ما هو السيكوسوماتيك التحليلي النفسي

ترجمة وإعداد: أ.د. سامر جميل رضوان

Prof. Dr. Samer Rudwan

<https://orcid.org/0000-0002-8844-1307>

غ. أوفيربيك^١

خلاصة

ما هو السيكوسوماتيك (النفسي الجسدي) التحليلي النفسي؟
العرض الحالي عبارة عن محاولة لتوحيد مجموعة من المفاهيم المربكة النفسية الجسدية التي تطورت حتى الآن. ومن أجل تحقيق هذا الغرض تم تجميع الجوانب المختلفة ومناهج البحث حول خمسة مواضيع رئيسية ، مع الأخذ في الاعتبار التطور النظري للتحليل النفسي من الدافع إلى الأنا التحليل النفسي ومن الفرد إلى الاجتماعي – التحليلي النفسي:

١. المشاكل المتعلقة بالنزاع - سياق الأعراض.
 ٢. هيكل الأنا.
 ٣. العلاقة مع الأشياء.
 ٤. الروابط الشخصية.
 ٥. الترابط الاجتماعي النفسي في الاضطرابات النفسية الجسدية.
- وبهذا الشكل يمكن استخدام العديد من نماذج التحليل النفسي الجسدي في شكل لوحة مختلفة من الإجابات على المشاكل الإكلينيكية الأساسية. ويتيح هذا إجراء فحص نفسي تشخيصي متمركز حول المريض والمكيف مع الحالة السائدة في الحالات الفردية، ويتجاوز أي تشخيص يعتمد فقط على فحص أنماط الاضطراب. وفي الختام، تم إثبات ذلك - وإن كان ذلك بطريقة مبسطة للغاية - من خلال الجدولة التخطيطية. الكلمات المفتاحية
- التحليل النفسي الجسدي - الاضطرابات النفسية الجسدية.

يرتبط اليوم بمفهوم النفسي الجسدي عدد كبير من المعاني، بحيث يبدو من غير الممكن اعطاء وصف شامل وموحد لهذا المجال، ولأن العلاقة بين النفس والجسد قد كانت دائماً الموضوع الرئيسي للبحث النفسي، فقد تميز هذا الفرع منذ البدء بالمساهمات الغنية من العلوم المختلفة، فمن المحللين النفسيين على سبيل المثال كان فرويد وغروديك وآخرون، ومن الأطباء الباطنيين كان ف.ف. فايتسكير وبيلز وهابر، ومن الفيزيولوجيين كانون وف. هيس. وقد اعقبت ذلك مساهمات مهمة من قبل باحثي نظرية الضغوط Stress منهم سيلبي وفولف وانجل، ومن قبل باحثي نظرية التعلم بافلوف وبايكوف وبيريز، هذا بالإضافة إلى أن علم الاجتماع وعلم الجائحة Epidemiology قد أدرجوا موضوع البحث النفسي الجسدي ضمن مجال دراساتهم.

¹ Overbeck, G. (1979). Was ist Psychoanalytische Psychosomatik. Psychother. Med. Psychologie. 29 (160-172).

أما هنا فأريد أن اقتصّر على البحث النفس جسدي التحليلي النفسي، أي ذلك المجال من البحث النفسي الجسدي الذي يبحث العلاقة المتبادلة بين النفس والجسد بالطرائق التحليلية النفسية.

