

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 - قالمة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس



محاضرات في الاضطرابات السيكوسوماتية
موجهة لطلبة سنة أولى ماستر علم النفس العيادي

إعداد:

د. عيسى تواتي إبراهيم

السنة الجامعية:

2021 – 2020

فهرس المحتويات

01	..... مقدمة
03	..... 1- نبذة تاريخية عن العلاقة بين النفس و الجسد
09	..... 2- مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية
13	..... 3- انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية
15	..... 4- الاتجاهات النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية
15	..... 4-1- النظرية السلوكية
17	..... 4-2- النظرية البيولوجية
19	..... 4-3- النظرية العصبية-الفسولوجية
20	..... 4-4- النظرية التحليلية
20	..... 4-4-1- المساهمات التحليلية الأولى
22	..... 4-4-2- مدرسة شيكاغو السيكوسوماتية
24	..... 4-4-3- مدرسة باريس السيكوسوماتية
29	..... 4-5- النظرية المعرفية
31	..... 5- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية
35	..... 5-1- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي DSM
37	..... 5-2- دور الاختبارات النفسية في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية
40	..... 5-3- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية
43	..... 6- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية
44	..... 6-1- العلاج الدوائي
44	..... 6-1-1- المهدئات
44	..... 6-1-2- العلاج الوهمي
45	..... 6-1-3- الفيتامينات المضادة للضغط
45	..... 6-2- العلاج النفسي
45	..... 6-2-1- العلاج السيكودينامي
46	..... 6-2-2- العلاج المعرفي السلوكي
48	..... خاتمة
50	..... قائمة المراجع

مقدمة:

تتطوي بيئة الفرد على العديد من المواقف والأحداث التي تُشكل تهديدا لآلآزانه النفسي والجسمي، ورغم أن ردود الأفعال تجاه مصادر الضغوط الحياتية هاته عديدة ومتنوعة، إلا أنها تصل بالأفراد إلى أحد المسلكين، وهما إما التوافق معها واستعادة الاتزان الحيوي؛ أو ما يترتب على عكس ذلك من اضطرابات مختلفة تشكل جملة الآثار الناتجة والمرتبطة بهذه الضغوط. وتتوقف طبيعة هذه الآثار على شدة هذه الضغوط ومدتها من جهة، ومن جهة ثانية على شخصية الفرد وخصائصها.

مما لا ريب فيه أن الأحداث والمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد تؤثر في البناء النفسي لديه في إطار علاقته بالبيئة الاجتماعية التي يحيا فيها. و مع ازدياد سرعة نمط الحياة الحديثة وتعلدها و زيادة حدة المنافسة و الصراع ازدادت الاضطرابات السيكوسوماتية حدة و انتشارا بحيث أصبحت أمراض العصر. تلك الأمراض التي ترجع لعوامل نفسية و صراعات عاطفية وإحباطات متراكمة وتوترات انفعالية مستمرة بينما تتخذ أعراضها شكلا جسديا.

والتفسير السيكولوجي للاضطرابات السيكوسوماتية يقوم على أساس أنها تعبر عن طاقة حبسية غير مشبعة، أو تعبير عام عن توتر لم يتم التعبير عنه بالوسائل المباشرة وهي أشبه بالأعراض العصائية وإن اتخذت صورة التعبير الجسمي، كما أن الأفراد الذين يصابون بمثل تلك الاضطرابات قد يكونون مهيين أكثر من غيرهم للتعبير الجسمي عن التعبير السلوكي، وقد يكون لهذه الأعراض دور رمزي، أي أن إصابة عضو معين في الجسم لا يعود إلى ضعفه التكويني بقدر ما يعود إلى أن وظيفة هذا العضو لها علاقة بالموقف الإحباطي الذي سبب هذه الاضطرابات.

و تعبر الاضطرابات السيكوسوماتية عن الاتصال الوثيق بين النفس و الجسم، و مدى تأثير كل واحد منهما في الآخر. و يُنظر إلى الإنسان كوحدة نفسية جسمية متكاملة، إذا أصيب فيه عضو واحد تأثرت له سائر الأعضاء. لهذا زاد الاهتمام بهذا النوع من الاضطرابات في ميدان علم النفس العيادي.

و يعتبر إدراج مادة الاضطرابات السيكوسوماتية ضمن المنهاج الرسمي الموجه إلى طلبة سنة أولى ماستر علم النفس العيادي أمر في غاية الأهمية، لما توفره هذه المادة من معارف علمية أساسية حول مختلف الاضطرابات السيكوسوماتية و التعريف بأساليب التشخيص الحديثة و آليات التكفل بها. ومن هنا جاءت هذه المحاضرات لتقدم للطلبة قاعدة علمية معرفية لا غنى عليها في الاضطرابات السيكوسوماتية (النفس جسدية) و متماشية مع المقرر الرسمي المسطر من قبل الوزارة.

1- نبذة تاريخية عن العلاقة بين النفس و الجسد:

لقد أشار الفلاسفة القدامى إلى العلاقة المتبادلة بين النفس و الجسد، و أدركوا أن التغيير في الحالة النفسية للفرد يُؤدي إلى تغيير الحالة الجسمية، كما أن الحالة الجسدية بدورها يمكن أن تكون سببا في تغيير الحالة النفسية. لكنهم لم يتمكنوا من تقديم التفسيرات العلمية عن كيفية حدوث ذلك (الزرد، 2000).

ساد في الثقافة الطبية اليونانية، التي تزعمها "هيبيوقراط" Hippocrates و أتباعه في ذلك الوقت (300-400 ق.م) الاعتقاد بأن منشأ المرض يعود إلى اختلال التوازن في السوائل داخل الجسم، والذي قد يكون سببه اختلال مشابه في بيئة المريض الخارجية. يؤكد أطباء اليونان القدامى على ترابط كل من سوائل الجسم و مزاج الشخص في نشوء المرض. كما لاحظ "هيبيوقراط" أن الخبرات الانفعالية القوية، خاصة منها الخوف والغضب، يمكن أن ينجم عنها اضطرابات في وظائف الجسم. ثم قام بتقديم وصف للاكتئاب والقلق والخرف أو الهذيان (Martin, 1978; Wolman, 1988).

لقد انتقد "سقراط" منذ أكثر من 2500 سنة الأطباء في "أثينا" بسبب موقفهم الطبي الذي يركز على الجانب العضوي فقط، هذا و أعرب عن وجهة نظره التي مفادها أنه لا شفاء للجسد دون علاج العقل (النفس)، و يضيف أن سبب عدم معرفة علاج الكثير من الأمراض يرجع إلى تجاهل الأطباء للوحدة الكلية للفرد (النفس-الجسد) (Raginsky, 1948).

ذهب "أرسطو" كذلك (322-384 ق.م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والفرح والبغض والحسد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن مركب نفسي معقد. وأن هذه الانفعالات السيئة والعنيفة والمزمنة تترك آثارها السيئة في الجسم (غانم، 2011، ص 39).

أما في العصر الروماني، فقد اعترف "شيشرون" Cicero بقوة الجانب النفسي أو السلوكي، و أكد على المسؤولية الشخصية للفرد على المرض. ساد استخدام مصطلح "الأهواء" Passions بدلا من

السيكوسوماتية لمدة 1700 سنة دون سبب واضح، وحسب "جالينوس" Galen فالأهواء قد تكون سببا في ظهور المرض، كما يمكنها أيضا أن تؤدي إلى شفائه. لذلك هدف العلاج الروحي لجالينوس إلى تحرير الشخص من أهوائه وشفاء الروح (النفس) بنفس الطريقة التي يشفي بها الطب الجسدي الأمراض العضوية (Alexander & Selesnik 1966; Ackerknecht, 1982).

والتاريخ المصري القديم يحفل بعدد من البرديات الطبية أشهرها بردية "إبيرس" وتتكون من 12 وصفة مخصصة للأناشيد والأدعية التي يجب أن يقولها الشخص المريض أثناء تناوله للأدوية، ولا شك أن الاهتمام بالأدعية وطلب الشفاء من الإله يهيئ الفرد نفسيا لكي تتقبل فسيولوجية الجسد لهذا الدواء مما ينعكس إيجابيا عليه فيشفى (غانم، 2015).

ويُخلد لنا تاريخ الفكر الإنساني بعد الفكر اليوناني فكرا متميزا ألا وهو الفكر الإسلامي الذي كان له إسهامه العلمي في تأثير العوامل النفسية على التغيرات البدنية و الأمراض الجسدية. ومن الأطباء العرب الذين فطنوا إلى أهمية العلاقة بين النفس والجسد، المجوسي (994 م) فيذهب في كتابه "كامل الصناعات الطبية" إلى أن الأمراض النفسية كالغم و الغضب والهـم والحسد تغير مزاج البدن وتؤدي إلى إنهاكه وتولد هذه الأعراض الحميات الرديئة (أبو النيل، 1994).

لقد عالـج أبوبكر الرازي (923 م) الأمير منصور بن نوح من مرض أقعده، وقد جرب عليه الرازي أنواع مختلفة من العلاج بلا جدوى، لكن عندما قام بإجلاسه في الحمام وأعد له شرابا وأبقاه زمانا لـيتيح للدواء أن يصل إلى مفاصله. بعد ذلك، قام بشتمه و تهديده بالقتل فغضب الأمير ونهض على رجليه معافى. هذه الحالة تُبين دور الانفعال في علاج الأمراض الجسدية. ويعتبر الرازي من أكثر الأطباء الذين حثوا على طب شامل يضع في الحسبان المريض ومرضه ومحيطه وطبيبه وهذا ما يدعو إليه الطب السيكوسوماتي الحديث. كذلك تكلم ابن رشد عن العامل النفسي في نشأة المرض (جبالي، 1989؛ ميموني، 2011).

من أشهر العلماء المسلمين أبو على بن سينا (980-1037م) الذي يعتبر بعد افلاطون أول من نقل وحدة النفس و الجسم إلى الميدان التجريبي وقد أشار في كتابه (القانون في الطب) إلى ما يسمى في وقتنا الحاضر بالإجهاد النفسي التي أثبتت الدراسات الطبية الحديثة دوره في اضطراب النواقل العصبية التي تؤدي إلى تغيرات عضوية، و الذي على أساسه تم تفسير وعلاج و وصف العديد من هذه الأمراض. و قد ذكر السبكي عن العلامة القشيري و الألويسي و ابن سيرين و الرازي و ابن سينا... و غيرهم عن أثر القرآن الكريم في الشفاء من الأمراض الروحية و الجسمية (الزراد، 2000).

و قد جاء في كتاب ابن سينا "الأصل والعودة" حالة شبيهة بعمل الرازي، و كانت المريضة جارية تعمل في بلاط الملك أصيبت بتصلب مفاجئ في المفاصل، فاستعمل معها ابن سينا العلاج النفسي باستخدام انفعال الخجل. حيث بدأ برفع ملابسها بادئا بالبرقع ثم الخمار و هكذا، مما أنتج وهجا من الحرارة أوقفت المزاج الروماتزمي و وققت المريضة معتدلة (أبو النيل، 1994، ص124).

وهكذا نجد أن الإنسان قد عرف منذ زمن طويل أن الانفعالات النفسية لها علاقة بالحالة الجسمية، فالمثل الإغريقي يقول: العقل السليم في الجسم السليم، و هذا اعتراف ضمني بأن كليهما يرتبط بالآخر ارتباطا وثيقا.

شهدت العصور الوسطى مناقشة التأثيرات النفسية وظهر ذلك في كتابات "القديس أوغستين" St. Augustine، باستخدامه الرائد للاستبطان كأداة نفسية. في القرن السابع عشر، أعترف "روبرت بيرتون" Robert Burton بالعناصر النفسية في كتابه "تشریح الميلانخوليا" (Ackerman & DiMartini, 2015).

في القرن السابع عشر أيضا، اهتم ثلاثة من أشهر الفلاسفة بمشكلة العقل والجسد: حيث وضع "ديكارت" Descartes (1596-1650) نظرية معقدة حول التفاعل بين العالم المادي والروحي، وهو يُعتبر كواحد من أبرز دعاة ازدواجية العقل- الجسد (انفصال الجسم عن العقل). حيث يرى أن الوجود البشري يعتمد بشكل أساسي على مبدأ التفكير الذي يمثل الجانب غير المادي والذي من خلاله يدرك

الفرد كينونته وهو مستقل عن الجسم (الجانب المادي) والذي يقوم على مبدأ الحركة وهو يعتبر الجسم كآلة يعمل بشكل ذاتي. في مجال الأنثروبولوجيا، قدم "سبينوزا" Spinoza (1632-1677) أطروحة مفادها أن جميع الأحداث في الجسم لها نظائرها في العقل، والتي لم تكن أكثر من فكرة الجسد الحقيقي. بينما استبدل "لايبنتز" Leibniz (1646-1716) التفاعل النفسي الفيزيائي من خلال الانسجام المحدد مسبقاً أي وجود اتفاق محدد مسبقاً بين كل من الأحداث التي تقع في الجسم وفي العقل (Höfer, 2009; Luban-Plozza, Pöldinger, & Kröger, 1992).

دافع "بنيامين راش" Benjamin Ruch (1745-1813) على وحدة العقل والجسم، فهو يرى أن تقسيم العقل والجسد مناسب للدين، ولكن في نظر الطبيب، فإن البشر هم كائنات غير قابلة للتجزئة، متحدون في العقل والجسد. و يمكن أن تؤثر النشاطات العقلية في وظيفة الجسم، وقد تسبب العديد من الأمراض (Wolman, 1988).

منذ أيام الفلاسفة الأوائل أخذت النظرة إلى علاقة النفس بالجسد تتطور بتطور العلوم الطبية والبيولوجية، التي حاولت جاهدة إيجاد صيغة تكاملية، أو مقارنة من شأنها أن تقدم وحدة منهجية تظفي للدراسات والأبحاث السريرية انسجاماً تجريبياً.

ابتداء من القرن الثامن عشر بدأ الأطباء بإعادة النظر في مواقفهم من النفس وعلاقتها بالجسد، ويرجع الفضل في الاستخدام الأصلي لمصطلح "البيكوسوماتيك" "نفسى - جسدي" إلى الطبيب النفسي الألماني "هاينروث" Heinroth الذي يعتبر أول من استعمله عام 1818، عندما نشر كتابه "اضطرابات الحياة العقلية" الذي أوضح فيه الأسباب البيكوسوماتية للأرق. رغم ذلك، لم يستخدم هذا المصطلح في كتاباته اللاحقة (Steinberg, Herman-Lingen & Himmerich, 2013). لكن "فيليكس دوتش" Felix Deutsch كان هو الرائد في ادخال هذ مصطلح في الطب البيكوسوماتي سنة 1922. كما قدّم "جاكوبي" في 1822، مصطلح "جسدي - نفسي" للتأكيد على هيمنة العوامل

الجسدية في تطور بعض الاضطرابات (Luban-Plozza et al., 1992; Nisar & Srivastava,) (2018).

