؟ أم هي سبب من أسباب الاكتئاب؟

هناك كثير من الدراسات، تشير إلى أن الأدوية التي تقلل من النوم الحالم أو الأحلام، تؤدي إلى تحسن المريض، والتقليل من إحساسه بالاكتئاب. وكثيراً ما يكون مرض الاكتئاب مصحوباً بأرق شديد وقد يكون هذا الأرق من نوع الأرق المبكر، أي عدم القدرة على البدء أو الدخول في النوم في الليل إلا بصعوبة. أو من نوع الأرق المتأخر، أي بمعنى عدم استطاعة المريض تكملة النوم بعد البدء به. أي بالاستيقاظ المبكر. وعادة حالات الاكتئاب المصحوبة بأرق متأخر أي عندما لا يستطيع المريض أن يكمل نومه، تكون أشد حدة من الحالات الأخرى وغالباً ما تكون بسبب عضوي داخلي وليس لأسباب اجتماعية نتيجة اختلالات نفسية وظروف شخصية.

الحبوب المنومة:

خلال العشرين سنة الماضية، ازداد استعمال المهدئات والحبوب المنومة، بمقادير هائلة، ففي الولايات المتحدة الأمريكية، وصل استهلاك الحبوب المنومة إلى ٣ مليار جرعة أسبوعياً. وقد دقت أجراس الخطر في هذا الموضوع، وبدأت عمليات توعية كبيرة، حول المشاكل التي تنجم من استعمال هذه الحبوب. فهذه الحبوب كثيراً ما تكون ذات ضرر مباشر إلى جسم الإنسان إذا أعطيت بكميات كبيرة، وقد تؤدي إلى الموت أحياناً. وكذلك كثيراً ما تكون عرضة إلى سوء الاستعمال من قبل كثير من الناس، فهناك من يبدأ باستعمالها لأغراض ترفيهية ولقضاء وقت وممتعة زائلة. ناهيك عن أن هذه الحبوب قد تؤدي إلى نوع من التعود أو الإدمان، حسب نوع هذه الحبوب، والانقطاع المفاجيء عن أخذ هذه الحبوب، قد يؤدي إلى انفعالات نفسية شديدة، وحسب نوع الحبوب، فمثلاً حبوب (الفينوباربيتال) قد يؤدي انقطاعها المفاجيء إلى تقلصات وتشنجات عصبية شديدة مع حالات صرع، وفي بعض الأحيان تؤدي إلى المرض أو الموت.

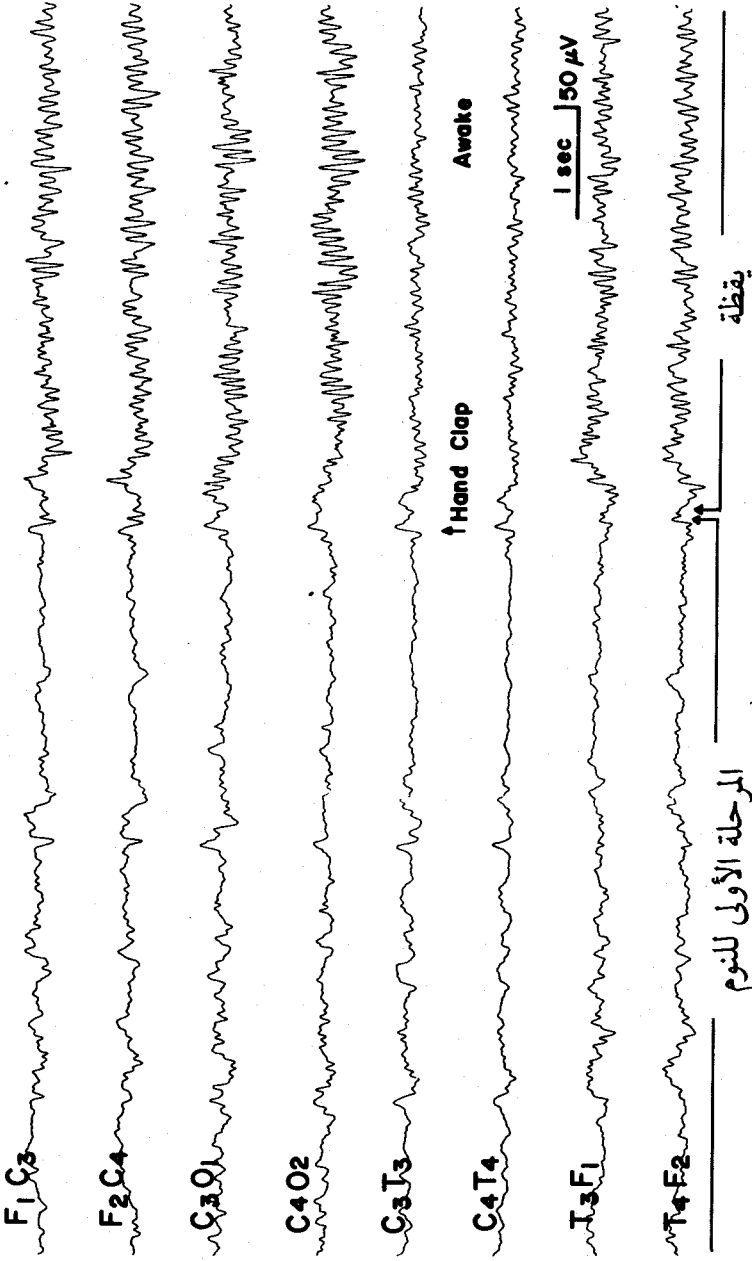
بقي أن نعرف أن هذه الحبوب حتى عندما تعطى لغرض طبي حقيقي واضح ، فإن فعاليتها لا تستمر لأكثر من شهر على الأكثر، أي أنه بعد هذا الشهر لا يوجد داعي للمريض بأن يستمر في تناول هذه الحبوب لأنها تفقد فعاليتها، أما ما يقال عن أن بعض المرضى يستمرون في تناول كمية صغيرة من هذه الحبوب، ولمدة طويلة، فيرجع ذلك إلى تعود المريض على تناول هذه الحبوب، وتفادياً للمفعول الغير مستصاغ الذي يصاحب توقف هذه الحبوب. وبذلك يستمر الشخص في تناولها ولو بكميات ضئيلة على مدى بعيد. وكثير من هذه الحبوب يكون مفعولها طويلاً جداً وأكثر من ١٢ ساعة، بمعنى أن مفعولها لا يزال بالجسم حتى أثناء النهار، وبعد الاستيقاظ من النوم، مما يسبب التراخي ونوعاً من النعاس، وعدم المقدرة على التركيز والعمل بنفس صفاء الذهن فيما لو كان الشخص خالياً من أي مواد كيميائية.

ان معظم هذه الحبوب قد تؤدي إلى النوم فعلاً، ولكنها لا تعطي النوم الطبيعي المعروف، لأنها كثيراً ما تقلل من كمية النوم النشط الحالم، وبعض الحبوب مثل الفاليوم لو أخذ بكميات كبيرة، لا تكتفي بتقليل كمية النوم الحالم النشط فحسب، بل تقلل كمية النوم الهاديء أيضاً وخصوصاً المرحلة الرابعة، أي أن نوع النوم الذي يصاحب تناول الحبوب المنومة لا يكون بنفس النوم الطبيعي على الرغم من أن كمية وطول النوم بصورة عامة قد يشابه النوم الطبيعي. بعض الحبوب والعقاقير التي تسبب الانخفاض الشديد في النوم الحالم، مثل حبوب الباربيتال والكحول قد تؤدي عند توقف استعمالها إلى زيادة شديدة في كمية النوم النشط الحالم الذي يصاحبه الكوابيس والأحلام الشديدة التي تزعج المريض.

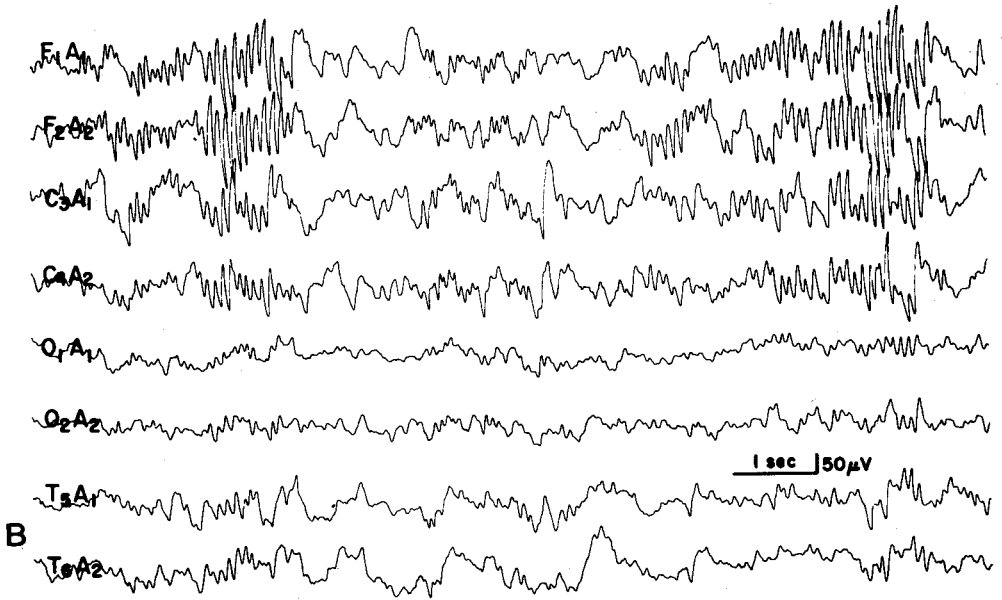
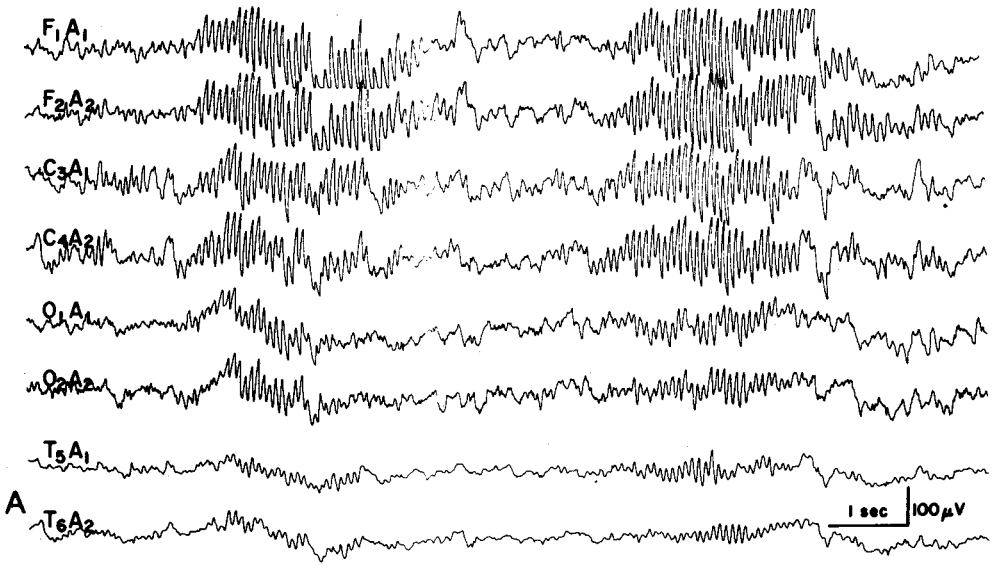
ومن المهم جداً أن نعرف المريض الفرق بين الحبوب المنومة

والمهدثة، والحبوب والعقاقير الأخرى التي تعطى ضد الاكتئاب أو ضد مرض الانفصام أو الهوس لأن أنواع العقاقير الأخيرة، لا يوجد لها أي تأثير يؤدي إلى الإدمان أو التعود ولا تفقد صلاحيتها أو تأثيرها على مدى طول الاستعمال ولا يؤدي توقف استعمالها، إلى أي نوع من أنواع الاضطرابات النفسية أو الجسمية أي أن قائمة الأدوية التي تعطى ضد الاكتئاب والمضادات لحالات الذهان أو المضادة لمرض الانفصام ومرض الهوس على الرغم من أنها تسمى أحياناً بمهدئات خطأ فإنها لا تدخل تحت قائمة المهدئات ولا يوجد لها أي تأثيرات شبيهة بتأثيرات الحبوب المهدئة أو المنومة التي ورد ذكرها.

بقي أن نؤكد أن الأرق ليس بمرض وإنما هو عرض يصاحب كثير من الحالات النفسية وبعض الأمراض وعلاجه يجب أن يتم بمعالجة السبب.

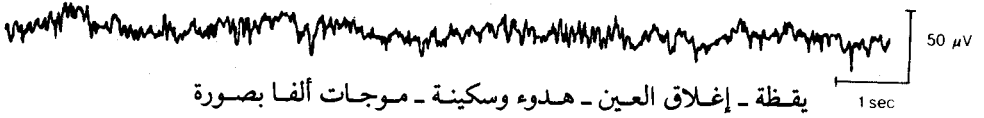


يمثل هذا الشكل تخطيط المخ الكهربائي في المرحلة الأولى للنوم
 والتغير الذي يحصل بعد إيقاظ النائم.

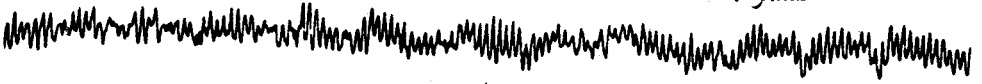


تخطيط المخ في مرحلة النوم الثانية: يظهر هنا ما يسمى بمغازل النوم وهي الذبذبات ذات التردد السريع والقوتية العالية.

يقظة - العين مفتوحة - موجات عشوائية قليلة الفولتية نسبياً

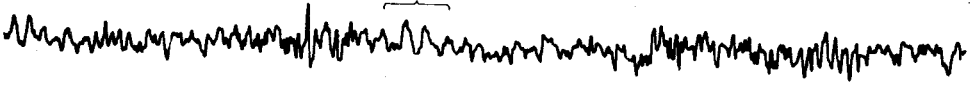


يقظة - إغلاق العين - هدوء وسكينة - موجات ألفا بصورة مستمرة.



المرحلة الأولى: موجات بطيئة نسبياً اختفاء موجات ألفا.

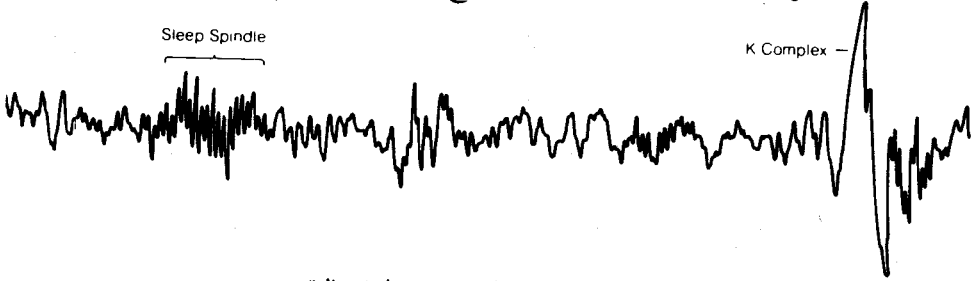
Theta Waves



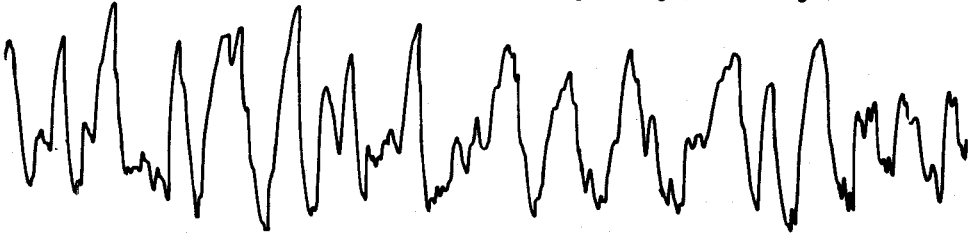
المرحلة الثانية: موجات سريعة نسبياً مع ظهور مغازل النوم.

Sleep Spindle

K Complex



المرحلة الثالثة والرابعة: موجات بطيئة ذات فولتية عالية.



مرحلة حركات العين السريعة: موجات عشوائية فولتية واطئة.

Sawtooth Waves Sawtooth Waves



تخطيط المخ في مراحل النوم

الفصل الثاني

اضطرابات النوم

اضطراب النوم:

بدأ علم دراسة اضطراب النوم علماً مستقلاً بذاته في أوائل سنة ١٩٧٠م في اجتماع عدة اختصاصات طبية. وفي ١٩٧٥م كونت رابطة تجمع كل العيادات التي تعالج اضطراب النوم في جمعية واحدة سميت بجمعية مراكز عيادات اضطراب النوم، وبعد ثلاث سنوات من تكوين هذه الجمعية، قدمت اللجنة المكلفة في تحضير وتصنيف وترتيب الحالات الخاصة باضطراب النوم بالتصنيف التالي:

تشمل اضطرابات النوم ككل على أربعة مجموعات هي:

- ١ - اضطرابات الابتداء أو الاستمرار في النوم (أي الأرق).
- ٢ - اضطرابات النوم الكثير المكثف.
- ٣ - اضطرابات جدول النوم واليقظة.
- ٤ - الاضطرابات الجسمية والنفسية التي تصاحب النوم وليست بالضرورة اضطرابات نوم بحد ذاتها.

المجموعة الأولى أي اضطرابات الابتداء والاستمرار في النوم، المعني بها أن هناك صعوبة كبيرة في الابتداء بالنوم والصعوبة بالاستمرار في النوم أي الاستيقاظ مبكراً وعدم استطاعة متابعة النوم بعد ذلك. لمدة لا تقل عن ٣ أسابيع، مع ظهور أعراض اختلال في مستوى تأدية وظائف وأعمال الشخص الذي يشكو من هذه الأعراض أثناء النهار، بغض النظر عن عدد ساعات النوم. أي أن الأشخاص الذين ينامون لساعات قصيرة أو لساعات طويلة من دون أن يشكو من أعراض أثناء النهار سوف لا يشملهم هذا التشخيص.

في هذا الفصل ولتبسيط مادة البحث اخترنا أن نناقش المجموعة الأولى والثانية على شكل تصنيف خاص حسب مسببات الحالة، وذلك

أن هناك بعض المسببات المشتركة بين كثرة وقلة النوم أي المجموعة الأولى والثانية .

اضطرابات ابتداء واستمرار النوم (الأرق) واضطرابات كثرة النوم التي لها مسببات واحدة :

يمكن تقسيم اضطرابات قلة النوم واضطرابات كثرة النوم إلى مجموعتين، وهم الاضطرابات الوقتية، وهي التي تستمر من يوم واحد ثلاثة أسابيع، والاضطرابات المزمنة وهي التي تستمر أكثر من ذلك . اضطرابات كثرة أو قلة النوم الوقتية كثيراً ما تحدث لأسباب نفسية، أو أمراض عضوية طارئة أو بسبب التغيرات في محيط الشخص .

أما الاضطرابات المزمنة أو الدائمة، فإنها لا تتأثر بالحالات النفسية، ولا ترتبط ارتباطاً مباشراً بمحيط الشخص الاجتماعي، فهي تحدث بصورة دائمة بدون وجود سبب واضح في محيط الشخص المصاب بهذه المشكلة . وكثير من الأشخاص المصابين بها قد يلجأون إلى تناول المهدئات، وكذلك المنومات، أو في بعض الأحيان يلجأون إلى شرب الكحوليات، للتخفيف من مشاكل النوم، التي يعانون منها، وكثير منهم يعانون من اضطرابات نفسية، وقلق وتوتر نفسي، ولكن بصورة عامة، هم أناس طبيعيون وليسوا بالضرورة يعانون من اضطرابات شديدة . عدى كونهم حساسين أكثر للتغيرات الاجتماعية، والاضطرابات التي تحدث في حياتهم اليومية، وكثيراً ما يعبرون عن قلقهم باضطرابات جسدية، أي تشكل انفعالاتهم النفسية، آلاماً في المعدة أو زيادة في دقات القلب، أو اضطراب في التنفس .

الاضطرابات النفسية كثيراً ما تصاحب حالات قلة النوم، ونادراً ما تحدث في اضطرابات كثرة النوم . وهؤلاء الآخرين لو تعرضوا

لاضطرابات نفسية، فإنهم يتعرضون أكثر إلى «الاكتئاب الدوري» أي نوع الاكتئاب الذي تصاحبه فترة من الشفاء التام وأحياناً تصاحبه حالة هوس شديد وثقة بالنفس أكثر من اللازم، وشعور بالعظمة وإحساس كاذب بأن كل شيء على ما يرام. بينما يتعرض المصابون بقلة النوم، إلى أمراض نفسية تتميز كما ذكرنا بأعراض جسمية أو اكتئاب مزمن أو حالات الوسواس القهري، أو الخوف المستمر والقلق العام.

حالات قلة أو كثرة النوم التي تصاحب المهدئات والكحول:

الأرق أو قلة النوم، كثيراً ما يصاحب تناول المهدئات أو الكحول لفترة طويلة ثم الانقطاع عنها، أو عندما يستمر الشخص بأخذ هذه العقاقير يُكوّن الجسم مقاومةً وتعوداً وتحملاً جسمي بحيث تفقد هذه العقاقير تأثيرها المنوم بالتدرج، وبذلك يصبح في حالة أرقية مزمنة.

ان تناول المنبهات بكثرة يؤدي إلى قلة النوم والأرق. أما حالات كثرة النوم فهي كثيراً ما تصاحب الانقطاع المفاجيء عن تناول تلك المنبهات. أو زيادة في استعمال الحبوب المهدئة، التي قد يدمن عليها بعض الناس وتسبب نعاس مزمن وكثرة في النوم وتكاسل وهزال في الجسم. هذا وإن تناول المخدرات بصورة دائمة تولد كسل شديد في الجهاز العصبي والمخ، بما أن أكثر المهدئات، ومن ضمنها الكحول، تسبب نقصاناً شديداً في حالة النوم النشط الحالم، فإن التوقف المفاجيء عن تناول هذه المواد يسبب ازدياداً شديداً مكثفاً في حالات النوم النشط الحالم مسبباً أحلاماً شديدة ككوابيس قد تأتي على شكل خيالات وأوهام وهلوسة شديدة، وكثيراً ما يصاحب التوقف المفاجيء عن الكحول مثلاً حالة تشبه الزهان، عندها يفقد المريض السيطرة على تفكيره السليم وقدرته على التفكير ومعرفة ما حوله، وفي حالات شديدة، تسبب حالات صرع، وأحياناً توقف القلب والموت.

حالات اضطراب وتوقف التنفس أثناء النوم: (Sleep Apnea syndrome)

هناك حالة تصيب عملية التنفس أثناء النوم، وعلى الرغم من شيوعها وانتشارها فإن قليلاً من الناس على علم بحقيقتها ووجودها، وهي حالة اضطراب التنفس أو حالة توقف التنفس في النوم. تصيب هذه الحالة عادة الرجال الذكور والذين كثيراً ما يكونون مصابين أيضاً بالسمنة أو في تركيبات خلقية مثل قصر الرقبة، أو تضخم اللسان أو عضلات البلعوم. ولكنها تصيب أيضاً الأشخاص الطبيعيين البنية وأحياناً الأطفال وبعض الأطفال الرضع وتكون سبب من أسباب ما يسمى بالموت الفجائي للأطفال الرضع الذي لا يعرف له سبب واضح. وفي السنوات الأخيرة فقط توصل العلم إلى معرفة أن سبب وفاة بعض الأطفال الرضع بالموت الفجائي أثناء النوم هو نتيجة خلل وتكاسل في مراكز التنفس في المخ، ومعالجة هذه الحالة تتم بإيقاظ الطفل مباشرة حال توقفه عن التنفس، وعند ذلك يرجع الطفل إلى تنفسه الطبيعي ويستمر في النوم فترة أخرى، واضح أن هذه الحالة لا تحدث للطفل في كل مرة ينام فيها ولذلك فإن الطبيب يجهز الأم بجهاز خاص يوضع على سرير الطفل، وبمجرد أن يتوقف الطفل عن التنفس أثناء النوم يرسل إنذاراً يوقظ الأم فتوقظ الطفل بدورها ويستمر بعد ذلك الطفل في النوم الطبيعي.

حالات توقف التنفس عند الكبار تتكون من ثلاثة أنواع هي:

- ١ - توقف التنفس أثناء النوم بسبب انسداد مجاري التنفس.
- ٢ - توقف التنفس أثناء النوم بسبب كسل بعض مراكز التنفس في المخ، ونمى السبب الأول عن السبب الثاني بأن المريض أثناء النوم

عند انسداد المجاري التنفسية يستمر في محاولة التنفس والحركة، والصدر يستمر في الارتفاع والانخفاض في محاولة جذب الهواء، ولكن بدون جدوى بسبب انسداد المجرى التنفسي أما في الحالة الثانية عندما يكون السبب هو تكاسل أو خلل في مراكز التنفس في المخ أثناء النوم، فإن المريض يتوقف عن التنفس بصورة كاملة، إلى أن يتجمع في جسمه كمية كبيرة من ثاني أكسيد الكربون بحيث توقظه من النوم، ثم يستمر في التنفس بعد ذلك. ولا يلاحظ عليه أي علامة من علامات محاولة جذب الهواء إلى الصدر ويكون الصدر خلالها ساكناً.

٣ - النوع الثالث هو حالة توقف التنفس أثناء النوم بسبب وجود الاثني معاً، أي تكاسل في مراكز التنفس في المخ، مع وجود الانسداد أو الضيق في المجاري التنفسية.

المصابون بهذه الحالة وأكثرهم من الذكور الرجال كثيراً ما لا يكونون على وعي أو علم بإصابتهم بهذه الحالة، لأنهم عند حالة توقف التنفس يستيقظون من النوم ويتنفسون بكميات سريعة يعوضون ما فاتهم من الأكسجين ثم يخلدون إلى النوم مرة ثانية وقد تتكرر هذه العملية عدة مرات قد تبلغ في الحالات الشديدة أكثر من مئة مرة وعلى الرغم من ذلك يكون المريض خلالها على غير وعي كامل بالحالة، لأنه حال استيقاظه من النوم في الصباح يكون قد نسي الفترات التي استيقظ فيها نسياناً كاملاً. وكل الأعراض التي يشكو منها المريض هي الكسل الشديد والنوم الكثير أثناء النهار. وذلك لأنه عند النوم لم يأخذ قسطاً وافياً من النوم بسبب استيقاظه الكثير. كذلك فإن نوع النوم الذي حصل عليه هو السطحي الخفيف في المرة الأولى والثانية وقلما يحصل على النوم الذي في المرحلة الثالثة والرابعة، التي هي ضرورية جداً لراحة

الجسم، وبذلك يكون هؤلاء الناس مصابين بتكاسل ونعاس شديد أثناء النهار. كثيراً ما يصاحب هذه الحالة أثناء النوم شخير كبير مزعج وأصوات تدل على اختناق جزئي في مجاري التنفس قد تزعج زوجة المصاب، يكون خلالها هذا الشخص في حالة صعوبة الاستيقاظ لحاجته الشديدة إلى النوم، وعندما يستيقظ يكون في حالة ذهول وعدم قدرة على التركيز، مصحوبة بثقل في اللسان وكسل عام في الجسم، هذه الحالة قد تستمر على شكل خفيف ولكن في بعض الأحيان قد تشتد وتصاحبها اختلاطات وذلك لأن قلة كمية الأكسجين وزيادة ثاني أكسيد الكربون بصورة مستمرة قد تؤدي إلى تأثير القلب والدورة الدموية والرئتين بارتفاع الضغط الدموي وعلى المدى البعيد قد يصاب هذا الشخص باضطرابات قلبية شديدة تؤدي إلى خذلان القلب والدورة الدموية. وأحياناً كثيرة يصاب هؤلاء المرضى بالتهابات الرئة والقصبات الهوائية نتيجة الاختناقات وجريان اللعاب إلى المجاري التنفسية أثناء النوم. ومن المشاكل الأخرى التي تصاحب هذه الحالة ضعف عام في الجسم وتكاسل قد يصيب الأعضاء التناسلية أي «العنة» وعدم القدرة على ممارسة الجنس، التي تسبب مشاكل زوجية واختلاطات أخرى.

في بعض الأحيان تصيب هذه الحالة الأطفال بين سن الثالثة حتى سن المراهقة، عند ذلك تلاحظ على هؤلاء الأطفال مشاكل تتعلق بالدراسة ويقل مستوى ذكائهم، ويكثر التبول الليلي عندهم وكثيراً ما يكونون متكاسلين نعساً أثناء النهار ولكن أيضاً يتخللها فترات من النشاط الكبير والحركات السريعة التي تشكل نوعاً من أنواع الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال.

ارتفاع ضغط الدم عند الأطفال هو حالة نادرة. ولكن في بعض الأحيان ناتجة من اضطرابات التنفس أثناء النوم هذه.

على الرغم من أن أكثر الحالات الي تصاحب اضطرابات التنفس أثناء النوم تسبب كثرة النوم والنعاس أثناء النهار، إلا أن هناك بعض الحالات يشكو فيها المريض من عدم القدرة على النوم المريح، أي الأرق، فتكثر حالات القلق التي يشعر فيها المريض بأنه غير قادر على أن ينام نوماً مريحاً هادئاً، وذلك بسبب الاستيقاظ المتكرر أثناء النوم.

وغالباً ما يكون هؤلاء الأشخاص من الناس المتقدمين في السن والشيوخ وذلك بسبب تكاسل مراكز التنفس في المخ بدلاً من أن تكون سبباً في انسداد مجاري التنفس في البلعوم.

أكثر حالات توقف التنفس أثناء النوم يكون في حالة النوم الحالم النشيط، عندما تكون دقات القلب كما ذكرنا غير منتظمة، وربما كان هذا هو السبب في اضطراب القلب واختلاطات الدورة الدموية.