لقد حدد المستوى العلمي واهتمامات البحث النفسي الجسدي التحليلي النفسي من خلال التطورات المرافقة في التحليل النفسي من جهة ومن خلال تأثرها في لتوجه العام للطب النفسي الجسدي من جهة أخرى، وكما أن السيكوسوماتيك – وكقوة مضادة للمفهوم العضوي الأحادي الجانب للمرض في طب ذلك الوقت – قد اهتم بالأسباب النفسية للمرض بصورة خاصة، فإن البحث النفسي الجسدي التحليلي النفسي يقوم حتى اليوم، بصورة غالبية، على أساس من وجهة المنشأ المرضي النفسي، أي يبحث عن الأسباب النفسية الأساس لصور لأمراض النفسية الجسدية، إلا أنه وللأسف فإن المسائل المطروحة الناتجة عن عكس اتجاه السببية، أي المسائل المتعلقة بالعلاقات الجسدية نفسية، تظل غير مراعاة لمدى بعيد، وعلى أية حال فلقد شهدت السنوات الأخيرة تطوراً ملحوظاً في مراعاة مشكلة العمليات النفسية للأمراض المزمنة وغير القابلة للشفاء، وفي العمليات الجراحية وفي الاعضاء الاصطناعية وفي زراعة الاعضاء الحية، هذا بالإضافة إلى دراسة سلوك المرضى المصابين بمرض عضوي ودراسة العلاقة بين المريض والطبيب، ويعود الفضل في ذلك إلى مجموعات العمل التي أحدثتها بالينت، الذي أنشأ مرافق جسدية نفسية لهذا الغرض.

وهناك اتجاه احادي آخر للطب النفسي الجسدي التحليلي النفسي متعلق بالنظرة للارتباطات التحليلية النفسية المسببة للمرض، والناتجة اصلاً عن علاقته القديمة بالطب، هو أن النظرة لهذه الارتباطات ما تزال حتى اليوم متجهة بشكل قوي نحو صور الأمراض على الرغم من أن حدود السؤال حول خصوصية صور المرض قد أصبحت أوضح، والمعرفة تزداد حول أنه في الصورة المرضية الواحدة يمكن أن توجد بنى شخصية مختلفة وصراعات متنوعة وأسباب مختلفة جداً عن بعضها مثيرة للمرض، بحيث أنه لا يمكن الحديث حول بنى شخصية خاصة بمرضى القرحة وعصاب القلب وبمرضى الربو.....الخ.

وعلى الرغم من أن البحث النفسي الجسدي المنهجي يمكن أن يقدم على أساس صور الأمراض عرضاً معلوماتياً، إلا أنه اثبت نفسه في نهاية الأمر على أنه عملية توفيق غير مثمرة مع الطب ذي الاتجاه العلم طبيعى ومع الطب ذي الاتجاه العضوي.

ولأن تقسيمات هذا النوع لا تسأل عن الخبرات الفردية السابقة للمريض الفرد، وإنما تبرز قانونيات عامة مشتقة من علم نفس النمو وعلم فيزيولوجيا الانفعال، فإنها تبتعد نوعاً ما عن النظرة المتمركزة حول المريض، وبالتالي يصبح من السهل حجب النظر عن الارتباطات النفسية الجسدية للحالة الفردية.

ومن أجل الفهم النفسي التفريقي للمريض، والذي يمكن أن يسفر كذلك عن إرشادات علاجية، فأنا تفترض هنا وجود طريقة تحاول على أساس طروحات تحليلية نفسية إلقاء الضوء على مرض الإنسان الفرد.

أن الجوهر الخاص لنموذج الليبدو النظري هي وظيفة علاقات الموضوع وارتداد الليبدو الموضوع على الذات ارتباطاً بعمليات اسقاط واجتياف معقدة. وهذا النموذج لاقى على الغالب في مدرسة ميلاني كلاين توسعاً كبيراً. ومن خلال هذا النموذج أمكن تفسير الأعراض الجسدية المراقبة (الهيبيكوندرية) في العصابات النرجسية وإيضاح أعراض الأعضاء المرتبطة بعمليات الإجتياف بالمعنى الضيق.

وفي حين أن التحويل ونموذج الليبدو النظري سهلا التطبيق في حالة المنشأ النفسي الخالص، أي في حالة الأعراض الجسدية المتشكلة في المراكز العليا للدماغ دون أساس مرضي عضوي كبير، فإن السؤال عن كيفية حدوث تبدلات إغاشية وظيفية أو تغيرات عضوية هدامة، يبقى مفتوحاً لمدى بعيد.