في القرن التاسع عشر، طغت فكرة التركيز على المرض وليس المريض في العلاج. و هذا بسبب سيطرة العلوم الطبية التي انصبّت على الجسد وأصبحت الخلية البشرية هي مصدر الصحة والسقم في نفس الوقت. وقد أكد كل من "فيرخوف" Virchow و"باستور" Pasteur على منشأ المرض هو الخلية. و تم تجاهل وحدة العقل والجسد بشكل واسع. وباستخدام "مسمر" Mesmer و"شاركو" Charcot للتتويم المغناطيسي في علاج نوبات الهستيريا وتعديل مسار الأعراض الجسدية، رجع الاهتمام بالعوامل النفسية و دورها في هذا العلاج رغم الانتقاد الشديد لهذا الأسلوب من العلاج (Martin, 1978).

أثر هذا العمل بشكل مباشر على "فرويد" الذي أصبح أكثر اهتمامًا بالمشاكل الانفعالية لمرضاه، وبالتالي إعادة الاعتبار لوحدة النفس بالجسد معاً. بل ذهب إلى ما وراء ذلك، و أعاد التركيز على العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض، وشدد على دور العلاج النفسي كقوة فعالة في شفاء أنواع معينة من المرضى. وطبق التفكير العلمي لدراسة الشخصية، وباكتشافه للاشعور أسس المبادئ الدينامية الأساسية لأسباب الأمراض النفسية (Wittkower, 1974; Martin, 1978).

بعد هذه المرحلة بدأت معالم البسيكوسوماتيك تظهر وتتضح أكثر بعد التقدم الذي أحرزته من خلال التطور في فهم آليات العمل الداخلية للدماغ و تأثيراتها على السلوك. و يتجلى ذلك في أعمال الكثير من العلماء منهم: أعمال "بافلوف" Pavlov عن الاشرط الكلاسيكي، وقانون الأثر الذي صاغه "ثورندايك" Thorndike ، والاشراط الاجرائي لـ"سكينر" Skinner و غيره (Ackerman & DiMartini, 2015).

كما أدت هجرة المحللين النفسانيين من أوروبا إلى الولايات المتحدة، بعد اندلاع الحرب العالمية الثانية، إلى تحويل مركز الأنشطة البسيكوسوماتية. حيث نشرت "فلاندرز دنبار" Flanders Dunbar

"التشخيص النفسي الجسدي" عام 1943، ونشر في نفس السنة "وايس و انجلش" "الطب النفسي الجسدي". كذلك أسس "فرانز ألكسندر" Franz Alexander معهد شيكاغو ونشر "مجلة الطب النفسي الجسدي" في عام 1939. دافع "ألكسندر ودنبار" عن وجود أنواع محددة من الأمراض السيكوسوماتية، و ربطت "دنبار" هذه الاضطرابات بسمات شخصية معينة (Ackerknecht, 1982; Wolman, 1988).

أما في العصر الحديث، تطوّر الطب العضوي إلى درجة أنه يمكن تقدير الآليات الفسيولوجية للتأثيرات النفسية على الوظيفة الجسدية، و يسمى هذا مجال الفسيولوجيا النفسية. كذلك، استجابة "كانون" Canon للمواجهة أو الهروب fight-or-flight التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الودي. بعد ذلك، قدّم "سيلي" Selye "متلازمة التكيف العام" المسؤولة عنها الغدد الصماء، ومؤخرا تم تأسيس حقل جديد بالكامل يسمى علم المناعة النفسية العصبية، الذي يفحص التأثير الصحي للتواصل بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي (Ackerman & DiMartini, 2015).

بعد استعراض التطور التاريخي لمصطلح البسيكوسوماتيك عبر مختلف العصور يمكن ايجازه في النقاط التالية:

- نشأ هذا المفهوم عن جدلية العلاقة القائمة بين النفس و الجسد و التي تبلورت خلال مختلف العصور و ساهمت فيه العديد الفلاسفة و العلماء من مختلف الاتجاهات.
- الوحدة التكاملية لكل من النفس والجسم حسب رؤية الفلسفة اليونانية و الرومانية.
- ازدواجية الجسد و النفس و اعتباراهما وحدتين منفصلتين حسب "ديكارت" و "سبينوزا" و "لايبنتز".
- تأثير مدارس الطب و علم النفس (العضوية، التحليلية، السلوكية، الفزيولوجية، المعرفية..) في تطور مصطلح السيكوسوماتية.

2- مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية:

لقد تباينت التعريفات التي تناولت مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية وتتنوعت حسب التخصصات والاتجاهات النظرية، ولكن عموماً مصطلح "سيكوسوماتي" مشتق من اللغة اليونانية، و يتكون من كلمتين: "psyche" وتعني (العقل، الروح، النفس)، و "soma" وتعني (الجسم). في العصور القديمة، كانت كلمة "psyche" تعني "الروح أو العقل"، ومؤخراً أصبحت تشير إلى السلوك. و تعني "soma" جسم الكائن الحي (Nisar & Srivastava, 2018).

في اللغة العربية يُطلق على مصطلح "سيكوسوماتي" (نفس-جسمي) وقد تُختصر الكلمة إلى (نفسجسمي). وما تجدر الإشارة إليه أن بعض الباحثين قد ميزوا بين الحالات المرضية التي تبدأ بعوامل جسمية أو عضوية و تؤدي إلى اضطرابات نفسية، قد تسبب بدورها اضطرابات عضوية وظيفية تؤثر في التوازن العضوي للفرد وهذه يطلق عليها اسم (جسمي-نفسية) Somato Psychic ، و بين الحالات المرضية التي تبدأ بالعوامل النفسية وتحدث اضطرابات عضوية وهي أشد خطورة من الحالات الأولى. وما يهمنا بالنسبة للاضطرابات السيكوسوماتية التأكيد على دور العامل النفسي في إحداث الخلل العضوي (الزراد، 2000، ص20).

وقد نتج مصطلح "السيكوسوماتية" عن التقاء مفهومين لهما تراث قديم في الفكر الغربي والطب: الأول يتعلق بالسببية النفسية Psychogenesis للمرض والثاني بالنظرة الشمولية Holism. ميزت فكرة السببية النفسية المرحلة الأولى من تطور الطب النفسي الجسدي (1930-1960) وأسفرت عن مفهوم المرض النفسي الجسدي (مرض جسدي يُعتقد أنه ناتج عن عوامل نفسية، مثل القرحة الهضمية) (Fava & Sonino, 2000).

أما مفهوم الشمولية Holism انبثق عن النموذج متعدد العوامل للمرض الذي اقترحه "أنجل"، والذي فيه تتفاعل آليات على المستوى الخلوي والنسجي والعضوي والبيئي لحدوث المرض، ودعاه بالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial model للمرض والصحة. و تشترك فيه طائفة واسعة من العلوم (Engel, 1977).

يرى "كتاب" (1985) Knapp نقلا عن "ولمان" (1988) Wolman، أن مصطلح السيكوسوماتية يعتره بعض الغموض، حيث عادة ما تكون هناك عوامل نفسية تعمل كمسببات لبعض الأمراض غير السيكوسوماتية و في علاج المرضى، بغض النظر عن طبيعة مرضهم. وَيُعْتَبَرُ أن مجال السيكوسوماتية يشمل ثلاث مداخل مختلفة: (1) نظرية للعلاقة بين العقل والجسم؛ (2) نظرية أمراض معينة؛ و(3) تقنية علاجية تتألف من أساليب طبية ونفسية. و يُعَرَّفُ السيكوسوماتية كل من "جرينكر وروبينس" (1953) Grinker and Robbins بأنها مدخل مفاهيمي للعلاقات وليست بالضرورة نظرية فسيولوجية أو نفسية جديدة أو منهج علاجي جديد للمرض (ص 3).

أكد "ليبوسكي" (1985) Lipowski على الحاجة إلى التمييز بين السيكوسوماتية كعلم والسيكوسوماتية كمدخل لممارسة الطب والأنشطة الاستشارية. فالسيكوسوماتية هي علم يدرس العلاقة بين الظواهر النفسية والبيولوجية لدى البشر؛ في حين أن ممارسة الطب وأنشطة الاستشارات الصحية مختلفة وليست بالضرورة مجالاّ ذو توجه نظري. كما شدد "ليبوسكي" على دور " الطب النفسي التواصلي" Liaison Psychiatry باعتباره فرعاً محددًا من الطب النفسي يهتم بتشخيص وعلاج والوقاية من الجوانب النفسية للأمراض الجسدية.

حسب "هاليداي" (1938) Halliday فالمرض السيكوسوماتي يتضمن كل من مسببات المرض وآلية حدوثه. فمسببات المرض هي العوامل التي أثارت ردة فعل المرض ولبد أن تكون نفسية مثل فقدان عزيز. أما فيما يتعلق بالآلية، فالفرد يواجه العامل الخارجي بشكل غير مباشر عبر الحواس الخاصة وآليات التكامل في الدماغ البيني والجهاز العصبي اللاإرادي والغدد الصماء، ويسمى هذا الثلاث أحيانًا النظام الغدي - النفس - عصبي أو "الآلية الجسدية الانفعالية" (ص 11).

إن الاضطراب السيكوسوماتي هو أحد الاضطرابات التي تكون فيها العوامل الانفعالية محددًا رئيسيًا في السببية المرضية، حيث يكون المريض غير واعٍ كليًا أو جزئيًا؛ و الطريقة التي بواسطتها يؤثر العقل (النفس) على الجسم وتؤدي إلى خلل أو تلف بنيوي تكون أيضا بشكل لا واعٍ تمامًا. ويكون الرابط بينهما دائمًا داخليًا غدي- نفسي- عصبي ومناعي- نفسي- عصبي، و يحدث ذلك

عبر الجهاز العصبي اللاإرادي أو عن طريق العضلات المخططة التي يُعصَّبها الجهاز العصبي الإرادي، مثل اضطرابات التناسق الحركي (التنفس والبلع) (Paulley & Pelser, 1989, p.6).

ينظر "جيموت و لوك" (Jemmot and Locke (1984) إلى الاضطرابات النفس-جسدية على أنها النتيجة النهائية للإستثارة الانفعالية المزمدة. تنتج هذه الاضطرابات إما بشكل مباشر عن التغيرات الهرمونية العصبية التي تنطوي عليها الاثارة (الإجهاد) أو بشكل غير مباشر نتيجة لاستنفاد الوظائف المناعية (Cited in: Woods & Lyons, 1990, p.4).

من وجهة نظر تحليلية، افترض "ألكسندر" في تفسيره للسيكوسوماتية Alexander، نقلا عن "النابلسي"، أن الصراعات المكبوتة و غير المعبر عنها تظهر في شكل اضطرابات عصبية تلقائية تصيب الأعضاء و تحدث العصاب العضوي الذي يمكن أن يتحول إلى مرض عضوي حقيقي، ولم يهمل دور الوراثة في ذلك لكن يعتبرها غير كافية. بينما "مارتي" Marty ينظر للمريض نظرة دينامية تراعي مختلف مراحل تطور الإنسان اثناء مرضة و اثناء صحته، و يرى استقرار الصحة النفسية للفرد مرتبط بمدى توازن غريزتي الحياة و الموت، و ظهور المرض الجسدي يرجع إلى هيمنة غريزة الموت (النابلسي، 1988).

تعرفها دائرة المعارف البريطانية "بأنها استجابات جسمية للضغوط الانفعالية، تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو وقرحة المعدة وضغط الدم والتهابات المفاصل وقرحة القولون وغيرها (شقير، 2002، ص 23).

بعد ما طرحنا اشكالية تحديد مفهوم السيكوسوماتية حسب التراث السيكوسوماتي الأجنبي، في ما يلي سوف نعرض أهم التعاريف التي أوردها بعض الباحثين العرب رغم اختلافها هي أيضا.

يعرف زهران (2005) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها " اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي، أي سببها الاضطرابات الانفعالية و تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي " (ص468).

أما "عزت راجح" (1973) فيرى "أنها أمراض جسمية ترجع في المقام الأول إلى عوامل نفسية سببها مواقف انفعالية تُثيرها ظروف اجتماعية. لذا فهي أمراض لا يجدي في شفاؤها العلاج الجسمي وحده، في حين أنها تستجيب للعلاج النفسي إلى حد كبير" (ص 145).

يقول (أبو النيل، 1994) " أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي الاضطرابات الجسمية المألوفة لدى الأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاؤها شفاء تاما، لاستمرار الاضطراب الانفعالي، وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي" (ص 160).

يرى عكاشة و عكاشة (2010، ص 664)، بأنها " اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما وقويا وأساسيا، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي".

رغم صعوبة مصطلح "السيكوسوماتية" و تحولاته و تداخل الميادين التي اعطته دلالات مختلفة، يبقى العامل المشترك بينها جميعا هو اعطاء للعامل النفسي و الانفعالي دورا جوهريا في حدوث الاضطرابات الجسمية الخاضعة لسيطرة الجهاز العصبي اللاإرادي، و التي قد تتطور لتصبح مزمنة و قد تلحق ضررا ببنية العضو التشريحية و خلا وظائفها. كما ينخرط في حدوثها آليات عصبية وهرمونية ومناعية معقدة. وتتسم هذه الاضطرابات بأنها عصبية عن العلاج الدوائي لوحده.

3- انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية:

شاعت الاضطرابات السيكوسوماتية بمختلف أنواعها في الربع الثاني من القرن العشرين. وقد ارتبط انتشار هذه الاضطرابات بالتطور الحضاري و الصراع الثقافي. وتُشكل الاضطرابات السيكوسوماتية خطورة على حياة الأفراد سواء أكان ذلك على توافقه العام أو توافقه المهني أو الصحي (النيال، 1999).

وقد أدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية في العصر الحالي المعقد الذي نعيش فيه إلى زيادة الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية في التشخيص، وفي العلاج. ويعترف الطب السيكوسوماتي، بالدور الفعال للأزمات النفسية والعوامل الانفعالية في إحداث الاضطرابات الجسمية، وينظر إلى الإنسان على أنه وحدة نفسية جسمية واجتماعية متكاملة متناسقة إذا أصيب فيه عضو واحد تأثرت له سائر الأعضاء (ياسين، 1986).

تنشأ الشكاوي السيكوسوماتية من الضغوط الانفعالية، وتظهر في الجسم كآلم جسدي مع أعراض أخرى. تشير تقارير الدراسات المسحية العالمية للصحة النفسية مصاحبة الحالات الجسدية المزمنة للاضطرابات النفسية الشائعة، حيث يمكن أن يساهم الاكتئاب في الإصابة بأمراض نفسية جسدية مثل السكري و الربو و أمراض القلب و السمنة. وبالخصوص عندما يكون جهاز المناعة في الجسم ضعيفاً بسبب الإجهاد الشديد و المزمّن (Gureje, 2016).

قد يختلف انتشار وطبيعة الأعراض السيكوسوماتية و جسدية الشكل حسب العمر والجنس والثقافة والمرحلة النمائية. و في الإطار توصل مجموعة من الباحثين (Fink, Sorensen, Engberg,) (Holm & Munk-Jorgensen ,1999) إلى نسبة انتشار للاضطرابات السيكوسوماتية يصل إلى 30.3% لدى المرضى الماكثين بالمستشفيات. وتُبين الأبحاث أن معظم الاضطرابات السيكوسوماتية تظهر خلال الفئة العمرية من 12-24 سنة (Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007).

وتزداد الأعراض النفسية الجسدية مع تقدم العمر، وهي أكثر تواتراً بين النساء من الرجال (Kröner-Herwig, Heinrich & Morris, 2007; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007).