من الحالات المرضية النادرة، أن يكون القلب حساساً جداً في مرحلة النوم الحالم النشيط، وبمجرد أن يكون هناك اضطراب بسيط في مجاري التنفس أو عملية التنفس أثناء النوم الحالم، قد تسبب هذه اضطرابات خطيرة في نظام نبض القلب، وعند ذلك يجب على الطبيب أن يكون متنبهاً جداً، في أن لا يعطي أي حبوب مهدئة أو منومة، تجعل الشخص المريض من الصعب عليه أن يستيقظ لأن ذلك سوف يزيد المشكلة تعقيداً وخطورة. لأنه في حالة الاستيقاظ يتجنب أو يتفادى الشخص المريض الاضطرابات الشديدة في نبض القلب في تلك اللحظة من النوم الحالم. على كل هذا النوم من اضطرابات القلب الحساسة للأحلام، من النادرة بمكان ويجب أن لا تكون شغلاً شاغلاً للإنسان الطبيعي.

من هذا نرى أن علم النوم الحديث قد اكتشف بأن هناك علاقة

وثيقة بين النوم وعملية التنفس في المخ بل هناك علاقة وثيقة بين نوع النوم وعملية التنفس، وعادة عندما يكون النائم مستغرقاً في نومه يكون أكثر حساسية لتغيرات الأكسجين في الجسم، بل انه عندما يكون مستغرقاً في النوم غير الحالم يكون أكثر حساسية لتغيرات ثاني أكسيد الكربون في الجسم.

الأرق الابتدائي الأساسي : (Primary Insomnia)

يعني بالأرق الابتدائي، الأرق الذي لا يوجد له سبب معروف. يختلف هؤلاء الناس عن الذين مضى ذكرهم بقلة حاجتهم إلى النوم وانعدام أي ظاهرة للتعب والإجهاد عليهم أثناء النهار، وهم عادة لا يعطون أي شكوى حول قلة نومهم. فالمصابين بالأرق الابتدائي أو الأساسي بالإضافة إلى أنهم ينامون فعلاً بمقدار قليل من الساعات (أقل من ٦ - ٧ ساعات يومياً) فهم أيضاً لا يشكون من الإرهاق والنعاس أثناء النهار. وهم عادة أشخاص طبيعيين لا يتميزون عن سواهم إلا بقلة حاجتهم إلى النوم الأساسية.

تختلف هذه الحالة عن حالات اختلاف جدول اليقظة والنوم الاعتيادي الذي سوف يشرح فيما بعد. وكذلك يجب تفريقهم عن حالات الأرق التي تصاحب القلق والاكتئاب والأمراض النفسية الجسمية، وهم يختلفون أيضاً عن بعض الناس الذين يشكون من قلة النوم لسبب واحد فقط، وهو الحصول على المهدئات والمخدرات لأغراض الترفيه الذاتي.

الأشخاص المصابون بالأرق الابتدائي أو الأساسي يكون نومهم طبيعياً ١٠٠٪/ عندما يختبرون في مختبرات النوم وتخطيط المخ أثناء النوم وبالفحوص الخاصة بالنوم المتعددة الجوانب والاختلاف الوحيد الذي

يرى هو نقصان عدد ساعات النوم . هذه الحالة عادة نادرة وتكون أقل من ١٠٪ من حالات الأرق . وتشكل هذه الحالة مشكلة طبية ولا يوجد لها حتى الآن سبب أو علاج خاص .

حالات الأرق الطفولي :

تصيب هذه الحالة الأطفال قبل سن البلوغ أو المراهقة وتتميز الشكوى من عدم كفاية النوم والتعب المستمر أثناء النهار . وحتى عندما ينام الشخص المصاب بهذه الحالة فعند يقظته لا يشعر بأن النوم الذي حصل عليه كان كافياً لإرجاع نشاطه . تحدث هذه الحالة بغض النظر أو الاعتبار عن أي انفعالات نفسية أو اجتماعية أو محيطية وبصورة مستمرة دائمة كثيراً ما يشكو الطفل أيضاً من التوتر الذهني وعدم القدرة على التركيز وحالة خفيفة من سبب معين الاكتئاب الدائم .

الأرق المسبب من انقطاع النوم النشط (الحالم) :

من الممكن تشخيص هذه الحالة فقط عند أخذ المريض إلى مختبر النوم وإجراء التخطيط المتعدد الجوانب ، لأنه بدونها لا يمكن معرفة الحالة بدقة ، وتميز هذه الحالة بضعف في مراكز تنظيم النوم النشط الحالم ، وعندما يدخل المريض في هذه المرحلة ، تحدث اختلالات توقظه من النوم الحالم ولهذا يمكن تعريف هذه الحالة على انها أرق مسبب من عدم الاستمرار في النوم ، ولا توجد هناك أي اضطرابات في ابتداء النوم . ومن الملاحظ هنا أنه حتى عندما لا يستيقظ المريض من نومه الحالم فإنه يكون من الحساسية بحيث أن من الممكن استيقاظه بأقل تأثير خارجي بسيط . تحدث هذه الحالة في الذكور حول عمر ٤٠ - ٥٠ سنة ويشكو فيها المصاب من عدم الراحة والتعب وعدم المقدرة على التركيز ، واكتئاب خفيف واختلال في المزاج . الأحلام عادة تكون من النوم

المزعج الممتليء بالكوابيس، مما يجعل من المحتمل أن نوع الأحلام نفسها تسبب الاستيقاظ المتكرر، وربما كانت هناك علاقة مع حالة المريض نفسياً ومعنى وتفسير الأحلام التي يراها.

الأرق المتسبب من اختلال النوم الهاديء:

هذه الحالة على الرغم من ندرتها لكنها أكثر شيوعاً من الحالة السابقة وتتميز بالحساسية الشديدة للاستيقاظ لأي مؤثر بسيط، كالأصوات والأضواء الخفيفة، عندما يدخل في حالة النوم الهاديء، وخصوصاً النوم الهاديء العميق في المرحلة الثالثة والرابعة. وعندما يبدأ المريض مراحل النوم الحالم فإنه يحصل على نوم طبيعي. دراسة تخطيط المخ الكهربائي أثناء النوم، تشير إلى أن هناك موجات تشبه الموجات التي نراها في حالة اليقظة، على الرغم من أن المريض في مرحلة النوم الثالثة والرابعة من النوم الهاديء. ولهذا لا يمكن تشخيص هذه الحالة دون وضع المريض في مختبر النوم وإجراء التخطيطات المتعددة الجوانب.

يشكو المصاب بهذه الحالة من آلام في العضلات والجسم أثناء النهار وكثيراً ما تشبه هذه الحالة حالات روماتيزم ولكن الآلام عادة تكون في الظهر، أو الفخذ، أو عضلات الجسم بصورة عامة. تصيب هذه الحالة بعض الأشخاص الذين تعودوا على بعض أنواع الجيوب والعقاقير المنومة ثم يضطرون إلى الانقطاع عنها بصورة فجائية وغير متدرجة.

الناركوليبسي (Narcolepsy)

الناركوليبسي أو مرض النوم كما يعرف أحياناً هو عبارة عن حالة مرضية تصيب بعض الأشخاص وتتميز بميل شديد وغير طبيعي نحو النوم وخصوصاً أثناء النهار.

يتميز هذا المرض بخاصيتين رئيسيتين :

١ - تأتي حالات النوم أحياناً على شكل هجوم قوي لا يمكن مقاومتها والتي تتميز بحالة نعاس شديد (Sleep Attacks) .

٢ - «الكاتبلكسي» (Cataplexy) وهي حالة نوم عميق من نوع النوم النشط الذي يهجم هجمة على الشخص عندما يكون في حالة يقظة كاملة وتسقطه مباشرة على الأرض وتجعله غارقاً في نوم حالم شديد قد يسبب في بعض الأحيان رضوضاً أو كسوراً في الجسم من تأثير السقطة .

هناك أعراض أخرى يمكن أن تصيب هذا الشخص المصاب بهذه الحالة وتسمى «بشلل النوم» (Sleep Paralysis) وهو نوع من الشلل الوقتي الذي يصاحب هذه الحالة عندما يكون المريض في حالة إيوائه إلى السرير لينام فيكون في حالة بين اليقظة والنوم، يشعر خلالها بعدم المقدرة على تحريك أي جزء من أجزاء جسمه، وقد تستمر هذه الحالة بضع دقائق أو ربما ثواني . ومن أعراضه أيضاً وجود ما يسمى «بالهلوسة النومية» (Hypnogogic Hallucination) وهي تجربة مفزعة يمر بها المريض وهو يرى أشكالاً وأشباحاً غريبة حالمًا يبدأ النوم تشبه الكوابيس الشديدة التي نراها في الأحلام ولكنها تأتي مباشرة حال خلود المريض إلى النوم ووضع رأسه على المخدة . وقد وجد فعلاً أن الهلوسة النومية هي نتيجة عملية نوم غير طبيعي وخلالها يبدأ المريض في مرحلة النوم الحالم مباشرة، قبل النوم الهاديء وبصورة مكثفة قوية بحيث تظهر للمريض على شكل هلوسة .

تصيب هذه الحالة الذكور والإناث على حد سواء، وربما كان لها عاملاً وراثياً كبيراً، لأن كثيراً ما نراها منتشرة بين بعض العائلات بصورة خاصة .

تبدأ هذه الحالة في سن البلوغ أو المراهقة وربما بعد ذلك بقليل ، وتتراوح شدة هذه الحالة من شخص إلى آخر، وقد تصيب بعض الناس بصورة خفيفة لا يتسبب منها ضرر واضح ، سوى عدم استطاعة المصاب أن يقوم بعمله بصورة صحيحة بسبب النعاس أو تعرضه لبعض حوادث السيارات إذا قاد سيارة بسرعة كبيرة. ولكن قد تكون هذه الحالات من الشدة بأن تجعل الشخص المصاب غير قادر على القيام بمهام حياته بصورة طبيعية، خصوصاً في حالة الكتابلكسي التي ورد ذكرها، والتي تتميز بهجوم نوم قوي مع ارتخاء شديد في العضلات يسقط المريض على الأرض في حالة نوم عميق. وكثيراً ما تبدأ هذه النوبات على أثر هيجان انفعالي أو عاطفي من أي نوع. كأن يكون الشخص غاضباً أو قد سمع خبراً حزيناً، أو قد فوجيء بخبر سار جداً، أو حالة ضحك شديد، وأحياناً قد تصيب هذه الحالة الشخص وهو في حالة هياج عاطفي نفسي أثناء ممارسته الجنس وكثيراً ما تسبب هذه الحالة بعض المشاكل الجنسية الزوجية. بسبب ذلك قد يتفادى المريض أي انفعالات نفسية ويحاول أن يضبط نفسه بصورة مستمرة مما يعطيه وجهاً جافاً صلباً قد يلفت الأنظار في بعض الأحيان.

كثيراً ما يخطيء الطبيب ويشخص هذه الحالة على أنها حالة من حالات الصرع وعندما تكون الهلوسة عند النوم قوية قد يشخص المريض خطأ في حالة الفصام (الشيذوفرينيا).

ومن الجدير بالذكر أن مرضى الناركولبسي على الرغم من كثرة نومهم، فإن النوم بحد ذاته قد يسبب راحة نفسية لهم وعند استيقاظهم من نومهم الذي لا يستغرق دقائق أو ساعات قليلة يشعرون فعلاً براحة شديدة. ويسترجعون قواهم لفترة معينة. بعض هؤلاء المصابين بهذا المرض قد يهتمون بأنهم كسالى أو مرضى نفسياً أو عقلياً في كثير من

الأحيان وقد يعالجون نفسياً بسبب هذا الخطأ في التشخيص .

الطريقة الوحيدة لتشخيص هذا المرض بدون أي شك أو خلط مع أمراض نفسية وعصبية هي بأخذ تخطيط مخ كهربائي وتخطيط نوم متعدد طوال فترة النوم، وعند ذلك تظهر الحالة الغير طبيعية، وهي أن المريض عندما يبدأ في النوم يدخل في مرحلة النوم الحالم النشط على عكس الحالات الطبيعية التي يبدأ فيها النوم الهاديء في المرحلة الأولى والثانية والثالثة والرابعة ثم ينتهي إلى مرحلة النوم الحالم النشط . ولكن في مرض الناركولبسي يبدأ النوم بالمرحلة الأخيرة أي مرحلة النوم الحالم . عندما تنتهي هذه المرحلة يبدأ المريض بالنوم المتدرج الهاديء من المراحل المعروفة بالتدرج .

مرض كثرة النوم المركزي (Central Hypersomnia)

هذه الحالة تأتي بعد مرض (الناركولبسي) من حيث الانتشار وتتميز بأعراض الناركولبسي في كثرة النوم والنعاس الدائم، ولكنها تفرق عن الناركولبسي بكون المريض بإمكانه مقاومة النعاس أو النوم إلى حد أكثر من حالة الناركولبسي، هذا بالإضافة إلى أنه إذا نام المريض فإنه يستيقظ وهو لا زال في حاجة إلى نوم أكثر، أي بمعنى أن النوم لا يساعد على الانتعاش كما هو الحال في حالة مرض الناركولبسي، حيث النوم يكون في هذه الحالة ليس بالعمق الذي نشاهده في مرض الناركولبسي، ولا توجد حالات الكاتابلكسي وهجوم النوم، الذي نشاهده في مرضي الناركولبسي، كذلك لا توجد حالة هلوسة النوم أو شلل النوم .

قد تصاحب هذه الحالة بعض الأعراض الأخرى مثل الصداع الذي يشبه صداع الشقيقة، وفترات غثيان ودوخة أو ازدياد في دقات القلب وأحياناً النهوض من النوم بحالات خوف أو رعب حاد . وفحص المريض في مختبر النوم بواسطة تخطيط النوم المتعدد الجوانب يظهر نوع

النوم الطبيعي بدون أي اختلاف، اللهم عدا الميلان إلى الغفو السريع أي أن الوقت الذي يستغرقه المريض من وقت إطفاء النور في الغرفة إلى أن يستغرق في النوم وهو وقت قصير نسبياً.

يجب تمييز هذه الحالات المرضية من حالات النوم الكثير المتسببة من تناول أحد المهدئات والمنومات.

في بعض الأحيان تكون الحالة من الشدة بحيث أن فترات نعاس شديدة ومتكررة على فترات قصيرة تسبب نوعاً من التخدر العقلي أي أن الشخص يفقد قدرته على التركيز أو التفكير السليم بسبب فترات النعاس الشديدة، ولكن عادة هذه الحالة لا تؤثر على مستوى الذكاء، على الرغم من احتمال الشكوى من كثرة النسيان لأن الأحداث قد تمر أمام الفرد وهو في فترات متكررة من النعاس الشديد القصير الأمد، تفقده القدرة على التركيز واكتساب المعلومات.

مرض كلاين - ليفين (Klien Levin Syndrom)

يمثل هذا المرض حالة من الحالات النادرة والغريبة، إذ تصيب عادة الشباب في العقد الثاني من العمر وتتميز هذه الحالة بفترات قد تمتد لمدة أسابيع، يكون فيها المرض على أشده، وبعد ذلك يمر المريض بفترة راحة يختفي فيها المرض نهائياً ولأسابيع أو أشهر أو أكثر، ثم يرجع المرض مرة ثانية ويستغرق أسابيع قليلة ثم يختفي مرة أخرى وهكذا.

ويتميز هذا المرض بميل المريض إلى الأكل بصورة نهمة وجشعة يصاحبه نعاس شديد ونوم مستمر مع ازدياد شديد في الشهوة الجنسية، قد يفقد أحياناً فيها المريض السيطرة على نفسه وقد يعمل أعمالاً غير لائقة أديباً. وتكون هذه الحالة من الذكور خاصة، ولا يوجد للآن سبب معين. إلا أن هناك بعض الحميات أو أمراض استقلابية (Metabolic) خاصة قد تسبب هذه الحالة في بعض الأحيان، ويكون تخطيط المخ غير

طبيعي مما يدل على أن الجهاز العصبي غير طبيعي .
هذه الحالة لا يوجد لها علاج واضح ، ولكنها تختفي تدريجياً مع
تقدم العمر وعادة تختفي في حوالي سن الأربعين .

ازدياد كثرة النوم المصاحب بفترة الحيض

هذه الحالة نادرة وهي تصيب النساء، وتتميز بفترات متقطعة من
النعاس الشديد الذي يأتي فقط في دورة الحيض الشهرية .

فحص هرمونات الجسم والهرمونات التناسلية بالذات قد يؤدي إلى
نتيجة سلبية . أي لا يوجد هناك أي تغيرات هرمونية يمكن قياسها في
المختبر .

هناك بعض أورام، أو أمراض المخ والجهاز العصبي (Lymbic System)
من الممكن أن تؤدي إلى النعاس المستمر مع تغيرات في
هرمونات الجسم، ولكن هذا النعاس لا يكون مرتبطاً بفترات العادة
الشهرية .

سُكْرُ النوم (Sleep Drunkenness)

هذه الحالة تعتبر عرضاً وليست مرضاً بحد ذاته، لأنها كثيراً ما
تصاحب أمراضاً واضطرابات نوم أخرى سبق ذكرها، وبحالات نادرة
جداً تأتي هذه الحالة أو العرض وحده بدون أي مرض مصاحبة له،
وتكون عادة في الرجال فقط . وقد سُميت هذه الحالة بالسُّكْر لأن
المريض يظهر بها وكأنه سكراناً . وتتصف هذه الحالة بصعوبة كبيرة جداً
عند النهوض أو الاستيقاظ من النوم وأحياناً يكون النوم من العمق حتى
يستحيل إيقاظه وإذا بذلت محاولات جهيدة وأوقف بالقوة يكون
استيقاظه مصاحباً بمقاومة عنيفة وعراك في الأيدي قد يؤدي في بعض
الأحيان إلى رضوض جسمية، أو كسور في الجسم . يكون المريض

عندئذ في حالة ذهنية لا يستطيع فيها التمييز أو التفكير الصحيح .

يصاحب هذا العرض أيضاً اضطرابات النوم المتسببة في توقف التنفس أو حالات كثرة أو حالات ازدياد النوم المركزي التي سبق ذكرها .

هذه الحالة قد يصعب تمييزها أحياناً من بعض حالات الصرع أو تسمم الجهاز العصبي أو اضطرابات التنفس العصبية . وقد يكون عامل الوراثة له دور فيها .

النوم غير كافي (Insufficient)

يشكو المريض المصاب بهذه الحالة عادة من عدم قدرته على العمل بصورة صحيحة أثناء النهار، ونادراً ما يشكو المريض من قلة النوم، ولكن لو استجوب المريض بصورة تفصيلية عن طبيعة نومه واحتياجه للنوم، يوجد أن هناك فرق كبير بين الوقت الذي يستغرقه في النوم والذي هو بتصوره وقتاً كافياً لينام، وما يحتاجه الجسم فعلاً من عدد ساعات للنوم. وعلاج هذه الحالة واضح. وهي بأن ينصح المريض بإعطاء نفسه ساعات أطول لينام. وكما أسلفنا أن كثيراً من الناس وبصورة اعتيادية يحتاجون إلى عدد ساعات من النوم أكثر من الطبيعي ولكن يتميزون بأنهم أناس طبيعيون يشتغلون ويعيشون في هذه الحياة بدون مشاكل واضحة.

في بعض الأحيان بسبب الجهل في طبيعة النوم وحاجة الفرد لعدد ساعات معينة من النوم يتصور البعض أن سبع ساعات أو ثمان ساعات يجب أن تكون كافية لأي إنسان لينام، وقد يصادف أن يكون هو من النوع الذي يحتاج لساعات أطول من الساعات الاعتيادية، بدون أن يكون على وعي بذلك، عندئذ قد ينصح الطبيب المريض بأن يسمح لنفسه بأن ينام عدد ساعات إضافية، وعند ذلك يكون هذا الشخص في

حالة نشاط ووعي كامل وذا إمكانية عالية للعمل أثناء النهار.

قد يزاول هؤلاء الأشخاص أحياناً أعمالاً وأشغالاتاً تحتهم عليهم البقاء لفترات أكثر، أو يكونوا مرتبطين بنشاطات وفعاليات اجتماعية تفرض عليهم السهر، وهم مع ذلك ينكرون حاجتهم للنوم، ويصرون على أن كل ما يشكون منه هو التعب، وعدم التركيز، ونقصان مقدرتهم على العمل الاعتيادي أثناء النهار.

اضطرابات جدول النوم واليقظة

كل البحوث العلمية والطبية في العصر الحديث، تشير إلى وجود منظم خاص داخل المخ، ذات نبضات ثابتة وإيقاع معين يتحكم بتوقيت وإيقاع على وظائف الجسم النفسية والبيولوجية معاً. وبمعنى آخر هناك ما يشبه الساعة الزمنية، قد أوجدها الله سبحانه وتعالى بيولوجياً في داخل منطقة من مناطق المخ، وتكون هذه الساعة ذات نبض وإيقاع معين يسير خلال هذا الإيقاع وبموجب هذا النبض باقي جسم الإنسان، وبذلك يسيطر هذا المركز على التوتر اليومي المنتظم لعدة ظواهر نفسية وبيولوجية منها النوم واختلاف المزاج بين ساعة وأخرى أثناء النهار أو الليل، اختلاف صفاء الذهن أو المقدرة العقلية أو حتى الاستيعاب أو الذكاء بين فترة معينة في اليوم إلى أخرى، هذا بالإضافة إلى التغيرات البيولوجية ذات الإيقاع الخاص مثل ذلك هو التغير في إفرازات بعض الهرمونات أو كثير من الهرمونات في أوقات مختلفة بين الليل والنهار، في إيقاع منتظم يسمى هذا التواتر اليومي المنتظم الإيقاع أو المنظم السرКАДي (Circadian Rhythm).

وتكون تنظيم دورة النوم واليقظة، وظيفة واحدة من وظائف هذا المنظم السرКАДي. وقد اكتشف علم الطب مؤخراً بأن هناك عللاً واضطرابات تصيب هذا المنظم السرКАДي نفسه، والذي بغيره يعطل أو

يغير كثير من النظم الحياتية التي نعيش فيها بإيقاع ثابت وبدورة متكاملة، ومن ذلك النوم.

بعض من اضطرابات النوم الكثير أو كثرة النوم أو قلته أو النوم أثناء النهار قد تكون ناتجة عن اضطرابات في مركز هذا المنظم السرКАДي.

هناك بعض النظريات الغير مثبتة إلى الآن تشير إلى أن تعكر المزاج وكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى ومنها الاكتئاب أو الهوس قد تكون مسببة من اضطرابات في هذا المنظم البيولوجي (المنظم السرКАДي).

هناك عدة حالات اضطراب النوم المسبب من اعتلال في جدول النوم واليقظة، والذي هو منظم بحد ذاته من قبل (المنظم السرКАДي) منها:

١ - اضطرابات جدول النوم واليقظة المؤقتة:

تشمل هذه الاضطرابات النوم واليقظة المؤقتة، ما يحدث عادة عند الطيارين أو الموظفين أو العمال على فترات متغيرة أثناء النهار، فعندما يطير الطيار مثلاً من نيويورك إلى بغداد فهناك فرق هو حوالي سبع ساعات من الزمن بين توقيت هاتين المدينتين، يصل بعدها إلى بغداد في فترة مسائية، عندما يكون الجميع متأهين للنوم، ولكن جسمه لا يزال بتوقيت نيويورك، ومركزه ومنظمه البيولوجي السرКАДي يشير إلى أن الساعة مبكرة للنوم، وبذلك لا يمكن لهذا الشخص أن يستغرق في النوم بتوقيت البلد التي هو فيها. إذا بقي الشخص، في تلك البلد المعينة لفترة طويلة يتأقلم فيها مع الزمن ولكنه يحتاج إلى ما لا يقل عن أسبوع حتى يتعود جسمه أو ساعته البيولوجية المنظمة المركزة داخل المخ، على التوقيت المحلي للبلد الجديدة. كذلك العمال الذين يشتغلون على فترات مختلفة، فمثلاً قد يشتغل العامل لفترة مسائية من الحادية عشر مساءً إلى

الساعة السابعة صباحاً لمدة أسبوع، يتأقلم خلالها جسمه ومنظمه السركادي على النوم أثناء النهار والاستيقاظ في الليل، وعند توقفه عن العمل أو تغير ساعات العمل لفترات أخرى من النهار يكون الجسم غير قادر على تغيير هذه التركيبة الجديدة وصاحبه سهر شديد وأرق مستمر، واضطراب نفسي أثناء النهار لعدم استطاعته النوم الكافي أثناء الليل.

بصورة عامة تكون هذه الحالات من الأرق أو النوم أثناء النهار مؤقتة إلى أن يتأقلم المنظم السركادي على الجدول الزمني الجديد، أما إذا استمر عدم التغيير في الجدول، أي أن هؤلاء الطيارين أو الموظفين الذي يشتغلون فترات متغيرة بين أسبوع وآخر فإنهم بذلك يتركون ساعاتهم البيولوجية أي النظام السركادي في وضع حرج ولا يمكن خلاله تنظيم ساعات النوم أو الاستيقاظ بطريقة تتماشى مع المحيط، وبذلك سيكونون وبصفة دائمة في حالة اضطراب أثناء النهار وأرق أثناء الليل.

٢ - أعراض النوم المتأخر (Delayed Sleep Phase Syndrome) :

تتميز هذه الحالة بتأخر غير إرادي للنوم. أي أن الشخص المصاب لا يستطيع أن ينام في وقت ملائم لظروف ومحل إقامته. أي عادة حوالي الساعة ١١ - ١٢ مساءً، ولا يستطيع أن يستغرق في النوم قبل الساعة الثالثة أو الرابعة صباحاً. وهذه الحالة غير إرادية، ومسببة من اضطراب في منظم النوم السركادي في المخ نفسه، الذي يكون مؤقتاً على النوم في الساعة الثالثة أو الرابعة صباحاً والاستيقاظ في وقت الظهر بصورة منتظمة. أي إنه ينام عدد ساعات صحيحة، حوالي سبع أو ثمان ساعات يومياً ويكون في حالة استيقاظه في أتم الانتعاش والمقدرة على العمل، ولا يوجد هناك أي اختلاف أو اضطراب في شكل أو نوعية نومه، سواء كان ذلك قد قيس في ظواهر نومه، أو في مختبر النوم مع استعمال اختبار النوم المتعدد الجوانب أي بمعنى آخر أن الساعة

البايولوجية الموجودة في المخ نفسها متأخرة بعض الوقت وبذلك تجعل ترتيب نومه بصورة عامة متأخراً.

تسبب هذه الحالة مشاكل كثيرة لأنه عادة وفي أي مجتمع، يكون الشخص مرغماً على الاستيقاظ في الساعة السابعة صباحاً أو قبلها أو بعدها بوقت قليل، ثم يذهب للعمل ويستقبل أفراد عائلته. ولكن هذا الشخص المصاب بأمراض تأخر طور النوم عليه أن يعمل ذلك بعد نوم لا يزيد عن ثلاث أو أربع ساعات، مما يجعله متعباً بصورة عامة أثناء النهار، وغير قادر على التركيز، وغير معتدل المزاج. لو أن هذا الشخص قد اختار كما يحدث في كثير من المرات مهنة معينة، لا تستوجب أوقات ساعات خاصة في العمل فمثلاً أن يكون كاتباً أو أديباً يشتغل على مزاجه وفي الوقت الذي يرغبه. وبذلك ينام عدد ساعات صحيحة ولا يشكو من أية مشكلة.

تشبه هذه الحالة ما يصيب المسافر من نيويورك إلى الشرق الأوسط مثلاً فإنه غير قادر على النوم إلا بتوقيت نيويورك ويصادف الساعة الرابعة أو الخامسة صباحاً في توقيت الشرق الأوسط. ولكن الفرق بين الحالتين أن في هذه الحالة تكون المشكلة دائمة ومن الصعب التأقلم مع المحيط.

كثيراً ما يلجأ المصابون بهذه الحالة إلى الحبوب المنومة أو المهدئة وتناول الكحول التي تزيد الطين بلة. وتعرقل النظام السرКАДي أكثر. تصيب هذه الحالة الرجال والنساء على حد سواء، وتبدأ عادة بعد سن البلوغ ولكنها ليست نادرة عند الأطفال أيضاً.

يستطيع الطبيب المعالج تشخيص هذه الحالة بسؤال المريض بتسجيل أوقات نومه واستيقاظه لعدة أسابيع بصورة مستمرة ومن خلال

مراجعته لهذه النقاط يستطيع تمييز هذه الحالة .

على الرغم من أن هذه الحالة لا تتعلق مباشرة باضطرابات نفسية خاصة، أو أمراض نفسية أو عصبية، ولكن الأشخاص المصابين بهذه الحالة كثيراً ما يوصفون بأنهم طموحون محبون للعمل الشاق القوي . ذوو شخصيات وسواسية ومحاولون دائماً أن يكونوا متكاملين في صفاتهم على أكمل وجه . كما أن بعض المصابين بمرض الهوس (Mania) قد يكونون أكثر عرضة للإصابة بهذه الحالة من غيرهم .

٣ - أعراض طور النوم المتقدم (Advanced Sleep Phase Syndrome) :

هذه الحالة تمثل عكس ما يحدث في الحالة السابقة من التأخر في طور النوم، وتكون هذه الساعة البيولوجية في المنظم السرکادي قد تقدمت عدة ساعات لسبب ما، أي ما يحدث هنا هو كما يحدث للمسافر من بغداد إلى نيويورك ويكون خلالها مستعداً للنوم بتوقيت بغداد الذي يكون حوالي الساعة الثانية عشرة (منتصف الليل) في بغداد بينما يكون في نيويورك في الساعة الخامسة مساءً . عندئذ يخلد إلى النوم في ذلك الوقت المبكر وطبعاً فهو يستيقظ في وقت يكون فيه كل من حوله نائماً، يشكو عادة هذا الشخص من النعاس الشديد في أول فترة الليل عندما يكون المجتمع لا يزال صاحياً والحالة الاجتماعية على أشد ما تستوجب منه المشاركة .