لقد اهتم ألكسندر بصورة خاصة بالعمليات التي تحدث فيما يسمى بعصاب العضو الإغاشي وبالأمراض النفسية الجسدية بالمعنى الضيق. وقد طرح ألكسندر نموذج الارتباط الفيزيولوجي النفسي، الذي يخالف بشكل قطعي عمليات نموذج التحويل. إذ طرح ألكسندر في نظريته المتعلقة بالصراعات النفسية الدينامية الأساسية ذات النوعية المرضية وجود التطابق بين نماذج إغاشية محددة وانفعالات معينة وبين مواقف صراع ذات طبيعة انفعالية. ويعد ألكسندر أن الآلام الجسدية الناجمة عن الاستثارة الإغاشية المزمنة في العصابات الإغاشية وكذلك عواقبها، أي الأمراض النفسية الجسدية، عيارة عن أعراض مرافقة لانفعال مزمن. وهو ينكر على هذه الأعراض الجسدية البديل الرمزي المنشأ والوظائف المخففة للعبء والمخففة للإشباع. وهو يفصلها بشدة عن الأعراض التحويلية.

وبهذا يوسع ألكسندر الحد الفاصل الهش الذي تنشأ عنده الأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي، إلى الحد الذي تنشأ فيه أما من خلال اعصاب إغاشي أو من خلال إعصاب حسي حركي عشوائي.

ونجد تحديداً مشابهاً عند أو كسكول من خلال ما يسميه شذرات السلوك وشذرات المزاج ومخطط أمراض التعبير وأمراض التحضير (علما انه قد حاول في الوقت نفسه حل اشكالية ازدواجية الجسد والروح).

وقد تم تجاوز الفجوة بين العمليات النفسية الخالصة من جهة وبين الارتباط الفيزيولوجي-النفسي من جهة أخرى من خلال التصورات التي تحافظ على وحدة الجسد والنفس، والتي تفهم الاستجابات الإحاشية على أنها لغة العضو النفسية الجسدية.

وعلى الرغم من أن مدرسة التحليل النفسي الجديدة على سبيل المثال تنطلق في نموذجها الوظيفي للنمو من التصور الأساسي لألكسندر، إلا أنها ترى في خبرة الدافع ارتباطاً ضيقاً جيداً بين المعيشة الروحية والمجريات الجسدية، التي تقترب بها الاستجابات الإحاشية من لغة العضو أيضاً.

أن لغة العضو في هذا النموذج تنطبق بشكل خاص على تلك الأعضاء التي كانت واقعة في مركز العلاقات مع المحيط أثناء النمو الطفولي الباكر. هذه العلاقات المتبادلة يمكن أن تقود إلى تشكل بنى (طبائعية) معينة أو إلى مواقف محددة، علماً أن نموذج خصوصية الموقف لا ينطلق فقط من العلاقات الطفولية المكتسبة بين النفس والجسد وإنما يشير أيضاً إلى أن الاستجابات الإحاشية الجسد النفسية يمكن أن تثار من قبل الفرد بصورة جديدة كلياً كمركبات ذات معنى لاستجابات جسدية نفسية.

وأخيراً يضرب إنجل أمثله رائعة من خلال الأمراض النفسية الجسدية والجسدية النفسية وحول الكيفية التي يمكن فيها للتأثيرات النفسية الجسدية النوعية المتبادلة أن تنمو في بعض أجهزة العضوية. هنا تنتهي الحوادث الجسدية الإحاشية في تمثيلات تصويرية عند الفرد، وبهذا تؤول إلى آلية نفسية خالصة. بالإضافة إلى ذلك تتوفر هنا عمليات التحويل اللازمة لتشكل العرض الفردي^٢.

ويعد السؤال حول خصوصية العرض أحد أهم المسائل المثيرة للجدل. والسؤال الرئيسي هنا هو مدى مساهمة الأنا في بناء الأعراض النفسية الجسدية ونوع هذه المساهمة في حدوث التحويل أو في ارتباط الانفعال مع المرض النفسي الجسدي.