يزداد انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بين الشباب و المراهقين. حيث بلغ معدل انتشار الشكاوى السيكوسوماتية عند الأطفال و المراهقين ما بين 10 - 25 %، وهي أعلى انتشاراً بين البنات خلال فترة المراهقة. تبلغ الأعراض ذروتها في حوالي سن 7 سنوات عند الأولاد، وأعمار 6 - 16 سنة عند البنات. والأعراض الأكثر شيوعاً هي آلام المعدة (ذروتها في سن 9 سنوات) والصداع (ذروتها في سن 12 عاماً) وآلام العضلات والعظام وألم الصدر. في حين أن العديد من الأعراض السيكوسوماتية تُلاحظ بشكل متكرر في الفئة العمرية للأطفال؛ أما فيما يتعلق بالاضطرابات جسدية الشكل أو الاضطرابات العصابية كما هو الحال عند البالغين غير شائعة نسبياً في هذه الفئة العمرية (Brill, Patel & MacDonald, 2001).

وهي أكثر انتشاراً في الحضارات المعقدة المتميزة بشيوع الصراع والتنافس والقلق والخوف، كما أنها أكثر حدوثاً في الطبقة المتوسطة أين يكون التأثير بالحياة الاجتماعية واضحاً. ونسبة كبيرة من حالات التغيب عن العمل ترجع إلى شكاوى سيكوسوماتية بنسبة (70%-75%). كما تشير الدراسات إلى أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجال العسكري تتراوح بين (80%-85%). والأعراض الأكثر شيوعاً هي تلك التي تتعلق بالجهاز الدوري والجهاز الهضمي (عبد المعطي، 2003، ص 15).

بإيجاز يسجل انتشار كبير للاضطرابات السيكوسوماتية في السنوات الأخيرة. وهي أكثر مما تكون في المجتمعات المتحضرة التي تتميز بالصراع الثقافي ونقشي الاضطرابات النفسية. كما تختلف في نسب انتشارها حسب العمر والنوع والثقافة والمرحلة التطورية ومتغيرات ديموغرافية أخرى.

4- الاتجاهات النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

الاضطراب السيكوسوماتي هو عرض جسدي أو مرض يكون فيه للعوامل النفسية دورًا سببياً مهماً. وعلى الرغم من وجود اتفاق عام على أن العديد من الأمراض، هي سيكوسوماتية و لو بشكل جزئي، فإنه لا يوجد اتفاق من هذا القبيل بشأن الآليات التي تسبب بها العوامل النفسية الأمراض الجسدية. والواقع أن النظرية السيكوسوماتية في الوقت الحاضر يشوبها الكثير من الجدل وعدم الوضوح. لهذا، سوف نستعرض أهم المقاربات النظرية المفسرة لآلية حدوث الاضطراب النفس جسدي.

4-1- النظرية السلوكية:

رائد هذه المدرسة هو العالم الروسي "بافلوف" Pavlov، الذي بدأ أعماله حول المنعكس الشرطي، التي تعتبر نقطة البداية لهذا النوع من الأبحاث النفسية الجسدية، وهدف من ورائه إلى اقتراح تفسير فسيولوجي لوجود النفس، ودعاه بـ "النشاط العصبي الفائق" بغرض منافسة نظريات فرويد حول النشاط النفسي. بالنسبة لـ"بافلوف"، فإن إخضاع الكائن الحي لقيود مختلفة يثير استجابات تتمثل في شكل أعراض جسدية، "عصاب تجريبي حقيقي". بناءً على هذا المخطط التجريبي، طبق "بافلوف" استنتاجاته على البشر، فهو يرى أنه إذا تعرض الإنسان لقيود مُفرطة، فإنه سيعاني بسرعة من اضطرابات فسيولوجية وسلوكية وهذا يثير في أعضاء الجسم مشاكل وأمراض مختلفة (اختلال تنفسي، متلازمة الأمعاء، آفات قلبية،... إلخ). قادت هذه الأعمال التشرحية الفسيولوجية مدرسة "بافلوف" إلى وضع "النظرية القشرية الحشوية" cortico-visceral theory، والتي هدفت إلى ربط التفاعل بين الجسم والعقل. بعد أقل من نصف قرن، عادت هذه الفرضية إلى الظهور في نظرية "الضغط" لـ"هانز سيللي" (Keller & Leydenbach, 2019).

ويضيف "بافلوف" إلى أن التآزر بين النظم العصبية بما فيها نظام الأفعال المنعكسة يؤدي إلى التوازن بين وظيفة الجهاز العصبي السمبثاوي (الإثارة) ووظيفة الجهاز العصبي الباراسمبثاوي

(الكف). وهذه الجهازين يشرفان على عمل الأحشاء الداخلية أين تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية، فإذا اضطرب هذا التوازن أصبح الإنسان مُعرض للمرض السيكوسوماتي. ويرى بعض السلوكيين أن هذا النوع من الاضطرابات النفس جسدية ماهي الا عادات فاشلة تعلمها الفرد اما عن طريق الإشراف أو لتحقيق مكسب (معزز). أما "ألبرت باندورا" (1977) Bandura فيرى أن الاستجابات الانفعالية ومكوناتها الفسيولوجية تقوم بفضل آلية تعلم متغير بين الاشراف الكلاسيكي (بافلوف) والاشراط الإجرائي (سكنر)، و بناء على ذلك يمكن للإنسان التحكم في وظيفة الجهاز العصبي الذاتي إلى حد ما (الزراد، 2000).

فتحت أبحاث "بافلوف" آفاقًا جديدة في تطوير المفاهيم السيكوسوماتية. فهو يشير إلى أن سمات الشخصية تعتمد على الصفات الفطرية للخلايا العصبية. ومع ذلك، فالأعراض ترتبط بالعوامل الوراثية ويتفاعل الفرد مع البيئة. على خطى بافلوف، طبق العلماء السوفييت طريقة "بافلوف" للإشراف الكلاسيكي في دراستهم للأمراض الجسدية والأعراض السيكوسوماتية، وقدموا أدلة تجريبية على إمكانية إشراف الجهاز العصبي اللاإرادي وإنتاج اضطرابات سيكوسوماتية. وأورد "رزران" (1961) Razran عن تجارب سوفيتية في الإشراف الداخلي interoceptive conditioning. واستشهد بعمل "بشونيك" Pshonik في توسيع الأوعية الإشرافي وتضييقها. وكذلك وصف "رازران" تجارب "ليسينا" Lisina كدليل على ذلك، عندما يُصبح الشخص مُدركًا للعلاقة بين التعزيز واستجابته، يتحول ضيق الأوعية الناجم عن الضغط إلى توسيع لها (Wolman, 1988).

وأظهرت الدراسة التجريبية Ottenberg, Stein, Lewis, and Hamilton (1958) التي أجريت على الحيوان (الخنزير الغيني) أن الربو الشعبي هو عادة متعلمة من خلال الإشراف الكلاسيكي، حيث يمكن اثاره نوبة ربو لدى الإنسان أو الحيوان بتعريضه لنفس لظروف تجريبية مشابهة للتجربة الأصلية، مع عدم وجود مؤلّد للحساسية.

كانت المساهمات الرائدة للمدرسة السلوكية الأثر البالغ في تطور هذا الطب السيكوسوماتي، وذلك من خلال أعمال كل من "بافلوف" و"سكينر" و"باندورا" وغيرهم. والذين فسروا حدوث الاضطراب السيكوسوماتي يتم عن طريق عمليات الإشراف الكلاسيكي والإجرائي والداخلي واضطراب التوازن في الجهاز العصبي اللاإرادي.

4-2- النظرية البيولوجية:

يوجد العديد من النظريات البيولوجية التي حاولت تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية، أهمها:

أ- نظرية الضعف الجسدي:

تعتبر هذه النظرية أن العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة في حياة الفرد، وطبيعة الغذاء الذي يتناوله الشخص، أو إهمال العلاج يمكن أن تُعرض عضو ما إلى خلل وظيفي، ما يؤدي إلى هشاشة ذلك العضو وضعفه عند تعرضه للضغط لاحقاً. ووفقاً لهذه النظرية فالعلاقة بين الضغط واضطراب سيكوفسيولوجي معين تكمن في ضعف عضو محدد، فالاضطراب يستهدف العضو الضعيف. بل وتصبح إمكانية التنبؤ بطبيعة الاضطراب السيكوسوماتي ممكنة مستقبلاً من خلال ضعف ذلك العضو دون سواه. فالفرد الذي يكون جهازه التنفسي ضعيف لأي سبب، يكون مهياً للإصابة بالربو الشعبي مستقبلاً من خلال أي توتر قد ينتاب هذا الشخص (شكير، 2002).

ب- نظرية الاستجابة النوعية:

تؤكد هذه النظرية على تباين طرق استجابة الأفراد للضغوط ومن المحتمل أن يكون هذا الاختلاف راجع لأجهزة عصبية-ذاتية معينة تكون بطبيعتها مهياً وراثياً. أي تكون لدى بعض الأشخاص نماذج آلية خاصة للاستجابة للضغوط والقلق والانفعالات السلبية وقد تكون هذه الاستجابات مُفرطة مما يؤدي لاحتمالية التعرض لاضطراب سيكوسوماتي تبعاً لاستجابة الفرد. مثال على ذلك، فمعدل دقات القلب لفرد ما قد يزداد إذا ما تعرض للضغط الانفعالي، بينما يستجيب فرد

آخر بزيادة معدل التنفس دون تغيير في دقات القلب. كما قد يتأثر نوع الاضطراب النفس جسدي بنوع الجنس، مثلا فإن انتشار الصداع النصفي وفقدان الشهية ينتشر بين الإناث أكثر من الذكور (غانم ، 2011؛ شقير، 2002).

ج- نظرية التطور والارتقاء:

يعتقد أصحاب هذه النظرية أن رحلة التطور التي مرت بها البشرية منذ ملايين السنين أدت إلى تراكم الكثير من الخبرات المختلفة ونمو أجهزة عصبية ذاتية لدى البشر التي أصبح لديها القدرة على التصدي للشدائد والضغوط ومواقف الخطر إما بالمواجهة أو الهرب حسب إدراكنا وتقييمنا الذاتي لطبيعة الخطر وإمكانية مواجهته، من خلال بعض التغيرات الفسيولوجية مثل زيادة معدل التنفس وتدفق الدم إلى العضلات وزيادة نسبة السكر في الدم... وغيرها. وعند اختفاء عوامل الخطر من المفترض أن تتوقف هذه المظاهر الفسيولوجية، إلا أنها قد تستمر حالة الاستثارة على مستوى الأجهزة العصبية الذاتية لدى بعض الأشخاص ممن يتصفون بأفكار لاعقلانية تبالغ في تقدير حجم الخطر المدرك. بالتالي تترك هذه الاستثارة المستمرة آثارا سلبية على أعضاء الجسم، مما يعرضها للإصابة بمرض سيكوسوماتي مستقبلا (غانم، 2011).

د- نظرية التأثيرات الجينية:

رغم وجود افتراض بيولوجي وراثي فيما يتعلق بدور العوامل الوراثية في ظهور الأعراض السيكوسوماتية، إلا أنه لم يثبت إلى حد الساعة وجود دليل وراثي حسب "أيزنك" نظرا لتعدد الظاهرة السيكوسوماتية وتعدد أساليب تناولها. ويخلص البحث الوراثي السيكوسوماتي إلى اتجاهين رئيسيين هما: أولاً، التحليل الجيني للحيوانات التي حدث لها مرضا تجريبيا. ثانياً، دراسة التوائم المتماثلة لتحديد العوامل الجينية المسؤولة على أمراض معينة. ومن جهة أخرى، أكد باحثون آخرون على ضرورة أن نضع في الاعتبار العلاقة بين العوامل الوراثية وبين الضغوط الاجتماعية الخارجية للفرد، وإمكانية تحديد مدى مساهمة كل واحد منهما في حدوث الاضطراب السيكوسوماتي (غانم، 2011).

في تفسيرها لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي تركز النظريات البيولوجية على عدة افتراضات منها: ضعف العضو وهشاشته بسبب عوامل وراثية أو أمراض جسمية سابقة، وطريقة استجابة الفرد المفرطة للضغوط والراجع إلى طبيعة الجهاز العصبي الذاتي، وأسلوب إدراكنا وتقييمنا الذاتي لخطورة الموقف وكيفية مواجهته وما يرافق ذلك من تغيرات فسيولوجية، وأخيرا دور العوامل الوراثية في ظهور أعراض هذا الاضطراب.

4-3- النظرية العصبية- الفسيولوجية:

اكتشف عالم الفسيولوجيا "كانون" Canon في 1934 أن حالات الطوارئ تهيئ الجسم للقتال أو الهروب. وفقا لـ "كانون"، يكون الإنسان دائما في حالة معينة من الاستعداد للأحداث التي قد تظهر كحالات طوارئ. عندما تحدث، يتم تحويل هذا الاستعداد إلى تغييرات فسيولوجية تكيفية. وهنا يؤكد علماء الفسيولوجيا العصبية أن جميع حالات الضغط تؤدي إلى تنشيط منطقة ما تحت المهاد hypothalamus، والتي تحدد على الفور آليات الحماية والدفاع على طول المسارات الحركية والحشوية والهرمونية العصبية، وفي نفس الوقت يتم إرسال الإشارات إلى القشرة الدماغية بحيث يتم إدراك الانفعال والتعرف عليه. إذا استمر التهديد للكائن الحي، فيجب أن تظل القوى التي تحافظ على التوازن الداخلي نشطة لفترة أطول. يمكن أن يؤدي هذا إلى اضطرابات وظيفية محيطية أو حتى عضوية في الأنظمة المتأثرة (Luban-Plozza & Kröger, 1992).

ومن منظور نيروفسيولوجي، فإن استثارة الجهاز العصبي اللاإرادي، تتوافق مع زيادة إفراز الأدرينالين، هو رد فعل طارئ للكائن الحي. وقد أشار "كانون" إلى الآليات المتشابكة التي من خلالها يحافظ الكائن الحي على توازن ديناميكي. واكتشف أن الجهاز العصبي السمبثاوي (الودي) يقاوم الضغوط البيئية، في حين أن وظيفة الجهاز الباراسمبثاوي (اللاودي) هي بناء وتعزيز موارد الكائن الحي (Wolman, 1988).

طَوَّرَ "سيلبي" (Selye (1959،1946) نظريته المسماة "متلازمة التكيف العام" والتي كانت امتداداً لنظرية "كانون" للضغط stress المولد للاضطرابات. حيث تضمن مصطلح "الضواغط" stressor، جميع عوامل الضغط الفيزيائية والكيميائية والانفعالية التي تؤثر على الكائن الحي وتلح عليه للتكيف مع الضغوطات غير المعتادة. وتتضمن متلازمة التكيف العام، ثلاث مراحل: مرحلة استجابة الإنذار، ومرحلة المقاومة، و مرحلة الاستنزاف أو الارهاق (Luban-Plozza & Kröger, 1992).