بصورة عامة هذه الحالة أقل ندرة من الحالة السابقة وأعراضها ليست بالصعوبة كما هي في أعراض الحالة الأولى، والشكوى منها أقل بكثير من تأخر طور النوم .

٤ - جدول النوم الزمني غير ٢٤ ساعة (Non 24 hrs. Time Scheuled) :

هذه حالة شبه مرضية، يكون فيها المنظم السرکادي للنوم قد تم

توجيهه على حساب أن اليوم ليس ٢٤ ساعة، وإنما ٢٥ أو ٢٦ ساعة، وبذلك يتشكل عدم توافق زمني مع الساعة الحقيقية في الحياة، ويتراكم هذا الفرق الزمني بين الساعة البيولوجية في داخل رأس الإنسان مع الساعة الحقيقية في الزمن الاعتيادي الذي هو ٢٤ ساعة. يحصل اضطراب شديد في المقدرة على النوم أو الاستيقاظ من النوم في ساعات تتوافق مع مطالب الحياة بصورة عامة. قد تشبه هذه الحالة حالة التأخر في طور النوم المذكور سابقاً، ولكنها أشد بكثير، وتؤدي إلى اضطراب أكثر حسب مدة الساعة البيولوجية. مع مرور الوقت سوف تمر فترة من الزمن تتوافق خلالها الساعة الزمنية الاعتيادية مع الساعة البيولوجية داخل الإنسان المصاب بهذه الحالة حوالي كل أسبوعين أو ثلاثة أسابيع عندئذ يشعر المريض براحة نفسية ونوم هاديء، ولكن سرعان ما تتغير هذه بصورة تدريجية ويتراكم الأيام تزداد العضلة سوءاً إلى أن تصل إلى حد تكون مشكلة النوم على أشدها، وبعد ذلك يبدأ تدريجياً في التحسن إلى أن يمر في فترة التوافق الزمني بين الساعتين ويشعر المريض براحة مؤقتة مرة ثانية، وتعاد الكرة مراراً وتكراراً وهكذا.

حالات التغيير المستمر في جدول اليقظة والنوم (Rapidly Changing Sleep-Wake Cycle)

هذه الحالة خاصة يكون فيها المنظم الوقي أو الساعة الزمنية في مخ الإنسان (المنظم السرКАДي) عاطلاً تقريباً عن العمل، وبذلك فإن جدول النوم واليقظة في تغيير مستمر، ولا توجد هناك تغيرات منظمة في الدرجات الحرارية أو الهرمونات والوظائف البيولوجية والنفسية الأخرى، يشكو المصاب بهذه الحالة من عدم انتظام النوم. وأرق مستمر ونعاس شديد أثناء النهار، وعدم المقدرة على التركيز والعمل. وبصورة عامة، فإن حياته غير منتظمة، وكثيراً ما يخلد إلى استعمال الحبوب

المهدئة، والنومة في محاولة لتنظيم الحياة الاعتيادية.

من الصعوبة بمكان تشخيص هذه الحالة وتمييزها عن حالات الاضطراب النفسي والأمراض النفسية الأخرى، التي تؤدي إلى تزايد في استعمال العقاقير المهدئة، وقد تحتاج إلى فترات طويلة من الاختبارات والفحوصات وتخطيط النوم المتعدد الجوانب في مختبر النوم.

تشبه هذه الحالة إلى حد كبير ما يصادفه الذين يقومون بأعمال تختلف أوقاتها في فترات النهار، كالممرضات مثلاً اللاتي يتغير جدول عملهن من المساء إلى الصباح أو الظهر وهكذا باستمرار، وكذلك موظفي الطيران الذين تتغير أوقات نومهم باختلاف أماكن الطيران بصورة مستمرة. هؤلاء كثيراً ما يصابون باضطرابات نفسية شديدة واعتلال في المزاج واضطراب في المقدرة على التفكير وشرود الذهن مما يقلل من قابليتهم على أداء وظائفهم على الوجه الأكمل.

الفصل الثالث

الاضطرابات العضوية المصاحبة للنوم

الاضطرابات العضوية التي تصاحب النوم

الاضطرابات التي تصاحب النوم هي اضطرابات ذات صفة عضوية أو نفسية تحدث أثناء النوم، ولكنها ليست بحد ذاتها اضطرابات في النوم أي أن النوم يستمر استمراراً طبيعياً. وتحدث هذه الاضطرابات بصورة منفصلة عنه، ولكن حدوثها يصاحب النوم بصورة مستمرة، مثال ذلك المشي أثناء النوم، وسلس البول الليلي، والتقلصات العضلية التي تصاحب النوم والقلق الليلي، ومرض الصرع الليلي. وسنبداً بشرح هذا بالتفصيل.

المشي أثناء النوم (Smonobolism)

يحدث المشي أثناء النوم في فترة النوم الهاديء وفي المرحلة الثالثة والرابعة منه على التحديد، عندما يكون النائم مستغرقاً في نوم عميق ومن الصعوبة إيقاظه منه. وعند الإصرار على إيقاظ النائم فإنه يظهر في حالة غير طبيعية من عدم القدرة على التفكير، أو التعرف على المحيط، أو الكلام بصورة مترنة.

أكثر حالات المشي أثناء النوم يتبعها حالة نسيان كامل. ونادراً ما يتذكر النائم الماشي عندما يستيقظ من النوم أي شيء له صلة بما حدث في الليلة الماضية.

ما يشيع على أن الماشي أثناء النوم كثيراً ما يخرج خارج الغرفة أو يمشي في أماكن بعيدة وقد يعرض نفسه للخطر من تسلق الجدران أو الخروج من النافذة. له نصيب كبير من الصحة ومن الممكن حدوثه ولكن في الحالات الشديدة فقط.

يصاحب المشي أثناء النوم حالة تهيج وتحفز في الجهاز العصبي السبتماوي (Sympathatic Nervous System) وبذلك تزداد سرعة دقات

القلب وسرعة التنفس، ويعرق النائم عرقاً شديداً وفي بعض الأحيان يظهر منه ما يدل على أنه في حالة رعب شديدة، من صراخ وأصوات غير مفهومة.

رعب النوم (Sleep Terror)

هذه حالة تتميز بأن يستيقظ النائم فجأة وهو في حالة هذيان شديدة، ووعويل، وصراخ وكأن النائم في رعب شديد ومن ثم تنتهي الحالة ويخلد المريض إلى النوم مرة أخرى. لذلك تسمى هذه الحالة إذا كانت غير مصاحبة بالمشي بحالة (رعب النوم). كلتا الحالتين المشي أثناء النوم ورعب النوم تحدثان عادة في بداية الطفولة، وكثيراً ما تزول في مرحلة ابتداء أو مؤخرة مرحلة المراهقة، ولكن في أحيان نادرة تستمران إلى مرحلة الشباب أو فيما بعد ذلك.

لا تشكل هاتان الحالتان مشكلة عضوية أو نفسية، بأي حال من الأحوال، فإن الطفل المصاب بهما لا تبدو عليه أي أعراض مرضية من الناحية العضوية أو النفسية، ولكن إذا استمرت إلى مرحلة ما بعد سن العشرين، فإنهما تشكلان مشكلة نفسية واجتماعية تستوجب علاجها.

كذلك فإن الانفعالات النفسية القوية والاضطرابات الناتجة عن ضغط الحياة والعمل قد تؤثر على حدة هاتين الحالتين، وهناك من لا يصابون بهما إلا عندما يكونوا تحت ضغوط نفسية شديدة، وعند مرورهم بأزمات نفسية واجتماعية حادة.

وبعض الناس يعتقدون أن حالة المشي أثناء النوم أو حالة رعب النوم، تكون نتيجة استجابة، لنوع خاص من الأحلام يمر بها النائم أثناء المشي أو في حالة الرعب ولكن هذا في الواقع غير صحيح، فكما أسلفنا هذه الحالة تأتي فقط في مرحلة النوم الهاديء أي عندما يكون

الشخص خالي الذهن والفكر من أي نوع من أنواع الأحلام . ولا يعرف لهذه الحالة أي سبب معين خاص ، كما أن اصطلاح كلمة رعب ، هو اصطلاح خاطيء ليس هناك ما يثبت أن ما يمر به النائم هو خوف أو رعب حقيقي ، إنما هو شرح لما يرى الشخص المشاهد لهذه الحالة .

أحلام القلق الهجومية (Anxiety Dreams Attacks)

تسمى هذه الحالة أيضاً بنوبات الكوابيس . وتتصف هذه الحالة بوجود نوبات هجومية شديدة من الأحلام المخيفة غير المريحة ، يستيقظ خلالها الشخص النائم وهو في حالة رعب وذهول شديدة . تتميز هذه الحالة عن الحالة التي سبق ذكرها والتي سميت برعب النوم بأنها تحدث أثناء الحلم الحقيقي ، ويكون فيها المريض فعلاً في حالة أحلام يستطيع أن يتذكرها بسهولة عندما يستيقظ ، وخصوصاً إذا استيقظ أثناء فترة هذه الأحلام . وكذلك عكس ما يحدث في حالة رعب النوم فإن النائم من الممكن إيقاظه بسهولة ويسر ، وعندما يستيقظ يكون متمالكاً لقدراته العقلية والفكرية ، على عكس ما يحدث في الحالات السابقة ، ويكون متذكراً لكل أو معظم تفاصيل الأحلام التي كان يخوضها . وكذلك تختلف عن الحالة السابقة بأن الجهاز السمبتاوي لا يكون في حالة هيجان وإنما تزداد فعاليته بصورة خفيفة .

وهذه الحالة كما في الحالة الأولى تتأثر بالتغيرات النفسية والحالات الانفعالية التي يمر فيها الشخص . وأحلام القلق كثيراً ما تصادف معظم الناس بصورة اعتيادية ، وليست بالضرورة تشكل حالة نفسية صعبة أو بحاجة إلى علاج نفسي خاص ، ولكن هناك بعض الحالات الشديدة عندما تكون قوية أو متكررة ، وعلى فترات قريبة قد تحتاج إلى نوع من العلاج النفسي الخفيف القصير .

في بعض الأحيان تتأق نوبات الكوابيس من جراء انقطاع عن تناول بعض الحبوب المهدئة أو المنومة، التي تقلل من النوم الحالم النشيط، وعند انقطاع الشخص عن تعاطي هذه الحبوب بصورة مفاجئة، فإن النوم الحالم السريع يبدأ في الظهور بكميات كبيرة، مما يسبب الكوابيس القوية. وقد يؤدي بأن يستمر الشخص بأخذ هذه المخدرات أو يتناول الكحول حتى يتخلص من هذه الكوابيس وبالتالي يزيد الطين بلة.

سلس البول النومي (Eneuresis)

السلس الليلي هو حالة تبول غير إرادي على شكل نوبات أثناء النوم، تحدث عادة في ابتداء الثلث الأول من النوم، وأثناء فترة النوم الهاديء خصوصاً المرحلة الرابعة، ولذلك فليس من السهولة إيقاظ النائم خلالها لذلك لا يكون هذا الشخص في حالة حلم، كما يتصور البعض ولكن بعد عملية التبول، قد يحلم الطفل بأنه دخل حماماً أو ما يشبه ذلك.

وسلس البول عرضة للازدياد والتفاقم ولتعرض الطفل لكثير من المشاكل النفسية، مثل الشعور بالذنب والحجل الشديد، والإحراج أمام والديه وزملائه. هذا ومع العلم أن هذه الحالة في بدايتها لا يكون لها أي سبب نفسي أو عصبي معين، وإنما هي حالة لها أسبابها الوراثية.

ينشأ السلس عن تأخر في النضوج الكامل للحبل الشوكي تكون خلاله السيطرة على المثانة على مستوى ضعيف، ولكن حالما يكبر الطفل ويكتمل نموه ونضوج الخلايا العصبية للحبل الشوكي تنتهي هذه الحالة من الوجود، إلا إذا كان الطفل قد تعرض لمشاكل نفسية شديدة، عندئذ قد تستفحل أو تستمر إلى حد بلوغه الثامنة عشرة أو ما بعدها.

التقلصات أو الارتجافات العضلية أثناء النوم: (Nocturnal Myoclonus)

حالة تصيب الكثير من الناس وتتميز بوجود تقلصات واهتزازات وارتجافات في عضلة واحدة أو مجموعة عضلات، وأحياناً تشمل عضلات عضو كامل كاليد أو الرجل أو اليدين أو الرجلين معاً. تستمر هذه الارتجافات العضلية عادة ثواني قليلة معدودة، ولكن أحياناً تكفي بأن تقلق المريض وتوقظه من النوم. هذه الارتجافات تأتي بصورة غير إرادية وغير متوقعة نهائياً.

وتسمى هذه الحالة أيضاً (أعراض الرجل غير المستقرة) لأنها كثيرة ما تصيب عضلات الرجل الواحدة أو الاثنتين معاً.

قد تتكرر هذه الارتجافات أكثر من مرة، وأحياناً يصادف تكرارها مرات عديدة تجعل من النوم حالة مقلقة غير مريحة مسببة نوعاً من الأرق الشديد ثم إعياء. وتعب، ونعاس شديد أثناء النهار لعدم أخذ كفايته من النوم أثناء الليل.

سبب هذه الحالة وخاصيتها المرضية لم تعرف حتى الآن ولم يتوصل العلماء إلى كيفية حدوثها. وهي تحدث للرجال والنساء على حد سواء في حوالي الخامسة والأربعين من العمر فما فوق وتزداد عند تقدم العمر.

على الرغم من أن هذه الحالة لا تتعلق تعلقاً مباشراً سببياً بحالة نفسية معينة. ولكن الانفعالات النفسية المختلفة سواء القلق النفسي أو الاكتئاب أو المرور بظروف عصبية كفقْدان شخص عزيز. كل هذا يؤدي إلى تفاقم الحالة والازدياد من حدوثها. فالمصابون بحالة طفيفة منها ما لا يقلق نومهم بكمية تذكر. تبدأ هذه الحالة عندهم بالازدياد عندما يمرضون بظروف نفسية عصبية مما يسبب لهم أعراضاً واضحة من قلق

نفسي أو أرق شديد، ونعاس أثناء النهار. وكذلك مما يزيد من حدة الحالة تناول الحبوب المهدئة والكحول.

تصيب الارتجافات العضلية كثيراً من الناس وغالباً على شكل خفيف دون أن تسبب أي شكوى، وفي بعض الأحيان لا يكون المنصب على علم بوجودها وتكتشف فقط بطريق الصدفة.

أحياناً تصاحب هذه الحالة حالات اضطرابات النوم الأخرى مثل مرض (النايكولسي) أو عسر التنفس، أو توقف التنفس أثناء النوم، وغيرها.

وتحدث هذه الارتجافات العضلية عادة أثناء النوم الهاديء في مرحلته الرابعة، ويصبح النائم بعدها في حالات قريبة من اليقظة ويسهل استيقاظه بانتقاله إلى مرحلة نوم خفيف وأحياناً يستيقظ فعلاً.

هناك ظاهرة نادرة عند الأشخاص الذين لا تظهر عندهم هذه الحالة بشكل واضح ولا يكونون على علم بوجودها أثناء الليل لكي يبقى نومهم من نوع النوم الخفيف بسبب تكرار الارتجافات طوال الليل دون إيقاظهم. هؤلاء لا يشكون من الأرق بل من النوم الكثير أثناء النهار ونعاس دائم، وأحياناً يتسببون في كثير من الحوادث، كحوادث السيارات وغيرها.

لا يعرف للارتجافات العظيمة من سبب معين ولكن العوامل الوراثية تبدو واضحة لانتشار هذه الحالات عند بعض العوائل.

حالات الصرع المتعلقة بالنوم

مرض الصرع، هو مرض عصبي يأتي عادة على شكل نوبات، يكون فيها المريض في حالات تشنج قوية متتابة، يتبعها انخفاض في فعالية الجهاز العصبي بصورة عامة يصحب بنوم عميق لفترة معينة

يستيقظ بعدها المريض ليستأنف حياته الطبيعية إلى أن تأتي النوبة مرة أخرى.

ليس هذا المجال لشرح حالة الصرع فإنه موضوع واسع متشعب، ولكن علاقة الصرع بالنوم علاقة وثيقة جداً، فكثيراً من حالات الصرع تأتي بصورة أشد وأكثر عندما يكون المريض مرهقاً نسبياً أو لم يأخذ حاجته من النوم في اليوم السابق. وهناك حالات من الصرع تأتي فقط أثناء النوم، عند ذلك لا يكون تشخيص هذه الحالة ممكناً بدون أخذ تخطيط النوم المتعدد الجوانب طوال فترة النوم.

وكذلك حالات نوبة الصرع الجزئية، وخصوصاً الحالات التي تتأني من جراء اضطرابات الفص الصدغي (Temporal lobe epilepsy) في المخ. عندما تأتي فقط عند النوم لا يمكن تفرقتها عن حالات «رعب النوم» أو حالات «المشي في النوم» إلا باستعمال تخطيط النوم المتعدد.

حالات اضطرابات انتصاب القضيب المتعلقة بالنوم (Sleep Related Erectile Dysfunction)

هذه حالة من حالات العنة التي يشكو منها بعض الرجال وهي عدم القدرة على انتصاب القضيب بصورة كاملة للقيام بالعملية الجنسية ولم تكتشف هذه إلا مؤخراً بعد تقدم الاكتشافات في موضوع علم النوم.

تشكل الأسباب النفسية السبب الرئيسي للعنة وعدم انتصاب القضيب. أما الأسباب العضوية المعروفة والتي يمكن معالجتها لعلها لا تتجاوز ١٠٪ من مجموع حالات العنة بصورة عامة. إن أدق طريقة لمعرفة وتشخيص أنواع العنة وتفرقتها عن الحالات النفسية أو العصبية هي قياس ضغط القضيب وقدرته على الانتصاب طوال الليل، وذلك

باستخدام تخطيط المخ الكهربائي وتخطيط النوم المتعدد الجوانب بالإضافة إلى قياس درجة انتصاب القضيب. لأنه كما أسلفنا هناك فترات ينتصب فيها القضيب بصورة غير إرادية وهي أثناء فترات النوم الحالم النشط. عندما يكون سبب العنة نفسي بصورة رئيسية، فإن حالة الانتصاب أثناء النوم الملازمة لفترات النوم النشط لا تتأثر، ويستمر القضيب في الانتصاب أثناء هذه الفترات المألوفة، على الرغم من أن الشخص المعني لا يكون على وعي بانتصاب قضيبه. والحالات الوحيدة التي يكون القضيب فيها على غير مقدرة الانتصاب أثناء النوم هي في حالات تكون أسباب العنة عضوية أو عصبية مركزية، فهناك نظرية تفترض وجود أسباب عصبية مركزية بالمخ مرتبطة بميكانيكية النوم والمواد الكيميائية التي تشترك في العملية، تجعل من انتصاب القضيب أمراً غير طبيعي، وغير كاف لإتمام العملية الجنسية، وكثيراً ما تصاحب هذه الحالة اضطرابات نومية أخرى مثل حالة الارتجاج العضلي أثناء النوم، أو عسر التنفس أثناء النوم، وأحياناً اضطرابات في ضربات القلب تحدث عند النوم فقط، وهناك بعض الأدوية (البربرانول (Propranolol) الذي يستعمل في علاج ارتفاع ضغط الدم والتي كثيراً ما تتعارض هذه الحبوب مع تناول حبوب المنومات ويزداد تأثيرها سوءاً.

والعقاقير الأخرى التي تعالج ضغط الدم وكذلك العقاقير التي تحتوي على مادة مضادات الكولين، وأمثالها كثير مثل حبوب الحساسية وحبوب بعض مضادات الاكتئاب أو حبوب مضادات الذهان. كل هذه العقاقير من الممكن أن تسبب نوعاً من أنواع العنة وتؤثر على المقدرة الجنسية للرجل.

في بعض حالات الاكتئاب الشديد يكون هناك انخفاض في الشهوة الجنسية، وأحياناً يصاحبها انخفاض قابلية القضيب على الانتصاب وفي

مثل هذه الحالة يكون عادة الانتصاب طبيعياً أثناء النوم على الرغم من شكوى المريض بانعدام قدرته على الانتصاب أثناء المحاولات الجنسية .

الانتصاب المؤلم أثناء النوم :

هذه حالة نادرة جداً يكون القضيب فيها منتصباً بحالة طبيعية أثناء النوم ، ولكنه مصحوب بألم شديد أثناء حالة الانتصاب التي تصاحب النوم النشيط الحالم ، ومثل هذه الحالة عادة تكون نتيجة أمراض أخرى ، مثل مرض فقر الدم الوراثي من نوع السيكل (الخلايا المنجلية) . وهناك أمراض أخرى جراحية تصيب القضيب نفسه وتصحب هذه الحالة .

طحن الأسنان أثناء النوم :

تحدث هذه الحالة في أول مراحل بدء النوم الهاديء ، تكون تقريباً في المرحلة الثانية ، ويقوم النائم فيها عادة بطحن أسنانه بصورة دائمة وفي غير وعي منه .

لم يوجد لهذه الحالة سبب معين ، سواء كان نفسياً أو عضوياً ، على الرغم من أن هناك بعض الأطباء النفسيين الذين يتصورون أن هذه الحالة تحدث في الأشخاص الذين تمتليء صدورهم غضباً وخنقاً ولا يستطيعون التعبير عن هذه الحرارة الداخلية .

وكثيراً ما تصاحب هذه الحالة اضطرابات النوم الأخرى مثل اضطراب التنفس أثناء النوم وغيرها . وقد تؤدي هذه الحالة في كثير من الأحيان إلى أضرار جسيمة في الأسنان .

ضرب الرأس الليلي :

هي حالة نادرة تصيب الأطفال من سن الرضاعة إلى حد مراحل الطفولة الأولى . وتتميز بضربات إيقاعية بالرأس على الحائط أو جهة

حافة السرير، وبصورة مستمرة إلى حد الإعياء. وتحدث هذه الحالة عادة أثناء النوم وفي أثناء مراحل النوم.

الأطفال المصابون بهذه الحالة يكونون عادة من النوع الذي يشكو من أمراض نفسية وعصبية شديدة، وعند بعض المتخلفين عقلياً. ولكن هناك بعض الحالات تحدث عند الأطفال الرضع الطبيعيين جداً، وقد يكبر الطفل ولا يوجد أي آثار تدل على أي اضطراب عصبي ونفسي ملموس.

شلل النوم الوراثي:

تشبه هذه الحالة بحد كبير حالة الشلل النومي الذي سبق ذكره في بحث الناركولبسي. ولكنه حالة تحدث بنفسها أي بدون أن تكون هناك أعراض أخرى لمرض الناركولبسي، كالنوم الشديد أثناء النهار وحالات الكتابلكسي.

يشعر المريض بهذه الحالة بعدم القدرة على الحراك حالماً يبدأ بالنوم ولكن هذه الحالة تذهب عند الاستيقاظ. وتتميز هذه الحالة بانتشارها الوراثي وتصيب عادة الرجال دون النساء، حيث كان عامل الوراثة هنا متعلق بكرموزوم الجنس.

مرض صداع الشقيقة المزمّن:

مرض صداع الشقيقة المزمّن الذي يأتي على نوبات صداع قوية وجادة نتيجة تقلص ثم انبساط الشرايين المغذية للرأس هو مرض معروف ومنتشر بصورة كبيرة، ولكن هناك حالات كثيرة منه تكون حساسة أو متعلقة بنوع خاص من أنواع النوم. وأن كثيراً من نوبات الصداع تبدأ عند بداية النوم النشط الحالم، أي قد يسيقظ المصاب بهذه

الحالة عند النوم، مع صداع شديد، يكون فيها في فترة النوم النشط الحالم.

هذه الحالة عادة ما تكون وراثية وتصيب النساء أكثر من الرجال.

اضطراب عمليات البلع واختلال تقلصات المريء المعلقة بالنوم:

هذه الحالة تصيب عادة كبار السن، ويشكو المريض عادة من ألم وحركات في الصدر مع آلام معوية وحموضة في المعدة والفم.

تتميز هذه الحالة بحساسية عند نقطة معينة من حالات النوم، يبدأ بها بتقلصات غير طبيعية تجعل محتويات المعدة تصعد إلى الأعلى وإلى الفم، وفي الأحوال الطبيعية تبلغ محتويات الفم واللعب بصورة غير إرادية. ولكن في هذه الحالة المرضية تبقى في الفم ولا تنزل إلى الجوف في طريقها المعتاد، مما يسبب فترات من اليقظة أو الاستيقاظ من النوم، المصاحب بشعور باختناق شديد وسعال مستمر بسبب نزول محتويات المعدة واللعب إلى القصبات الهوائية.

تسبب هذه الحالة بالإضافة إلى اضطرابات التنفس والمعدة اضطرابات في النوم وأرق شديد، مما يعرقل الشعور بالانتعاش واليقظة أثناء النهار، ويصاب المريض بنوبات نوم ونعاس خلال اليوم.

تشخص هذه الحالة بطريقة واحدة وهي أن تؤخذ عينات من محتويات المريء أو المعدة أثناء الليل وأثناء النوم، وتراقب تقلصات المريء خلال النوم، وتقارن بما يسير إليه تخطيط النوم المتعدد الجوانب وتحلل محتويات المريء وتعين درجة الحموضة في هذه المحتويات.

حالات الربو الليلي:

الربو هو مرض جسدي معروف يسببه نوع من أنواع الحساسية، التي تصيب القصبات الهوائية، مصحوبة بأصوات وعسر شديد في التنفس، مع سعال، ولكن هناك حالة خاصة تأتي فقط أثناء النوم. وأحياناً يصعب تمييزها عن حالات رعب النوم أو حالات هجوم الأحلام المقلقة.

تصيب هذه الحالة الأطفال عادة وعلاجها لا يختلف كثيراً عن علاج حالات الربو الاعتيادية.

اختلاف أو اضطرابات القلب المتعلقة بالنوم:

وجد حديثاً أن كثيراً من أمراض القلب واضطرابات دقات القلب ونبضاته قد تزداد بصورة خاصة أثناء النوم. وهناك ملاحظة خاصة هي أن حالة النوم النشط كثيراً ما يصاحبها اختلال في انتظام دقات القلب، بصورة اعتيادية، ولكن عندما يكون القلب مريضاً في الأساس فإنه يكون أكثر عرضة للاضطرابات من القلب الطبيعي. النوم الحالم النشط وتحدث عادة في الجزء الأخير من الليل والقريبة من الفجر عندما تكثر كمية النوم الحالم.

هناك حالات خاصة، يكون فيها القلب حساساً بصورة معينة تجاه مرحلة النوم الحالم ويكون اضطرابه فقط أثناء هذه الفترة. ومن الأهمية أن نشير إلى أن ما يعنى باضطرابات القلب المتعلقة بالنوم في هذا الموضوع، هو غير ما يحدث للقلب في الحالة السابقة التي شرحت من قبل، وهي حالة توقف أو اضطراب التنفس أثناء النوم والتي يضطرب فيها القلب ويمرض بسبب قلة الأوكسجين المتسبب من انقطاع التنفس أثناء النوم وقد سبق شرحها بالتفصيل في فصل سابق.

الشخير:

إلى زمن قريب والشخير يعتبر حالة طبيعية منتشرة في الكثيرين من الناس خصوصاً الرجال فوق سن الأربعين. ويعرف الشخير بأنه أصوات متميزة تصدر من النائم أثناء نومه عند الشهيق. نادراً جداً ما يشكو الشخص المصاب بالشخير من ذلك، ولكن الذي يشكو هو زوجته أو أي شخص آخر حدى به الزمن بأن ينام على مقربة من الشاخر.

يحدث الشخير من جراء محاولات عنيفة للشهيق بوجه نوع من الانسداد في المجاري الهوائية في البلعوم والقم. ويكون بسبب رخاوة بعض العضلات في البلعوم وسقف الحلق وتشد تلك الرخاوة إلى درجة كبيرة أثناء النوم العميق خصوصاً في مرحلة النوم المصادفة أو ما يسمى بمركز العيون اسر يوم أو عن اشتداد فترة الأحلام. هذا بالإضافة إلى ثقل الفك السفلي وانبساط عضلات اللسان السفلية يؤدي إلى تراجع اللسان إلى الوراء وازدياد شبه الانسداد في تلك المجاري الهوائية.

من ذلك نرى ان الشخير ليس بإحدى الحالات الطبيعية البحتة بل إن حوالي نصف المصابين بالشخير القوي المزمّن يصابون بما يعرف بمرض عسر النفس النومي الذي يصاحبه توقف وقتي في عملية التنفس يتكرر عدة مرات أثناء النوم وفي بعض الأحيان وفي الحالات الشديدة يؤدي إلى نقص في الأوكسجين الذي إذا استمر لفترة طويلة يؤدي إلى اختلاطات تصيب الرئة والقلب وجهاز الدوران. ومن هنا نرى أن الشخير خصوصاً إذا كان عالياً ومستمراً يجب أن لا يوضع في مجال الضحك والمداعبة فقط. بل إنه قد يدل على احتمال الإصابة باختلاطات قد تكون خطيرة والمشكلة هنا أن تلك الاختلاطات لا تأتي إلا بعد فترة وزمن طويل وبصورة تدريجية بحيث يصعب على الشخص

المصاب بكثرة الشخير أن يعرف أن لشخيره هذا سبب مهم لإصابته في تلك العلل الجسمية .

أما علاج الشخير فإنه قد لا يكون إلا بإجراء عمليات جراحية في عضلات البلعوم ، وهناك بعض الحالات الشديدة ذات اختلاطات قوية يضطر فيها إلى إجراء عملية فتح في القصبة الهوائية عند الرقبة حتى يتنفس منها المريض أثناء النوم ويمكن غلقها في النهار. هناك بعض العقاقير ربما نفعت في الحالات الخفيفة تفادياً للجراحة كما أن نقص الوزن عامل مساعد مهم لأن السمنة تضيف ثقلًا آخر على البلعوم والمجاري التنفسية .