^٢ وبهذا يتغلب إنجل على تصورات المرض الخطية المتعددة السببية ويشير إلى دائرية الحوادث النفسية الجسدية. إن نموذج التأثيرات المتبادلة للحوادث النفسية الجسدية وأشكاله يحتويان دون شك بمفاهيم العصاب الرضوي (فرويد) وعصاب المرض (فيربنزي). ويمكن إيضاح العصاب الرضوي هنا بأن آليات الهستيريا التحويلية يتم استخدامها في تمثل الصراعات اللاشعورية التي يمكن من خلالها لحوادث أو أيضاً لضرر المرض الحاد أن يتجدد، كما هو الحال مثلاً في كثير من عصابات التقاعد. وأخيراً إن ما يسمى عصاب المرض ويشير إلى أن آليات توهم المرض تحدث في كل مرض وفي مجرى المرض، وتلعب كذلك دوراً مهماً في المعاناة الجسدية الأولية وفي العمليات الجراحية.

وتهتم بعض نماذج علم نفس الأنا ونماذج التجسيد بهذه المجموعة الثانية من الأسئلة أي بالأسئلة المتعلقة ببنية وآليات الأنا وبمساهمة الأنا في الحدث النفسي الجسدي، أي بالقدرة التوليدية للأنا أو بعدم القدرة على المعاوضة في مرحلة تطور الأنا العاجزة.

ويصف شور في تصوره العلم النفسي النمائي لعمليتي نزع التجسيد De-somatization وإعادة التجسيد-Re-somatization، إعادة التجسيد على أنه جزء من حادث نكوصي أشمل للأنا، الذي يمكن لارتباطاته أن تقود إلى عدم حيادية الليبدو وإلى العدوانية وإلى ظهور تغيرات أولية ثابتة. ويوضح هذا النموذج النكوصي العام الذي قدم شرطاً مهماً من أجل فهم الحوادث والعمليات النفسية الجسدية التغيرات الجسدية والنفسية الموجودة غالباً إلى جانب بعضها عند المرضى. كما ويمكن استخدام هذا النموذج عند الأصحاء. وليس من الضروري هنا أن تكون الأعراض الجسدية مرتبطة بعلاقة نوعية ذات معنى مع الضغط المثير للمرض. أن ظهور عملية ظهور العرض يمكن أن تحصل في الأعضاء ذات الاستعداد المسبق والمرتبطة بشكل خاص بالتطور الفردي النفسي والجسدي للفرد.

ويرى ميتشرليش في مخطته في الدفاع الدينامي ذا المرحلتين، العلاقة بشكل أكثر خصوصية. وحسب هذا التصور يحاول المريض أولاً التغلب على الصراع من خلال بناء العرض العصابي. وفي حالة الفشل أو عدم القدرة على الاستمرار بهذه الصورة يتحول حادث الدفاع إلى المستويات الجسدية الملحقة بالصراع. ويقدم ميتشرليش كذلك معلومة أدق حول لماذا ومتى يصل الأمر إلى مرحلة بناء العرض الجسدي. ويرى السبب في فقر الأنا، الذي يبرز من خلال فقدان الموضوع.

وفي حين أن ميتشرليش يفترض وجود تقييد عصابي استعدادي للأنا كشرط لحدوث المرض النفسي الجسدي، يشير آخرون إلى وجود عجز جزئي للأنا مرتبط بالنمو يؤدي إلى مجالات خبرة معينة للأنا، التي (أي الأنا) تبقى محتفظة بارتباطاتها الجسدية الأولية.