إضافة إلى ذلك، فقد أكد العالم "بارد" Bard على ما توصل إليه "كانون" من أن "الهيپوتلاموس" (ماتحت المهاد) هو المركز الدماغي للانفعالات. كما أثبت "بابيز" Papez أهمية الجهاز الليمبي (تكوين دماغي يقع تحت اللحاء بالقرب من الهيپوتلاموس ويرتبط بهما) في تلقي الانفعالات. من جهة أخرى، يرى "بريبرام" Pribram أن الخلايا العصبية للدماغ تعمل حسب مبدأ الهولوجرام Hologram، أي أن كل خلية تحتزن كامل المعلومات التي يحتويها الدماغ ولكن بدرجات متفاوتة. هذا يعني عند فقدان الخلايا المتخصصة لوظيفتها، تتولى هذه المهمة خلايا دماغية أخرى جديدة غير متخصصة (النايلسي، 1992).

باختصار، يمكن القول أن مساهمة "كانون" و"سيلبي" تمثلت في ربط الخبرة الانفعالية بالاستجابات الجسمية المصاحبة لها. في حين حددا كل من "بارد" و "بابيز" المناطق الدماغية المسؤولة عن ذلك. لذلك، تعتبر هذه الأعمال كنموذج نفسي جسدي لتفسير حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية.

4-4- النظرية التحليلية:

4-4-1- المساهمات التحليلية الأولى:

لم يذكر فرويد مصطلح "السيكوسوماتية" في أي من كتاباته. بل اقتصرته نظريته على أن التغيرات الجسمية لها معنى رمزي في اضطراب الهستيريا التحويلية فقط. حيث عرّف فرويد (1966/1895) التحويل Conversion بأنه عملية "تصبح بموجبها الفكرة غير المقبولة غير ضارة،

و يتم ذلك بواسطة كمية الإثارة المرتبطة بها والتي يتم نقلها إلى شكل من أشكال التعبير الجسدي".
ويؤدي كبت الرغبات اللاشعورية إلى تحويلها إلى أعراض جسدية. فيما بعد قام زملائه بصياغة
المفاهيم السيكوسوماتية القائمة على نظرية التحليل النفسي (Wittkower, 1974; Wolman, 1988).

بناءً على أسس نظرية فرويد، بدأ تطوير علم النفس السيكوسوماتي كتخصص بشكل جدي مع
عمل المحللين النفسيين مثل Ferenczi و Deutsch و Groddeck و Dunbar . وتوسع
"فيرنزي" Ferenczi في الحديث عن عصاب فرويد، واقترح فكرة "العصاب العضوي" و المتمثل في
اضطرابات "حقيقية" في وظيفة أعضاء الجسم الطبيعية، وبهذه الطريقة حاول التمييز بين عصاب
الأعضاء والهستيريا. وفسّر "فيرنزي" حدوث العصاب العضوي بأنه يدل على تراكم في الوظيفة
الشبقية لذلك العضو. إضافة لمساهمة العضو في البقاء على قيد الحياة، فهو قادر على إنتاج الشعور
باللذة. وهذا مشابه لمفهوم فرويد للأعصبة الراهنة actual neuroses والتي تنشأ من عدم تحقيق
الرضا الجنسي الموجود في الواقع (Ferenczi, 1926; Bronstein, 2011).

تم تطوير أفكار "فيرنزي" Ferenczi عن العصاب العضوي من قبل "دوتش" Deutsch ، الذي
عمل بشكل خاص على مفهوم "خصوصية العضو" organ specificity. والذي مفاده أن الأحداث
التطورية المبكرة قد تؤثر على أعضاء معينة، والتفاعل بين الصراع النفسي الداخلي وعضو معين من
شأنه أن ينتج "وحدة نفسية جسدية" psychosomatic unit، يتم تنشيطها في كل مرة يواجه فيها
الفرد هذا الصراع مرة أخرى (Deutsch, 1939; Bronstein, 2011). في نفس السياق، أكد
"جروديك" (1961) Groddeck على أن الأمراض الجسدية تعكس صراعا انفعاليا داخليا، يمكن أن
يحقق المرض أغراضًا مختلفة، إما قمع الصراع وإبقائه مكبوتًا أو المساعدة في حله (Wolman, 1988, p.17).
إن "دوتش" Deutsch و "جروديك" Groddeck يريان أن الأمراض الجسدية لها
معاني رمزية تتماشى مع التحويلات الهستيرية لفرويد.

وتجدر الإشارة إلى مساهمة "ناخت" Nacht في وضع الأسس الحديثة للبيكوسوماتيك، حيث تتلخص آراء هذا العالم في الدعوة إلى الوحدة النفسية-الجسدية وتخطي الأعراض المرضية وطرح مقارنة طبية تحليلية مفادها بأن الطاقة النفسية تجد تصريفها بطريقتين: إما عن طريق الجسدية وبالتالي التعرض للاضطرابات الجسدية الوظيفية، أو عن طريق الجهاز النفسي وتضغط على الفرد كي تجد لها تصريفًا من خلال الفعل، وهذا الأخير يفكك الطاقة إلى مجموعة من الشحنات الصغيرة. كما لم يهمل هذا العالم تأثير الصراعات الطفولية والتنشيطات (النايلسي، 1992).

تعد أعمال علماء المدرسة التحليلية الأولى بمثابة الإرهاصات الأولى لميلاد السيكوسوماتيك، حيث كان أبرزها مفهوم العصاب العضوي الذي اقترحه "فيرنزي"، وكذلك مفهوم "خصوصية العضو" الذي وضعه "دوتش". كما لا ننسى مساهمة "ناخت" المتمثلة في تفريغ الطاقة النفسية عن طريق الجسدية، وغيرها من الأعمال.

4-4-2- مدرسة شيكاغو السيكوسوماتية:

في الولايات المتحدة، خلال ثلاثينيات القرن الماضي تقريبا، أجرى الأطباء والمحللون النفسيون أبحاثًا أرست أسس الطب النفسي الجسدي. تم نشر ملاحظاتهم على نطاق واسع في أوروبا وأمريكا الجنوبية، وساهمت في تطوير تيارات متنوعة من السيكوسوماتية. حيث شددت "فلاندرز دنبار" Flanders Dunbar على أن النفس والجسد هما وجهان لوحدة أساسية واحدة. كما تؤكد على تعقيد مجموعة العوامل التي تشارك في الاستجابة النفسية الجسدية. وتعتبر مساهمتها الحاسمة، هي تأسيس منهجية نفسية وفسولوجية للتحقيق والفحص العيادي، مما مكنها من وضع ملامح وسمات شخصية وربطها بأمراض سيكوسوماتية معينة. على سبيل المثال أن الأفراد الذين يتحكمون في ذواتهم إلى درجة الكمال يتعرضون إلى الإصابة بارتفاع ضغط الدم الأساسي عندما يواجهون صراعًا حادًا مع الأشخاص في السلطة (Aisenstein & de Aisemberg, 2010 ; Gubb, 2013;) (Wolman, 1988). إن قيام "دنبار" بوضع بروفيل شخصي للأفراد المصابين باضطرابات

سيكوسوماتية يشبه الفكرة التي قدمها "فريدمان" (1959) Friedman عن نمط الشخصية (أ) الذي يتعرض أصحابه للإصابة بقصور الشريان التاجي (جاد الحق، 2005).

تمت دراسة السيكوسوماتية لأول مرة بشكل منهجي من قبل "فرانز ألكسندر" Franz Alexander، الذي كان طالبا ومساعدة "فيرينزي" Ferenczi، والذي أسس مدرسة شيكاغو للطب النفسي الجسدي. حيث حاول "ألكسندر" ربط متلازمات جسدية محددة بصراعات نفسية معينة، وأسس عمله على مبدئين نظريين: الأول، طوّر فكرة العصاب العضوي organ neurosis، وذكر أن الانفعالات الشديدة التي يتم كبتها نفسياً تنتقل عبر مسارات الأعصاب اللاإرادية إلى الأعضاء، مما يؤدي إلى اضطرابها وظيفياً ثم تتحول إلى أمراض عضوية. والمبدأ الثاني الذي استخدمه "ألكسندر" هو نظرية الخصوصية specificity، والذي مفاده أن هناك انفعالات معينة وأنماط للشخصية تتوافق مع اختلالات جسدية محددة. لقد رأى الأعراض على أنها تعبيرات رمزية عن صراعات نفسية لاشعورية واكتشف كيف يرتبط "اختيار الفرد للمرض" بأنواع معينة من الصراع. ويعد عمل "ألكسندر" هذا تحدياً مفاهيمياً حيث حدد موقع هذه الأمراض في مكان ما بين الهستيريا والعصاب الفعلي والأمراض العضوية (Gubb, 2013).

ربط "ألكسندر وزملائه" (1968) بين سبعة أنواع من الاضطرابات السيكوسوماتية بسبعة أنماط شخصية مختلفة وصراعات انفعالية محددة. على سبيل المثال، يرتبط الربو الشعبي بخوف الطفل من فقدان الأم. ويُعتقد أن ارتفاع ضغط الدم مرتبط بصعوبات في السيطرة على العدوانية. كما يعبر التهاب المفاصل عند الإناث عن احتجاج على سيطرة الوالدين وتقييد للاستجابات العضلية. وتعكس القرحة الهضمية صراعاً داخلياً حول الحاجة إلى الاعتمادية والرغبة في الاستقلالية. أما الاضطرابات الجلدية فهي تحمل صراعاً حول التقارب الجسدي. بالإضافة إلى الخوف من الموت الذي يسبب التسمم الدرقي، وتؤدي المشاعر العدائية إلى التهاب القولون (Wolman, 1988). كما أشار هذا العالم إلى أن الاستعداد للإصابة بمرض (الوراثة أو طبيعة الجسم..) غير كاف لحدوث هذا المرض

ما لم تُضف إليه العوامل الانفعالية المكبوتة وغير المُعبَّر عنها (الناقلي، 1992). كما ميَّز "ألكسندر" بين الهستيريا التي تصيب الأعضاء الإرادية الحسية الحركية و الاضطراب السيكوسوماتي الذي يصيب الأحشاء و الأعضاء اللاإرادية. وبشكل عام اعتبر كل من "دوتش" و "ألكسندر" أن مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية لديهم نكوصا متتاليا يرجع إلى عيوب في الأنا مما يؤدي إلى تكرار الاضطراب الجسمي مرة أخرى، كما أن الضغط النفسي يعيد نشاط الصراعات اللاشعورية المكبوتة مما يؤدي إلى نكوص في التفكير، بينما تظهر في نفس الوقت عودة الاضطرابات الجسمية، وكذلك نكوص إلى المرحلة العضوية (قبل جنسية) حيث يشبع الفرد حاجاته النفسية عن طريق الجسم. ومعظم المحللين النفسانيين اعتبروا الاضطرابات السيكوسوماتية حالات تقع بين العصاب وبين الذهان (الزاد، 2000، ص13).

نتج عن أعمال "ألكسندر" و معاونيه من مدرسة شيكاغو، من تكوين ملامح شخصية مرتبطة بعدد من الأمراض السيكوسوماتية. إذ أن الملاحظات والأعمال المتعلقة بعدد معين من الأمراض، مثل الربو الشعبي أو القرحة الهضمية أو ارتفاع ضغط الدم الشرياني ذات أهمية تاريخية كبيرة ومهدت الطريق لعمل لاحق من قبل علماء السيكوسوماتيك، وخاصة في فرنسا بعد الحرب العالمية الثانية (Smadja,2012).

إجمالاً يعود الفضل في تطوير هذا المجال بشكل كبير إلى "ألكسندر" من خلال نظريته القائمة على تطوير مفهومي العصاب العضوي وخصوصية العضو في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية وهكذا يكون قد أسهم في تطوير النموذج السيكوفسيولوجي الحديث.

4-4-3- مدرسة باريس السيكوسوماتية:

تشكلت مدرسة باريس السيكوسوماتية، في أواخر الأربعينيات وأوائل الخمسينيات. جمعت عددًا من المحللين، و من أبرزهم "مارتي" Marty ، و "فن" Fain، و "دي موزان" de M'Uzan، و"دافيد" David. وكانت أول أعمالهم على أمراض الرأس(الصداع) أو آلام العمود الفقري أو أمراض

الحساسية إذ يعود تاريخها إلى الخمسينيات. وركزوا على عدم كفاية آليات الدفاع العصابية ونسبوا إلى الأعراض الجسدية قيم بديلة، لكن هذه الأعراض تقتصر إلى البعد الرمزي الذي يوجد في أعراض الهستيريا التحويلية. وقد نشأ مفهوم النكوص الجسدي somatic regression عبر هذه السنوات من خلال تشبيهه بالنكوص النفسي الليبيدي. وشهدت بداية الستينات أعمال نظرية وإكلينيكية واسعة لـ"مارتي" وزملائه تجسدت في عمل تعاوني يدعى "التحقيقات السيكوسوماتية" سنة (1963) الذي يعتبر الحجر الأساس في ظهور السيكوسوماتية ك تخصص في التحليل النفسي، ورافق ذلك ظهور عدة مفاهيم عيادية جديدة.

لقد طوّر "بيار مارتي" نظرية دينامية نشطة تتابع الإنسان عبر مختلف مراحل تطوره في سوائه أو مرضه. وأصرّ "مارتي" على فردية الإنسان وذاتيته وأن لكل شخص بنية أساسية مميزة له. وبينّ أن الشخص يعيش في معادلة توازن بين غريزتي الحياة والموت. لهذا يمر جهازه النفسي بمراحل متتالية من التوازن النفسي-الجسدي ومن اختلال لهذا التوازن (تنظيم واختلال تنظيم). وعليه فإن هيمنة غريزة الحياة يتبعها الصحة والتوازن، بينما هيمنة غريزة الموت تؤدي إلى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية. إذن من الضروري دراسة مراحل التطور الليبيدي للمريض. وهنا يلتقي الطب السيكوسوماتي مع التحليل النفسي (الناقلي، 1992).

وفقا لمدرسة باريس، قد تحدث عملية الجسنة somatization بإحدى الطريقتين: أولها من خلال النكوص، وهنا عادة ما تؤدي الجسنة إلى نوبات من الأمراض الجسدية التي لا تهدد الحياة والتي يمكن للمريض التعافي منها، مثل الربو أو التهاب القولون. وتنشأ هذه العملية عادة عند الأفراد الذين يكون أدائهم النفسي ضمن الطيف العصابي الطبيعي، ويحدث هذا عندما يكون هناك عدم انتظام في الأداء العقلي بعد تجربة تثقل كاهل العمل المرتبط بالأنا مثل الصدمة. بينما تحدث عملية الجسنة بالطريقة الثانية عندما تصبح النزوات غير مرتبطة unbound drives، وعادة ما تكون الأمراض الناتجة عنها تفاقمية وخطيرة مثل أمراض المناعة الذاتية أو السرطان وقد تؤدي إلى الوفاة.

يمكن ملاحظة النزوات غير المرتبطة عند المرضى الذين لديهم تنظيم غير عصابي للأنا أو في المرضى الذين عانوا من صدمة نفسية شديدة أعادت فتح الجروح النرجسية العميقة المبكرة. في كلتا الحالتين، فإن بُعد الخسارة النرجسية موجود ويُهدد الطريق لاضطراب في العقلنة (التعقيل) مؤقت أو دائم. هذا البعد من الخسارة النرجسية يُولد حالة من فك الارتباط النزوي الذي يغير التوازن النفسي الجسدي الكامل للموضوع. أثناء التطور، نرى ظهور التغيرات النفسية المرضية أولاً، ثم التغيرات المرضية الفيزيولوجية. على المستوى النفسي، نلاحظ عدداً معيناً من الأعراض مجمعة معا تحت اسم الحياة الإجرائية: نوع معين من الاكتئاب (الاكتئاب الأساسي)، ونوعية معينة من التفكير (التفكير العملي). (Smadja, 2012; Gubb, 2013).