وأخيراً نرجو أن لا نكون بشرحنا هذا قد جلبنا الخوف إلى نفوس المصابي بالشخير فإن ما ذكرناه هو من باب التحذير والحقيقة أن معظم الناس الذين يشخرون يعيشون حياة طبيعية ولا خوف عليهم ولا هم يحزنون .

الفصل الرابع

علاج اضطرابات النوم

علاج اضطرابات النوم

علاج اضطرابات النوم بصورة عامة يتطلب الإلمام بتفاصيل عديدة من الناحية الطبية العضوية ومن الناحية النفسية للمريض، إجراء التحليلات المخبرية والإشعاعية بصورة كاملة. بالإضافة إلى ذلك أخذ تاريخ مفصل عن طبيعة النوم والشكوى التي يشكو منها المريض، مع أسئلة عامة توجه إلى زوج المريض أو زوجته لمعرفة دقائق تفاصيل أسلوب النوم معرفة كاملة، حول تاريخ كل الأمراض الجسمية والجراحية التي مر بها المريض وكذلك حالاته النفسية السابقة والحالية، مع الإلمام بالأدوية والعقاقير التي تناولها المريض حالياً أو سابقاً. ومن ثم محاولة تثقيف المريض بحيث يكون على علم بطبيعة النوم واحتياجاته الجسمية والنفسية، أو محاولة الإقلال من استعمال الحبوب المهدئة والمنومة إلى آخره. علاج اضطراب النوم يتطلب تعاوناً وثيقاً وثقة متبادلة مع الطبيب النفسي.

العلاج غير الدوائي:

هناك عدة أنواع من العلاج النفسي والسلوكي التي من الممكن استخدامها لعلاج هذه المشاكل وذلك بدون اللجوء إلى مهدئات أو منومات. فمثلاً هناك العلاج السلوكي، باستخدام طرق الاسترخاء، ويأتي هذا بإعطاء إرشادات وتعليمات معينة من الطبيب النفسي، يستخدمها المريض وعلى أثرها يبدأ بعملية استرخاء متدرج. هذا الاسترخاء يجعله أكثر قابلية واستعداداً للنوم. وهناك طرق علاجية أخرى، باستعمال بعض الأجهزة الالكترونية التي تربط على المريض، وتجعل من الإمكان مراقبة التغيرات التي تحصل على عضلاته، وعلى توججات المخ الكهربائية، وبتثقيف المريض وتعليمه كيفية السيطرة على

درجة توتر العضلات ، أو أمواج المخ فإنه يستطيع بالتدرج السيطرة على نفسه والاسترخاء والنوم . وهناك طرق أخرى مثل استعمال ما يسمى «بابطال الحساسية الجهازية» . وهذا يتم بتعلم المريض بأن يقرن وقت النوم مع الإحساس براحة جسمية وجسدية قوية بحيث تجعله أكثر استعداداً للنوم .

هذا بالإضافة إلى تعليم المريض كيف ينظر في حياته إلى أسباب خاصة ، وعلاقات مميزة ، كانت أو من الممكن أن تسبب نوع من القلق في وقت النوم ، أي أن يتحرى بنفسه عن أسباب اجتماعية أو شخصية تسبب صعوبة النوم التي يعاني منها .

هناك طرق من الممكن تعليمها للمريض تجعله يشعر بقابلية على أن يدير نفسه ، ويسيطر على أفعاله ويراقب كل ما حوله بدقة . يبدأ بعمل مفكرة خاصة يسجل فيها كل ما يحدث أثناء نومه أو ما قبل النوم . ويراجع هذه المفكرة مع الطبيب قد تتكشف أشياء لم يكن المريض على وعي بها ويتبع العلاج نوع تلك المشاكل .

صحة النوم :

من النصائح التي تعطى عادة للذين يشكون من الأرق والصعوبة في النوم ما يسمى بـ (صحة النوم) وهذا يتم بترشيده المريض إلى عدة عوامل تجعل من نومه أكثر يسراً ومنها :

١ - أن يشعر المريض بأن السرير يجب أن يكون مخصصاً للنوم فقط . أي يجب أن لا يخلد إلى السرير إلا في وقت معين ، عندما يشعر بالنعاس فقط . ولكنه إذا شعر بأن النعاس لن يأتي فعليه ترك السرير والخلود إلى الجلوس في محل آخر والانشغال بالقراءة أو مشاهدة التلفزيون إلى أن يشعر بالنعاس فعلاً . عند ذلك يذهب إلى السرير ،

وإذا هرب النوم منه مرة أخرى فعليه أن يعيد الكرة وهكذا إلى أن يتعلم أن لا يستخدم السرير إلا عندما يشعر بالنعاس فعلاً. هذا بالإضافة إلى أنه عليه أن يعلم أن وقت النوم ليس بالضروري محددًا، إنما يحدده الشعور بالنعاس، ولكن عكس ذلك، وقت الاستيقاظ الذي يجب أن يكون بصورة دائمة في وقت معين ويستحسن أن يكون في وقت مبكر، بغض النظر وبدون اعتبار لساعات النوم، أو وقت الخلود إلى المنام في الليلة الماضية. أي يجب على الشخص المصاب بالأرق ألا يخلد إلى النوم إلا حين شعوره بالنعاس، وعليه أن يستيقظ في وقت معين، بغض النظر عن عدد ساعات النوم، ويكون هذا الوقت ثابتاً لكل يوم، حتى أيام العطل والجمع. بالإضافة إلى أنه من الضروري إلا ينام أثناء النهار.

كثيراً ما تكون هذه الإرشادات على الرغم من بساطتها وأهميتها من الصعب على المريض تطبيقها، لأن هناك ما يشبه الوهم الشائع، بأن الشخص لا يستطيع أن يقوم بمهام عمله وتأدية واجباته اليومية أثناء النهار ما لم يأخذ قسطاً كافياً من الراحة في الليلة السابقة. وربما كان هذا صحيحاً إلى حد ما إذا كان الأرق متكرراً وعلى أيام متوالية، ولكن النوم لساعات قليلة في يوم واحد أو ثلاثة في الأسبوع لا يؤثر على مقدرة الشخص في اليوم الثاني على العمل والتركيز، اللهم إلا إذا كان هذا المرض مزمناً ومستمراً. ولكن على أية حال ينبغي على الشخص الذي يبدأ في عملية التدريب على النوم الصحيح أن يتمسك بهذه التعليمات بشدة. وفي بعض الأحيان قد يتطلب التزامه بهذه التعليمات علاجاً نفسياً متكرراً، وأحياناً ربما يضطر إلى إدخاله المستشفى لأيام معدودة إلى أن يستقر نومه.

من العوامل التي تؤدي إلى نوم صحيح وصحي الرياضة. ان

الرياض عادة إذا ما تمت في وقت الصباح، أو وقت ما بعد الظهر أو المغرب، فإنها تؤدي إلى الإكثار من النوم الهاديء مما يجعل الشخص أكثر انتعاشاً أثناء النهار. أما التمارين الرياضية التي تجرى في المساء، أو قبل النوم فإنها في الغالب تؤدي إلى عكس المطلوب وكثيراً ما تؤدي إلى الزيادة في الشعور بالانتباه واليقظة وبالتالي الأرق.

هناك عوامل على بساطتها من الممكن أن تؤثر على النوم الصحيح، ومنها المحيط في البيت أو غرفة النوم، كالضوضاء، أو وجود أشخاص غير مرغوب فيهم بالغرفة، أو تكون درجة الحرارة عالية في غرفة النوم خصوصاً إذا زادت عن ٢٣ درجة مئوية. والنوم الذي يكون أصح وأكثر هدوءاً هو أن تكون درجة حرارة الغرفة منخفضة قليلاً مع استعمال الأغذية.

النوم مع المعدة الخاوية والشعور بالجوع، يعرقل عملية النوم الصحيح، ومن المعروف أن كوباً من الحليب يحسن عملية النوم الصحيح، وذلك أن كوباً من الحليب وخصوصاً الدافئ يزيد من كمية الترتوفين في الجسم، مما يساعد على النوم الأكثر هدوءاً هذا بالإضافة إلى العامل النفسي المهديء للحليب، الذي يذكر المرء بصورة غير إرادية بدفء وحنان الأم عندما كان يرضع منها في صغره.

العلاج الزمني:

أما علاج حالات الأرق الخاصة تلك التي تتأني من تغيير ساعات العمل بصورة مستمرة بين نهار وليل، فإن هذا لا يتم إلا باستبدال طبيعة العمل، أو الانتقال إلى عمل آخر، لا يتطلب تغييراً في أوقات وساعات العمل المستمر.

في الحالة التي ذكرت سابقاً والمسماة بتأخر طور النوم، يستخدم

ما يسمى «بالعلاج الزمني». والعلاج الزمني هو طريقة خاصة يتم خلالها ضبط إيقاع المنظم السرКАДي الذي مر ذكره، بحيث يمكن تقديم هذا المنظم أو تأخيره ليكون متوافقاً مع الساعات الزمنية للنوم. ويتم ذلك بأن يطلب من المريض بأن يؤخر نومه ساعتين كل ليلة. أي بأن يجبر نفسه على السهر وعدم النوم في اليوم الأول، بأن ينام في الساعة الثانية صباحاً وفي اليوم الثاني ينام في الرابعة صباحاً، وفي اليوم الثالث ينام في الساعة السادسة صباحاً، ويستمر في هذه الطريقة إلى أن يحدث خلال أسبوع أو عشرة أيام بأن ينام في الساعة الحادية عشرة أو في الثانية عشرة، عند ذلك يكون منظم النوم السرКАДي قد توافق مع التوقيت الحقيقي لليوم ويشفى المريض من علته.

العلاج الزمني على سهولته، لا يمكن تطبيقه إلا تحت مراقبة شديدة، وتحت ظروف معينة خاصة، يكون فيها المريض على اتصال مباشر ومستمر مع الطبيب المعالج، ويمنع خلالها استعمال أي نوع من أنواع الكحوليات أو المهدئات.

العلاج غير الدوائي لأمراض النوم المتزايد:

العلاجات النفسية والسلوكية لحالات النوم المتزايد والنعاس الشديد أثناء النهار. ليست فعالة كاستعمال العقاقير والأدوية الطبية التي تكون هنا العلاج الرئيسي الأول في الاستعمال. أما في حالة فشل أو عدم استطاعة هذه العقاقير أن تخفف من شدة المرض عندئذ يكون العلاج النفسي ذا فائدة كبيرة بالنسبة للمريض، فالمعروف بأن العوامل النفسية والضغط العصبي قد تؤدي إلى ازدياد أو تفاقم حالة ازدياد النوم أو كثرة النوم، وخصوصاً مرض الناركولبسي، هذا بالإضافة إلى أن المريض يستمر لمدة سنين طويلة عادة، قبل أن يفكر بالعلاج. يكون عند ذلك قد تعود على حالته وقد تأقلم على المرض ومن الصعب عليه تغيير ذلك،

فكثيراً ما يصبح هذا المرض جزءاً من شخصية المريض ومن الصعوبة
بمكان تغيير الشخصية .

يجب على الطبيب مشاركة أفراد العائلة بالعلاج ، حتى يكونوا على
اطلاع وعلم بما يجري مع المريض وحتى يقوموا هم بدورهم في مساعدة
المريض بعد حصولهم على ثقافة كافية حول طبيعة هذا المرض .

وإشراك الزوجة بالذات قد يكون له أهمية كبيرة ، خصوصاً أن
حالات هذا المرض ، كثيراً ما تؤدي إلى اختلال في العلاقات الزوجية
فكما أشرنا أنه من الممكن بأن يدخل المريض في حالات هجوم نومي
عميق عندما يكون منفِعلاً انفعالاً شديداً ، وحتى خلال العملية
الجنسية .

ينصح المريض بعدم تناول أي أدوية مهدئة والامتناع عن الكحول
بتاتاً ، كذلك يجب عليه أن لا يقاوم النعاس مقاومة شديدة أو يحرم نفسه
من النوم متعمداً ، وعليه أن يخلد إلى النوم في ساعات معينة ، بعكس ما
نطلب من مرضى الأرق أن يفعلوا وكذلك عليه أن يعطي نفسه فترة ينام
فيها أثناء النهار فإن النوم أثناء النهار ولولفترات قصيرة قد يؤدي إلى
انتعاش شديد لمثل هؤلاء المرضى . وعليهم كذلك الإقلال من وزنهم
لأن الزيادة في الوزن تزيد من شدة الحالة ، والالتفات إلى الغذاء الذي
يتناولونه ، ليكون مليئاً بالمواد الغذائية والفيتامينات ، وعليهم الامتناع
عن تناول الكثير من الحلويات والمواد السكرية حيث أن المواد السكرية
تزيد من حدة المرض ، هذا بالإضافة إلى أن مرضى الناركولبسي يميلون
بطبيعتهم إلى السكريات ولديهم رغبة وشهية شديدة نحوها .

على مرضى الناركولبسي أن يمتنعوا عن الأعمال التي تتطلب يقظة
وحذراً دائماً ، كقيادة اللوريات ، أو المكائن المعقدة ، عليهم أن يمتنعوا
عن السباحة بمفردهم .

علاج الاضطرابات التي تصاحب النوم :

أكثر الحالات التي شرحت بفصل الاضطرابات التي تصاحب هذا النوم لا يوجد لها علاج خاص معين بدون استعمال العقاقير. فمرضى المشي أثناء النوم، أو الكلام أثناء النوم ورعب النوم، وهي حالات تصيب الأطفال عادة، وتذهب تدريجياً بمرور الزمن. ولا يترتب عليها أي مشاكل نفسية أو عضوية، هؤلاء الأطفال يكبرون بصورة طبيعية ويأخذون طريقهم في الحياة بدون مشاكل، إلا القلة القليلة التي تستمر فيها الحالة عند سن البلوغ، عند ذلك تكون المعالجة باستعمال العقاقير التي تقلص أو تخفف من قلة النوم الهاديء وخصوصاً المرحلة الرابعة، مثل حبوب الفاليوم ومشتقاته.

أما علاج ما سبق ذكره من التبول أثناء الليل أو السلس البولي، فعقار الإمبرامين (Impramin) هو أنجح علاج يمكن أن يستخدم. ولكن يمكن علاج الطفل بدون استخدام هذا العقار وذلك بأن يعلم الطفل كيفية استخدام التمارين الخاصة، كتمارين المثانة، وهذه التمارين تتكون من محاولة الطفل حبس البول في المثانة مدة أطول أثناء النهار إلى أن يشعر الطفل بضغط شديد على المثانة، عند ذلك فقط يذهب إلى الحمام، وبهذا نتحسس منطقة عنق المثانة، وتجعله أكثر يقظة وانتباهاً عند امتلائها.

هناك أيضاً إجراءات أخرى يمكن اتخاذها في هذه الحالة منها مثلاً استعمال الفراش الكهربائي، الذي يدق جرساً حال بللّه، ويوقظ الطفل مباشرة. وبمرور الوقت تتشكل للطفل حساسية بأن لا يتبول أثناء النوم بقدر المستطاع، أو يستيقظ ليذهب إلى الحمام قبل نزول البول.

العلاجات الطبية لاضطرابات النوم:

تشمل هذه العلاجات استخدام الأدوية والعقاقير الخاصة ولا تشمل الحبوب المنومة لأنه قد ثبت أن فعالية هذه الحبوب المنومة لمعالجة الأرق، قد يؤدي إلى عكس النتيجة على المدى الطويل، وحين يضطر الطبيب إلى استعمال هذه الحبوب، وفي بعض الأحيان هناك ضرورة من استعمالها. فيجب أن تستعمل على فترات طويلة تزيد عن ٣ - ٤ أسابيع، وبكميات ضئيلة وبسيطة.

معظم الحبوب المنومة خصوصاً مجموعة (الباربيتوريت Barbiturates)، عدا الفاليوم وأشباهه كما أسلفنا سابقاً، تؤدي إلى انخفاض ملحوظ في نسبة النوم النشط، وكما بينا أيضاً أن الفاليوم وأشباهه (Benzodiazepine) تؤدي إلى انخفاض كمية النوم الهاديء، فيما لو أعطي بجرعات عالية، ولكن وبصورة عامة تعتبر هذه المجموعة (أي أشباه الفاليوم) من أحسن أنواع الحبوب المنومة، لخلوها، من تلك العيوب، إذا أعطيت بجرعات متوسطة.

بما أن الجرعات العالية من الفاليوم وأشباهها تعمل على انخفاض وتقليل كمية النوم الهاديء وخصوصاً المرحلة الرابعة، فإنما تستعمل لعلاج حالات، رعب النوم، والمشى والتكلم أثناء النوم لأن هذه المظاهر تأتي دائماً في مرحلة النوم الرابعة.

هناك بعض أنواع العقاقير التي تساعد على النوم والتي تهديء بعض الشيء ولكنها لا تؤدي إلى الإدمان أو التعود ومنها الحبوب المضادة للاكتئاب مثل (أميتربتالين Amitriptyline) ومنها مجموعة الفينوثايزين (Phenophtiazine) ومنها بعض أنواع مضادات الهستامين مثل البندريل (Benadryle).

الحبوب المضادة للاكتئاب هي الأكثر استعمالاً، كحبوب منومة في الوقت الحالي لخلوها من أي أثر للإدمان أو التعود، وقد لوحظ في السنوات الأخيرة، منذ انتشار استعمال هذه العقاقير المضادة للاكتئاب والفينوثايزين أن كميات الحبوب المنومة الموصوفة من قبل الأطباء قد انخفضت إلى حوالي نصف ما كانت عليه قبل عشر سنوات .

الحبوب المنومة بصورة عامة، تفقد فعاليتها كمهدئة أو منومة لمدة أطولها شهر، كما قد أثبت ذلك عملياً وعلمياً في مختبرات النوم . وهذا الموضوع يثير الانتباه، إذا علمنا أن أكثر الذين يستعملون الحبوب المنومة، إنما يستمرون على تناولها لمدة لا تقل عن شهرين، وقد تستمر إلى أكثر من سنة . هذا يعني أن استمرار تناول هذه الحبوب بعد ثلاثة أو أربعة أسابيع، لا يكون إلا بسبب تكون مناعة أو نوع من التعود عند المريض . أما فائدتها كعامل منوم، فإنه يفقد مبكراً . هذا بالإضافة إلى أن الانقطاع عن أخذ الحبوب المنومة، يؤدي إلى استرجاع مضاعف لكمية النوم المفقودة من النوع الحالم النشط وتكثر أثناء الكوابيس، هذا فيما لو استطاع المريض فعلاً أن ينام بعد انقطاع الحبوب لأن الانقطاع وخصوصاً المفاجيء يتبعه فترة طويلة من الأرق .

وتعتبر حبوب الفاليوم وأشباهاها من أحسن أنواع الحبوب المنومة، فيما لو اضطر الإنسان إلى تناول أي نوع من الحبوب لأنها لا تؤدي إلى نفس الحالة من الأرق الشديد عند انقطاعها كما أنه لا يوجد هناك خطورة تذكر من تناول هذه الحبوب بكميات كبيرة في المحاولات الانتحارية لأنها لا تسبب انخفاضاً في أعمال الجهاز العصبي المركزي في جذع المخ وبالتالي من الندرة أن يسبب تناول هذه الحبوب الموت ولو أخذت بكميات كبيرة لمحاولات انتحارية، اللهم إلا إذا أخذت هذه الحبوب بالإضافة إلى حبوب ومنومات أخرى، فذلك يضاعف مفعولها،

وخصوصاً إذا مزجت مع الكحول فإن ذلك يؤدي إلى الموت أحياناً.

من المهم جداً عند محاولة الطبيب إيقاف المريض عن تناول الحبوب المنومة خصوصاً إذا كان يتناولها لمدة طويلة أن يبدأ بالانقطاع بصورة تدريجية. ويتم هذا بتقليل الجرعة بمقدار ١٠ - ٢٠٪ من كمية الجرعة التي يتناولها، كل أسبوع، أي أن في كل أسبوع يقلل من ١٠ - ٢٠٪ فقط من كمية الحبوب التي يتناولها، وفي الأسبوع الثاني يقلل ١٠ - ٢٠٪ أخرى وهكذا. وعلى المريض أن يعلم، ويكون على اطلاع، بأنه سوف يواجه بعض الصعوبات أثناء النوم وأثناء تقليل كمية الحبوب المنومة، وربما يلاحظ ازدياد في كمية الأحلام المزعجة والكوابيس.

ليس كل من تناول الحبوب المنومة له القابلية على الإدمان والتعود عليها فهناك من الأشخاص ممن يتناولون هذه الحبوب لمدة معينة، وبكمية محدودة، وبحكمة، بحيث لا يعتمدون على تناولها إلا في الأحيان القليلة التي يشاهدون فيها صعوبة في النوم، ومثل هؤلاء لم يثبت أنهم معرضون للتعود أو الإدمان على هذه الحبوب ولم يصابوا بأي ضرر معروف.

يمكن الطبيب من معرفة الشخص الذي لديه القابلية على الإدمان أو التعود على تناول هذه الحبوب، من خلال أول أسبوعين من زيارته، بأن يلاحظ الناس الذين هم أكثر عرضة للإدمان على تناول المنومات وهم الذين يشكون من انفعالات عصبية، واعتلال في المزاج ملحوظ. ولهم مشاكل عاطفية ونفسية. كذلك إذا كان المريض قد تناول ضعف الكمية الموصوفة له أو أكثر خلال أسبوعين معينين، فإنه أكثر عرضة للإدمان على هذه الحبوب.

عند محاولة الطبيب قطع الحبوب المنومة، عن المريض عليه أن يعرف، أن الأبحاث قد أثبتت أنه في إمكان الإنسان أن يعمل عملاً طبيعياً أثناء النهار حتى ولو لم ينم نهائياً طوال الليل، وليومين متتاليين. وبعد ذلك قد يبدأ مستوى كفاءة عمله أو حيويته بالانخفاض.

أن الحبوب المنومة كثيراً ما يكون مفعولها طويل المدى وتؤثر على فعالية ونشاط الجهاز العصبي المركزي أي المخ أثناء النهار، بعد تناول الحبوب في وقت مبكر من الليلة السابقة، وقد أثبتت بعض التجارب بأن اختبارات الذكاء لهم تقل أثناء النهار عما لو كانوا لم يتناولوا تلك الحبوب في الليلة السابقة.

هذا بالإضافة إلى أن هناك دلائل تشير إلى أن الاستمرار في استعمال الحبوب المنومة بدون انقطاع قد يعرقل النوم الهاديء نفسه، ويؤدي إلى الأرق بالتالي إذا علمنا أن أكثر الذين يشكون من الأرق عادة يشكون من اضطرابات الأرق المؤقتة، أي أن نوبات الأرق تأتيهم على فترات متقطعة وليست بصورة مستمرة، ولهذا فإن أحسن استعمال لهذه الحبوب فيما لو اضطرت إلى استعمالها، يجب أن تكون على فترات متقطعة، وعند الحاجة إليها فقط.

هناك بعض الحالات التي يجب أن يزداد الحذر فيها عند استعمال الحبوب المنومة لأن خطرها يتضاعف، وتلك الحالات تتمثل بالمرضى الذين يشكون من مرض مزمن في الكلى، أو الكبد أو المرضى الذين يتناولون الكحول بصورة مستمرة. كذلك المرأة الحامل وكبار السن.

كبار السن والشيوخ معرضون إلى اخطار تعاطي الحبوب المنومة بصورة خاصة لعدة أسباب، فكثير منهم يشكون من اعتلال في صحتهم بصورة عامة، وباعتلال في وظائف الكلى والكبد. أو يعانون من مشاكل

صدرية، أو عسر في التنفس. وقد سبق ذكر مخاطر استعمال الحبوب المنومة عندما يكون المريض يعاني من عسر التنفس أو من أمراض صدرية تنفسية شديدة. بالإضافة إلى أن كبار السن عادة ما يتناولون حبوب أخرى لعلاج حالات أخرى مزمنة كمرض القلب أو الكلى أو غيرهما، وخلط تلك الحبوب مع المنومات لا يخلو من الخطر أحياناً.

بعض كبار السن كثيراً ما تتناهم نوبات تتصف بالقلق وعدم الراحة والمقدرة على الاستقرار في مكان واحد ونراهم يذهبون ويأتون في غرفهم بدون الجلوس والخلود إلى الراحة. هذه الحالة كثيراً ما تؤدي الحبوب المنومة المعروفة إلى ازديادها سوءاً، أي أن هذه المنومات تؤدي إلى عكس المطلوب عند الشيوخ المصابين بالقلق الشديد. ومن هنا نرى أن استعمال العقاقير المتخصصة لتلك الحالات والمسماة نيوروليبتيك (Neuroleptics) مثل أنواع الفينوثيازارين (Phenophthiazin) هي الوحيدة التي بإمكانها السيطرة على تلك الحالة.

استعمال الحبوب المضادة للاكتئاب والتي لها خاصية مهدئة بدلاً من الحبوب المنومة لا بأس منه، فإنه كما مر ذكره لا تؤدي إلى الإدمان والتعود ولكن هناك ما يجب الحذر منه وهو خصائصها المضادة للكولين والتي قد تؤدي إلى ضرر في العين إذا كان المريض مصاباً بالجلوكوما (الماء الأزرق) وزيادتها قد تؤدي إلى بعض الاضطرابات العقلية إذا أخذت مع مضادات كولين أخرى ويجب أن تستعمل بحذر.

نستنتج من ذلك أنه لو اضطر إلى استعمال بعض الحبوب المنومة فإن أحسن أنواع الحبوب هي الفاليوم أو مشتقاته وخصوصاً المشتقات التي تتميز بقصر فعاليتها فالفاليوم نفسه يستمر مفعوله في الجسم أحياناً من أربعة وعشرين ساعة ولكن هناك بعض مشتقاته التي لا يستمر مفعولها أكثر من ٦ ساعات.

هناك مادة غذائية تحت الدرس والتنقيب في الوقت الحاضر ومن الاحتمال أن تكون هذه المادة، وهي حامض أميني موجود في كثير من المواد الغذائية مثل اللحوم والحليب تسمى (تربتوفين) Tryptophaine لها الخاصية على جلب نوم هاديء مريح وبدون أي مضار أو أفعال جانبية . ربما كان استعمالها عند كبار السن والشيوخ أنسب لأنها لا تؤدي إلى انخفاض القابلية المركزية أو مراكز التنفس في المخ ولا يوجد هناك خطورة على انخفاض عملية التنفس أثناء النوم . خصوصاً في هؤلاء الذين يشكون من أمراض تنفسية في الأصل . يكون التربتوفين ذات فائدة خاصة في حالات المرضى الذين يشكون من الأرق بسبب الارتجاجات والهزات العضلية التي مر ذكرها بالسابق وما يسمى بحالات الرجل غير المستقرة، خصوصاً وان استعمال الحبوب المضادة للاكتئاب والتي هي ربما أسلم أنواع الأدوية في هذه الحالات قد لا تساعد بصورة خاصة هؤلاء الذين يشكون من عدم النوم بسبب التقلصات العضلية لأنها قد تزيد من الحالة سوءاً . ومادة الاتربتوفين تساعد على جلب النوم الهاديء وخصوصاً المرحلة الرابعة بالذات فإن هذا يؤدي إلى تحسن كبير في نوعية النوم وليس في كميته فقط وعندما يستيقظ المريض يكون في حالة انتعاش وراحة كبيرتين كما يكون صافي الذهن وله مقدرة على التفكير والعمل أكثر من قبل . كذلك فتناول فيتامين ب ٦ أو فيتامين س قد يساعد مادة البرتوفين في عملها ويحسن مفعولها هذا ويعتقد أن فعالية هذه المادة تتأتى من تحولها إلى مادة السيراتونين Seratonin الموجودة في المخ والتي تسيطر على فعالية النوم من النوع الهاديء وخصوصاً المرحلة الثالثة والرابعة .

يكون علاج كثرة النوم وخصوصاً مرض النالكولسي باستعمال الأدوية بصورة رئيسية وذلك بانتقاء العقاقير التي لها مفعول محفز ومنشط

للجهاز المركزي ومنها عقاقير عائلة الأمفيتامين Amphetamin . هناك عدة أنواع من هذه الحبوب أكثرها انتشاراً الدكسدرين Dexidrine ولكن ربما كان من أنسبها عقار البيمولين (Pemolin) لأنه أقل تسبباً للأعراض الجانبية، وله مفعول طويل على مدى اليوم أو النهار كله، ولهذا يمكن استخدام جرعة واحدة في الصباح وقبل الفطور دون حاجة إلى تكرار هذه الجرعة أثناء النهار في معظم الأحيان. من الأعراض الجانبية التي يجب الحذر منها ومراقبتها هو تأثير هذه العقاقير على الجهاز الدوري والقلب وأحياناً تؤدي هذه الأدوية إلى الاختلال في الفكر والبرانويا (جنون الشك) إذا أخذت كميات كبيرة. كما أنها عرضة بأن تستساغ أكثر من اللازم من قبل المريض لمفعولها المنشط فقد تؤدي إلى نوع من أنواع التعود أو الإدمان.

إذا كان مرض الناركولسي مصاحباً بعرض الكتابلكسي الذي مر ذكره عدة مرات وما يسمى «بهجمات النوم القوية» أو كان مصاحباً «بشلل النوم» أو «الهلوسة أثناء النوم» فإن عقاقير أخرى يجب أن تستخدم لهذه الحالة ومن أبرزها بعض أنواع الحبوب المضادة للاكتئاب ولا تعطى هذه الحبوب في هذه الحالة لغرض إزالة الاكتئاب، ولكنها تعطى لمفعولها المقلل من ظاهرة النوم النشط وكما ذكرنا أن هذه الحالة أو هذا المرض يأتي من هجوم عنيف من نوع النوم النشط الحالم، يؤدي إلى اختلال في العضلات وارتخاء شديد فيها بحيث يسقط المريض على الأرض في حالة نوم عميق وبما أن هذه الحبوب تؤدي إلى الإقلال من ظاهرة النوم النشط الحالم فإنها تقلل بالتالي من احتمال إصابة المريض «بالكتابلكسي» أو الهجوم النومي. وأكثر أنواع العقاقير المضادة للاكتئاب والتي تستعمل في هذه الحالة هي كلوميرامين (Clomipramine) والإمبرامين (Imipramine) والبروتريتالين (Protryptaline) وخصوصاً

العقار الأخير لأنه له قيمة تحفيزية للجهاز العصبي المركزي لأنه يحفز النورادرينالين في المخ أكثر من غيره في الجرعة الاعتيادية ولكنه إذا أعطي في جرعة عالية فإنه يؤثر أيضاً على السيراتونين في المخ وبالتالي يؤدي إلى عكس المطلوب منه وهو الزيادة في النوم والنعاس أثناء النهار.