ويقترض بعض المحللين النفسيين الفرنسيين وجود اضطراب واسع المدى في تطور الأنا عند المرضى المصابين بمرض نفسي جسدي، وهم عندما يتحدثون عن بنية نفسية جسدية فإنهم يصفون المرضى بأنهم دون خيال وأسرى المجسمات، وبأنهم غير قادرين على ترميز ومعالجة الصراعات النفسية مع ميل إلى اخفاق التوتر الحركي. وقد تم تجميع النقاط الجوهرية لهذه الخصائص التي، حسب رأي الكتاب الفرنسيين، يتميز من خلالها المرضى النفس جسديون عن العصبيين بشكل كلي، تحت مصطلح التفكير العملياتي

Pensée Operaloire الذي وصفه مارتي ودي موزان Marty & De Muzan ، وقد جمعت سمات مشابهة من قبل ستيفانسون وفرايبيرغر وآخرين ووضعت تحت مصطلح التكتم Alexithymia وأطلق عليها ستيفانسون اسم (الظاهرة النفسية الجسدية).

وضمن سلسلة نماذج علم نفس الأنا، التي تفترض تغيرات منهجية ضمنية للأنا عند المرضى جسديين لابد من ذكر مرضى الذهان. فتحت هذه التسمية التي أطلقها مينخ، تكمن المعلومة المهمة القائلة انه من خلال الأمراض النفسية الأولية للأنا قد تصاب أنا الجسد كذلك. ومن خلال هذا النكوص النفسي وتغيير الدور يمكن أن يحصل هنا تأذي في وظيفة العضو أو يمكن أن تتبدل بشكل نوعي. وأخيراً فإن نموذج أنا الجسد وتصويرة الجسد Body-Schema يحتويان على رؤى مستقبلية أساسية حول مساهمة الأنا في المجرى النفسي الجسدي. وقد بحث كل من هوفر وبروخ وسيلفيني وبالاتسلي وآخرين مراحل نمو الأنا عند تشكل أنا الجسد وحدودا كيف يمكن أن يكون حجم مجال التأثير الفعال للأنا على الوظائف الإعاشية والأعضاء وذلك من خلال جذورهما الجسدية المباشرة بصفتهما أنا الجسد، وأشاروا أيضاً إلى مجموعه كبيرة من إمكانيات الاضطراب التي تقود إلى أن مجالات محددة للخبرة الجسدية تحد أو تمنع نمو الأنا عند الفرد. وأشار هنا إلى أبحاث هـ. بروخ حول فقدان الشهية العصبي عندما لا يتم بناء إدراك مطابق وتوجيه في مجال الوظيفة الإعاشية من خلال أنا مستقلة للجسد.

ولأن اسباب مثل تلك التطورات الناقصة للأنا تنتج عن اضطرابات في علاقات الموضوع الباكرة، فإن هذه الحوادث تقودنا بشكل مباشر إلى السؤال الأساسي الثالث، والمتعلق بعلاقات الموضوع عند المرضى النفسي جسديين.

ويشير وينيكوت Buxton Winnicott حول موضوع التحويل إلى الكيفية التي تقود فيها الإعاقات في تمييز الموضوع عن الذات (صعوبات التفريق بين الذات والموضوع) إلى تقييدات في إدراك الواقع المعرفي تجاه العالم الخارجي والجسد الخاص، كما وتشير كذلك إلى الكيفية التي تقود فيها الاضطرابات في عمليات تمثيل وبناء الرمز إلى ظواهر التفكير الإجرائي أو التكتم المذكور سابقاً، من ناحية أخرى فإن التباعد الضعيف بين الذات والموضوع وعدم الكفاءة في إشباع الحاجة والإحساس بشعور غريب تؤدي كذلك إلى خصوصية محددة لعلاقات الموضوع. وهذا يمكن أن يؤدي إلى الاعتماد المتطرف على وجود الموضوع (Real presence) وإلى نقص في النمو وإلى عدم الكفاءة. وقد حدد ستيفانسون وفاين ومارتي وآخرون عند

مرضاها النفس جسديين من خلال هذه العلاقة الآلية بالموضوع العلاقة المفرغة بالموضوع التي تقوم على علاقة موضوع ذي تعامل شكلي منخفض.