باتباع الأصول الفرويدية، فهم "مارتي" (1968) العقلنة (التعقيل) mentalization على أنها قدرة العقل على القيام بعملية التفسير والاستجابة لمتطلبات الجسم أي أن تجارب اللذة ستسمح للعقلنة بالتطور وتستجيب للدوافع وتماسك أجزاء العقل، في حين أن الإثارة الزائدة، وما ينتج عنه من انزعاج، يتسبب في أن يواجه الفرد صعوبات في تنمية قدرات العقلنة. وبالتالي، فإن المرضى الذين يظهرون أعراض جسدية يعانون من أداء عقلي مقيد (Gubb, 2013). على أساس ذلك تختلف كل طريقة من طرق الجسدنة باختلاف طبيعة العقلنة mentalisation التي تطورت من خلالها. ذلك أن العقلنة ترتبط بشكل أساسي بالنشاط التمثيلي والهوامي للفرد. وبما أن عمل ربط التمثيلات تكون على مستوى ما قبل الشعور، فإن تقييم طبيعة العقلنة يكاد يكافئ تقييم نوعية ما قبل الشعور. بالنسبة "البيار مارتي"، يتم تقييم العقلنة على ثلاثة محاور، يمثل كل منها أحد أبعاد نشاط التمثيلات: سماكها وسيولتها وديمومتها. السماكة تتعلق بعدد طبقات التمثيلات المتراكمة والمرتبطة على مدار تاريخ الفرد. وترتبط السيولة بجودة التمثيلات وتداولها عبر الفترات التاريخية المختلفة. أما الديمومة فتتعلق بتوافر جميع التمثيلات في جميع الأوقات، من الناحيتين الكمية والنوعية. إلى هذه المعايير الثلاثة، وتضيف (2008) Aisenstein معياراً رابعاً، وهو الهيمنة على النشاط التمثيلي من طرف مبدأ اللذة - عدم اللذة أو التكرار التلقائي (Smadja, 2012).

ويحدد علماء مدرسة باريس السيكوسوماتية، عدد من الصعوبات التي يواجهها المرضى السيكوسوماتيين وتؤثر في قدرتهم على التفكير العقلاني، وتشمل التفكير الإجرائي operational thinking والاكنتاب الأساسي essential depression و الألكسيثيميا alexithymia. فالتفكير الإجرائي أو الميكانيكي هو طريقة تفكير حالية، واقعية وغير مرتبطة بأي نشاط هوامي أو يحمل دلالة رمزية، ويتميزون بسرد يبدو ميتا وآليا يخلو من الاستعارة أو المجاز. وعادة ما يمثل طريقة هشة وغير مستقرة للتوازن السيكوسوماتي. أما الاكنتاب الأساسي يتميز بنقص الرغبة (بدلاً من الحزن أو الشعور بالذنب) وقلة الحياة العاطفية أو انعدامها الناجم عن فقدان الموضوع الليبيدي. ويصف المرضى أنفسهم بأنهم يشعرون بالفراغ فقط، ومن الصعب تشخيص هذا الاكنتاب نظراً لغياب الأعراض بمفهومها الكلاسيكي. وغالباً ما ينشأ بعد الصدمة، عندما يؤدي اختلال التنظيم إلى شل الحركة ومحو كل التعبيرات العقلية. يعاني مرضى الألكسيثيميا أيضاً من صعوبات في العقلنة، وتحديدًا في صياغة مشاعرهم (الإيجابية والسلبية) في كلمات. لا يمكنهم التمييز بين شعور وآخر، ويلجؤون إلى التعبير العاطفي غير اللفظي. غالباً ما يواجهون صعوبات في التعامل مع الآخرين، لأنهم يجدون صعوبة في فهم سلوك الآخرين (Gubb, 2013; Aisenstein & Smadja, 2010).

إضافة لما سبق، يميز "مارتي" بين نوعين الأعصبة وهما الأعصبة غير النمطية والأعصبة النمطية. فالأعصبة غير النمطية هي التي ترافق الاضطرابات النفس جسدية، وهي أعصبة غير مألوفة دون أعراض على درجات مختلفة، وهي غالباً ما تعكس الصراعات الداخلية وسوء تنظيم اللاشعور. ويرى "مارتي" أن السيكوسوماتيين عموماً تغيب لديهم الأحلام وتعود للظهور بعد العلاج النفسي؛ بينما في الأعصبة النمطية التي تميز الأمراض النفسية، تكون الحياة الخيالية الهوامية والأحلام غنية لديهم، لذلك فإن هؤلاء الأفراد أقل عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية (الزرد، 2000).

يُشدد "سامي علي" Sami-Ali، وهو من أشهر السيكوسوماتيين المعاصرين، على دور النمو النفسي المبكر وعدم اتساق هذا النمو قد يحول دون تأسيس آليات دفاعية ملائمة مما يتسبب في ضعف الأنا والقابلية المتنامية للإصابة بالأمراض النفسية الجسدية. ويرى "سامي علي" في الإسقاط وسيلة لتعويض اختلال تنظيم الجهاز النفسي وضعف الأنا. أي أن تجسيد الحالات النفسية عن طريق أمراض سيكوسوماتية إنما سببه قصور في قدرة المريض على الإسقاط، ويعتبر هذا القصور ناجما في الأساس من عدم اكتساب المريض لمفهوم الفضاء (المكان) بشكل جيد (النايلسي، 1992).

من جهة أخرى، يعتبر "سامي علي" أن الجسد يرتبط بالفضاء والزمان ارتباطا وثيقا، فالجسد يُظهر تمثيلا للفضاء والزمان من خلال الإسقاط إلى الخارج، الذي بواسطته يدرك الجسم نفسه في المكان والزمان اللذين أنشأهما. من منظور تطوري، يتطور مفهوم الفضاء من ادراج متبادل إلى ثلاثي الأبعاد من خلال المرور عبر فضاء ثنائي الأبعاد من التكامل. هذا التكوين للفضاء التخيلي، يتطور من الحسي إلى التمثيلي، ويتبع كل التقلبات الوصول إلى الأوديب، وبالتالي درجة التمايز فيما يتعلق بجسد الأم. إنها الشرجية، في تعبيرها النزوي والحركي والعدواني التي تسمح بالمرور إلى البعد الثالث عن طريق كسر مرآة الفضاء المزدوج. كنتيجة لمرحلة النضج هذه، فإن الداخل والخارج ينتظمان، وهكذا يمكن التمييز بين الأنا وغير الأنا بطريقة أكثر وضوحا. وبطريقة بدائية، يتكون الزمان من خلال الإيقاعات الجسدية قبل الميلاد عن طريق العلاقة بجسد الأم في الرحم وتستمر من خلال التبادلات البيئية. وتلعب الأم دور المزامن للإيقاعات الجسدية المختلفة للطفل مثل إيقاع الاستيقاظ والنوم. في هذه المرحلة من النمو، تكون التوظيفات النفسية والبيولوجية غير متميزة، وكلاهما يخضع لقوانين الإيقاع والعلاقة. الجسم بيولوجي وعلائقي منذ البداية، وأي اضطراب في هذه الفترة سيؤثر على النمو لاحقا. يبدو أن نظرية "سامي علي" تعطي للفضاء والزمان أهمية تحل محل الأسبقية التي تُعطى للجنس في نظرية "فرويد"، لأنه يعتبرها محددات أساسية ويشكل الفضاء والزمان أساس كل التنظيمات اللاحقة للتمثيل والتخيل والترميز (Calza & Contant, 2007).

يُمثل المدرسة الباريسية العديد من العلماء وأبرزهم مؤسسها "مارتي" وزملائه، فهم ينظرون إلى الفرد نظرة دينامية تتبع جميع مراحل النماية. والإصابة بالأمراض الجسدية تتم إما بالنكوص أو عدم الارتباط النزوي، كما يتميز المرضى السيكوسوماتيين بمشاكل وصعوبات في العقلنة، الاكتئاب الأساسي، و التفكير الإجرائي. من جانب آخر، فقد تكلم "سامي علي" عن دور ضعف الأنا والإسقاط في تطوير الاضطرابات النفس جسدية، وكذلك ذكر أهمية تطوير مفهومي الفضاء والزمان بالنسبة للجسد عن طريقة العلاقة بجسم الأم.

4-5- النظرية المعرفية:

تؤمن النظرية المعرفية بمُسلّمة مفادها أن السلوك الإنساني مدفوع بمثيرات بيئية ووراثية مختلفة تؤثر في سلوكه بطريقة ما، وهذا التأثير ليس آليا، لكنه يمر بسلسلة من العمليات المعرفية الوسيطة، كالانتباه والإدراك وتحليل وتخزين واسترجاع للمعلومات، حتى تظهر الاستجابة السلوكية سواء كانت خارجية أو داخلية يشعر بها صاحبها فقط (العتوم، 2012).

يُفسر علماء النفس المعرفيين الاضطراب النفسي جسدي من زوايا مختلفة، فهم يرون أن المرضى السيكوسوماتيين يبالغون في التركيز على العمليات الفسيولوجية الداخلية. وقد يعتبرون الإحساسات الجسمية الطبيعية هي أعراض من الألم والمرض مما يجعلهم يراجعون الأطباء بشكل متكرر. والمصابين بهذا النوع من الاضطرابات يكون لديهم معتقد خاطئ إزاء مفهوم الصحة الجسدية، فهم يرون بأن الصحة الجيدة يجب أن تكون خالية تماما من أي أعراض أو آلام بدنية مهما كانت خفيفة وهذا المعيار طبعا غير واقعي. والمعروف أن العمليات المعرفية تؤثر بشكل كبير على الوظائف الفسيولوجية للكائن الحي، وهذه الفكرة تفترض ان اتجاها معينا يتميز به كل الأشخاص الذين يعانون من نفس الاضطراب (سيلامي، 2008).

في هذا السياق أجرى "جراهام" (Graham 1972) وتلاميذه مقابلات أثناء دراساتهم لمجموعات من المرضى السيكوسوماتيين، من أجل معرفة تأثير العمليات المعرفية على الوظائف الفسيولوجية، والوقوف على الفكرة التي تقترض أن اتجاهات محددة تُميز المرضى من ذوي الاضطراب الواحد. وتبين لهم وجود عنصرين هامين في هذه الاضطرابات هما: ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن؛ وما يرغب الفرد في معرفته على ضوء خبراته و مدركاته السابقة (الزاد، 2000).

وقد تم التوصل إلى الكثير من السمات النفسية التي ينفرد بها أصحاب المرض السيكوسوماتي الواحد، منها أن مريض الحساسية الجلدية (الأرتكاريا) يشعر أنه مهزوم وضعيف وعاجز عن القيام بأي عمل. ومريض القولون المتقرح يشعر أنه مصاب بأذى ويريد التخلص من المسؤولية. أما مريض الربو والتهاب الأنف يشعر وكأنه تُرك في البرد ويريد الابتعاد عن المواقف والأشخاص. بينما مريض قرحة الاثني عشر يشعر بالحرمان ويريد الانتقام والثأر من مسبب هذا الشعور بالحرمان. ومريض ضغط الدم المرتفع الجوهري يشعر بالتهديد والأذى ويضطر إلى الاستياء من أي شيء. في حين أن مريض الصداع النصفي يشعر وكأنه اضطر إلى انجاز عمل ما ويريد أن يستريح. و مريض آلام أسفل الظهر يريد أن يعمل لدرجة الإنهاك (غانم، 2011).

من منظور عقلائي انفعالي، يرى "ألبرت إليس" (1983) أن هناك علاقة بين مواقف الحياة الصعبة التي يمر بها الفرد، وانفعالاته وطريقة إدراكه لهذه المواقف، وهذا الذي يترتب عليه نتائج قد تضر بجسمه. بمعنى أن الفرد لا يستطيع الفصل بين أسلوب تفكيره وانفعالاته حول المواقف المختلفة، والتي يترتب عليها ظهور استجابات سلوكية وعضوية تصاحب هذه الانفعالات. والإدراك عادة ما يتوسط بين المواقف الحياتية وسلوك الشخص أو ما يحدث لديه من اضطرابات فسيولوجية. لذلك فإن الفرد عندما يقلق أو يغضب أو ينفعل ... فإن هذا التغيرات الانفعالية تكون متفاعلة مع إدراكاته ونوع تفكيره. وأثبتت دراسة (Woods and Lyons 1990) وجود علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والاضطرابات السيكوسوماتية. لذلك فإنه يمكن تهدئة هذه الانفعالات أو ضبطها عن طريق تعديل إدراكات الفرد أو أفكاره الخاطئة واللاعقلانية من خلال استبدالها بأفكار أو مدركات

صحيحة وعقلانية، مما يخفف من الأعراض السيكوسوماتية. و هذا هو مبدأ "ألبرت إيس" في العلاج النفسي العقلاني الانفعالي للاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية (الزراد، 2000).

يعتقد المفسرون المعرفيون أن المرضى السيكوسوماتيين يمتلكون أساليب تفكير ومعتقدات خاطئة أو مُبالغ فيها حيال صحتهم الجسدية. ويفترض علماء هذه المدرسة أنه يوجد اتجاهها معرفيا محددًا سائدًا بين ذوي الاضطراب السيكوسوماتي الواحد. كما يلون أهمية كبيرة للأسلوب المعرفي الذي يتوسط العلاقة بين الموقف والاستجابة الانفعالية أو السلوكية الناتجة عنه.

رغم الاختلافات العديدة بين التيارات النظرية المختلفة التي سعت جاهدت إلى تفسير حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، لا يزال التباين في وجهات النظر مستمرًا إلى يومنا هذا؛ إلا أن فهناك محاولات عديدة دعت إلى النظرة الشمولية والمتكاملة في تفسير والتكفل بالاضطرابات النفس جسدية، والتي لاقت القبول في أوساط الكثير من علماء النفس والأطباء، من أبرزها نموذج "أنجل" متعدد العوامل لتفسير المرض (Engel 1977) والذي تمت تسميته بالنموذج البيولوجي-النفسي-اجتماعي Biopsychosocial، والذي يسمح بتفسير المرض كنتيجة للتفاعل بين العوامل العضوية والبيئية والبيئية. ولكي تتم دراسة أي مرض يجب الأخذ بعين الاعتبار الفرد وجسده والبيئة المحيطة كمكونات أساسية، أما العوامل النفسية والاجتماعية قد تعمل على تسهيل أو ادامة أو تغيير مسار المرض.

5- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية يجب الحذر والدقة لمعرفة العوامل الحقيقية التي تقف وراء الاضطراب النفسجسدي. وعادة ما تكون الأعراض الجسمية هي الظاهرة لذا وجب إجراء الفحوصات الطبية من أجل تقييم مدى الاعتلال الجسدي وتأثيره على صحة المريض. لذلك ينبغي القيام بالتقييم النفسي الشامل للمريض للوصول إلى تشخيص دقيق يمكن الاعتماد عليه في بناء تصميم علاجي ناجح. لهذا يجب معرفة ما إذا كانت الأعراض العضوية ناجمة عن عوامل نفسية، أو

أن الأعراض النفسية ناجمة عن مرض عضوي. ففي الحالة الأولى غالباً ما لا تزول الأعراض العضوية طالما بقيت العوامل النفسية قائمة كما في الهستيريا التحويلية، أما في الحالة الثانية فإن الأعراض النفسية تزول بزوال الاضطراب العضوي.