العقاقير المحيطة لانزيم المونوميم أوكستديس (Monoamino Oxidase Inhibitors) لهذه العقاقير خاصية التحفز، أي أنها تحفز الجهاز المركزي وبالإضافة إلى كونها من أقوى العقاقير التي تقلل من النوم النشط الحالم، ولكن أعراضها الجانبية وخطورة استعمالها تؤدي إلى الإقلال من انتشار استعمالها في هذه الحالات.

كذلك يرجى الانتباه عندما تخفض الجرعة المستعملة من تلك الحبوب ويجب أن تكون بتخفيض متدرج حتى تتفادى حالة الانقطاع التي تسبب هجوماً عنيفاً لحالة النوم النشط الحالم وتفاقماً كبيراً لظاهرة الكاتابلكسي.

اضطرابات التنفس المرافقة للنوم:

يستدعي علاج هذه الحالات التعاون الوثيق بين عدة أخصائيين منهم الأخصائي الباطني وأخصائي القلب والأمراض التنفسية وأخصائي الأنف والأذن والحنجرة بالإضافة إلى الأخصائي النفسي أو العصبي. لأن هذه الحالات كما هو معروف قد تؤثر على وظائف تلك الأعضاء. على المريض أولاً كما بينا أن يمتنع عن استخدام أي من الحبوب المنومة والمهدئة والكحول. أيضاً هناك بعض العقاقير مثل بعض أنواع الأدوية المخفضة للضغط يجب الامتناع عنها ثم على المريض أن يحسن طريقة نومه بأن يرفع المخدة عالياً ويستخدم عدة مخدات أثناء النوم ويبدأ في عمل الرجيم ويخفف من وزنه.

يعتبر عقار البروتربتولين من مجموعة المضادات للاكتئاب ولكنه يتصف بكونه منشطاً لعملية التنفس إذا كانت الصعوبة في التنفس بسيطة إلى حد ما ولكن يجب أن يحذر بعض أعراضه الجانبية فإن هذا العقار قد يؤثر على القلب وقد يغير من طبيعة نبضاته فيما إذا كان القلب في الأساس معلولاً . وكما مر ذكر عقار مادة التريتوفين فإنه قد وجد بأن لها فعالية منشطة لعملية التنفس خصوصاً أثناء النوم، كما أنه ليس لها أي أعراض غير مرغوبة على القلب وإنما لها مفعول منظم لدقات القلب .

هناك تجارب عديدة تشير إلى أن استعمال هرمون البروجستيرون (Progesterone) خصوصاً المستحضر «بروفيرا» قد يحسن وينبه عملية التنفس وذلك بأن ينشط مراكز التنفس في المخ وكما هو معروف فإن هذا الهرمون هو أنثوي، ويجب ألا يعطى إلا من قبل طبيب أخصائي على علم واسع بمدى فعاليته واحتمالات الأعراض الجانبية منه .

في بعض الأحيان استعمال الأوكسجين أثناء النوم تكون له فائدة كبيرة خصوصاً عند المصابين بعسر التنفس الناتج عن اختلال وضعف في مراكز تنظيم النوم في المخ أحياناً وقد يضطر إلى استعمال عدة عقاقير أو وسائل علاجية معاً مثل علاج البروتربتولين والتربتوفين مع الأوكسجين إذا اقتضى الأمر .

العلاج الجراحي لاضطرابات النوم:

هناك حالتان فقط من حالات اضطراب النوم تستعمل فيهما الجراحة أولاً اضطرابات التنفس النومية وثانياً اضطرابات انتصاب القضيب .

في الحالات الصعبة الشديدة من حالات توقف التنفس بسبب الإنسدادات التي تحدث في البلعوم أثناء عملية النوم وعندما تفشل كل الطرق الطبية والسلوكية في علاج الحالة عند ذلك نلجأ إلى الجراحة وهنا يبدأ الجراح في عمل فتحة بالقصبة الهوائية، يدخل من خلالها أنبوباً على كل حزف (T) الانجليزي والذي يمكن أغلقه أثناء النهار وفتحه أثناء الليل وبذلك يتنفس المريض بسهولة ويسر أثناء النمو. لقد أدت هذه العملية إلى تحسن شديد ملحوظ في المرضى الذين يعانون من توقف التنفس الإنسدادي أثناء النمو. واختفت كل أعراض النعاس أثناء النهار وكل مشاكل عدم القدرة على التركيز والاضطرابات النفسية والعقلية التي تصاحب هذه الحالة من جراء عدم أخذ النوم الكافي. هذا بالإضافة إلى تحسن شديد في حالة القلب والرئة واختفاء كل الاضطرابات النبضية للقلب مع الشفاء التام من زيادة ضغط الدم الرئوي. وفي دراسة خاصة لوحظ أن هؤلاء المرضى الذين في حاجة إلى هذه العملية ورفضوا إجراء هت لهم - قد واجهوا حالة الموت الفجائي خلال سنوات قليلة بنسبة ٢٥ ٪ منهم.

أما عند الأطفال فإن حالات تعرقل التنفس الإنسدادي أثناء النوم يمكن معالجتها ببساطة أكثر بمجرد إزالة اللوز والغدد اللحمية المتضخمة في البلعوم، هذا بالتالي يؤدي إلى تحسن الطفل من عدة نواحي تشمل تفتح الذكاء وشفائهم من الاضطرابات السلوكية والنفسية.

هناك بعض العمليات الأخرى لازالت التجارب جارية عليها ولكن ما ظهر منها لحد الآن يدعو إلى التفاؤل والتشجع فجراحة البلعوم التي يجري في خلالها قص بعض الأنسجة الرخوة في البلعوم وسقف الحلق تؤدي إلى تحسن التنفس بصورة سريعة وخصوصاً الحالات المصاحبة بالشخير المزعج. أثبتت بعض التجارب أن هذه الجراحة قد

تكون مفيدة لحوالي نصف حالات تعسر التنفس الإنسدادي أثناء النوم .
أما في حالات التنفس النومي (Central Sleep Apnea) المسبب من اضطراب أو خلل في مراكز التنفس في المخ فإن علاجه من الصعوبة بمكان ولا يوجد الآن ما يشجع في إيجاد عملية جراحية أو عثار خاص يمكن أن ينفع هذه الحالة . هناك بعض العمليات مثل زرع نابض كهربائي في مكان حيث يحفز التنفس بتحفيزه للعصب المؤدي إلى الحجاب الحاجز .

كل حالات الاضطرابات التنفسية أثناء النوم يجب أن تلقى العلاج المستمر ويكون المريض على إتصال دائم بالطبيب لإجراء الفحوصات والدراسات المخبرية التي تشمل تخطيط النوم المتعدد والعلاج النفسي .

العلاج الجراحي للعجز الجنسي (العنة) (*):

عملية الانتصاب عملية معقدة وتشمل عوامل نفسية وعصبية وأخرى خاصة بالدورة الدموية بالقضيب وتؤدي كل هذه العوامل في النهاية إلى إمتلاء أجسام الأسطوانية داخل القضيب (تسمى الأجسام الاسفنجية) بالدم مما يؤدي إلى إنتفاخها وتصلبها وبالتالي إلى إنتصاب القضيب .

علاج العجز الجنسي يشمل ثلاث إتجاهات رئيسية وهي العلاج الطبي والعلاج النفسي والعلاج الجراحي .

العلاج الطبي : يشمل العلاج بالهرمونات الذكورية في حالة هبوط نسبة هذه الهرمونات في الدم وكذلك وقف إستعمال الأدوية التي تؤدي للعجز الجنسي مثل البرولاكتين أو الأدوية التي تؤدي إلى زيادة البرولاكتين أو إلى نقص الهرمونات الذكورية . كما يشمل العلاج الطبي استعمال أدوية مثل اليوهيمين . وعلى العموم فإن العلاج الطبي عادة

(*) كتب هذا الفصل الأستاذ الدكتور نبيل بساده . استشاري جراحة المسالك البولية في مستشفى الملك فيصل التخصصي - الرياض - المملكة العربية السعودية .

مايكون محدود التأثير في أغلب المرضى . وهناك أدوية من الممكن حقنها مباشرة في الأجسام الاسفنجية بالقضيب مثل الفينوكسي بنزامين والباباقرين مما يؤدي إلى الانتصاب لمدة ساعات .

العلاج النفسي : الاتجاه السائد في العلاج النفسي هو العلاج بالتدريب السلوكي الذي وضع قواعده ماستر وجنسون .

العلاج الجراحي قد أصبح الأشديد الأهمية نظراً لفاعليته وقد أنتشر العلاج الجراحي منذ السبعينات التي تركز العلاج الجراحي أثناءها في زرع أجسام أو أعضاء صناعية داخل القضيب . وقد لاقت هذه العمليات الجراحية نجاحاً ملحوظاً . وعلى الرغم من نجاح عمليات زرع الأجسام الصناعية فقد بدأ الاهتمام يزداد مؤخراً في أنواع أخرى من العمليات التي تعتمد على زيادة دخول الدم بالأجسام الاسفنجية بالقضيب أو التي تبطئ خروج الدم من هذه الأجسام وبالتالي تزيد درجة امتلاء هذه الأجسام وبالتالي انتصاب القضيب .

بعد هذه المقدمة فإننا سنحاول في الصفحات القليلة القادمة أن نشرح بعض هذه العمليات وتأثيرها على المريض .

١ - الجراحات التي تعتمد على إبطاء خروج الدم من الأجسام الاسفنجية : بدأت هذه العمليات منذ سنة ١٩٠٨م بربط الأوردة الظهرية بالقضيب بقصد إبطاء خروج الدم من الأجسام الاسفنجية . وبعد ذلك أجريت أنواع أخرى من العمليات التي تعتمد على هذه الفكرة ، وقد لاقت هذه العمليات بعض النجاح ولكن نجاحها لا يقارن بعمليات زرع أجسام صناعية داخل القضيب . بهذا لم تلاق عمليات الأوردة القبول الكافي من المجتمع الطبي .

٢ - الجراحات التي تعتمد على زيادة دخول الدم إلى الأجسام الاسفنجية بالقضيب: مرور الدم بدرجة كافية إلى الأجسام الاسفنجية (اسرع من خروجه منها) يؤدي إلى إمتلاء هذه الأجسام بالدم وإنتفاخها وتمدها مع يؤدي إلى الانتصاب.

من الواضح اذن أن نقص سريان الدم من الشرايين إلى الأجسام الاسفنجية يؤدي إلى عدم امتلاء هذه الأجسام وبالتالي إلى عدم الانتصاب أو إلى عدم كفاءة الانتصاب وفي هذه الأحوال فإن إعادة سريان الدم بالقدر الكافي لهذه الأجسام قد يؤدي إلى عودة القدرة على الانتصاب. هذا ومن الضروري قبل إجراء هذه العمليات إجراء تقييم شامل للنواحي الطبية والنفسية للمريض وإلى تشخيص دقيق لنقص سريان الدم في شرايين القضيب. أيضاً من المهم إدراك أن شبه نجاح هذه العمليات قد تكون محدودة حتى في المرضى الذين يعانون من نقص سريان الدم في القضيب وخصوصاً في حالة إنسداد الشريان المار بالأجسام الاسفنجية ومن مرض تصلب الشرايين اللذين قد تنجح العملية معهم في أول الأمر ولكن يعيهم عودة العنة بعد فترة إذا ما انسداد شريان الأجسام الاسفنجية بعد ذلك. أما أكثر المرضى ملائمة لهذه العملية فهم المرضى صغار السن الذين حصل لهم إنسداد للشريان الفرجي نتيجة إصابات سابقة لمنطقة العجان أو الحوض.

٣ - الجراحات التي تعتمد على زرع أجسام أو أعضاء صناعية (بروستيسز) داخل القضيب.

بدأت هذه الجراحات ببطء في منتصف هذا القرن وذلك لعدم نجاح التجارب الأولى فيها وذلك لعدم كفاءة الأعضاء الصناعية المستعملة في تلك الأيام. كما سبق ذكره فإنه في السبعينات أدخلت أنواع جديدة فعالة من هذه الأعضاء الصناعية وكذلك تقدمت طرق زرعها مما

أدى إلى نسبة عالية من نجاح هذه العمليات الصناعية وكذلك تقدمت طرق زرعها مما أدى إلى نسبة عالية من نجاح هذه العمليات وبالتالي إلى إنتشارها بدرجة كبيرة. هذه الأعضاء الصناعية عبارة عن أجسام اسطوانية يوضع اثنين منها داخل الأجسام الاسفنجية بالقضيب مما يجعل منتصباً وبالتالي تعاد القدرة على إدخال بالفرج .

هذا ويوجد أساساً نوعين من الأعضاء الصناعية التي يمكن زرعها بالقضيب وهي :

(أ) الأعضاء الصلبة أو نصف الصلبة .

(ب) الأعضاء القابلة للنفخ .

من الأعضاء الصلبة أو نصف الصلبة يوجد أنواع صلبة دائماً وأخرى قابلة للثني وبالتالي من الأسهل تغطية القضيب تحت الملابس وهو مثني لتفادي أي مظهر غير لائق .

أما عن الأنواع القابلة للنفخ فهي أيضاً تزرع في القضيب كما سبق شرحه وعند الرغبة في الجماع فإنها تنفخ ارادياً (عن طريق منفاخ صغير بها مزروع داخل الجسم أما في الجسم الصناعي الاسطواني نفسه أو مستقل عنه - مما يؤدي إلى الانتصاب ثم بعد نهاية الجماع فإنها تفرغ وبالتالي ينكمش القضيب مما يؤدي إلى سهولة اخفائه تحت الملابس .

وقبل إجراء عمليات الزرع فإنه يجري تقييم شامل طبي ونفسي للمريض للتأكد من ملائمته طبياً ونفسياً لهذه العملية وبعد ذلك يتم اختيار العملية المناسبة للمريض ثم تشرح العمليات المختلفة وأنواع الأعضاء الصناعية التي يمكن زرعها ومزايا وعيوب كل منها .

بعد اختيار نواع العضو المناسب للزرع يقوم الجراح بقياس أعضاء

المريض لاختيار الحجم المناسب ثم يتم تحديد موعد العملية . وقبل إجراء العملية يُحضر المريض بما يشمل استعمال مضادات حيوية مناسبة وغسل مناطق إجراء العملية الخ . . .

بعد إجراء العملية يترك المريض المستشفى بعد عدة أيام وعادة ما يستمر في استعمال المضادات الحيوية لمدة أسبوعين ولكن لا يمكنه المجامعة إلا بعد إنقضاء مدة يحددها الطبيب حسب ظروف المريض الصحية ونوع العملية وكذلك يجب استعمال ملابس واسعة خفيفة عدم عمل أي تمارين رياضية قاسية لمدة شهر إلى ٦ أسابيع وبعدها يراجع الطبيب الذي يقرر بعد الكشف على المريض إذا كان من الممكن مزاولة العلاقات الجنسية أم يجب على المريض الانتظار لفترة أطول .

الفصل الخامس

التنويم المغناطيسي

التنويم المغناطيسي على الرغم مما يكتنفه من الغموض والتساؤلات هو في الحقيقة ظاهرة طبيعية ربما كانت معروفة على مدى أزمنة غابرة. وتعرف هذه الظاهرة بأنها حالة من حالات التركيز الذهني تتميز بإختفاء كلي أو جزئي للوعي حول المحيط الخارجي مع بقاء نوع من الوعي المركز حول نقطة أو اتجاه معين. معنى هذا أن المنوم مغناطيسياً يفقد كلياً أو جزئياً أي شعور بالمحيط حوله ولكن يبقى ذهنه متصلاً وواعياً بالشخص المنوم بشكل إتصال دائم مركز وحساس وقد يفقد هذا النائم بعض قدراته على تقدير الأمور إرادياً ويقبل تفكيره الإرادي. وقد تستخدم هذه الظاهرة أو العلاقة الشديدة بين النائم والمنوم للحصول على غرض معين. في الحالات الطبيعية وعندما يستخدم التنويم المغناطيسي في علاج الحالات النفسية، فإن هذا الغرض أو الهدف المعين يكون لصالح المريض أو النائم.

كل ظواهر التنويم المغناطيسي يمكن اعتبارها تنويماً مغناطيسياً ذاتياً أي أن الشخص بنفسه وقدرته الذاتية يدخل هذه الحالة من الوعي أو اللاوعي الذهني ولكن عندما يدع في هذا الشخص شخصاً آخر ليرشده إلى كيفية الوصول إلى هذه الحالة عند ذلك يكون هذا الشخص الثاني بمثابة المنوم وتبدأ علاقتهما الشخصية العميقة الخاصة أثناء هذه الظاهرة.

أن ظاهرة التنويم المغناطيسي الذاتي كثيراً ما نراها في حياتنا الطبيعية على شكل مخفف وذلك عندما نرى بعض الناس أو أنفسنا نتعمق في قراءة كتاب ما أو قصة معينة أو مشاهدتنا لفيلم معين يفقدنا الوعي أو احساسنا بما حولنا وعند بعض الناس الذين لهم القابلية الكبيرة على التنويم، قد يصل بهم التركيز حول ما يقرأونه أو ما يشاهدونه إلى درجة أنهم يفقدون أحياناً الشعور بما حولهم لفترة من الزمن يحتاجون في بعض الأحيان إلى من يساعدهم إلى الرجوع إلى حالتهم الطبيعية بعد

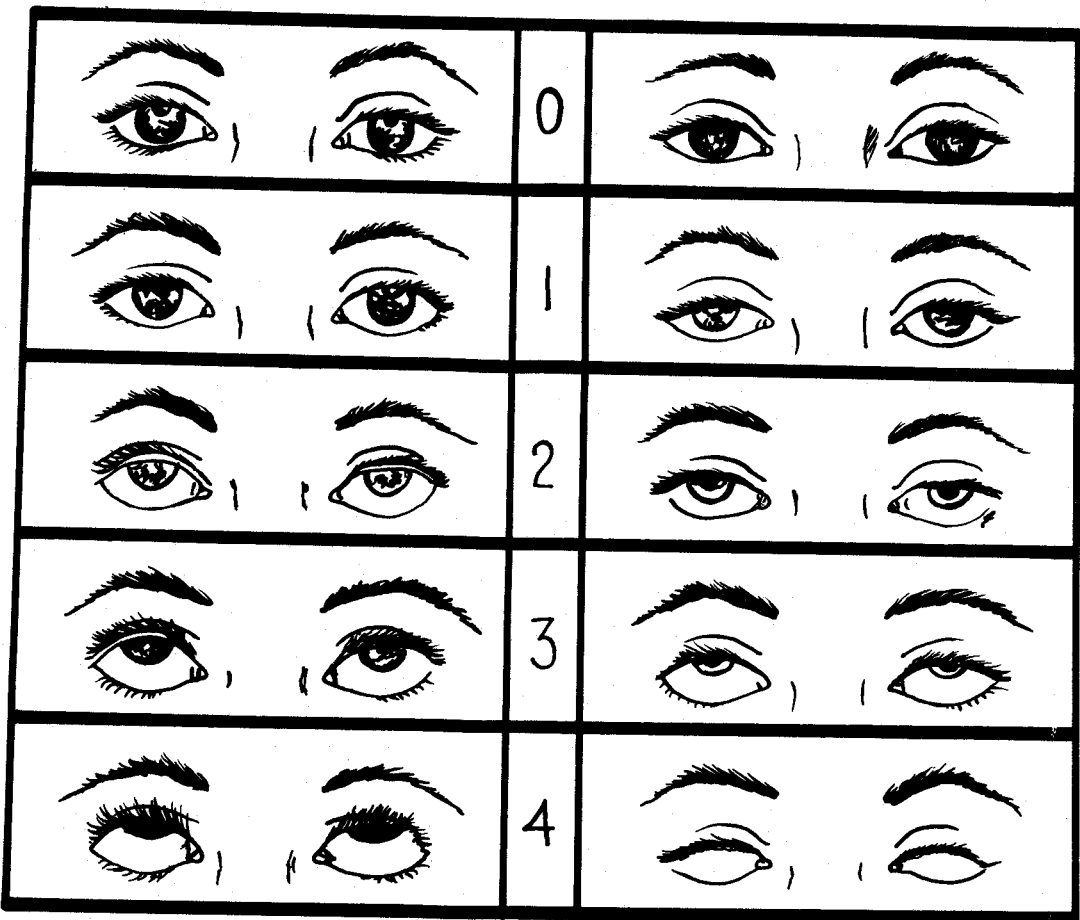
فترة من التعمق والتركيز الشديد في الموضوع الذي هو نقطة التركيز.

نرى من الشرح الماضي بأن التنويم المغناطيسي ليس بأي شكل من الأشكال نوعاً من أنواع النوم وأن كلمة التنويم كلمة غير لائقة لمعنى البحث. ولكنها استخدمت على المدى الطويل ولا بد لنا من إستخدامها في شرح الموضوع.

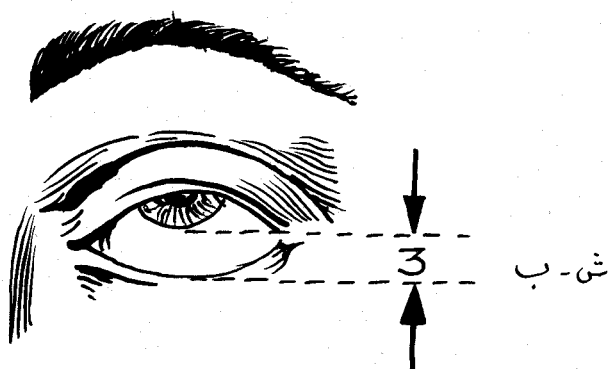
وباختصار فإن عملية التنويم المغناطيسي ببساطة هي عملية تركيز وإنتباه إلى شيء معين مع إختفاء الشعور أو الوعي حول المحيط الخارجي.

على الرغم مما ذكرنا من أن ظاهرة التنويم المغناطيسي قديمة قدم التاريخ، ولكنها لم تدرس دراسة علمية، وتميز تميزاً موضوعياً إلا في حوالي القرن الثامن عشر على يد عالم فرنسي اسمه «مسمر» (Msmer) الذي استطاع أن يجلب إهتمام مجمع علمي فرنسي هو الذي درس أعمال مسمر ولكن كانت النتيجة على العكس مما تصوره وذلك بأن هذا المجمع العلمي قد رفض إعتبار هذه الدراسات علمية وإنما من نسج الخيال. وهكذا حتى ظهور عالم اسمه «ريد» (Ried) وهو الذي أعطى التنويم المغناطيسي اسمه في أواخر القرن التاسع عشر.

وبعدها ظهر طبيب الأعصاب الفرنسي الكبير «جاركوت» (Charcot) الذي كان أستاذ «فرويد» الطبيب النفسي الشهري واستعمل التنويم المغناطيسي في علاج الكثير من الحالات العصبية التي كانت تواجهه وتعلم «فرويد» منه إستخدام هذه الطريقة في العلاج ولكن كما نعلم أن فرويد ترك إستخدام التنويم المغناطيسي بعد إكتشافه لنظرية التحليل النفسي وإنغمسه فيها إلى نهاية حياته. في تلك الفترة لم يكن مفهوم التنويم المغناطيسي واضحاً من الناحية العلمية وقد تصادمت



ش - م



فحص قابلية التنويم :

محاولة إخفاء سواد العين مع إبقاء العين مفتوحة يتناسب طول المسافة بين السواد والحفن السفلي تناسباً طردياً مع قابلية الشخص على التنويم كما هو في الشكل ب .

الأفكار حول طبيعته وهل هو يعتبر ظاهرة فسيولوجية نابعة من العقل والذهن الصحيح أم هو ظاهرة مرضية وهكذا حتى ظهور العالم النفسي «ميلتون ايركسن» في سنة ١٩٦٧ م الذي إستخدام هذه الظاهرة بطريقة مدروسة لعلاج المرضى النفسيين وجعلها جزءاً من العلاج النفسي .

لقد أثبتت البحوث العلمية المختبرية بأن ظاهرة التنويم المغناطيسي هي ظاهرة حقيقية فسيولوجية ، يمكن قياسها مختبرياً وفي المعامل . وهناك طرق كثيرة لمعرفة قابلية الاشخاص لتقبل التنويم المغناطيسي والتأثر به سيأتي شرحها فيما بعد .

إخطاء شائعة حول التنويم المغناطيسي :

بما أن التنويم المغناطيسي ظاهرة يكتنفها كثير من الغموض والأسرار لذا فإن هناك كثيراً من الأخطاء والمفاهيم غير الصحيحة حول هذه الظاهرة نحاول أن نشرح ونفسر البعض منها .

أولاً : أن التنويم المغناطيسي هو نوع من النوم كما ذكرنا أن حالة الغيبوبة المغناطيسية ، هي حالة من حالات التركيز الذهني ، ويكون خلالها الشخص واعياً كل الوعي حول اتجاه معين ، يكون خلاله تخطيط المخ الكهربائي يشير على أن المخ في حالة يقظة تامة ، أي أن شكل التخطيط يكون بشكل الفا (Alph Waves) بموجات تتراوح من ٨ إلى ١٢ موجه في الدقيقة وهو مانراه في حالات اليقظة والوعي الكامل . هذا على الرغم من أن الشخص المنوم يظهر كأنه في حالة نوم وأحياناً من الصعب إيقاظه .

ثانياً : التنويم هو عملية بها الشخص المنوم يؤثر خلالها على المريض ويدخله في حالة نوم أو غيبوبة مغناطيسية . هذه عبارة غير صحيحة فإنه لا يوجد هناك شخص يؤثر على الأشخاص الآخرين

ويجبرهم أو يدفعهم إلى حالة نوم مغناطيسي، فكل ما هنالك، أن الشخص المستعد أن ينام تنويعاً مغناطيسياً يجعل نفسه متقبلاً لارشادات وتعاليم الشخص المنوم ويدخل بعدها في حالة غيبوبة مغناطيسية.

هناك إختلاف كبير جداً بين الأشخاص في قابليتهم للتنويم المغناطيسي فهناك من هو أكثر حساسية للتنويم المغناطيسي فيدخل تحت تأثيره في مدة بسيطة وبعد محاولة خفيفة من قبل المنوم وهنالك بعض الأشخاص الذين يكون إدخالهم لحالة الغيبوبة المغناطيسية من الصعوبة بمكان وهناك بعض الناس الذين لا يمكن تنويمهم على أي حال من الأحوال، وهؤلاء قلة فعالية الناس تكون قابليتهم للتنويم في موضع بين هاتين النهايتين أي قابليتهم للتنويم المغناطيسي قد تكون قليلة أو تكثر بعض الشيء. من هنا يتضح أي قابليتهم للتنويم المغناطيسي قد تكون قليلة أو تكثر بعض الشيء. من هنا يتضح أن مهارة المنوم المغناطيسي تظهر ليس في قدرته على إدخال الأشخاص في حالة غيبوبة مغناطيسية وإنما في قدرته على إختيار هؤلاء الأشخاص الذين يكونون على إستعداد أكثر للتنويم.

ثالثاً : الأشخاص الضعيفو الشخصية والمختلفون عقلياً يكونوا على قابلية عالية للتنويم المغناطيسي. هذه العبارة أيضاً خطأ، صحيح هناك بعض المصابين ببعض الحالات النفسية خصوصاً العصائية مثل حالات الهستيريا، ذو وقابلية للتنويم عالية ولكن معظم المعانين من الأمراض النفسية الشديدة الذهانية مثل الشيزوفرنيا ومرضى الهوس والاكتئاب الشديد يكونون ذوي قابلية ضئيلة جداً للتنويم، وأحياناً غير ممكن تنويمهم وأن قابلية التنويم لا ترتبط إرتباطاً مباشراً بحالة الشخص النفسية بالرغم من وجود بعض الأمراض النفسية التي يكون فيها المريض ذا قابلية عالية على التنويم.

في الحالات الاعتيادية، وبصورة عامة فإن القابلية للتنويم تكون عالية بعض الشيء في الصغر ومرحلة الطفولة وتكون اعلاها عندما يبلغ الطفل مرحلة المراهقة وتكون في حالة مستقرة خلال فترة النضوج الجنسي وتبدأ بالإنحدار تدريجياً مع كبر السن وخصوصاً بعد سن الخمسين فإن الشيوخ وكبار السن ذوو قابلية قليلة للتنويم المغناطيسي نسبياً.

رابعاً : التنويم المغناطيسي هو علاج بحد ذاته لبعض الأمراض أو الحالات النفسية . هذه العبارة أيضاً خطأ فإن الدخول في الغيبوبة في حد ذاته لا يشكل أي علاج لأي حالة نفسية ولكن الطبيب النفسي الخبير يستطيع إستخدام هذه الغيبوبة بحيث يعطي المريض بعض الارشادات والنصائح التي يمكن إستخدامها لتحسين حالته النفسية ، وذلك لأن حالة الغيبوبة المغناطيسية كما ذكرنا أن يكون الذهن فيها متركزاً ومتفتحاً في نقطة معينة بشكل شديد يستطيع أن يدخل من خلالها المعالج النفسي .