وهناك شكل آخر من علاقة الموضوع مهم من أجل فهم الاضطرابات النفسية الجسدية تم تحديده بصورة خاصة من خلال الحوادث التكافلية المتأخرة حول الانفصال (أو التشخص^٣) (٥). ففي هذا الشكل من علاقة الموضوع فإن التمييز بين الذات والموضوع يتم بدرجة كبيرة، إلا أن الانفصال النهائي لا يتم هنا. وفي الاضطرابات الناجمة عن دورة النمو هذه لا ينتج تقييد كبير لفاعلية الأنا وإنما يستمر التعلق هنا على مستويات الهو والأنا الأعلى.

وقد قدم ريشتر Richter مثالا واضحا حول مرض نفسي جسدي يقوم في حقيقته على أساس من مثل تلك العلاقات التعايشية بالموضوع وذلك من خلال وصفه لعصاب القلب.

وتبدو علاقة الموضوع التعايشية والآلية شائعة لدى المرضى النفس جسديين بشكل خاص، ولكن ليس المقصود من ذلك- ويجب الا يقال- أن هذه الأشكال من علاقات الموضوع لا تلاحظ الا عند المصابين باضطراب نفسي جسدي فقط، وليس المقصود كذلك انه لا يمكن أن توجد عند هؤلاء المرضى علاقات موضوع تناسلية أو ما قبل تناسلية، وعلينا أن نتصور انه على الرغم من إمكانية وجود علاقات موضوع نموذجية نوعاً ما أو وجود أعراض محددة للانا فيما يتعلق بأعراض محددة، إلا أن هذه لا تحدد الأسباب الوحيدة ولا بأي شكل من الأشكال على الإطلاق، وإنما تدلنا إلى أن الامراض النفسية الجسدية المتشابهة يمكن أن تنشأ بطرق مرضية مختلفة جداً (انظر الجداول من ١-٤).

وفي كل الاحوال فإن أنواعاً مختلفة من تطور الأنا وعلاقة الموضوع ونظام محدد لتشكيل العرض يتكامل بعضها من البعض خلال الطريق المؤدي لمرض معين، ويمكن توضيح ذلك من خلال مثال فقدان الموضوع الجدول (٢-٤).

يمكن لفقدان الموضوع أن يؤدي إلى مرض نفسي جسدي بطرق متنوعة، وذلك حسب نوع ووظيفة العلاقة القائمة بالموضوع، ففي حالة ذات نموذج عصابي من نوع فمي أو شرجي، وأنا سليمة نسبياً، يمكن أن تقود خسارة الموضوع إلى افقار قصير الامد للانا وإلى اخفاق أو فشل الدفاع العصابي وإلى إعادة ظهور

^٣ التشخص: العملية التي بصور من خلالها الشخص شخصيته الذاتية.

عرض جسدي Re-somatization عابر وذو خصوصية صراعية في محيط المعدة، ولكن نفس العرض في محيط المعدة يمكن أن يظهر كذلك في حالة وجود تعلق اتكالي Anaclitic أو علاقة آلية بالموضوع، وتطور مضطرب للانا.

فمن خلال فقدان الواقعي أو الهوامي للموضوع تظهر بادئ ذي بدء لا معاوضة نفسية عامة وحادة مع الاحساس باليأس وفقدان الأمل، وهذه المتلازمة تقود بعد ذلك كما يرى انجل إلى ظهور واسع للعرض الجسدي، حيث يتحدد مكان المرض من خلال الاستعدادات النفسية الجسدية المسبقة ومن خلال تثبيطات الفرد...الخ.

لقد انصب الاهتمام لفترة طويلة على العمليات الفردية الداخلية لدى المرضى النفس جسديين، إضافة إلى بحث علاقات الموضوع استناداً إلى تمثيلات الموضوع النفسية عند المريض، إلا أنه في الفترة الأخيرة قد طرح التساؤل حول ما هي الأشخاص في محيط المريض وحول نوعية التوقعات والطموحات التي حملوها للمرضى، وهذا التساؤل يحدد جوهر السؤال المهم الخامس والذي يبحث إلى أي مدى يتأثر أو يتسبب مرضى نفسي جسدي لمريض ما من خلال الأشخاص المقربين إليه وإلى أي مدى تتحدد في العلاقات الأسرية والعلاقات الثنائية نتيجة عمليات الدفاع البين شخصية.