حسب "ويس" Weiss و "إنجلش" English (1950) نقلاً عن (الزرد، 2000، ص 107)

فإن تشخيص الاضطراب السيكوسوماتي يتطلب مراعاة الملاحظات التالية:

- جمع معلومات وأدلة من خلال التاريخ الأسري للمريض حول مشاكل الطفولة كالأعصاب أو الحرمان العاطفي أو تجارب صادمة أو شخصية هشة.

- الوقوف على حالة المريض من حيث الجوانب المرضية والسوية، ومدى استبصاره بنفسه وإدراك نقاط الضعف في شخصيته.

- إيمان الحالة وتردد المريض على العيادات وإجراء كافة الفحوصات والتحليل الطبية دون وجود سبب عضوي واضح لمشكلة المريض.

- النظر إلى السياق الاجتماعي للمريض للكشف عن الضغوط الخارجية التي قد تكون أسباب مفجرة لمن لديه استعداد داخلي.

- معرفة المكاسب الثانوية التي قد يحققها المريض من وراء اضطرابه العضوي، ورمزية اضطراب العضو للمريض.

إضافة إلى ما سبق، يشير "ويس" و "إنجلش" على التشخيص باستخدام الطريقة الطولية لأن الاضطراب السيكوسوماتي يظهر في مراحل تاريخية تسع يقابلها الإنسان في حياته منذ ميلاده حتى الشيخوخة، ويظهر في كل مرحلة مجموعة من الأعراض ويوردها (أبو النيل، 1994، ص ص 219-220) على النحو التالي:

- **المرحلة الفمية:** تبدأ في أول سنة من الحياة، وتتكون فيها أعراض مثل رفض الرضاعة، انزعاج عند انتهاء الرضاعة، الاعتراض على الفطام بالصياح والقيء...

- المرحلة الشرجية: تقع بين سنة إلى 3 سنوات، وتظهر فيها أعراض مقاومة النظافة، البلل، الامسك، الغضب، التدمير...

- المرحلة التناسلية: من 3 إلى 6 سنوات، تتكون فيها أعراض مثل الاستمنا، عدم الطاعة، العدوان، التبول اللاإرادي...

- مرحلة الكمون: هي من 6 إلى 12 سنة، ويُلاحظ فيها عدم التوافق الاجتماعي، التأخر في الدراسة، التشرذ، العدوانية، العزلة...

- مرحلة البلوغ: من 12 إلى 15 سنة، تظهر فيها نوبات القلق، خوف من المرض، الكوابيس، الحساسية، القلق الاجتماعي، فقدان الشهية، الاسهال، خفقان القلب...

- مرحلة المراهقة: من 15 إلى 21 سنة، أعراضها علاقات الحب، التخطيط للعمل، والمنزل، والزواج، صراعات بين الدين والمُثل والسلوك، ترك المنزل، مشاكل عاطفية...

- مرحلة الشباب المبكر: من 21-40 سنة، يُلاحظ فيها ضغوط بالنسبة لخدمة الجيش، أو الخطوبة والزواج، والحمل و ميلاد الطفل، أو فقد العمل، أو الزواج...

- مرحلة الشباب المتوسطة: من 40 إلى 60 سنة، يظهر فيها انقطاع الحيض لدى النساء، الاكتئاب، القلق، الطلاق، الاستجابة للمرض الجسمي، مخاوف السرطان، الانتحار...

- مرحلة الشيخوخة: وهي من سن 60 فما فوق، و أعراض هذه الفترة التعب، الاعتماد على الأبناء، أمراض جسدية، القلق، صعوبة التوافق الاجتماعي...

ويضيف "هاليداي" ما أسماه بمعادلة النقاط الست "هاليداي" Halliday's six point formula ك معايير لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية وهي:

- ملاحظة أن نسبة عالية من مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية تتكرر لديهم الأعراض الجسمية عند مواجهتهم مواقف انفعالية. ويتضح ذلك عند فحص التاريخ المرضي وشخصية المريض، وعادة ما يكون المريض لديه استعداد للانفعال والتوتر والقلق.

- يرى "هاليداي" بأن هناك سمات شخصية معينة ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية، أي ترتبط بمرض خاص دون غيره، ويصف هذه السمات في الفئات التالية:

أ- نموذج هستيري أو مسرحي وهو الذي يُبدي الأعراض الجسمية على شكل مظاهر حسية-حركية هستيرية.

ب- نموذج يعاني من حساسية زائدة كما في حالة الربو.

ج- نموذج يعاني من مشكلة عدم القدرة على تأكيد الذات وزيادة النشاط كما في قرحة المعدة أو ارتفاع الضغط.

د- نموذج التضحية بالذات كما في حالة مرضى الروماتيزم.

- تختلف الأعراض السيكوسوماتية باختلاف نوع الجنس، مثل حالات الربو وقرحة الاثني عشر تكثر لدى الذكور بينما يُلاحظ لدى النساء أعراض جحوظ العينين والمرارة وروماتيزم المفاصل. كما قد تختلف هذه الأعراض من وقت لآخر لدى الجنسين.

- قد ترتبط الاضطرابات السيكوسوماتية ببعضها، فهي قد تحدث لدى الفرد في آن واحد أو قد تختلف من آن إلى آخر، خاصة تلك التي ترجع إلى أكثر من سبب كالربو والأكزيما والصداع النصفي... كما قد ترتبط بعض الأعصاب ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية، أو قد تظهر الأعصاب كاضطراب متقدم أو لاحق، إضافة إلى أنه من الممكن أن يرافق ذلك بعض الأعراض الذهانية الوظيفية مثل الفصام و الاكتئاب ... وتشير كتب الطب النفسي إلى أن الأعصاب وأعراض الذهان قد تتفق مع المعادلة السيكوسوماتية فيما يتعلق بالعوامل المثيرة أو المعجلة بظهور العرض ونمط الشخصية والاختلاف في الجنس والتاريخ الأسري.

- التاريخ الأسري يشير إلى أن نسبة من الآباء والأقارب والإخوة لهم نفس الاضطراب.

- ضرورة النظر إلى أعماق المريض السيكوسوماتي، فإنه غالباً ما يلاحظ أن المريض الذي يُصر على أن لديه مرضاً جسدياً يكون أكثر عرضة لأن يعاني من اضطراب أصله انفعالي، وعلى العكس فالمريض الذي يُلح على أن مرضه نفسي يكون لديه غالباً مرضاً عضوياً. وهناك من يضللون أنفسهم بأن مرضهم عقلي، حيث يشير التشخيص الإكلينيكي الدقيق في الطب السيكوسوماتي إلى وجود انحرافات بنائية وفسولوجية لدى المريض (الزاد، 2000، ص ص 108-109).

تتباين المعايير الفنية التشخيصية بين باحث وآخر، لكن نجد أن أغلبها تشترك في أهم العناصر. وأبرز هذه المحكات وأكثرها تداولاً في المجال العيادي هي محكات "ويس" و"إنجلش" والطريقة الطولية في التشخيص، و معادلة النقاط الست "الهاليداي".

5-1- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي DSM :

تم ذكر الاضطرابات السيكوسوماتية في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول (1951) DSM I، بمصطلح الاضطرابات النفسية الفسيولوجية اللاإرادية والحشوية. والذي أجمل هذه الاضطرابات ككل بدلاً من حالات معينة. ويُعتقد أنها عبارة عن استجابات ناتجة عن حالة مزمنة ومبالغ فيها من التعبير الفسيولوجي الطبيعي للانفعالات والمشاعر التي تم كبتها ولم يتم التعبير عنها شعورياً، ويؤدي ذلك إلى تغييرات بنوية على المدى الطويل. أما في الدليل التشخيصي الثاني (1968) DSM II، تم ابقاء مصطلح الاضطرابات السيكوفسيولوجية وحذفت عبارة "الحشوية واللاإرادية" وكذلك مصطلح "الاستجابة". مع ذلك ظلت المعايير التشخيصية لهذه الاضطرابات إلى حد كبير كما هي. وأنتهج هذا دليل مقارنة طبية حيوية بدلاً من المقاربة البيونفسية. وفي الدليل التشخيصي الثالث DSM III (1980)، أُدخلت عدة تغييرات على هذا الاصدار، وكان أبرزها النظام متعدد المحاور للتقييم وكذلك تسمية الحالات بالاضطرابات. وعند ظهور غموض في معايير بعض الحالات، تمت مراجعة هذه

النسخة (DSM III R (1987). وفي هذه الأخيرة، اختفى مصطلح الاضطرابات السيكوفسيولوجية ليحل محله تصنيف جديد يدعى العوامل النفسية المؤثرة على الحالات الطبية. وتم تحديد هذه الفئة من خلال العمليات النفسية التي تساهم في بدء أو تفاقم بعض الحالات الجسدية.

أما في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM- IV (1994، لم يحمل تغييرا كبيرا بل حافظ على نفس التصميم والبنية كسابقه. فيما يخص الاضطرابات السيكوسوماتية، فقد ورد تعديلين، حيث تم تحويل الاسم من العوامل النفسية التي تؤثر على الحالة الطبية إلى العوامل النفسية التي تؤثر على الحالة الجسدية. كما لم يعد هذا القسم قائما بذاته بل تم تضمينه كقسم فرعي في فئة أخرى تسمى حالات أخرى قد تكون محل اهتمام (Moldovan, Radu, Băban, & Dumitraşcu, 2015). وفيما يلي نعرض محكات التشخيص لهذا الدليل:

- أ- وجود حالة طبية عامة (ترميزها في المحور الثالث).
- ب- عوامل نفسية تؤثر سلبياً على الحالة الطبية العامة بطريقة من الطرق التالية:
 - العوامل التي تؤثر على سير الحالة الطبية من خلال الارتباط الزمني بين العوامل النفسية وزيادة أو تأخر الشفاء من الحالة الطبية العامة.
 - العوامل النفسية التي تتداخل مع علاج الحالة الطبية العامة.
 - العوامل النفسية التي تشكل مخاطر صحية إضافية على الفرد.
 - الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالضغط النفسية والتي تُعجل بحدوث أو زيادة أعراض الحالة الطبية العامة.

ويتم اختيار الاسم على أساس طبيعة العوامل النفسية (وإذا كان هناك أكثر من عامل، يتم اختيار أبرزها) كالتالي:

- اضطراب عقلي يؤثر على الحالة الطبية (حدد الحالة الطبية العامة) مثال : اضطراب المحور الأول (I) كاضطراب الاكتئاب الأساسي الذي يؤدي إلى تأخر الشفاء من حالة قصور وظيفي بالقلب.

- أعراض نفسية تؤثر على الحالة الطبية (حدد الحالة الطبية العامة) مثال : الأعراض الإكتئابية التي تؤخر الشفاء من الجراحة، وأعراض قلق تفاقم نوبة الربو.

- سمات شخصية أو أسلوب مواجهة (تكيف) يؤثر على الحالة الطبية (حدد الحالة الطبية العامة) مثال: إنكار مريض السرطان لحاجته للجراحة، العدائية، والسلوك المضغوط الذي يساعد في اضطراب بالجهاز الدوري.

- سلوكيات صحية لا تكيفية تؤثر على الحالة الطبية (حدد الحالة الطبية العامة) مثال: الإفراط في الأكل، نقص التمرن الرياضي، ممارسة غير آمنة للجنس.

- استجابات فسيولوجية مرتبطة بالضغوط النفسية تؤثر على الحالة الطبية (حدد الحالة الطبية العامة) مثال: تفاقم القرحة المرتبط بالضغوط، ارتفاع الضغط، عدم انتظام ضربات القلب، والصداع المرتبط بالتوتر.

-عوامل نفسية أخرى غير محددة والتي تؤثر على الحالة الطبية (حدد الحالة الطبية العامة) مثال: العوامل البيئشخصية، العوامل الثقافية، والعوامل الدينية (APA, 1994).

يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي في آخر إصداراته أحد المحكات التشخيصية التي تؤخذ بعين الاعتبار في عملية التشخيص. لكن لا ينبغي الاقتصار عليه لوحده، نظرا لنزعه الطبية الطاغية على معايير التشخيص، وانعدام نسخ مكيفة على البيئة العربية بخصوصياتها الاجتماعية والثقافية.

5-2- دور الاختبارات النفسية في تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

إن تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية ليس بالأمر الهين ويحتاج إلى استخدام وسائل وأدوات تشخيصية فعالة ومن هذه الأدوات توجد الاختبارات النفسية. والتي يُشترط في استخدامها أن تكون

مُقننة وصالحة للتطبيق على المرضى. ولابد على مستخدميها أن يكون مُدربا على طريقة تطبيقها وتحليل نتائجها كليا وكيفيا. ومن بين الاختبارات المفيدة في هذا المجال نجد ما يلي:

أولا: الاختبارات الإسقاطية:

يساعد اختبار بقع الحبر لروشاخ في تحديد ما إذا كان نمط الشخصية أقرب للعصاب أو للذهان. كما يقيس درجة الضبط العاطفي التي تساعد في معرفة الطاقات التي لم تستخدم في العمل أو المجتمع، إنما منعت فوجدت مخرجا في شكل اضطراب الوظائف الجسمية. كذلك يحدد لنا بدقة كمية الدافع الغريزي التي كُفّت في وجود المرض السيكوسوماتي. ولقد استخدم "هارور" Harrower هذه الطريقة في دراسة تغيرات الشخصية المصاحبة للإصابة المخية في الحالات السيكوسوماتية. ووجد "كمبل" Kempel في تطبيق اختبار الروشاخ على مرضى الروماتيزم و ارتفاع ضغط الدم والأوعية الدموية والشريان التاجي أن هناك ارتباط بين هذه الأعراض وسمات شخصية محددة (أبو النيل، 1994، ص ص 221-222).

يمكن الاستعانة أيضا باختبار تفهم الموضوع (T.A.T) لـ "مورجان وموراي". وقد استخدمه كل من "وليامز" Williams، و"كرسنوف" Krasnoff (1981) لتحديد صورة الجسم أو الأحاسيس المُعاشة للمريض عن جسمه. كما يمكن أن يستفيد الأخصائي من هذه الاختبارات الإسقاطية من حيث معرفة المواقف الاجتماعية المفضلة وتفسير دينامية العلاقة والكشف عن رموز الأعراض والمكاسب الثانوية وغيرها (الزرد، 2000، ص 113).