خامساً : التنويم المغناطيسي خطر على الصحة . هذه الفكرة من الخطأ بمكان فلا يوجد هناك أي رد فعل عكسي أو خطورة بأي شكل كانت من الدخول في الغيبوبة المغناطيسية بحد ذاتها ولكن ما نسمع عنه أو نقرأه في الصحف من أن هناك بعض العلماء أو أطباء النفس الذين قد يستغلون بعض المرضى تحت تأثير التنويم المغناطيسي لأغراض خبيثة قد يحدث في بعض الأحيان عند الأشخاص ذوي القابلية العالية للتنويم وهذا النوع من الضرر لا يأتي من التنويم بحد ذاته ولكنه يأتي من الشخص الذي يستغل هذه الظاهرة لأغراضه الشخصية .

ومن هذا نرى أن مجرد الدخول في حالة الغيبوبة المغناطيسية أو في حالة التنويم المغناطيسي ليس له أي تأثير مضر على الناحية الجسمية أو

العقلية أو النفسية . هناك من يعتقد أن الشخص الداخل في غيبوبة مغناطيسية إذا ترك وحده ربما سوف لا يستطيع أن يخرج من هذه الحالة من نفسه، وحقيقة الوضع في أن الشخص الذي تحت الغيبوبة المغناطيسية لو قدر له أن يترك بدون أي تأثير خارجي كأن يترك وحده في الغرفة فإن الشخص النائم قد يستيقظ ذاتياً بدون أي مؤثر خارجي وأحياناً يدهل في نوم طبيعي عادي يستيقظ بعد في حالة طبيعية .

كثيراً ما يمارس التنويم المغناطيسي بصورة طبيعية من قبل أناس لا علم لهم مطلقاً أن ما يمارسونه هو نوع من التنويم المغناطيسي . مثال ذلك ما نراه في فقراء الهنود من أنه يستطيع أحدهم بعد أن يضع نفسه في حالة نفسية خاصة من أن يمشي على الفحم الملتهب، أو يتحمل طعنات سكين حادة بدون أن يصاب بأذى أو تأثير جسيمي منه، يعتقد أن هذه الحالة التي يدخل فيها هذا الشخص هي نوع من حالات التنويم المغناطيسي الذاتي ربما نراه أيضاً عند هؤلاء التابعين لبعض الطرق الصوفية من أنهم يدخلون في حالات نفسية وعقلية وجسمية خاصة، بعد ممارسة لطقوس عنيفة يكونون بعدها في حالة منفصلة تماماً عن واقعهم عن طبيعة الحياة حولهم، بأن يتحملوا النار الملتهبة أو وخزات السيوف وكثير منهم يكون في حالة أشبه بحالات الهلوسة الشديدة والهوس . يعتقد علمياً من أن النوع من الرقص الذي يمارسونه هو ونوع من التنويم المغناطيسي الذاتي تجعل بعضهم في حالة جسمية ونفسية خاصة تحميهم من تأثير المؤثرات الفيزيائية كالحرق والظعن والضرب ومن الدلائل المادية على صحة هذه النظرية ما أثبت من أن الدخول في الغيبوبة المغناطيسية قد يجعل النائم بوضع يتقبل فيه أوامر النوم إلى درجة أنه قد يؤمر بأن يغطس يده في الماء البارد بعد أن يوحى إليه بأنه مغلي . سرعان ماتبدأ عملية إحتراق حقيقي واحمرار مع تولد

فقاعات على يده تشبه تماماً التغيرات التي تحدث عندما يدخل الشخص يده في إناء ماء مغلي حقيقة .

ان هناك ما يثبت أن العقل قد يدخل في حالات خاصة تشبه الغيوبة المغناطيسية يغير فيها من طبيعة تقبل الجسم المادي المحيط الفيزيائي الخارجي .

من هنا نرى أن عملية التنويم المغناطيسي عملية فيزيولوجية يدخل فيها المخ بعمليات خاصة . هناك بعض الخصائص الفسيولوجية التي يتميز بها بعض الاشخاص عن آخرين حسب قابليتهم للدخول في حالة الغيوبة المغناطيسية . من تلك الخصائص ما يبدل على أن موجات المخ عند الشخص ذي القابلية العالية للتنويم قد تحتوي على كميات أكبر من موجات الفا . وملحوظة أخرى بأن هؤلاء الاشخاص لهم الخاصية بالميل للنظر إلى جهة اليسار أكثر من اليمين . كما أن هناك نظرية تدعم الاعتقاد بأن القابلية للتنويم قد تنتقل وراثياً .

فسيولوجية التنويم المغناطيسي :

بالامكان التعرف على الاشخاص والقابلية العالية للتنويم بمجرد إجراء بعض الفحوص والملاحظات البسيطة وأكثر هذه الفحوص دقة وأكثرها ثقة هي فحص بياض العين بعد أن يحاول المريض أن ينظر إلى الأعلى قدر استطاعته . وذلك بأن يطلب من المريض أن ينظر إلى الأعلى قدر استطاعته وبعد ذلك تقاس المسافة بين أسفل نقطة لسواد العين إلى حد الجفن السفلي أي مقدار طول بياض العين الظاهر وكلما ازدادت هذه المسافة طولا كلما دل على القابلية الشديدة للتنويم أما الاشخاص الغير قابلين للتنويم المغناطيسي فإنهم لا يستطيعون أن يظهروا أي جزء من بياض العين وربما لا يقدرّون نهائياً .

يمكن تقسيم صفات أو طبيعة الشخصية إلى ثلاثة أنواع من الشخصيات حسب قابليتهم للتنويم فالمجموعة الأولى تمثل هؤلاء ذوو القابلية الواطئة أو القليلة جداً للتنويم ويتصفون بكونهم ذوي خاصية مسيطرة في علاقاتهم الشخصية وعندهم شعور عميق بالمسئولية ولا يثقون ويعتمدون على الآخرين في أمورهم الشخصية وفي الغالب يكونون أشخاصاً غير عاطفيين واقعيين إلى درجة كبيرة يتصفون بالاهتمام بالمستقبل وعدم الاكترات للماضي، بإمكانهم التفكير التركيز في آن واحد على أكثر من موضوع معين، دقيقين في معاملاتهم ويفضلون الكلام المكتوب على الكلام الملفوظ، وعندما يكونون تحت ضغط نفسي شديد وتعرضوا لضغط عالي من أعباء الحياة وإذا تعرضوا نفسياً، فإنهم يصابون بالعصاب والوسواس القهري.

أما هؤلاء ذوو القابلية العالية للتنويم فإنهم يتصفون بالحساسية المرهفة، ويكونوا عاطفيين في معاملاتهم يثقون في الآخرين ثقة كبيرة تجعلهم ينساقون وراءهم ويتركون أمورهم تقاد من قبل الآخرين ونادراً ما يصبحون هم أنفسهم في موضع مسئول أو موقع قيادي. يظلون متعلقين بالماضي وينسون المستقبل، إذا ما راقبوا بعض الافلام أو التمثيليات فإنهم ينغمسون بعمق ويكون أو يضحكون مع ما يشاهدونه. وهؤلاء إذا انهاروا نفسياً فإنما عرضة لأن يصابوا بحالات الهستيريا أو الاكتئاب. أما الأشخاص من النوع الثالث فهم الذين يقعون في متوسط القابلية للتنويم وعادة تكون صفاتهم الشخصية في محل معتدل بين الشخصيتين السابقتين.

عندما يكون التنويم المغناطيسي غير مرغوب فيه :

على الرغم مما ذكرنا بأن التنويم المغناطيسي على درجة كبيرة من الأمان ومن الندره أن يصاحبه ضرر للمريض فإن هناك بعض المحاذير

التي يجب الانتباه اليها وتجنبها في بعض الأحيان . منها مثلاً في معالجة بعض المرضى الذين يشكون من مرض الشك (البرنوبيا) أو يتصفون بالخوف والشك الشديد من كل شيء فإنهم بالطبيعة مقاومين لمحاولات تنويمهم ولكنهم إذا ناموا فإن هناك احتمال أن حالة الغيوبة المغناطيسية تبعث فيهم الرعب وازدياداً في الخوف وتوجساً وشكاً كبيراً من أن يؤذوا أو يقدم احد على عمل ما يسوئهم . أي بمعنى آخر ربما ازدادت حدة مرضهم عما كانت عليه من قبل العلاج .

في حالات مرضية أخرى مثل بعض أنواع الإكتئاب الشديد والقلق المزمن يكون المريض قد صادف كثير من الفشل في محاولات العلاج في السابق ، قد يعلق المريض أملاً كبيراً في أن التنويم سوف يحل المشكلة نهائياً ويخلصه من الذي هو فيه فإذا صدف فشل التنويم في عمله العلاجي ، أو لم يصل المستوى العلاجي المرغوب فيه ، فإن ذلك المريض سوف يصاب بخيبة أمل كبيرة تزيد من اكتابه سوءاً .

ان المريض الذي يدخل في غيبوبه مغناطيسية قد يفقد إرادته بصورة تجعله غير قادر على التحكم في معاييره ومقاييسه الأدبية أو الاخلاقية كما لو في حالته الطبيعية مما يجعله عرضة بأن يخالف هذه المبادئ بغير إرادة منه ، إذا كان تحت تأثير منوم لا يتمثل في نفس هذه المبادئ والمثل عندما يستيقظ المريض من غيبوبته إلى حالته الطبيعية ويدرج بأنه قد قام بعمل يخالف مبادئه واخلاقه تكون الطامة الكبرى ، في الحقيقة أن مثل هذه الحالات من الندرة بمكان ، ولا يمكن أن تحدث إلا للأشخاص ذوي القابلية العالية جداً على التنويم ولكن مع هذا فإن هناك مايدل على أن أمثال هذه الأشياء قد حدثت فعلاً وهناك مثال ذلك ما حصل رجل كبير من رجال الأعمال بدون أن يعلم وتحت تأثير التنويم كتب عقداً كاملاً يجعل فيه الشخص المقابل الذي كان له قدرة الإيحاء

عليه يستلم كل أمواله وأعماله التجارية . ولهذا فيجب أعلام هؤلاء الاشخاص ذو القابلية العليا الشديد للتنويم بهذه الصفة فيهم ليكونوا على حذر .

وأخيراً هناك احتمال أن يخطيء الطبيب أو المعالج النفسي في طريقة العلاج وإذا كان المريض تحت تأثير التنويم المغناطيسي فإن هذا الخطأ يتضاعف تضاعفاً شديداً لأن المريض يكون في حالة إستعداد أكبر ليتقبل من المنوم الإرشادات والتعليقات كما لو كان في حالته الطبيعية .

هذا بالإضافة إلى أن المريض نفسه يكون في حالة أقل قدرة من الحكمة وتقدير الأمور وبالتالي أكثر عرضة للخطأ .

استعمالات التنويم المغناطيسي في العلاج النفسي :

في بعض الحالات من الممكن إستخدام التنويم المغناطيسي كأحد أنواع العلاج التي تستعمل في العلاج النفسي . أول خطوة في هذا الطريق هو اختيار أما المريض الملائم ، الذي يكون نوع مرضه أو شكواه قابلة للتأثر بهذا النوع من العلاج . المريض الذي يشكو من أي نوع من أنواع حالات الذهان كالشزوفرينيا والهوس والاكئاب الذهاني من الصعب تنويمه وحتى لو أمكن ذلك فإن هذه الحالات لا تعالج بالتنويم المغناطيسي .

إذا كان المريض من النوع الواقعي غير العاطفي يستعمل ذهنه وتفكيره أكثر من عاطفته فإنه من النوع الذي لا يستفيد كثيراً من هذا النوع من التنويم ويحبذ عادة علاجه بالعلاج النفسي الكلاسيكي أو التحليل النفسي بالإضافة إلى أنواع العلاجات الأخرى . أما الأشخاص الذين يتصفون بكونهم أكثر عاطفية ويتعاملون بقلبهم أكثر من عقلهم ، الذين يركزون على ماذا يفعلون ، بدلاً من لماذا يفعلون يعتمدون على

المعالج النفسي في كل صغيرة وكبيرة، هم أكثر إنتفاعاً من العلاج بالتنويم من غيرهم، وقد يتقبلون التنويم بصورة سريعة وبإمكانهم التأثر بها فإن أُرشدوا أُرشدوا فيها نفعهم أثناء التنويم فإنهم سوف يستفيدون أكثر من هذا النوع من العلاج.

إضافة إلى استعمال التنويم أو الغيبوبة المغناطيسية في إرشاد المريض إلى أعمال خاصة أو إلى تغيير شيء ماء بحياته فإنه أيضاً بالإمكان استعمال هذه الغيبوبة بالإيحاء إلى المريض أن يرجع في ذاكرته، إلى أشياء وحوادث مضت قد تكون غائبة في القدم إلى حد طفولته الأولى، وباسترجاع تلك الذكريات التي غالباً ما تكون منسية، يستطيع المريض أن يدرك سبب مرضه النفسي، وبإدراكه هذا يكون أكثر قدرة على تغيير الحالة التي هو فيها. ويكون الرجوع إلى ذكريات في الطفولة الأولى مصحوبة بتغيرات عاطفية عنيفة، وكأنه يعيش فعلاً تلك الفترة من حياته وأحياناً يتصرف وكأنه يعيش تلك المرحلة بكامل حواسها وعواطفها، والمريض في حالة إسترجاعه ومعايشته لتلك العواطف الغابرة التي سببت له المتاعب النفسية الحاضرة بنفس كثيراً من خلجات صدره ويكون عاملاً إضافياً لتخلصه من الحالة النفسية التي يشكو منها.

كثيراً ما يستعمل التنويم المغناطيسي لخاصيته باسترجاع الذاكرة الماضية في إكتشاف الجرائم والتحقيقات الجنائية عندما يضعون شهود العيان في حالة تجعلهم أكثر قدرة على الذاكرة وبإمكانهم مثلاً أن تتذكروا أرقام لوحات السيارات بتفاصيلها وتفاصيل أخرى أكثر دقة.

ربما كانت أكثر الأمراض النفسية قابلية للشفاء باستخدام التنويم المغناطيسي هي مرض الهستيريا. وخصوصاً الهستيريا التي يصاحبها شلل وهمي في الأطراف وذلك بأن يوحي الطبيب إلى المريض أن الحياة قد دبت مرة ثانية في يده أو رجله وأن الشفاء قد عاوده وأنه بإمكانه المشي

واستعمال طرفه بصورة طليقة . عملية الإيحاء هذه كثيراً ما تنجح في شفاء المريض بصورة عاجلة من حالته تلك .

وكثيراً ما يستخدم التنويم المغناطيسي لا كعلاج نفسي ككل وإنما لعلاج عرض من أعراض هذا المرض أو الحالة النفسية المعينة . وأحياناً لعلاج عادة من العادات أو خاصية معينة في الشخص غير مرغوب فيها مثال ذلك استعمال التنويم المغناطيسي لتقوية الإرادة عند الإمتناع عن التدخين واستعمال التنويم في إتباع رجم غذائي معين لعلاج السمنة مثلاً، وهكذا .

في هذه الاستعمالات يتبدى المعالج النفسي بجلسة إبتدائية يعين قدرة المريض على التنويم وما هي قابليته للتأثر بهذه الحالة، وإذا وجد أن المريض له الإستعداد الكافي بأن يستفيد من هذه العملية، فإنه يبدأ الجلسات بإدخال المريض في غيبوبة مغناطيسية ومن ثم يبدأ في تعليم المريض كيف يستعمل التنويم المغناطيسي الذاتي، أي كيف يستطيع أن يرسل نفسه بنفسه إلى حالة غيبوبة مغناطيسية دون اللجوء إلى المعالج أو النوم . وكثيراً ما يستخدم تسجيل كامل حي للجلسات الأولى حتى يستخدمها المريض مع نفسه في البيت باسترجاع التعليمات التي أخذها من المعالج أو النوم وبعد فترة بسيطة يبدأ بتنويم نفسه تنويماً مغناطيسياً إلى درجة يستغنى فيها حتى عن الأشرطة المسجلة .

بعد أن يضع المريض نفسه في حالة غيبوبة أو ما يقارب هذه الحالة فإنه يسترجع ما أرشده المعالج من إيحاءات يبثها في نفسه فمثلاً إذا كان الغرض من التنويم هو الإقلاع عن التدخين فإن من جملة الإرشادات والإيحاءات التي تعطي إلى المريض، أن يرى نفسه منفصلاً عن جسده، وأن يبدأ بالاحساس بأنه هو شخص مسئولاً عما يجري في هذا الجسد، وعما يحدث فيه وأن عليه أن يتحمل هذه المسئولية، ويصون الجسد

الذي خلقه الله له ، وأن يستخدمه فقط فيما هو خير له لا يؤذيه بإدخال ما هو مضر .

يبدأ بالإيحاء إلى نفسه أن التدخين هو نوع من أنواع السموم وأنه عند إدخالها إلى جسمه فهو بهذه العملية غير مؤتمن على الأمانة التي وضعها الله له ، ويضع جسده في حالة غير مرغوب فيها ، وأن من صفات إحترام هذا الجسد بأن لا يدخل إليه ما يعيبه . من جملة الإيحاءات الأخرى فإنه يبدأ ينظر ، إلى أن جسده له لغة خاصة به ، وهو يعبر عن هذه اللغة باتعاب جسدية ، على شكل آلام وأوجاع وأعراض أخرى كآلام في الصدر وقصر في النفس أو سعال مستمر وهكذا .

في علاج السمنة وحتى يستطيع المريض أن يقوي إرادته خلال التنويم المغناطيسي لتحمل رجيم قاس يوحى المنوم إلى المريض بأن الزيادة في الأكل هي الزيادة في مادة سامة يضيفها إلى جسده ، والواجب عليه أن يعامل جسده باحترام ومن آداب وأصول التعامل بجسده بأن لا يدخل إلى جوفه ما هو غير مستحب . ومن ثم يبدأ بالإيحاء له بأن إرادته قوية ، وأنه سوف لا يرغب بنوع معين من أنواع الطعام (التي تحتوي على سعرات حرارية عالية) مثل السكريات والدهنيات وهكذا .

أما في علاج حالات القلق والخوف فإن الغيبوبة المغناطيسية التي يوضع فيها المريض تجعله بحالة اطمئنان وسكينة عميقة ، يشعر من خلالها بنوع من الأمان والإسترخاء الشديدين ينتعش بعدها الجسد ويتجدد نشاط النفس ويصاحب تلك الحالة أيضاً نوع من الشعور بالراحة والسعادة بإمكان المريض أن يسترجعها في أوقات غير أوقات الزيارة إلى الطبيب ، وذلك أما باستعمال التنويم الذاتي أو باسترجاع ذكريات الحالة الهادئة التي كان فيها أثناء تلك الفترة من التنويم عندما يشعر بضيق أو نوع من القلق .

ان الإيحاء النفسي الشديد الذي يتقبله كثير من الناس عندما يكونون في حالة غيبوبة مغناطيسية من الممكن إستخدامه في علاج كثير من حالات الخوف . وذلك بأن يوحي للمريض أن الشيء المعين الذي هو خائف منه . الذي قد يكون كالخوف من بعض الحيوانات أو خوف الأماكن العالية ، أو أي شيء آخر مخيف لم يعد يخيفه بعد الآن وعليه أن يواجهها وسوف لن يصادفه قلق أو توتر نفسي . وبذلك ربما استطاع هذا المريض أن يواجه حالات المخاوف التي كان يشكو منها بنفسية مختلفة .

التنويم المغناطيسي قد أثبت وجوده إلى حد كبير في علاج حالات الألم الشديد المستعصي . هناك كثير من الأمراض تسبب أنواعاً مختلفة من الآلام ، وكثيراً ما يعجز الطب عن علاج تلك الآلام علاجاً ناجحاً ، مثال ذلك ما يحدث في الآلام الشديدة التي تصادف مرضى السرطان في حالاته المتقدمة ومثال ذلك أيضاً الام الظهر والعضلات وبعض أنواع الروماتيزم .

أن التقبل النفسي للألم من الممكن تفسيره وتقويته وجعله أكثر احتمالاً بواسطة التنويم المغناطيسي كذلك من الممكن بواسطة الإيحاءات المغناطيسية جعل المريض أقل حساسية للألم ، وأكثر قدرة على تحمله ، كما أنه بتعليم المريض التنويم الذاتي يستطيع أن يتشل نفسه من حالة الألم التي هو فيها حينما يرى أن الألم قد اشتد عليه في وقت معين . أما حالات الآلام الحادة غير المزمنة مثل أوجاع المغص الكلوي أو التهاب البنكرياس أو حوادث السيارات فلا يوحد للتنويم المغناطيسي أي دور فيها أي لا يمكن التأثير على المريض في تلك اللحظة عندما يكون مشتكياً من ألم حاد قد مر عليه سويعات . وإنما أكثر الحالات التي يمكن علاجها عندما يكون الألم قد استمر وازمن .

الخلاصة:

نستخلص من البحث الماضي بأن للتنويم المغناطيسي تطبيقات عملية في مجال الطب النفسي تتلخص أولاً في إيجاد مصادر لمعلومات إضافية للطبيب لكي يتمكن من أن يستخلص تشخيصاً معيناً وذلك عن طريق جعل المريض أكثر قدرة على تذكر الماضي والحوادث التي مر بها. ثانياً تقدير أحسن أنواع العلاج لتلك الحالة بعد التأكد من جميع المعلومات الصحيحة قدر الامكان. ثالثاً تسهيل عملية العلاج بواسطة تركيز المعلومات أو الإرشادات لدى المريض عندما يكون في حالة أكثر تقبلاً لهذه الإرشادات والإيجادات عن طريق الغيبوبة المغناطيسية.

ويعتمد على ذلك في النهاية على القابلية المغناطيسية أي مدى قدرة المريض على أن يدخل في تلك الغيبوبة. وبذلك فهو لا يمكن أن يكون علاجاً بحد ذاته لأي نوع من أنواع الأمراض أو العلل أو الحالات النفسية وإنما هو مجرد إحدى الطرق التي تسهل العلاج الحقيقي.

الفصل السادس

تفسير الأعلام

تفسير الأحلام

لا زالت الأحلام من أشد الظواهر الطبيعية غموضاً ولا زال العلم إلى يومنا هذا يتخبط في نظريات وفرضيات ولا يوجد في الحقيقة أي تفسير علمي يثبت مبنياً على أسس علمية ثابتة يفسر تلك الظاهرة تفسيراً مقبولاً من كل الدوائر العلمية بدون نقاش. كما نعلم أن المكتبات تعج بكتب كثيرة حول تفسير الأحلام وعلاقتها بالمستقبل ولكنها مبنية على اعتقادات متوارثة ويشوب البعض منها كثير من الدجل. ولكن ما يعيننا نحن في هذه البحث هو مناقشة نظريات تفسير الأحلام المبنية على أسس علمية وتجارب معملية مختبرية. وسوف لن نتطرق إلى أي وجهة نظر أخرى سواء كانت أدبية أم فلسفية أم علماً متوارثاً عن أجيال سابقة فإن العلم تجاه تلك النظريات أو الأفكار المجردة يقف موقف الحياد طالما لم تثبت تلك النظريات في مجال البحث العلمي. كذلك علينا أن نعترف بأن العلم لم يثبت خطأها أيضاً وبما أن هذا الكتاب يبحث ويعالج هذه الظواهر بحثاً موضوعياً فإننا سوف لن نتطرق إلى تلك المجالات ونتركها لأربابها.

كما نعلم أن الله سبحانه وتعالى قد أعطانا بعض العلم عن الأحلام وأن هناك ما هو ذو معنى ومغزى. ولكنه سبحانه وتعالى قد شاء أيضاً أن لا يعطينا تفاصيل أكثر من ذلك وقد ترك علينا مشقة البحث والتنقيب والتأمل في خلقه وأسراره. وطبيعي أيضاً من أن بحثنا هذا سوف لا يشتمل على تفاسير من القرآن الكريم والسنة فإن هناك من هو أكفأ منا في هذا البحث.

كما أسلفنا فإن العلم لم يسلم بأي نظرية في تفسير الأحلام تسليماً كاملاً ولكن هناك نظرية واحدة كانت الأوساط الطبية والعلمية قد تقبلتها منذ نهاية القرن التاسع عشر وعلى الرغم مما أصاب تلك النظرية

من تشكيك وريبة فإنها مازلت النظرية الوحيدة المستعملة إلى الآن ولا زالت تستعمل في كثير من الأحيان في مجال الطب النفسي وبالأخص في التحليل النفسي. تلك النظرية هي نظرية تفسير الأحلام لـ «سجماند فرويد». وبما أن الكتب العلمية والطبية لا تحوي أي نظرية أخرى في هذا المجال فإننا سوف نركز بحثنا هنا من خلال تلك النظرية. ونترك للقاريء أن يتقبلها أو ينضم إلى صفوف معارضيها.

عندما اكتشف فرويد طريقته الشهيرة المدعوة بـ (التداعي الحر) (Free Association) في علاج مرضاه تداعى إلى انتباهه أهمية الخيال الداخلي والأحلام التي كان كثير من مرضاه يبدأ سردها له خلال العلاج. ومن هنا ابتداءً فرويد بالانتباه إلى أهمية الأحلام ومعناها بالنسبة إلى خيال المريض أو مرضه بالذات. وبعد بحث طويل وشاق استطاع أن يستنتج بأن للأحلام معنى خاصاً وأن هذا المعنى في أكثر الأحيان يكون معنأً خفياً مقنعاً. والأكثر من ذلك فإن تلك الأحلام كثيراً ما تكون من نتائج ذكريات أو مشاعر مكبوتة لدى المريض أثناء يقظته. أي معنى أن تلك الأحلام كانت نوعاً من أنواع الخيالات والرغبات المكبوتة والذكريات المنسية. وفي سنة ١٩٠٠م ظهر كتاب كان له تأثير كبير في الأوساط العلمية والطبية والنفسية في ذلك الزمان وربما إلى يومنا هذا ذلك هو كتاباً (تفسير الأحلام) لـ «فرويد» الذي أظهر الأحلام بأنها تعبيرات عن أفكار وخيالات ومشاعر في اللاوعي.

لقد لاحظ فرويد كما لاحظ من اشتغل في موضوع الطب النفسي بعد ذلك من أن هناك تشابهاً كبيراً جداً بين ما يمر به الإنسان السوي الطبيعي أثناء النوم خلال الأحلام هو بمحتواه مشابه جداً إلى ما يعبر عنه كثير من مرضى الأمراض العقلية وخصوصاً المصابين بالذهان أو ما يسمى بالعامية (الجنون). أي أن هناك ما يدل على أن المرضى المصابين

بحالات الذهان يمرون ويعيشون في حالات يقظتهم بحالة كالتي يمر بها النائم أثناء الحلم وربما هذا قد فسر تحبط هؤلاء المرضى بين الحقيقة والخيال الذي ينعكس في تصرفهم مع من حولهم والذي يظهر بمظهر غير مرتبط بالحقيقة والواقع ومليء بالخيال الغامض والخالى من أي معنى مفهوم. من هنا نرى أن المريض المصاب بنوع من أنواع الذهان يكون ضحية لكل الغرائز والدوافع العميقة من اللاشعور التي تظهر في الشعور ويبدأ المريض في تطبيقها عملياً والتي تكون غير لائقة في مجال الحياة الحقيقية.

أي بمعنى آخر أن الأحلام هي نتيجة نهائية لعمل وأفكار الغرائز والدوافع في اللاشعور والتي تظهر أثناء النوم في صورة خيالات وصور بصرية تكون للنائم على شكل أحلام. ان عملية تحويل تلك المشاعر والخيالات والغرائز اللاشعورية إلى شكل صور وأحداث على شكل أحلام قد اقترح على تسميتها (عمل الحلم) (Dream Work). وهذه العملية بالذات تمر من خلال جهاز اصطلح على تسميته بجهاز مراقبة الحلم. هذا الجهاز مهمته تحويل محتويات هذا الحلم إلى شكل آخر يكون أكثر تقبلاً للنائم من أصله الحقيقي فإذا حدث لو أن تلك الغرائز أو الأفكار اللاشعورية ظهرت في شكل أحلام هي في صورة مجردة بدون أن تمر من هذا الجهاز فإنها تكون من الحدة مما قد يجلب الرعب إلى الشخص النائم ويمنع نومه. وبهذا نرى أن مهمة هذا الجهاز أي جهاز المراقبة هو تحويل شكل الأحلام أو ما يصطلح عليه «بتقنيها» أي يجعل هذه الأحلام مقنعة بشكل آخر وعندما تظهر هذه الأحلام كما يراها النائم فإنها تسمى بالاصطلاح العلمي (محتويات الأحلام) (Dream Content) قبل أن تظهر الأحلام بمحتوياتها للنائم بشكلها النهائي فإنها تمر أيضاً بتحويلات وتشكيلات أخرى بعد مرورها من جهاز المراقبة هذه

التحويلات تشتمل على ما تسمى بـ «التعويض»، التكثيف، الرمزية، والكبت. وسوف يأتي بحث تلك العمليات تفصيلاً فيما بعد.

تحليل محتويات الأحلام

يرى فرويد أن مادة الحلم الحقيقية قد اختفت من الظهور كما هي على حقيقتها وذلك حتى تحمي النفس من تأثير الانفعالات أو المشاعر غير الشعورية من الظهور إلى العقل الظاهر أي أن العقل الباطن لو ظهر إلى العقل الظاهر فإنه قد يسبب له الإزعاج وربما حرمة من النوم نهائياً. نرى هذا كما أسلفنا في المصابين بحالات الذهان من أنهم في كثير من الأحيان لا يستطيعون أن يرقدوا ويناموا بسبب الخيالات والهلوسة المستمرة وقد يستمرون أياماً طويلة بدون نوم فيما لو تركوا بدون علاج. ومن هنا نرى أنه من الممكن اعتبار جهاز مراقبة الأحلام هو حارس للنوم وبالتالي حارس للنفس من الانهيار.