لقد تم إنشاء نقطة الوصل بين المذهب القائم على الأسرة من قبل شتيرلين، الذي ينطلق من مخطط تمييز الذات والموضوع لجاكسون، إلا أنه هنا لا يتساءل عن التمثيلات النفسية الداخلية للموضوع من قبل المريض فحسب، وإنما يتساءل كذلك عن درجة التمايز والتكامل الداخليين للإطار الاستنادي المرجعي للمريض (الأشخاص المقربين)، وعن عمليات التفاعل النفسي والاجتماعي فيما بينهم، ومن خلال مفهومي الجذب والنبذ يصف شتيرلين نموذجين أساسيين في المعاملة، يمكن أن يقودا إلى اضطرابات في عملية التشخيص، ففي حالة النبذ يتم حجب ضمانة حياتية مهمة ومثيرات في مراحل نمو محددة، ومن خلال ذلك يمكن أن تنشأ تثبيطات جسدية نفسية محددة أو يمكن كذلك أن ينشأ عن ذلك استغناء باكر جداً في شبه استقلال ذاتي متأزم، أما في حالة من التطور البين شخصي يمكن تسميته اندماج وتشابك الوظيفة، والمقصود هنا أنه عند الفصل والتحديد الناقص وغير الكامل بين الطفل والأسرة في حالة الاندماج الذاتي فإن الوظائف النفسية لا يمكن أن تمارس بصورة فردية كافية ومستقلة من قبل عضو الأسرة الفرد. وتحت تأثير نموذج الارتباط تحصل تعويضات متبادلة على مستويين الأنا – الهو – الأنا الأعلى.

وبالنسبة للارتباطات النفسية الجسدية فإن المهم هنا هو هنا هو أنه في حالة التقييد المؤثر للوظيفة بين الأسرة والطفل يمكن للعواطف الأسرية المتفككة مثلاً أن تحقق عن طريق نفسي فبزلوجي وظائف إعاشية في حالة الربو الشعبي مثلاً، ومن جهة أخرى فإن امتداد التشابك المعرفي إلى المجال الجسدي يمكن أن يحدث من خلال أن الأم على سبيل المثال تقوم بالتأثير بصورة حاسمة على إدراك وتوجيه وضبط الوظائف الجسدية للطفل (قارن الإرباك عند لا ينج)، وبهذا تعوض الأم أنا الجسد عند طفلها جسدها ذاته (في حال فقدان الشهية للطعام على سبيل المثال).

كما يمكن لعلاقة الاندماج والتحديد أن تمتد إلى أبعد من علاقة الأم والطفل المزدوجة لتشمل بنية الأسرة ككل، وقد وصف بوفين الأسرة من هذا النوع على أنها أسرة غير متميزة-أنا الجمهور-في حين يتحدث كل من مينوخين وباحتين آخرين عن تشابك الارتباط الوثيق جداً بين الأفراد والذي يسبب هنا حدوداً متدنية في التنظيم بين الأجيال، والأسرة-الأم والأسرة-الجد، وهنا تظل أدوار الأزواج والأسرة ناقصة أو عاجزة، والتمايز بين الأخوة حسب العمر والجنس والنضج غير كاف. ويؤكد كل من تيشنر وياكسون وآخرون على التقييدية والحصرية واللافاعلية كخصوصية بنيوية في الأسرة ذات الأطفال بمرض جسدي نفسي. إن الأعطال البنيوية للنا المذكورة سابقاً وعلاقة الموضوع التعايشية والأولية على المستويات الفردية وعلى ما يبدو على مستويات الأنا الجماعية أيضاً تماثل بنية تنظيمه تبدو غير متميزة وتقدم الإطار للتنشئة الاجتماعية المسببة للمرض للأجيال الشابة (الجدول من ١ إلى ٤)