ثانيا: الاختبارات الموضوعية:

من أشهرها وأكثرها انتشارا، اختبار مينوسوتا للشخصية متعدد الأوجه (M.M.P.I) والذي يستخدم كأداة للتقييم الإكلينيكي ويقدم صورة متكاملة عن الجوانب المتعددة من شخصية الفرد. ويقاس هذا الاختبار عشرة أبعاد إكلينيكية (توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا، السيكوباتية، الذكورة والأنوثة،

البارانويا، السيكاثينيا، الفصام، الهوس الخفيف، الانطواء الاجتماعي)، كما أنه مزود بمقاييس صدق (مليقة، 2000). ولقد وُجدت لهذا الاختبار نماذج لصفحات نفسية تمثل حالات العصاب والذهان ونماذج للاضطرابات السيكوسوماتية. و في الصفحة النفسية لهذه الأخيرة يُلاحظ ارتفاع مقاييس (توهم المرض، الهستيريا، السيكاثينيا، السيكوباتية، الذكورة والأنوثة، اكتئاب)، وانخفاض مقاييس (البارانويا والهوس الخفيف). كما أن مقاييس (توهم المرض، اكتئاب، هستيريا، بارانويا، سيكاثينيا، فصام) ميزت بين الحالات التي فيها ألم حقيقي والحالات التي فيها ألم نفسي المنشأ، وكذلك ميزت بين حالات مرض روماتيزم المفاصل، وارتفاع ضغط الدم، وبين الحالات السوية (أبو النيل، 1994، ص 222-223).

تعد قائمة "كورنل" لتشخيص الاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية. والتي أعدها كل من "وايدر" Weider، و"ولف" Wolf و"آرثر" Arthur من أشهر المقاييس المتخصصة في هذا المجال. وتحتوي القائمة على (101) عبارة وتقيس: عدم التوافق ومشاعر الخوف، استجابات باثولوجية وخاصة الاكتئاب، استجابات عصبية وقلق، أعراض سيكوسوماتية، استجابات الذعر الباثولوجية، أعراض سيكوسوماتية أخرى، الوهن وتوهم المرض، الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء، الشك والحساسية المفرطة، وأعراض السيكوباتية. وقد قام "محمود الزيايدي" بترجمة هذا الاختبار إلى اللغة العربية وتحليل فقراته، وقلص الاختبار إلى (82) فقرة مع وضع صدق وثبات معايير للاختبار. وقد ظهرت في البيئة العربية صور متعددة لهذه القائمة (الزراد، 2000، ص116).

وما الاختبارات النفسية الا وسائل مساعدة في التشخيص ويجب على الإحصائي تنويع مصادر المعلومات والاستعانة بإجراء مقابلات تشخيصية وتقارير الفحوصات الطبية والرجوع إلى الأدلة الإحصائية والتشخيصية الحديثة والمعتمدة عالميا وغيرها من الوسائل، حتى يمكن اصدار أحكاما أكثر دقة وموضوعية.

5-3- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية:

يهدف التشخيص الفارقي إلى تمييز الاضطرابات النفسجسدية عن باقي الاضطرابات النفسية التي قد تتشابه أو تتداخل معها في الأعراض، خاصة أن الاضطرابات السيكوسوماتية تتضمن طيفا واسعا من الأمراض التي تستهدف كافة أعضاء الجسم، وقد تشترك هذه الأعراض مع اضطرابات أخرى. لذا ينبغي معرفة أعراض الاضطرابات المتقاربة والمتشابهة وتفصي الفوارق الدقيقة بينها لتحديد طبيعة الاضطراب السيكوسوماتي بدقة.

أ - الاضطرابات السيكوسوماتية والهستيريا:

الجدول التالي يحدد بدقة مجموعة من الفروق التشخيصية بين الاضطرابات السيكوسوماتية والهستيريا التحويلية:

الاضطرابات السيكوسوماتية	الهستيريا التحويلية
- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي اللاإرادي.	- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي.
- الأعراض الجسمية نتاج مباشر لصدمة نفسية أو انفعالات مزمنة أو ضغط نفسي وبخلو من الدلالة الرمزية.	- الأعراض الجسمية عبارة عن تعبيرات رمزية عن دوافع مكبوتة وصراعات لا شعورية.
- الاضطراب العضوي وظيفيا وبنويويا وقد يصاب أكثر من عضو.	- الاضطراب العضوي يكون وظيفيا فقط.
- العرض السيكوسوماتي لا يحدث فجأة إنما يحدث تدريجيا وعلى مراحل بسبب تراكم عوامل مختلفة.	- يمكن أن يحدث العرض الجسمي الهستيريا فجأة.
- المزوجة بين العلاج الطبي والعلاج النفسي (العلاج التكاملية) والشفاء يكون صعبا ويتطلب وقتا.	- العلاج النفسي يكون كافيا ويلعب الإيحاء دورا هاما ويكون الشفاء سهلا.
- يكثر بمرضه كثيرا، وعنصر المنفعة فيه غير موجود أو خفي في حال وجوده.	- لا يكثر المريض باضطرابه، بل إن عنصر المنفعة الذي يتوخاه واضح.

(عبد المعطي، 2003، ص 30)

وتضيف عبد السميع (2001) نقلا عن (جاد الحق، 2005، ص 57) أن الهستيريا التحويلية تتميز بالكبت، حيث أوضح "فرويد" أنها تنتج عن صدمة انفعالية لا يتذكرها المريض بشكل شعوري. بينما أهم ميكانيزم دفاعي لمرضى السيكوسوماتيك هو الإنكار وعدم تمييز تعبيراتهم عن مشاعرهم.

ب - الاضطرابات السيكوسوماتية والأعصية:

يتضمن الجدول التالي الفروقات بين الاضطراب السيكوسوماتي والعصاب:

الاضطراب السيكوسوماتي	العصاب
- سيطرة الاضطراب العضوي النفسي وغالبا ما تختفي الأعراض النفسية بعد إصابة العضو.	- يسيطر على شخصية المريض وسلوكه حالة القلق أو الاكتئاب أو الوسواس أي أن الحالة النفسية تكون مضطربة.
- اضطراب عضوي ووظيفي محدد.	- عبارة عن اضطراب وظيفي.
- له علاقة بالأعصاب والأعضاء و الهرمونات.	- ليس له علاقة بالاضطراب العضوي والعصبي (الجسم غالبا سليم).
- يرتبط بالأمراض العضوية ويتأثر بها.	- قلما يصاحب الأمراض العضوية.
- سلوك الفرد يبقى عاديا إلى حد ما.	- قد يضطرب سلوك الفرد كما في حالة الوسواس، والاكتئاب، والخاوف.
- قد يصاحب السبب النفسي أسباب عضوية مهيأة لها دلالات رمزية.	- نفسي المنشأ كلية وليس له دلالات رمزية.
- ينتشر غالبا في مرحلة الشباب.	- قد يوجد لدى الأطفال والكبار.
- لبد من علاج طبي ونفسي معا (تكاملي). والتحسن يكون بصعوبة وقد يقاوم العلاج للحفاظ على المكاسب الثانوية.	- العلاج النفسي مفيد وفعال والشفاء يكون سريعا.
- يصاحبه اضطرابات عضوية شديدة وتؤثر على حياة المريض وقد تصبح مزمنة.	- يصاحبه أعراض جسمية بسيطة كالضعف العام والصداع... ولكنها سرعان ما تزول.

(الزراد، 2000، ص ص 104-105)

ج - الاضطرابات السيكوسوماتية والتمارض (Malingering):

الفرد المتمارض يتظاهر بأنه مريض وذلك لتجنب موقف غير سار من المواقف الصعبة، حيث يصبح نموذجاً يشار به إلى اضطراب في السلوك أو يدل على العصاب النفسي الضمني. أما في الاضطراب السيكوسوماتي فإن المعاناة تكون حقيقية ويشعر الفرد بالألم واضطراب فعلي واختلال وظيفي في العضو.

د - الاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات جسدية الشكل (Somatoform disorders):

السمة المميزة للاضطرابات جسدية الشكل هو وجود أعراض بدنية توحى بحالة طبية، لا يمكن تفسيرها بشكل واضح كحالة طبية محددة، أو بتأثيرات مباشرة لمادة، أو بمرض نفسي ما (مثل اضطراب الهلع). لبد أن تسبب هذه الأعراض معاناة ومحنة اكلينيكية كبيرة أو خلل في مجالات الأداء الاجتماعي والوظيفي أو غيرها، وتكون غير مقصودة. وفيها لا يوجد مرض عضوي واضح المعالم (حالة طبية عامة) يمكن تشخيصه لتفسير الأعراض الجسدية، بينها في الاضطرابات السيكوسوماتية يكون نوع الاضطراب معروف ومحدداً. وتتضمن الاضطرابات جسدية الشكل عدة أشكال منها اضطراب الجسدنة Somatization والتي تُعرّف على أنها اضطراب متعدد الأعراض يبدأ قبل سن 30 سنة، ويستمر لسنوات، ويتميز بمزيج من أعراض الألم، والأعراض الهضمية، والجنسية، وأعراض عصبية كاذبة. وكذلك اضطراب التحويل Conversion، ويتضمن أعراض غامضة أو عجز يصيب الوظيفية الحسية أو الحركية الإرادية، وتقتزن العوامل النفسية بأعراض القصور والعجز في هذا الاضطراب. علاوة على ذلك، يوجد اضطراب توهم المرض Hypochondriasis وهو الانشغال بالخوف من الإصابة بمرض خطير الناتج عن سوء تفسير الفرد لأعراضه أو وظائفه الجسدية (DSM IV, 1994).

ه- الاضطرابات السيكوسوماتية و المرض العضوي:

قد تتشابه الأعراض المرضية الناتجة عن الاضطراب السيكوسوماتي وتلك الناتجة عن المرض العضوي البحت، والفرق لا يمكن تمييزه بسهولة إلا بعد إجراء الفحوصات الطبية والمخبرية اللازمة، فمثلاً قرحة المعدة الناتجة عن سوء استخدام بعض الأدوية أو تعاطي الكحوليات لها نفس الأعراض والشكوى مع تلك الناتجة عن زيادة القلق النفسي من حيث زيادة الافرازات الحمضية. ولكن أهم ما يفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض العضوية أن هذه الأخيرة تكون ناتجة عن العدوى أو الوراثة أو الإصابة المباشرة لأحد اعضاء الجسم دون وجود عوامل نفسية سابقة لحدوثها. كما أن العلاج في الاضطرابات السيكوسوماتية لابد أن يقترن بالعلاج النفسي إلى جانب العلاج الدوائي حتى يتم الشفاء بصورة جيدة (جاد الحق، 2005).

بناء على ما سبق، يتم اللجوء إلى التشخيص الفارقي عند تشابه أو تشابك أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية مع اضطرابات أخرى مثل: الهستيريا التحويلية، العصاب، التمارض، الاضطرابات جسدية الشكل، والمرض العضوي وغيرها. ويتم ذلك بالرجوع إلى الجداول الإكلينيكية لكل اضطراب مشتببه به للتفريق بينهما والتوصل إلى تشخيص دقيق.

6- علاج الاضطرابات السيكوسوماتية:

إن المرض النفس جسدي هو من أعقد وأخطر الأمراض التي تؤثر على الجانب العضوي والجانب النفسي للفرد وتشكل له صعوبات بالغة في التكيف مع مجالات حياته المختلفة سواء منها الذاتية أو المهنية أو الأسرية أو البيئشخصية. لذلك يهدف علم النفس السيكوسوماتي إلى التكفل العلاجي للفرد ككل (نفس وجسد)، وهذا ما يدعو إلى تبني منهج العلاج التكاملي الذي يزوج بين العلاج الطبي والنفسي بمختلف أنواعه وتقنياته. وفيما يلي سوف نتطرق إلى أبرز الأساليب العلاجية المستخدمة في هذا المجال.

6-1 - العلاج الدوائي (الطبي):

تستخدم الأدوية الطبية لضبط الأعراض الجسمية - الحشوية والوقاية من التعرض للنوبات تحت إشراف ومتابعة طبية. ويتنوع العلاج الطبي تبعاً لنوع الاضطراب نفسه، فمثلاً وُجد أن 90 % من المصابين بالتهابات جلدية حادة تم شفائهم بعد تلقيهم العلاج الخاص بهذا المرض وعزلهم في المستشفى لإبعادهم عن جو الضغوط البيئية. أما قرحة القولون فقد وُجد أنه من بين 20-30 % من الحالات تحتاج إلى عمليات جراحية. ومن الضروري إعطاء الأدوية أو الحقن لخفض الحساسية لدى مرضى الربو، بينما يجب استخدام بعض العقاقير التي تضبط ضغط الدم للمصابين بضغط الدم الجوهري (شقير، 2002، ص35) ومن بين أنواع العلاجات الطبية التي توصف لعلاج أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية مايلي:

6-1-1- المهدئات Tranquilizers: يحتل القلق المرتبة الأولى في أغلب الاضطرابات السيكوسوماتية و بالتالي تُستعمل المهدئات والمسكنات للتخلص من التوتر والقلق ومن أهمها "كلوربرومازين" Chlorpromazine، و"ليبريوم" Librium، و "فاليوم" Valium. ويجب الحذر عند استعمال هذه الأدوية لأنها تُحدث التعود ولها أعراض ثانوية عند استعمالها لمدة طويلة مثل اضطرابات الذاكرة، خلط عقلي، نقص اليقظة. وقد يترتب على استعمالها المزمّن كذلك أعراض معاكسة كالأرق، وقلق أقوى من الذي يعاني منه المُصاب. لذلك، ينبغي أن لا يتجاوز استعمالها ثلاثة أشهر، ولا يتم التوقف عن تناولها فجأة، بل يجب التخلي عنها تدريجياً لتفادي أعراض خطيرة كتلك التي يعانيتها مدمنو المخدرات والكحوليات. وقد تتطلب بعض الاضطرابات السيكوسوماتية التدخل الجراحي كما هو في حالة قرحة المعدة مثلاً (زهران، 2005؛ ميموني، 2011).

6-1-2- العلاج الوهمي (بلاسيبو) Placebo: ويتم عن طريق أدوية ليس لها مفعول كيميائي بل يعتمد مفعولها على الإيحاء والإيمان بالعلاج خاصة مع المعالج ذي السمعة الكبيرة، حيث (30-35%) من الحالات تشفى هكذا، ويلجأ إليه الأطباء خاصة مع الحالات التي تكون فيها الاضطرابات

راسخة ولا تخضع للعلاجات المعتادة. ولا ينجح هذا العلاج مع من يتسمون بالصلابة والحذر والشك، وينجح عندما يكون الأفراد انفعاليون ومُطواعون.

6-1-3- الفيتامينات المضادة للضغط: يقترح الدكتور "ليسر" Lesser علاج آثار الضغط بالفيتامينات منها B5 وكذلك بالكالسيوم الذي يفك الانقباض العضلي. كما يركز أيضا على أهمية التغذية المتوازنة، والمحتوية على الفيتامينات مثل B1، B5، B9، C. مع ذلك، يجب عدم الإفراط في تناولها لأنها قد تسبب ضررا (ميموني، 2011، ص 157-158).