ما يسمى بالحلم الظاهر أي ما يشاهده حالاً من مشاهد وخيالات والتي كثيراً من الأحيان ينسى معظمها بعد الاستيقاظ هي نتائج نشاطات الأحلام والمقصود بنشاطات الأحلام هي تلك العمليات المعقدة التي تمر بها الأفكار والمشاعر الغريزية اللاشعورية من مصدرها كمحتويات مجردة بحتة أو ما يسمى بـ (الحلم الخفي) (Latent Dream) والمقصود هنا بالحلم الخفي هو محتويات الحلم اللاحقيقية من مشاعر وغرائز لم يمر عليها أي تحوير بعد وهي تبقى مطمورة في اللاشعور ولا يستطيع المرء أن يدركها مهما حاول إلا بطريقة التحليل النفسي وبمساعدة طبيب مختص في هذا المجال. ومحتويات الحلم الخفي هذا تتحول وتتحوّل بواسطة (عمل الحلم) (Dream Work) إلى الحلم الظاهري المرئي (Man-ifest Dream). وستأتي تفاصيل تلك العملية فيما بعد.

قد لاحظ فريود من أن هناك بعض الظواهر الطبيعية تؤثر في شكل وتكوين الحلم وتدخل في تركيبه ولكنه لا تفقده معناه تلك الظواهر ما سميت بـ (محفزات الأحلام) وهي ثلاثة أنواع أولاً: المحفزات الحسية أثناء اليوم، وثانياً: بقايا ذكريات اليوم الفائت، وثالثاً: الغرائز الطفولية المكبوتة.

أولاً: المحفزات الحسية الليلية (Nocturnal Sensory Stimuli)

تلك أنواع كثيرة من الأحاسيس التي يمر بها النائم والمتعلقة بمحيطه المباشر أو بما يمر به جسمه أثناء النوم كأن يكون النائم في فراش بارد، ثم يحلم بأنه في منطقة جليد قطبي. أو قد يكون المريض جائع، ثم يحلم بالأكل أو كأن يكون بحاجة إلى الذهاب إلى الحمام للتبول فإنه يحلم بأنه يتبول في الحمام ثم يأوي إلى فراشه. تلك المحفزات الحسية تدخل في تركيبة الحلم ولكن لا تؤثر على طبيعة الحلم بشكل عام ولا تخرجه عن مضمون نظرية التحليل النفسي.

قد يعتقد من أن وظيفة الحلم أو من وظائف الحلم أن يكون حافظاً للنوم وذلك عندما يحلم الجائع بأنه يأكل فإنه قد يرضي جزءاً من حاجته إلى الأكل ويستمر في النوم بدون إزعاج.

ثانياً: ذكريات اليوم الفائت (Day Residues)

قد تشكل الأفكار والمشاعر والتجارب التي يمر بها الفرد في اليوم السابق للنوم مصادر ومحفزات هامة لشكل ومحتوى النوم الظاهر ويكون النوم الظاهر في تلك الحالة نتيجة انضمام ودمج تجارب اليوم الماضي أو الأيام الماضية في بعض الأحيان مع المشاعر والغرائز اللاشعورية التي يحسها الشخص. أي أنه بعملية الإدغام تلك فإن المشاعر والغرائز اللاشعورية تتنقع بشكل خاص عند تشكيلها بشكل متأثر بتجارب اليوم

السابق ، ولكن معناها وتفسيرها يظل ثابتاً لا يتغير. قد يكون تشكيل تلك الأحلام الغامرة بأشكال مأخوذة من تجارب اليوم السابق. والتي عادة تأخذ شكل أعمال وأقوال وأفعال قد تكون غاية في التفاهة والبساطة في ظاهرها. تلك التفاهة والبساطة في المظهر قد تخدم النفس خدمة كبيرة وذلك بأن تغطي من حدة حقيقة الحلم الخفي. وحقائق الحلم الخفي تكون مفزعة ومقلقة جداً للشخص الذي يمر بها.

ثالثاً: الغرائز الطفولية المكبوتة (Repressed Infantile Derives)

تشكل الغرائز الطفولية المكبوتة العوامل أو المواد الأساسية لتكوين محتويات الحلم الخفي. تكون هذه العوامل من مجموعة مشاعر وأحاسيس مر بها النائم أثناء طفولته وكان لها تفسير نفسي مدمر عليه لشدتها وبالتالي قد كتبت ونسيت وذهبت إلى العقل الباطن وطويت في طيات كثيفة من النسيان. التجارب الطفولية المكبوتة بالإضافة إلى الغرائز الإنسانية التي يرجع تاريخها حسب التعابير النظرية الفرويدية إلى مرحلة عقدة أوديب أو ما قبل ذلك ومن ثم الرغبات الشهوانية التي قد يشعر بها الإنسان في داخله ولكنها تكون مطمورة ومكبوتة في اللاشعور كل تلك مجتمعة تشكل جزءاً أساسياً من محتويات الحلم الخفي والتي بعد ذلك تمر في الأطوار التي ذكرناها لتظهر الحلم كما يراه النائم بعد اختلاطها بتجارب اليوم الماضي والمحفزات الحسية التي يمر بها النائم. إن هذه النظرية قد جوهت بكثير من النقد مؤخراً خصوصاً بعد اكتشاف أن كثيراً من الأحلام لها معنى واقعي وتفكير منطقي وليس من الضرورة أن يكون مصدراً غريزياً بحتاً أو إحساساً نابعاً من اللاشعور.

بما أن الغرائز بصورة عامة حسب نظرية فرويد يكون مصدرها في الطفولة المتقدمة فإن أحلام الأطفال تكون بصورة قريبة جداً من تلك الغرائز يصعب تقسيمها إلى أنواع من الأحلام الظاهرة أو الخفية أي أن

الفرق بين الحلم الظاهر والحلم الخفي يكون أقل كثيراً مما نراه في الكبار.

أهمية الأحلام

حسب نظرية التحليل النفسي، فإن الأحلام تشكل الجزر الرئيسية والأساسية والتي من خلالها يصل المحلل النفسي إلى تركيبية اللاشعور ومحتوياتها عند المريض. فريود في كتابه تفسير الأحلام استمر على رأيه بأن الأحلام تمثل نوعاً من أنواع تحقيق الأماني أي ما يتمناه المرء من أماني صادرة من أعمال اللاشعور تتمثل في هيئة أشكال وخيالات يعيشها النائم على هيئة أحلام. حديثاً واجهت هذه الفكرة كثيراً من التغيير وأصبح موضوع تحقيق الأماني هو عنصر واحد من عناصر أهمية الأحلام. تلك الأماني تكون عادة مولودة في الطفولة المبكرة، ثم بعد ذلك وبسبب كونها غير مرغوب فيها كأن تكون أماني وأحلام لها طابع جنسي فإنها تدخل في اللاوعي وتنسى في فعل عملية الكبت وعندما يكون الشخص في حالة اليقظة فإن عوامل الكبت تكون على أشدها وأقواها طالما الإنسان مشغول بمشاغل الدنيا وهمومها. ولكن عند ابتداء الليل حال استرخاء الجسم ثم الاسترسال في الاسترخاء في عملية النوم ذلك يرخي إلى حد كبير من ميكانيكية الكبت وبذلك تتمكن تلك الأماني والغرائز من أن تجد طريقها إلى الشعور ولكنها تكون متحورة ومتغيرة ومقنعة بفعل عمليات النوم التي تم ذكرها. وعلى أي حال فإن تلك الغرائز المكبوتة ترى طريقها إلى الوعي عن طريق الأحلام ولو بصورة جزئية ولو مشوهة. إن بالإمكان التوصل إلى حقيقة تلك المشاعر والأماني المطمورة في اللاشعور باستعمال طريقة التحليل النفسي ومساعدة المحلل النفسي المختص، التي تؤدي عند الأشخاص المعتلين نفسياً إلى حالة استيعاب وتفهم لحالتهم النفسية ومصدر مشاعرهم

القلق (التي تكون عادة مطمورة في اللاشعور نتيجة تجارب وحوادث مروا بها أثناء طفولتهم). فعملية تفهمهم لكل مصادر آلامهم تكون بحد ذاتها عامل من عوامل الشفاء.

عمل الأحلام: (Dream Work)

ندخل هنا في بعض من التفصيل في العملية التي مر ذكرها من كيفية تكوين الأحلام بشكلها الظاهري من مصدرها وهو الغرائز وتجارب الطفولة ماراً بتكوين الحلم الخفي ثم بشكلها الظاهري الذي يحسه النائم.

تكوين الحلم (Dream Formation)

تكون المرحلة الحساسة الأساسية في تكوين الحلم هي مرحلة تحويل محتويات الحلم الخفي إلى حلم ظاهري وتبدأ هذه المرحلة بادية ذي بدء بحالة الاسترخاء وذلك عندما يكون البدن في استرخاء تام ويكون الجسم مسترسلاً في النوم تكون ميكانيكية الكبت في حالة من الاسترخاء مما يسمح ببعض الذكريات المكبوتة من النفاذ من خلالها طالما كانت أعضاء الجسم والعضلات محبوسة ومشلولة في النوم فإن تلك الأحاسيس المكبوتة لا يمكن أن يعبر عنها عن طريق الجسم، لا تجد لها مخرجاً سوى أن تعبر عن ذاتها من خلال الخيال والفكر فقط. وهكذا وبعد أن تتأثر تلك المحتويات الخفية وتتشكل بأشكال مختلفة حسب تأثير الحوافز الحسية المؤثرة على النائم وآثار ذكريات اليوم الفائت فإنها بعد ذلك تظهر على شكل هلوسة حسية بصرية وسمعية أي الحلم. ان فعالية جهاز مراقبة الأحلام يعمل كعمل المقاومة المستمرة لأي فيض زائد عن الحاجة من تلك الأحاسيس والمشاعر اللاشعورية وبذلك يمنع كثيراً منها من الظهور إلى الشعور وهو بذلك قد يختار مواد تكون بسيطة وتافهة من أحداث

اليوم ويشكلها ويدغمها من المشاعر والأفكار والخيالات الحقيقية الصادرة من الأحلام الخفية وبذلك يضيع الفرصة للتعرف عليها تعريفاً حقيقياً من قبل الشعور الواعي .

تستخدم (عملية الحلم) عدة أنواع من الميكانيكيات لتغيير شكل الحلم وتحويله ومن تلك الميكانيكيات :

أولاً : الرمزية : (Symbolism)

الرمزية هي عملية فكرية معقدة تجري عادة على مستوى اللاشعور والتي يتم خلالها تعويض فكرة أو شعور أو حس معين على مستوى عال من التجريد والتعقيد برمز آخر يكون واضحاً وسهل الإدراك غالباً ما تكون هذه الفكرة هي رغبة معينة من دافع الغرائز في مستوى العقل الباطن يستعاض عنها في الحلم برمز آخر يربط هذه الفكرة برباط خاص من التشابه بالتسمية أو في الشكل . وتكون وظيفة الرمزية في الحلم هي إضافة تشويه أو تمويه آخر على مظاهر الحلم حتى يختفي المحتوى الأصلي للحلم أي محتويات الحلم الخفي وبذلك لا يدركه الشعور بوعي كامل . مثال ذلك الحلم بوجود وحش كبير يطارد الحالم ، يرمز هذا الوحش الضخم إلى موقف الأب المعاقب عند شعور الطفل بالذنب من عمل ما أو فكرة معينة غير مرغوب فيها . مثل آخر قد ترمز في بعض الأحيان الحلم بالأفعى إلى رمز العضو التناسلي الذكري كما من الممكن أن يكون الحلم بدلهيز طويل نظراً للعضو التناسلي الأنثوي وهكذا .

ثانياً : الاستعاضة : (Substitution)

يعني بالاستعاضة هنا عملية تحويل الطاقة المكبوتة من أصلها الحقيقي إلى شيء آخر يستعويض عنها له صفات أخرى قد تكون مقاربة إلى صفات المصدر الأصلي ولكنها تتصف بكونها أقل قدرة على بعث

القلق والتوتر النفسي فيما لو ظهرت على العقل الظاهر. أي بمعنى فيما لو كان النائم أو الحالم قد حوى على مشاعر عميقة في اللاشعور تحتوي على كثير من الغضب والاستنكار لشيء قد بدر من أمة مثلاً، فإن ضميره سوف لن يسمح له أن يحلم أو يتصور بأنه قد أظهر غضبه على الأم عند ذلك قد يحلم بأنه في حالة عتاب أو شجار مع امرأة أخرى وتكون صورة هذه المرأة الأخرى مستعاضة من صورة الأم الحقيقية وبذلك سوف لا تسبب له الازعاج الشديد بحيث يفقده نومه. أو بكلمة أخرى فإن جهاز مراقبة الأحلام سوف يحول صورة أمه الحقيقية التي يحمل لها هذا الشعور السليبي إلى صورة امرأة أخرى ثم يظهره إلى العقل الواعي على شكل شجار مع هذه المرأة.

ثالثاً: التكثف: (Condensation)

عملية التكثيف تشتمل على ميكانية خاصة بواسطتها يمكن تحويل أنواع متعددة من المشاعر والأفكار اللاشعورية إلى شكل معين واحد يأخذ صورة معينة في الحلم. مثال ذلك لورأى الحالم بأن اسداً على وشك اقتراسه فإنه هذا الأسد قد يمثل عدة مشاعلاً وأحاسيس وأشخاص في حياة الشخص في آن واحد فقد يمثل خوف هذا الشخص من ان يفقد السيطرة على نفسه وأحاسسه بأنه قد يصل به غضبه بأن يقتل أحداً وفي نفس الوقت قد يمثل هيئة أباه وهو يعاقبه وحتى من الممكن ان يرمز هذا الأسد إلى شخصية المعلم في المدرسة ورئيسه في العمل وهكذا كلها مجتمعة في آن واحد. العكس يمكن أن يحدث أيضاً وهو التخفيف أو الإنحلال ويعني بذلك أن تكون هناك نقطة معينة مصحوبة بمشاعر عميقة وعدة نفسية غائرة في اللاشعور قد تظهر على أشكال متعددة وصور مختلفة في الحلم في آن واحد، وهكذا نرى ان عملية التكثيف والتخفيف يجهزان الحالم بطريقة من الممكن أن تموه كثيراً

من حقيقة الحلم الخفي حتى يظهر بشكل أقل قدرة على بعث حقيقة
ومن الممكن اظهاره على العقل الواعي بدون ان يسبب ازعاجاً وقلقاً
نفسياً للنائم .

رابعاً: عملية الاسقاط : (Projection)

يعني بعملية الاسقاط أن يرى الشخص كلما هو غير مستحب
ومقبول في نفسه يراه متمثلاً في الآخرين . فكل إنسان قد يحتوي على
صفات ومشاعر واحاسيس معظمها قد تكون لاشعورية تكون في
محتواها غير مرغوب فيها وغير مستحبة وغير مقبولة في المجتمع مثال ذلك
الأحاسيس التي لها طابع جنسي أو طابع عدواني . في عملية الاسقاط
يرى النائم شخصاً آخر في المنام غالباً ما يكون ذو معرفة للحالم ويظهر
هذا الشخص الذي هو موضوع أو الهدف من المشاعر العدوانية أو
الجنسية يظهر بنفسه وكأنه هو الذي يملك تلك المشاعر غير المرغوب فيها
وموجهة إلى الشخص النائم نفسه . مثال ذلك ان الزوج الذي له
اندفاعات جنسية ورغبة في الخيانة الزوجية ، فإنه قد يحلم بأن زوجته
هي التي تخونه . أو الشخص الذي يشعر في أعماقه برغبة عدوانية تجاه
شخص آخر قد يحلم بأن ذلك الشخص نفسه في وضع مهاجم
لشخصه . ومن ذلك نرى بأن خاصية الاسقاط قد تظهر المرء ذاته بصفة
الضحية وليس الجاني وبذلك تحف الوطأة على ضميره ولا يحس بالذنب
كما لو أنه قد رأى مشاعره الحقيقية أمام عينية .

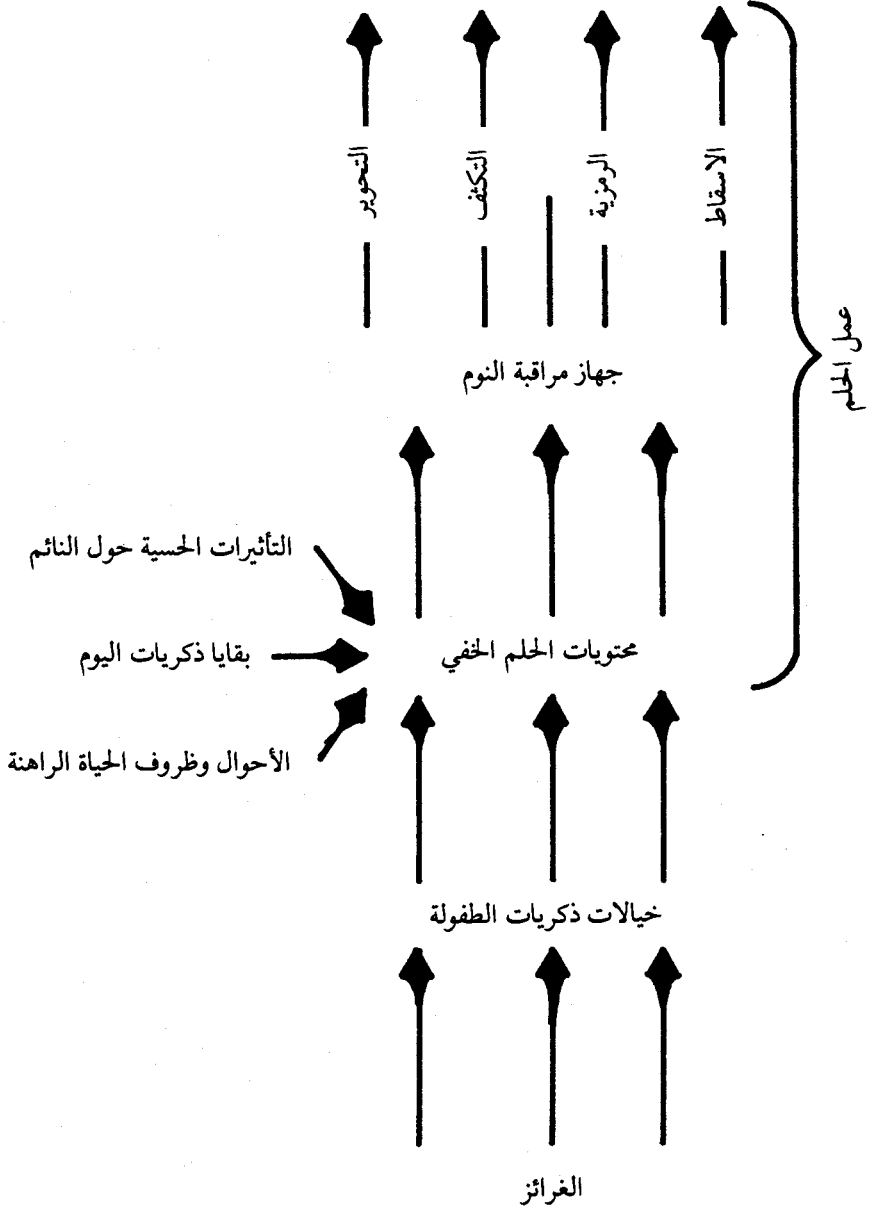
خامساً: المراجعة الثانوية : (Secondary Revision)

ان العمليات النهائية التي تجري على الحلم من الرمزية والاستعاضة
والتكثيف والاسقاط كلها تجعل من الحلم مبهماً متقطعاً من الصعوبة
بمكان فهم ترتبيه ومعناه وقد تكون الحالة تلك في كثير من الأحلام .

الحلم الظاهر

الشعور

اللاشعور



ولكن كما نعلم أنه في بعض الأحيان قد يترأى للحلم حلم مطول يجري بترتيب وتفصيل وإتقان بحيث يمكن يرده على شكل قصة أو احدثة . ان عملية ترتيب الحلم المبعثر إلى شكل عمل مفصل مفهوم ومن الممكن تقبله بواسطة العقل والمنطق يتم بواسطة جهاز خاص يسمى جهاز المراجعة الثانوية عندما يكون هذا الجهاز باتمام عمله فإنه يجعل للحلم بعض من المنطق وتناسق بحيث يتناسب تناسباً حسناً مع نفسية وسير وطبيعة حياة الشخص الحالم . حيث يمكن سرده ومراجعته والتمعن في مفهومه وبذلك يصل الحلم إلى مبتقاه عن طريق مستوى عال من التفكير والتمييز وبهذا يحاكي عقل السرد وذكاه .

بعض جوانب أعمال الأحلام :

أولاً : العاطفة في الاحلام : (Affect In Dreams)

في خلال عمليات الاستقاضة والتكثيف والرمزية والإسقاط تجري تغييرات كبيرة على ظهور العاطفة والمشاعر التي تصاحب نوع الحلم وذلك تبعاً لما يحدث لهذا الحلم من تغييرات . معنى هذا ان مشاعر الخوف أو القلق أو الفرح أو الحزن المصاحبة لنوع الحلم تتغير تغييرات مختلفة تبعاً لما يحدث في محتوى الحلم الحقيقي إلى أن يظهر بمظهره الخارجي كما ذكرنا ومن هنا نرى أن التغييرات التي تحدث على هذه العواطف تزيد من غموضها وشكلها المبهم وبالتالي تصل إلى نفس الغاية وهي احتفاظ العقل الواعي بكامل قواه من دون أن يتأثر بما يحتويه العقل الباطن من انفعالات وعواطف غير مستحبة . العواطف المصاحبة للحلم الظاهر قد تظهر بأشكال مختلفة عن العواطف الحقيقية التي يشعر بها النائم وهذا الاختلاف يكون على أنواع منها أن تظهر هذه العواطف بشكل أخف كثيراً مما هي عليه في الواقع مثلاً يظهر شعور الغضب القوي والشعور العدواني على شكل شعور بالامتعاض أو عدم الرضى

تجاه شخص معين . أو قد تظهر تلك العواطف بشكل آخر يختلف اختلافاً عكسياً حقيقية تلك العاطفة المكبوتة بأن يظهر الكره العميق بشكل حب جارف كما أن المحب الذي له رغبة عميقة للاندماج مع محبوبه والبقاء معه قد يحلم بالفراق والابتعاد وهكذا فإن العواطف أثناء الاحتلام تتغير بتغيرات هائلة في التعبير ولا يمكن معرفة كونها إلا لذوي الاختصاص العميق بهذا الموضوع .

ثانياً : إحلام القلق : (Anxiety Dreams)

نعلم الآن ان ما يحدث لمظاهر الحلم الخفي من تغيرات وتحويلات كبيرة بفعل أعمال النوم وجهاز مراقبة النوم يحدث ذلك ويقي النائم من أن يكون على وعي بمستويات العقل الباطن ولكن نرى معها دائماً في كثير من الأحيان قد يستيقظ النائم مفزوعاً أو مرعوباً من حلم معين أحياناً كثيرة فإن هذا الحلم بمحتوياته الظاهرة لا يسبب أولاً استدعي هذا القلق الذي يصاحب الشخص الحالم ولكن مع هذا فإن مقدار القلق والخوف الذي يسببه لا يستهان به . وتعليل ذلك بان جهاز مراقبة النوم على الرغم من قوته وتأثيره فإنه في بعض الأحيان قاصراً عن منع بعض المواد المكبوتة في العقل الباطن من أن تخترقه وتظهر إلى العاقل الواعي بصورة مجردة . أي ان تعليل حالات الخوف والنوم القلق أو الحلم المسبب للفرع هو ظهور بعض محتويات الحلم الخفي إلى العقل الظاهر باختراجه جهاز مراقبة النوم بدون ان يتغير وبذلك يسبب هذا الانفعال الشديد لدى النائم كونه غير مستعد أن يتقبل تلك المشاعر الخفية والمطمورة على مدى الأيام والسنين .

ثالثاً : أحلام العقاب : (Punishment Dreams)

أحلام العقاب أو العقوبة تتعلق مباشرة بأحلام القلق وتصاحبها في

كثير من الأحيان . يحدث هذا بعمليتين متسلسلتين أولاً ما يحدث أثناء حلم القلق وذلك بأن يخرق محتويات العقل الباطن من أفكار ومشاعر وأحاسيس ورغبات مطمورة في العقل الباطن حاجز جهاز مراقبة النوم من دون أن تتغير ويكون بذلك العقل الواعي على علم مجرد مباشر بمحتوياتها . وعندما تكون محتويات الحلم الخفي متكونة من رغبات مكبوتة من النوع الذي يعاقب عليه الضمير، كأن تكون رغبات جنسية محرمة أو رغبات عداونية، فإن ضمير الشخص النائم وبصورة غير إرادية أيضاً وعلى مستوى اللاشعور يبدأ بتحويل هذا الحلم لجعل بعض حوادث الحلم تتحول إلى شكل عقوبة للنائم كأن يكون مطارداً من قبل وحش أو أفعى أو كأن يسقط في حفرة أو أحياناً يموت في الحلم وبذلك يكون الضمير قد عاقب النفس لاحتوائها تلك المشاعر غير مقبولة والشعور بالعقاب يرضي الضمير الإنساني وبذلك يحفظ للنفس كرامتها ويذهب الشعور بالذنب . أي أن الغاية النهائية من أحلام العقاب هي مصارعة الشعور بالذنب والوصول إلى نقطة يحس فيها الشخص بالأمان والتقبل لنفسه بكونه إنساناً سويّاً .

الأحلام ودورة حركات العين السريعة (النوم النشط) :

الأبحاث العلمية الحديثة في فسيولوجية النوم والأحلام كما مر ذكرها في فصول سابقة وتفصيلها من أطوار النوم ومراحله الأولى والثانية والثالثة والرابعة ثم دورة النوم النشط أو ما يعرف بدورة النوم ذي حركات العين السريعة، قد أدخلت نواحي جديدة في البحوث العلمية في مجال النوم والأحلام، ومنها الإكتشاف الأخير من أن نظرية فرويد في تفسير الأحلام وماهية الأحلام قد يكون لها بعض الصحة ولكن هناك كثير من الأمور التي أستجدت في هذا الموضوع، ومنها أن الأحلام لا تتكون فقط نتيجة مشاعر وأحاسيس وأفكار في العقل الباطن

أو اللاشعور، وإنما كثير منها يكون نتيجة تفكير عقلي ومنطقي ناتج من أعمال القشرة المخية نفسها. هذا بالإضافة إلى أن الاكتشافات الأخيرة قد أكدت أن فترة النوم ذي حركات العين السريعة (النوم النشط) لا تقتصر وحدها على فترة الأحلام وإنما هناك نوع من الأحلام يكون نتيجة فعاليات دورات أو مراحل النوم الأولى أو الأخيرة أو في فترة النوم الهاديء. ومن هنا نرى أن هناك في الحقيقة نوعين من أنواع الأحلام فسيولوجيا وعملياً وتفسيرياً. النوع الأول هو نوع الأحلام التي يكون مصدرها في فترة النوم الهاديء وتتصف عادة فسيولوجيا بأنها نتائج أفعال ونشاطات القشرة المخية في مقدمة المخ. وتتصف هذه الأحلام بكونها ذات علاقة مباشرة بالحياة وبصورة منطقية وعقلية سليمة في بعض الأحيان قد تكون نتائج هذه الأحلام هي إيجاد معادلة حسابية أو إكتشاف علمي هو حل معضلة اجتماعية.

أما النوع الثاني من الأحلام فهو الذي يصاحب النوم النشط ذا حركات العين السريعة وفسولوجيا يكون نتيجة فعاليات شديدة في منطقة من المخ في الجزء الخلفي منه تسمى بتشكيلة الشبكية ونوايا المنطقة الذيلية من البونس أو تكون نتيجة نشاط الجزء الخلفي من المخ. وهذا النوع من النشاط العقلي يظهر بشكل أحلام تتصف بصفات كونها نتيجة رغبات وأفكار وعوامل مكبوتة في اللاشعور أي من النوع الذي مر ذكره في بحث نظرية فرويد في تفسير الأحلام.

ومن هنا نرى أن هذين النوعين من الأحلام يكون الأول منها أكثر منطقية وأقل تشويهاً ويتصف بالقليل من الصور والخيالات الوهمية والمتعلق أكثر بواقع الحياة ومنطقها وقد يكون تحت نوع من أنواع السيطرة الإرادية أي أنه في كثير من المرات يستطيع الحالم أن يغير نوع الحلم أو ينهيه أو يعمل في حوادثه مايشاء بصورة إرادية واعية على الرغم

من أنه في حالة نوم، كذلك يتصف هذا النوع من الأحلام بكونه متصللاً
إتصلاً مباشراً بالتجربة العملية التي يمر بها الشخص في تلك المرحلة من
حياته ويكونه خالياً من العواطف والاحاسيس العميقة.

وبعكس ذلك فإن النوم الناتج في فترة النوم النشط أو ذا حركات
العين السريعة يكون نوماً عاطفياً يتصف بالغرابة واختلاط المرائي
والاسماع ويكونه أكثر وضوحاً كصور وخيالات مفصلة. علينا بعد ذلك
أن ننتبه بأن هذين النوعين من الأحلام كثيراً ما تشترك بالظهور في آن
واحد وقد يختلط الآخر بالتالي وليس من الضرورة وجودهما كلا على
حده.