6-2 - العلاج النفسي:

وفيه يتم التركيز على سبب المرض من خلال تناول النواحي الانفعالية، و العمل على حل الصراعات النفسية وتجنب الكبت، ومواجهة ضغوط الحياة والتخفيف من القلق بصورة واقعية بدون الالتجاء إلى الحيل المرضية ولا بد من إعادة ثقة المريض بنفسه ويفضل تعديل أسلوب حياة المريض بما يناسب حالته. ومن فنيات العلاج النفسي الأكثر استخداما ما يلي:

6-2-1- العلاج السيكودينامي: يستخدم العلاج النفسي التحليلي في مساعدة المرضى على التخلص من الآثار النفسية المؤلمة لأحداث الحياة المفاجئة، ومساعدتهم على مواجهة المشكلات والتعامل معها. وكذلك يعمل على التخلص من المكبوتات والصراعات النفسية اللاشعورية. ويسعى العلاج التحليلي إلى تحويل الاتجاهات اللاشعورية المزمّنة في حياة الفرد إلى اتجاهات شعورية ومن ثم التغلب عليها وذلك بتطبيق عدة فنيات أهمها : التحويل و التحويل المضاد، التداعي الحر، التغلب على المقاومة، التنفيس الانفعالي ، تفسير الأحلام ... إلخ. وعليه فالعلاج التحليلي يساعد على التعمق في أغوار الشخصية والكشف عن ما بها من صراعات وعقد ودوافع مكبوتة لا شعورية (شقيير، 2002، ص 37).

6-2-2- العلاج المعرفي السلوكي: يقوم هذا النوع من العلاجات على استخدام برامج تدخلية مبنية على أسس النظرية المعرفية السلوكية لتقليل من حدوث النوبات لدى المرضى. وذلك بمساعدتهم على فهم المشاكل المسيطرة عليهم عن طريق تقسيمها إلى أجزاء صغيرة، وهذا يسهل عليهم رؤية كيفية اتصال هذه المشاكل ببعضها وكيفية تأثيرها عليهم. بحيث يمكن لمشكلة ما، أو حدث معين أن تتبثق عنه مجموعة من: الأفكار، الأحاسيس، المشاعر الجسدية، والأفعال، كل هذه الأجزاء يمكن أن تؤثر على بعضها البعض. فكيفية التفكير حول مشكلة ما يمكن أن يؤثر على كيفية الشعور جسدياً وحسياً ويمكن أيضاً تغيير كيفية تعامل الشخص معها.

والعلاج المعرفي السلوكي يساعد المريض على تغيير كيف يفكر (معرفي) وكيف يعمل (سلوكي). هذا التغيير يمكن أن يساعده على الشعور بشكل أفضل من خلال التركيز على المشاكل والصعوبات الآتية، عوضاً عن التركيز حول أسباب المشكلة وأعراضها في الماضي من خلال العمل على تحسين حالة الفرد الذهنية الحالية، وهذا باستخدام عدة تقنيات مثل التحصين المنظم، وضبط وتوجيه الذات والنمذجة والتدعيم (عبد المعطي، 2003، ص 111). ومن أهم التقنيات المستخدمة في هذا المجال نسلط الضوء على مايلي:

أ- أسلوب الاسترخاء: يعتبر أسلوب الاسترخاء مهماً في علاج الاضطرابات المرتبطة بالتوتر وهو يعتمد على تعليم المريض شد وارتخاء عضلات جسمه بشكل منظم وفي الوقت ذاته يركز انتباهه على المشاعر المختلفة التي تنتابه. وهنا تفيد إجراءات التوتر والاسترخاء في زيادة انتباه ويقظة الفرد لمشاعر التوتر والاسترخاء. ويفيد التدريب على الاسترخاء مجموعة كبيرة من الأمراض مثل اضطرابات القلق، ومرض الربو الشعبي، ومرضى الصداع ومرض ضغط الدم (عبد الرحمن، 1999، ص ص 332-333).

ب- التغذية الراجعة البيولوجية:

هي أسلوب يستخدم أدوات وأجهزة معينة مثل جهاز التخطيط الكهربائي للعضلات، وجهاز الرسم الكهربائي لوظائف القلب وغيرها، بهدف إمداد الفرد بمعلومات مستمرة عن وظائفه الجسمية اللاإرادية، لجعل المريض أكثر وعياً وإدراكاً بالتغيرات الجسمية وأكثر قدرة على إخضاعها لسيطرته، وبالتالي يصبح أكثر نشاطاً في العملية العلاجية. وتفيد هذه الطريقة في علاج ارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب والصداع النصفي وبعض الآلام العضلية (جاد الحق، 2005، ص77).

وهناك طرق علاجية أخرى عديدة لعلاج الأمراض السيكوسوماتية، نذكر منها العلاج بالموسيقى، وكذلك طريقة الوخز بالإبر والضغط بالأصابع و العلاج بالضحك، والعلاج بالنوم و العلاج بالصلاة وسائر الرياضات الروحية... إلخ. على أن هذه العلاجات ما تزال تخضع للتجريب ولم يُحسم أمرها بعد. ولعلاج الاضطرابات السيكوسوماتية لا بد من العلاج الطبي لعلاج الاضطراب العضوي، والعلاج النفسي لحل الصراعات والمشاكل الوجودية التي يعاني منها المريض فالهدف من العلاج هو علاج المريض ككل نفس وجسد، لكي لا تعاود الأعراض الظهور في شكل اضطرابات أخرى.

خاتمة:

من خلال عرض أهم ما جاء في التراث السيكولوجي للاضطرابات السيكوسوماتية، وما شاب هذا المفهوم من غموض وجدل واسع حول علاقة النفس بالجسد، وذلك لعدم وجود خط فاصل بين الجانب النفسي والجانب الجسدي. حيث تم تقديم أهم وجهات النظر حول العلاقة النفس جسدية وما ينجم عنها من اضطرابات سواء في الفلسفة اليونانية القديمة أو الحضارة الرومانية مروراً بالفكر الإسلامي ووصولاً إلى العصر الحديث. رغم ما اعتزى هذا المصطلح من اختلافات كثيرة في تحديد مفهومه بسبب تداخل الميادين التي منحتة دلالات كثيرة ومتباينة، يبقى القاسم المشترك بين كل تلك المفاهيم هو اعطاء العامل النفسي والانفعالي دوراً أساسياً في حدوث الاضطرابات الجسمية.

وما زاد الاهتمام بالبحث والدراسة أكثر في هذا الميدان هو الانتشار الواسع والرهيب للاضطرابات السيكوسوماتية بسبب التقدم الحضاري و الصراع الثقافي وتغير نمط الحياة الإنسان، مما أثقل كاهله بضغوط نفسية وانفعالية لا حصر لها والتي تعد الحجر الأساس في حدوث هذه الاضطرابات. كما ذكرنا في البداية، فغموض المصطلح وتشعب مجالاته أفرز عن تيارات نظرية حاولت تفسير حدوث هذه الاضطرابات من مناحي مختلفة، نذكر منها السلوكية التي فسرتها على أنها سلوكيات متعلمة بطريقة غير سوية والسبب فيها يعود لعمليتي الاشرط الكلاسيكي أو الاجرائي أو التعزيز. أما المدرسة التحليلية الحديثة فقد ساهمت بشكل فعال في تقريب وجهات النظر بين المدرسة الفيزيولوجية والتحليلية، نذكر أهم تفسيراتها من وجهة نظر مدرسة شيكاغو وحسب "ألكسندر" الذي طور مفهوم العصاب العضوي، حيث يُرجع سبب الأمراض السيكوسوماتية إلى انفعالات معينة وأنماط للشخصية التي تنعكس على أعضاء محددة من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي. أما مدرسة باريس بزعامه "مارتي" فقد ركزت على ضعف الآليات الدفاعية و خاصة عملية العقانة والتفكير الإجرائي الذي يميز المضطربين سيكوسوماتياً. ومن منظور معرفي فقد وُجد أن هناك علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والخطئة دور في ظهور الأعراض السيكوسوماتية.

بالنسبة إلى تشخيص هذه الاضطرابات فقد تعددت الرؤى والأساليب في ذلك منها ملاحظات "ويس" و"إنجلش"، والتشخيص بالطريقة الطولية، وكذلك معادلة النقاط الست التشخيصية "لهاليداي"، و التشخيص حسب الدليل التشخيصي والإحصائي، وكذلك استخدام الاختبارات النفسية بنوعها الإسقاطية والموضوعية. ونظرا لتداخل أعراض الاضطرابات النفس جسدية مع اضطرابات أخرى عديدة وجب اللجوء إلى التشخيص الفارقي. بعد ذلك، تم عرض مجموعة من الطرق والفنيات العلاجية التي هدفت في مجملها إلى علاج الفرد ككل (نفسى-جسدي)، لذلك وجب المزوجة بين العلاجين(الطبي والنفسى). ومن أهم العلاجات، هناك العلاج التحليلي والسلوكي المعرفي وأبرز التقنيات المستخدمة فيهما.

وختاما أدى الاهتمام النفسى والطبي الحديث بالعلاقات بين العقل والجسد والتقدم البحثي في مجالات مثل علم المناعة العصبية النفسية إلى زيادة الوعي حول العلاقة المتبادلة الهادفة بين الحالات الانفعالية والجسدية في الاضطرابات النفسية (الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة) والاضطرابات الجسدية (فيروس نقص المناعة البشرية واضطرابات المناعة الذاتية والسرطان).

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- أبو النيل، محمود السيد.(1994). *الأمراض السيكوسوماتية* (المجلد.1)، (ط.2). بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- جاد الحق، منى عبد اللطيف عبد الحميد.(2005). *قصور الرعاية الاجتماعية وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية* (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الآداب، جامعة الزقازيق.
- جبالي، نور الدين.(1989). *علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية: دراسة مقارنة للحالات قرحة المعدة و حالات السكري*(رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الأدب، جامعة عين شمس، مصر.
- راجح، أحمد عزت.(1973). *أصول علم النفس*. ط9. الإسكندرية، مصر: المكتب المصري الحديث.
- الزرد، فيصل محمد خير.(2000). *الأمراض النفسية – الجسدية: أمراض العصر*. بيروت: دار النفائس للطباعة والنشر.
- زهران، حامد عبد السلام.(2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط.4). القاهرة: عالم الكتب.
- سيلامي، باهي.(2008). *مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي* (أطروحة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر 2.
- شقيير، زينب محمود.(2002). *الأمراض السيكوسوماتية (النفس-جسمية)*. القاهرة، مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- غانم، محمد حسن.(2011). *الاضطرابات النفسجسمية: تأصيل نظري و دراسات ميدانية*. القاهرة، مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- غانم، محمد حسن.(2015). *الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية: تأصيل نظري ودراسة ميدانية*. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد المعطي، حسن.(2003). *الأمراض السيكوسوماتية*. القاهرة: مكتبة دار الشرق.

عبد السميع، آمال.(2001). *الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية (ط.2)*. القاهرة: الأنجلو المصرية.

عبد الرحمن، محمد السيد.(1999). *علم الأمراض النفسية: الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج*. القاهرة: دار قباء للنشر.

العنوم، عدنان يوسف.(2012). *علم النفس المعرفي: النظرية والتطبيق (ط.3)*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

عكاشة، أحمد و عكاشة، طارق.(2010). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

مليكة، لويس كامل.(2000). *اختبار الشخصية المتعدد الأوجه: دليل الاختبار (ط.6)*. كلية الآداب، جامعة عين شمس.

ميموني، بدرة معتصم.(2011). *الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق (ط.3)* . الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

النايلسي، محمد أحمد.(1992). *مبادئ البسيكوسوماتيك و تصنيفاته*. الجزائر: دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.

النيل، مایسة.(1991). *الأعراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال و علاقتها بالقلق والاكتئاب: دراسة عاملية مقارنة*. الجمعية المصرية للدراسات النفسية، *بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر، القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، 141-178*.

ياسين، عطوف محمود.(1986). *علم النفس العيادي "الإكلينيكي"*. بيروت، لبنان: دار العلم للملايين.

المراجع باللغة الأجنبية:

Ackerknecht, E. H. (1982). The history of psychosomatic medicine. *Psychological medicine*, 12(1), 17-24.

Ackerman, K., & DiMartini, A.F.(2015). *Psychosomatic medicine*. New York: Oxford University Press.

Aisenstein, M., & Smadja, C. (2010). Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: A clinical psychoanalytic approach to oncology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(3), 621-640.

Aisenstein, M., & de Aisemberg, E. R. (Eds.). (2010). *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective*. Routledge.

American Psychiatry Association .(1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatry Association.

Alexander, F.G., & Selesnik, S.T. (1966). *The History of Psychiatry*. New York: The New American Library.

Brill, S. R., Patel, D. R., & MacDonald, E. (2001). Psychosomatic disorders in pediatrics. *The Indian Journal of Pediatrics*, 68(7), 597-603.

Bronstein, C. (2011). On psychosomatics: The search for meaning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(1),173–195.

Calza, A., Contant, M.(2007). *Psychomotricité* (3rd ed). Elsevier Masson.

Deutsch, F. (1939). The choice of organ in organ neuroses .*The International Journal of Psychoanalysis*, 20, 252–262.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

Fava, G. A., & Sonino, N. (2000). Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom*, 69, 184-197.

Ferenczi, S. (1955). Organ neuroses and their treatment. In *Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis* (pp. 22–28). London: Hogarth.

Fink, P., Sorensen, L., Engberg,M., Holm, M., & Munk-Jorgensen, P. (1999). Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40, 330-338.

Gubb, K. (2013). Psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice. *The Psychoanalytic Review*, 100(1), 103-142.

Gureje, O.(2016). The Pattern and nature of mental–physical comorbidity: Specific or general?. In *Global perspectives on mental-physical comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys* (pp.51–83). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Halliday, J.L.(1938). Rising incidence of psychosomatic illness. *The British medical journal*, 2(4043), 11-14.

Höfer, B. (2009). *Psychosomatic disorders in seventeenth-century French literature*. England: Ashgate Publishing, Ltd.

Keller, P. H., & Leydenbach, T. (2019). Psychosomatic Medicine in France. In *Global Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry* (pp. 271-293). Springer, Cham.

Kröner-Herwig, B., Heinrich, M., & Morris, L. (2007). Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia*, 27(6), 519-527.

Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., & Kröger, F. (1992). *Psychosomatic disorders in general practice*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Martin, M.J.(1978). Psychosomatic medicine: a brief history, *Psychosomatics*,19(11), 697-700.

- Moldovan, R., Radu, M., Băban, A., & Dumitrașcu, D. L. (2015). Evolution of Psychosomatic Diagnosis in DSM. Historical Perspectives and New Development for Internists. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 53(1), 27-32.
- Nisar, H., & Srivastava, R. (2018). Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*, 3(1), 12-18.
- Ottenberg, P., Stein, M., Lewis, J., & Hamilton, C. (1958). Learned asthma in the guinea pig. *Psychosomatic Medicine*, 20(5), 395-400.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Paulley, J. W., & Pelsler, H. E. (1989). *Psychological managements for psychosomatic disorders*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Raginsky, B. B. (1948). Psychosomatic medicine: its history, development and teaching. *The American journal of medicine*, 5(6), 857-878.
- Smadja, C. (2012). Introduction à la psychosomatique. In Vassilis Kapsambelis (Ed.). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (pp. 197-212). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Steinberg, H., Herman-Lingen, C., & Himmerich, H. (2013). Johann Christian August Heinroth: Psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 11-16.
- Taylor, G. J. (2010). Symbolism, symbolization, and trauma in psychosomatic theory. In M. Wittkower, E. D. (1974). Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 309-319.
- Woods, P. J., & Lyons, L. C. (1990). Irrational beliefs and psychosomatic disorders. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8(1), 3-20.
- Wolman, B. B. (1988). *Psychosomatic disorders*. Springer Science & Business Media.