كمحاولة لربط بعض نظريات فرويد وتفسيراته في تكوين الأحلام
مع النظريات الحديثة في فسيولوجية النوم يرى البعض من أن عبارة
فرويد من أن الليل أو النوم بحد ذاته يشكل حالة من الحالات النفسية
التي تكون مقاومة النفس الداخلية للكبت على أخفها أو اوطأها أي أنه
يفترض أن هناك ميكانيكية خاصة مهمتها هي مقاومة الرغبات
والإنفعالات والأفكار والغرائز غير الإرادية وطمرها في اللاشعور وهذا
المقاومة التي سميت بمقاومة النفس الداخلية تكون على أضعفها أثناء
النوم وبذلك أن جميع هذه المشاعر المطمورة في اللاشعور تبدأ في إختراق
العقل الباطن لتظهر بأشكال مختلفة على شكل أحلام. ومن هنا يرى
البعض أن الأفعال الفسيولوجية والنشاطات الكهربائية التي تحدث
نتيجة تغيرات في الجزء الخلفي من المخ والتي تتميز بكل ما يحدث من
خلال مرحلة النوم النشط فإن هذه الفعاليات الفسيولوجية تشكل نوعاً
من أنواع الميكانيكية التي تخفض وتضعف من نشاطات مقاومة النفس
الداخلية وبالتالي فإن هذا يترك المجال لبعض محتويات اللاشعور من
الظهور إلى القشرة المخية أو العقل الواعي. كذلك فإن فرويد قد وصف

في كتبه أن الأحلام تشكل نوعاً هو وسيلة من وسائل التنفيس عن الغرائز البدائية الحيوانية في مبدأها الاساسي وهذا يتفق مع كون أن مصدر الأحلام هي حركات الجزء الخلفي من المخ والذي يكون أكثر بدائية وشكله وتركيبه التشريحي والفسولوجي قريب جداً من الأشكال التي نراها في الحيوانات البدائية وذلك عكس الأحلام التي يكون مصدرها مقدمة المخ والتي تتصف بكونها أكثر منطقية وملائمة للعقل المفكر.

كذلك فإن الملاحظة أن في حالات حرمان النائم من فترة النوم النشط الحالم لمدة طويلة فإنه يدخل في مرحلة يبلغ فيها ضغط النوم النشط أعلى درجاته بحيث أنه يفرض نفسه بصورة مستمرة على النوم كله أو أحياناً حتى في فترات اليقظة عند الحرمان الشديد كما مر ذكره وتفصيله في الفصول السابقة، وهذا يشبه إلى حد كبير ما افترضه فرويد من أنه الحرمان من الأحلام أو التعبير عن المشاعر المطمورة.

الفصل السابع

العقاقير المؤثرة في النوم



العقاقير المؤثرة في النوم

المهدئات والمنومات (Sedative Hypnotics)

تعتبر العقاقير المهدئة وأحياناً تسمى مضادات القلق (Antianxiety Drugs) من أوائل العقاقير التي استعملت في مجال الطب النفسي، وتتكون من مجموعة أدوية وعقاقير من مختلف الأصناف والأنواع. ولكنها على إختلاف أنواعها تشتمل على خاصية واحدة وهي أنها مخلفضات لنشاط الجهاز العصبي المركزي، وهي بفعاليتها المخفضة لمختلف نشاطات المخ (الذي هو الجزء الرئيسي من الجهاز العصبي المركزي) تقلل من الانفعالات النفسية المتعددة وبذلك تقل المشاعر المتعبة والمقلقة ومن ثم تؤدي إلى نوع من الهدوء النفسي والسكينة.

من الممكن اعتبار الكحول (الذي هو المادة الأساسية في كل أنواع الخمور) أقدم عقار مهديء وجد على الأرض فلقد عرفه الانسان منذ بدء التاريخ ولازال يستعمل إلى الآن وهو فعلاً عقار ممتاز كونه يذهب بالقلق والهـم كله، ولكن كلنا نعرف أن مضاره تفوق منافعه.

كان لاكتشاف مجموعة عقارات الباربيتوريت (Barbiturates) قبل أكثر من ثمانين عاماً أكبر الأثر في الطب النفسي وعلاج الصرع. ومنها عقار الفينوباربيتال (Phenobarbital) ذو الفعالية طويلة المدى ويعتبر إلى الآن علاجاً مهماً للصرع. وكذلك منها عقار النيمبوتال (Nembutal) والاميتال (Amytal) ذو الفعالية المتوسطة المدى تستعمل كحبوب منومة ذات فعالية جيدة وربما كانت أقوى المنومات فعالية. ولكن إستعمالها الآن في أيامنا هذه أصبح شبه معدوم وذلك لأنه قد ثبت بما لا يقطع الشك أن العقاقير ذات الفعالية متوسطة المدى تؤدي إلى نوع شديد من الادمان والتعود. وكذلك تعتبر مجموعة الباربيتوريت خطرة فيما لو أساء

المريض استعمالها وأخذ كمية كبيرة منها يؤدي إلى الموت .

في منتصف الخمسينات أكتشف عقار جديد اسمه المبروباميت (Meprobamate) حيث انتشر استعماله إنتشاراً كبيراً وذلك لأنهم اعتقدوا في بادئ الأمر بأنه مهديء ممتاز ومزيل للقلق ومنوم ولكن مع هذا لا يوجد له خصائص تؤدي إلى التعود . ولكن بعد مدة بسيطة من إنتشار استعماله وجد بأن الاعتقاد الأخير خاطيء وأنه من الممكن أن يؤدي إلى نوع من التعود والادمان وكذلك كما هي الحالة في مجموعة عقارات الباريتيوريت فإن الشخص المدمن إذا إنقطع فجأة عن إستعمال هذه الحبوب فإن أعراض الانسحاب سوف تبدأ وقد تكون من الخطورة بحيث قد يتسبب في حالات صرع شديدة وإختلاطات مرضية خطيرة .

بعد حوالي العشر سنوات من إكتشاف المبروباميت دخلت الصيدليات عقارات جديدة لمكافحة القلق والاضطرابات النفسية ، اكتسبت شهرة واسعة ولا زالت تستعمل إلى الآن في كل مكان في العالم . تلك هي مجموعة البنزودايازين (Benzodiazpin) والتي تشتمل على عدة أنواع من العقاقير أشهرها الفاليوم (Valium) والبريوم (Liberium) والاتفان (Ativan) واليكسوتونيل (Lexotonil) وهناك غيرها كثير لا يتسع المجال لذكرها كلها .

سنوات عديدة مرت وهذه المجموعة من الأدوية والعقاقير توصف من قبل كل طبيب بغض النظر عن اختصاصه ولم يبدأ الشك يساورهم بأن هذه المجموعة من العقاقير قد تؤدي إلى التعود إلا من سنوات قليلة فقط ، وربما كان السبب في ذلك أن قابلية هذه العقاقير بأن تسبب التعود والادمان أقل بكثير مما نراه عند استعمال مجموعة الباريتيوريت أو المبروباميت . والحق يقال بأن نسبة الذي يتعود أو يدمن على هذه الحبوب إذا قيست بالعدد الهائل الذي يستعمل هذه الحبوب باستمرار

يعتبر قليلاً جداً. ولكن مع هذا فعلينا الحذر لأن حالات الادمان والتعود على قلتها من الممكن جداً أن تحدث ويجب أن لا تستعمل هذه العقاقير بدون مراقبة طبية.

كذلك هناك صفة جيدة أخرى لمجموعة البنزوديازيبين وذلك بأنها نادراً جداً أن تسبب الموت إذا أخذت بكميات مهما كانت كبيرة، هذا فيما لو أخذت وحدها. ولكن لو كانت مخلوطة مع عقاقير مهدئة أو منومة أخرى وخصوصاً إذا أخذت مع الكحول فإنها تؤدي إلى إنخفاض شديد في فعاليات الجهاز العصبي وربما يؤدي ذلك إلى الموت.

كل مجموعة البنزوديازيبين وخاصة الفاليوم تؤدي أيضاً إلى إرتخاء في العضلات وهذا يضيف من فائدتها المهدئة لأن التراخي يؤدي إلى الشعور بالطمأنينة والسكون.

الفاليوم واتباعه له الخاصية المضادة للخوف أيضاً وربما استعمل لهذا الغرض.

يختلف الفاليوم والبريوم عن مثيلها الاتقان فقط في مدى فعاليتها. فالفاليوم والبريوم لهم مدة فعالية قد تزيد عن ٢٤ ساعة. وهذا حقيقة تخفى عن الكثيرين ولهذا لا يوجد ضرورة لأخذ هذه الحبوب أكثر من مرة أو مرتين في اليوم. أما الاتقان فإن فعاليتها أثل من ١٢ ساعة ولهذا ربما إستخدم عدة مرات في اليوم. ولكن يجب أن نتنبه بأنه قد ثبت بأن العقاقير المهدئة ذات الفعالية القصيرة تكون أخطر من تلك ذوات الفعالية الطويلة وذلك لقابليتها للتعود والادمان. لأن إنتهاء الفعالية بعد فترة وجيزة ترسل نوعاً من القلق مما يجعل أخذ الحبة الأخرى مستساغاً أكثر ومن ثم إلى تناول كميات أكبر من هذه الحبوب.

بصورة عامة يستحسن تعاطي هذه الحبوب على شكل غير منتظم

فليس من الضروري أخذها إذا كان الشخص لا يشكو من القلق يومياً أو طول اليوم. وربما كانت الطريقة المثلى لتعاطيها هي عند اللزوم فقط. وكذلك يجب أخبار المريض بأنه سوف لن يحتاجها يومياً فلا يستعملها إلا عند الضرورة.

ربما كان أنسب مكان لوصف تلك الحبوب هو في حالات القلق الحاد وليس المزمن. وخصوصاً ذلك قلق والاضطراب النفسي الذي يتأتى من مشاكل وتغيرات حادة في الحياة اليومية كان تصيب انسان فاجعة ما أو يواجه معضلة تعرقل سير حياته الطبيعية.

عندما يلاحظ الطبيب أن المريض بدأ يأخذ كميات أكبر من العلاج الموصوف له. أو عندما يطلب منه زيادة الجرعة مع تكرار الزيارات، فإن هذا علامة من علامات بدء حالة التعود التي ربما أدت إلى نوع من الادمان عند ذلك يجب إيقاف العلاج بتلك الحبوب واعطاء المريض نوعاً آخر من العلاجات مثل مضادات الاكتئاب، أو جرعات خفيفة من مضادات الذهان. التي من شأنها أن تعطي نوعاً من الهدوء والطمأنينة بدون أن يكون لها تأثير يساعد على التعود. ويمكن استعمال بعض حبوب مضادات الحساسية. فهذه الأنواع من العقاقير بالاضافة إلى فعاليتها المضادة للحساسية وما يسمى الهستامين (Anti Histamines) فإن لها مفعول مهديء وأحياناً منوم خفيف. وهي كذلك لا تؤدي إلى الادمان أو التعود. ويمكن إستخدامها لعلاج حالات القلق الخفيفة خصوصاً عند الأطفال لأنها سليمة بصورة عامة ولا تضر الأطفال.

كثيراً ما يكون القلق مصحب بنوع من الاكتئاب خصوصاً القلق المزمن. عند ذلك يكون استعمال مضادات الاكتئاب أكثر فعالية وبدون ضرر التعود والادمان. كذلك حالات القلق المصحوبة بمخاوف (Phobia) فإنها تعالج بصورة أكثر فعالية بواسطة مضادات الاكتئاب.

وأخيراً فهناك عقار آخر من الممكن استعماله لحالات القلق ولا تصاحبه مخاطر التعود وهو عقار البروبرانولول (Propranolol) وهو علاج يعطى عادة لبعض أمراض القلب ومن الممكن استعماله في حالات القلق الخفيفة لأنه يهدئ القلب والدورة الدموية ويمنع حدوث الارتجاف والرعدة في اليدين .

منبهات الجهاز العصبي (Stimulants)

تشتمل هذه المجموعة من العقاقير على مستحضرات ومشتقات مادة الامفيتامين . وهذه المادة لها خاصية تنشيط وتنبيه الجهاز العصبي وبذلك تؤدي إلى شعور بالحياة والنشاط تزيد من الانتاجية للفرد وترفع من ثقته بنفسه وهي بذلك تعطيه نوعاً من الشعور المستحب الذي يقضي على أي احساس بالاكتئاب أو الكسل وفعلاً تزيد من مقدرة المخ على التركيز وبذلك تعطي الطالب قدرة أكبر على الاستيعاب والذاكرة ولمفعولها المنشط أيضاً فإنها تذهب بالاحساس بالنوم والنعاس .

وللأسباب التي ذكرناها فقد شاع استعمال هذه العقاقير من قبل الطلاب في أيام الامتحانات ومن قبل بعض الناس الذين يشتغلون فترات طويلة في الليل كسائقي سيارات الشحن مثلاً .

ذكرنا إلى الآن ماهو جيد ومرغوب من فعالية هذه الحبوب ولكننا نعلم أن لكل شيء ثمنه . . والحقيقة أن مضار هذه الحبوب أكثر بكثير من منافعها . . فإنها لو كانت تبعث النشاط والاحساس بالانتعاش وتقوي المقدرة على العمل فإنها تفعل ذلك على حساب الراحة التي يتطلبها الجسم ، فإن جسم الانسان بعد أن يذهب مفعول هذه الحبوب يحتاج إلى راحة أكبر وربما إذا كانت الكمية المتعاطاه كبيرة فإنه يبدأ في الإنهيار وبسبب الشعور بالاكتئاب الشديد وعدم الراحة والقلق . .

كذلك إذا تعاطى المرء كمية كبيرة من هذه العقاقير فإنها تسبب نوعاً من الهيجان العصبي وأحياناً الذهان وحالة تشبه الجنون أو الانفصام .

يسبب استعمال هذه الجبوب أمراضاً جانبية أخرى مثل القلق وإزدياد ضربات القلب وإزدياد في الضغط ورجفان ورعشة في اليدين ، وإنعدام الشهية للأكل .

وغالباً ما يؤدي استعمال هذه العقاقير إلى تعود شبه ادمان من قبل الاشخاص الذين لهم القابلية على ذلك .

يعد مستحضر الدكسدرين (Dexidrin) والرتالين (Ritalin) أهم العقاقير في هذه المجموعة . تستعمل هذه العقاقير طبياً في علاج حالتين فقط أولاً ما مر ذكره في علاج الناركولبسي وهو المرض المتميز بكثرة النوم وشدته . والحالة الثانية هي في علاج أمراض ضعف الانتباه عند الأطفال (Attention Deficit Disorder) وهي مجموعة أمراض نفسية عصبية تصيب الأطفال لا مجال للتوسع فيها .

مضادات الاكتئاب (Anti Depressents)

هذه مجموعة من الأدوية والعقاقير التي من خصائصها رفع المزاج المكتئب ، ومساعدة الفكر الكسول على الانتباه والتركيز بالإضافة إلى قابليتها على تحسين نوعية وكمية النوم . كذلك بخاصيتها المضادة للاكتئاب فإنها تزيد من الشهية وتفتح النفس وتعديل من الأفكار السوداوية أو الانتحار التي كثيراً ما ترافق الاكتئاب .

تعمل هذه العقاقير على تغيير بعض المواد الكيميائية في المخ وتجعلها يكثر توازناً مع المواد الأخرى التي قد تكون مضطربة بسبب حالة الاكتئاب وبتصحيح حالة التوازن هذه يبدأ المريض بالتخلص من حالة الاكتئاب تدريجياً .

أهم خصائص هذه العقاقير بأن لها مفعولاً خاصاً بذاته في حالة المرض فقط. معنى هذا أنها ترفع المزاج وتذهب الاكتئاب. الخ فقط إذا كان المريض فعلاً مصاباً بالاكتئاب، أي لو فرضنا أن شخصاً طبيعياً تناولها حتى ترفع من مزاجه أو تدخل السرور على قلبه فإنها وسف لن تؤدي إلى ذلك وإنما قد يكون العكس. فهذه العقاقير غير مستساغة وتعطي مفعولاً غير مريح إذا تناولها الشخص العادي. أما لو أخذها المصاب بالاكتئاب فإنها تؤدي مفعولها على أحسن وجه. هذا بالإضافة إلى أنها لا تؤدي إلى الادمان أو التعود، مهما طال مدة إستخدامها ومهما كانت الجرعة المأخوذة.

أهم أنواع هذه العقاقير هي مجموعة ماتسمى بثلاثية الحلقات. وسميت كذلك لأن تركيبها الكيماوي يحتوي على ثلاث حلقات (Tricyclines). وتحتوي هذه المجموعة على عقاقير كثيرة أهمها الامبرامين (Imipramin) والاميتربتالين (Amitriptyline) والدوكسبين (Doxipine) والديسبرامين (Desepamin).

وهناك مضادات اكتئاب أخرى لا تنتمي إلى هذه المجموعة ولا مجال لذكرها هنا.

بقي أن نتذكر أن مضادات الاكتئاب هي عقاقير لها محاسنها ومساؤها ومخاطرها كأى علاج طبي آخر ويجب الا تستعمل الا تحت إشراف الطبيب.

من الممكن كما شرحنا سابقاً استعمال هذه الحبوب في حالات القلق والخوف أيضاً ولا يتوقف استعمالها في حالات الاكتئاب، ويكون هذا أيضاً قراراً محضاً. وهي من أحسن العلاجات لاضطرابات النوم والأرق.

مضادات الذهان (Anti Psychotics)

سميت هذه العقاقير خطأ في السابق بالمهدئات العظمية (Major Tranquilizers) وكان هذا سبباً في خلط هذه المجموعة من العقاقير مع مجموعة المهدئات وبالتالي اعتقد كثير من الناس أن لها نفس الفعالية وبالتالي قد تؤدي إلى الإدمان والتعود. والحقيقة أن هذه العقاقير كما هي الحال في مضادات الإدمان لا يمكن أن تسبب إدماناً أو تعوداً مهما طال مدة استخدامها.

لو استعملت هذه العقاقير بجرعات ضئيلة فإنها فعلاً تؤدي إلى نوع من الهدوء والسكينة وربما تساعد في حالات القلق والاضطرابات النفسية بفعلها المهديء ولكنها عكس المهدئات فإنها لا تسبب إنخفاضاً في فعاليات ونشاطات الجهاز العصبي ككل كما هي الحال في المهدئات والمنومات وبالتالي لا يؤدي أخذها بكميات كبيرة إلى الغيبوبة أو ربما الموت. ولكنها لو أخذت بكمية أكبر من التي وصفها الطبيب لعلاج القلق غالباً ما يشعر المريض بازدياد في حدة القلق وربما أصيب بأعراض جانبية غير مريحة.

لهذه العقاقير آثار جانبية كثيرة متعددة لا مجال لشرحها هنا، ولهذا فإنها لا تستعمل إلا تحت الإشراف الطبي.

تستعمل هذه العقاقير أساساً لعلاج حالات الذهان (Psychosis). وهي الحالات التي تشبه ما يطلق عليه العامة بحالات الجنون، وهي حالة يفقد فيها المريض مقدرته على تمييز ما هو حقيقي وواقعي في حياته وما هو من نسج خياله وهلوسته، وكثيراً ما تكون تلك الحالات مصحوبة باضطرابات شديدة في النوم.

تشتمل حالات الذهان تلك على أعراض أمراض كثيرة مثل مرض

الفصام (Schizophrenia) وأمراض الهوس (Mania) وحالات الذهان الناتجة من اضطرابات عضوية في المخ (Organic Mental Disorder).

أهم أنواع هذه العقاقير هي مجموعة الفينوثيازين (Phenophtiazin). التي من أنواعها الكلوربرومازين (Chlorpromazin) والستلازين (Steluzin) والملاريل (Melloril) ومجموعة الهالوبردول (Haloparidol). وهناك أنواع عديدة بعضها في الجدول المبين.

REFERENCES

1. Farmer, W. C., Glenn, W. W. O. and Gee, J. B. Alveolar hypoventilation study: Studies of ventilatory control in patients selected for diaphragmatic pacing. *Am. J. Med.*, 64:39, 1978.
2. Guilleminault, C., and Dement., W. C. *Sleep Apnea Syndromes*. Liss, New York, 1978.
3. Guilleminault, C., Eldridge, F. L., and Dement W. C. Insomnia with sleep apnea: A new syndrome. *Science*, 181:856, 1973.
4. Hartmann, E. *The Sleeping Pill*. Yale University Press, New Haven 1978.
5. Hartmann E. Sleep disorders. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. 3, H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock, editors, p. 2014. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980.
6. Mendelson, W., Gillis J., and Wyatt, R. *Human Sleep and Its Disorder*. Plenum Publishing Corp., New York, 1977.
7. Association of Sleep Disorders Centers. Diagnostic classification of sleep and arousal disorders, first edition: Prepared by the Sleep Disorders Classification Committee, H. P. Roffwarg, Chairman. *Sleep* 2:1, 1979.
8. Hauri, P. *Current Concepts: The Sleep Disorders*. Kalamazoo: The Upjohn Co., 1977.
9. Hauri, P. Treating psychophysiological insomnia with biofeedback. *Arch. Gen. Psychiatry* 38:752, 1981.
10. National Academy of Sciences. *Sleeping Pills, Insomnia, and Medical Practice*. No. IOM-79-04. Washington, D.C.: National Academy of Sciences, 1979.
11. Rechtschaffen, A., and Kales, A. (eds.). *A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects*. Washington, D.C.: Public Health Service, U.S. Government Printing Office, 1968.
12. Schmidt, H. S., Clark, R. W., and Hyman, P.R. Protiptyline: An effective agent in the treatment of the narcolepsy-cataplexy syndrome and hypersomnia. *Am. J. Psychiatry* 134:183, 1977.

13. Schmidt, H. S., and Wise, H.A. Significance of impaired penile tumescence and associated polysomnographic abnormalities in the impotent patient. *J. Urol.* 126:348, 1981.
14. Sullivan, C. E., Henderson-Smart, D. J., and Read, D. J. C. (eds.). The control of breathing during sleep. *Sleep* 3, No. 3/4 (special issue), 1980.
15. Weitzman, E. D., et al. Delayed sleep phase syndrome: A chronobiological disorder with sleep-onset insomnia. *Arch. Gen. Psychiatry* 38:737, 1981.
16. Williams, R. L., and Karacan, I. *Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment*. New York: Wiley, 1978.
17. Williams, R. L., Karacan, I., and Hirsch, C. J. *EEG of Human Sleep: Clinical Applications*. New York: Wiley, 1974.
18. Freud, A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. International Universities Press, New York, 1946.
19. Freud, S. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Hogarth Press, London, 1953-1956.
20. Meissner, W. W. Classical psychoanalysis. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. 3, H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock, editors, p. 631. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980.
21. Crasilneck, H. D., and Hall, J. A. *Clinical Hypnosis: Principles and Applic* 22.ns. Grune & Stratton, New York, 1975.
22. Erickson, M. H. *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy*. Grune & Stratton, New York, 1967.
23. Frankel, F. H. *Hypnosis: Trance as a Coping Mechanism*. Plenum Publishing Corp., New York, 1976.
24. Hilgard, F. R. Hypnosis. *Annu. Rev. Psychol.*, 26:19, 1975.
25. Spiegel, H. An eye-roll test for hypnotizability. *Am. J. Clin. Hypn.*, 15:25, 1972.
26. Spiegel, H. and Spiegel, D. *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*. Basic Books, New York, 1978.
27. Spiegel, H., and Spiegel, D. Hypnosis. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. 3, H. I. Kaplan, A. M. Freedman,

- and B. J. Sadock, editors, p. 2168. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980.
28. Greenblatt, D. J., and Shader, R. I. Bad Trips. In R. I. Shader (ed.), *Manual of Psychiatric Therapeutics*. Boston: Little, Brown, 1975.
 29. Jaffe, J. H. Drug Addiction and Drug Abuse. In A. G. Gilman, L. S. Goodman, and A. Gilman (eds.), *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics* (6th ed.). New York: Macmillan, 1980.
 30. Renner, J. A. Drug Addiction. In T. P. Hackett and N. H. Cassem (eds.), *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. St. Louis: Mosby, 1978.
 31. Shader, R. I., Caine, E. D., and Meyer, R. E. Treatment of Dependence on Barbiturates and Sedative-Hypnotics. In R. I. Shader (ed.), *Manual of Psychiatric Therapeutics*. Boston: Little, Brown, 1975.
 32. American Psychiatric Association. *Manual of Psychiatric Peer Review* (2nd ed.). Washington, D.C.: APA, 1981.
 33. Baldessarini, R. J. Drugs and the Treatment of Psychiatric Disorders. In A. G. Gilman, L.S. Goodman, and A. Gilman (eds.), *Godman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics* (6th ed.). New York: Macmillan, 1980.
 34. Greist, J. W., and Gresit, T. H. *Antidepressant Treatment - The Essentials*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.
 35. Hollister, L. E. *Clinical Pharmacology of Psychotherapeutic Drugs*. New York: Churchill Livingstone, 1978.
 36. Kessler, K. A., and Waletzky, J. P. Clinical use of the antipsychotics. *Am. J. Psychiatry* 138:202, 1981.
 37. Mason, A. S., and Granacher, R. P. *Clinical Handbook of Antipsychotic Drug Therapy*. New York: Brunner-Mazel, 1980.
 38. Cohen, S. *The Substance Abuse Problems*. New York: Haworth, 1981.

الفصل الأول

فسيولوجية النوم

الصفحة

| | |
|----|---|
| ٥ | تعريفه |
| ٦ | مراحل النوم |
| ٨ | النوم في الحيوان |
| ٩ | مراكز النوم في الدماغ الانساني |
| ١٠ | وظائف النوم - لماذا ننام |
| ١٢ | وظيفة النوم |
| ١٢ | كمية الحاجة للنوم |
| ١٣ | الصفات الشخصية وعلاقتها بالحاجة إلى النوم |
| ١٥ | النوم والأمراض النفسية |
| ١٦ | الحبوب المنومة |

الفصل الثاني

اضطرابات النوم

| | |
|----|--|
| | اضطرابات ابتداء واستمرار النوم (الأرق) واضطرابات كثرة النوم التي لها |
| ٢٦ | مسببات واحدة |
| ٢٧ | حالات قلة النوم أو كثرة النوم التي تصاحب المهدئات والكحول |
| ٢٨ | حالات اضطراب وتوقف التنفس أثناء النوم |
| ٣٢ | الأرق الابتدائي (الأساسي) |
| ٣٣ | حالات الأرق الطفولي |
| ٣٣ | الأرق المسبب من انقطاع النوم النشط (الحالم) |
| ٣٤ | الأرق المسبب عن اختلال النوم الهادىء |
| ٣٤ | الناركوليبسى |

| | | |
|----|-------|---|
| ٣٧ | ..... | مرض كثرة النوم المركزي |
| ٣٨ | ..... | مرض كلاين - لفين |
| ٣٩ | ..... | ازدياد وكثرة النوم المصاحب لفترة الحيض |
| ٣٩ | ..... | سكر النوم |
| ٤٠ | ..... | النوم غير الكافي |
| ٤١ | ..... | اضطرابات جدول النوم واليقظة |
| ٤٢ | ..... | اضطرابات جدول النوم واليقظة المؤقتة |
| ٤٣ | ..... | أعراض النوم المتأخر |
| ٤٥ | ..... | أعراض طور النوم المتقدم |
| ٤٥ | ..... | جدول النوم الزمني غير الـ ٢٤ ساعة |
| ٤٦ | ..... | حالات التغيير المستمر في جدول اليقظة والنوم |

الفصل الثالث

الاضطرابات العضوية المصاحبة للنوم

| | | |
|----|-------|--|
| ٥١ | ..... | الاضطرابات العضوية التي تصاحب النوم |
| ٥١ | ..... | المشي أثناء النوم |
| ٥٢ | ..... | رعب النوم |
| ٥٣ | ..... | أحلام اليقظة الهجومية |
| ٥٤ | ..... | سلس البول النومي |
| ٥٥ | ..... | التقلصات أو الارتجافات العضلية أثناء النوم |
| ٥٦ | ..... | حالات الصرع المتعلقة بالنوم |
| ٥٧ | ..... | حالات اضطراب انتصاب القضيب المتعلقة بالنوم |
| ٥٩ | ..... | الانتصاب المؤلم أثناء النوم |
| ٥٩ | ..... | طحن الأسنان أثناء النوم |
| ٥٩ | ..... | ضرب الرأس الليلي |
| ٦٠ | ..... | شلل النوم الوراثي |

| | |
|----|---|
| ٦٠ | مرض صداع الشقيقة المزمن |
| ٦١ | اضطراب عمليات البلع واختلال تقلصات المريء المتعلقة بالنوم |
| ٦٢ | حالات الربو الليلي |
| ٦٢ | اختلاف أو اضطرابات القلب المتعلقة بالنوم |
| ٦٣ | الشخير |

الفصل الرابع علاج اضطرابات النوم

| | |
|----|--|
| ٦٧ | العلاج غير الدوائي |
| ٦٨ | صحة النوم |
| ٧٠ | العلاج الزمني |
| ٧١ | العلاج غير الدوائي لأمراض النوم المتزايد |
| ٧٣ | علاج الاضطرابات التي تصاحب النوم |
| ٧٤ | العلاجات الطبية لاضطرابات النوم |
| ٨١ | اضطرابات التنفس المرافقة للنوم |
| ٨٢ | العلاج الجراحي لاضطرابات النوم |
| ٨٤ | العلاج الجراحي للعجز الجنسي (العنة) |

الفصل الخامس التنويم المغناطيسي

| | |
|-----|---|
| ٩١ | ظاهرة التنويم المغناطيسي |
| ٩٤ | أخطاء شائعة حول التنويم المغناطيسي |
| ٩٨ | فسيولوجية التنويم المغناطيسي |
| ٩٩ | عندما يكون التنويم المغناطيسي غير مرغوب فيه |
| ١٠١ | استعمالات التنويم المغناطيسي في العلاج النفسي |
| ١٠٦ | الخلاصة |

الفصل السادس

تفسير الأحلام

| | |
|-----|---|
| ١٠٩ | تفسير الأحلام |
| ١١٢ | تحليل محتويات الحلم |
| ١١٣ | المحفزات الحسية الليلية |
| ١١٣ | ذكريات اليوم الفائت |
| ١١٤ | الفرائز الطفولية المكبوتة |
| ١١٥ | أهمية الأحلام |
| ١١٦ | عمل الأحلام |
| ١٢١ | بعض جوانب أعمال الأحلام |
| ١٢٣ | الأحلام ودورة حركات العين السريعة (النوم الشيط) |

الفصل السابع

العقاقير المؤثرة في النوم

| | |
|-----|----------------------------|
| ١٢٩ | المؤثرات والمنومات |
| ١٣٣ | منبهات الجهاز العصبي |
| ١٣٤ | مضادات الاكتئاب |
| ١٣٦ | مضادات الذهان |
| ١٣٩ | الفهرس |