وفي حين أن التصورات المعروضة حتى الآن تتجه اتجاهها علم نفس نمائياً واتجاهها نظرياً تقليدياً ومنهجياً، وتصف العلاقة بين أعضاء الأسرة من وجهات نظر بنيوية ، فإن العلاقة بين أعضاء الأسرة وارتباطات المرض النفسي الجسدي تعالج من قبل شتيرلين وريشير وفيلي على الغالب تلك الارتباطات من خلال اتجاهات دينامية صراعية، وتسأل عن آليات الدفاع النفسية الاجتماعية. ففي نظرية الأدوار التحليلية النفسية لريشتر، ثم بحث كيفية تأثير الصراعات الأسرية من خلال أوهاام التوقع اللاشعورية مروراً بالإسقاطات النرجسية وحوادث الانتحار على دور وظيفة الطفل. وهذا يعني أنه تم بحث كيف يتم التعويض بمساعدة عمليات الدفاع البين شخصية (الجدول من ١ إلى ٤)

ويقدم نموذج شتيرلين Sterlin حول التفويض Delegation تطبيقاً مشابهاً واسعاً. ويتعلق الأمر هنا بالمهمة التي ينبغي على الطفل إنجازها لأهله، وبالصراعات الناشئة عن هذا وبانحرافات مجري أو عملية

التفويض. ويتضمن هذا التصور والمتقدم عناصر من مستويات الشخص المذكورة سابقا ونموذج الجذب والنبد.

وقد قدمت كل من تصورات التفكك Dissociation التي قدمها فيني، وتصورات الأسرة ذات الطبع والنموذج العصابي لريشتر وتصورات التواطؤ بالنسبة للعلاقة المزدوجة الذي طرحه فيلي تطورا لاحقا للمذهب الدينامي للأسرة كنظام كامل، وهذا يعني كمجموعة ذات لا شعور ودفاع مشتركين.

واخيرا لا بد من التساؤل حول العلاقات بين المجتمع والأمراض النفسية الجسدية، ذلك أن عمليات التفاعل المنظمة اجتماعيا وعمليات الدفاع النفسية الاجتماعية تتجاوز العلاقة المزدوجة وعلاقة الأسرة إلى المجموعات والمؤسسات في كل نظام اجتماعي. وأنا أقصد أبعد من مجرد تسمية العنوان، "المرض حل ظاهري"، علينا أن نسأل لماذا يتوافق الصراع الذي يأخذ الشكل الجسدي في مجتمعنا والحل الظاهري.

لقد كان ميتشيليريش من الأوائل الذين اشاروا إلى التلاؤم الزائد عند المرضى النفس جسديين وعدم الفاعلية الاجتماعية النفسية وأعراض المرض الجسدية الملاحظة وغالبا ما تتطابق نوعا مع مفهوم المرض السائد في مجتمعنا بالدرجة الأولى. وعليه فإن الأمراض النفسية الجسدية تتطور استنادا إلى ذلك واستنادا إلى ما يسمح به الوعي الاجتماعي للمرض وما لا يسمح به. وبناء على ذلك فقد وصف ل. بريكله الأمراض النفسية الجسدية على أنها قدرة الفرد على التلاؤم (القدرة التلاؤمية للفرد) وعلى أنها استراتيجية سلوكية ذات نوعية اجتماعية. وقد كشف عدم فاعلية المريض على أنها شبه طبيعة Pseudo-normality وتنشأ بنفس المجرى الدفاعي العصابي وتتكامل مع العرض الجسدي بطريقة مثالية.

أن تحول عرض الاكتئاب إلى اكتئاب متخف Masked depression في شكل جسدي وتحول صورة المرض النفسي العصابي إلى عصاب إعاشي مستتر تؤيد هذه الافتراضات. وي طرح علماء آخرون السؤال فيما إذا فيما إذا كانت الأمراض النفسية الجسدية تعبر عن معاناة لضرر أقرب إلى الكامن، تنشأ من خلال متطلبات معينة للأنظمة التقنية الصناعية للمجتمع. وترى دنبار Dunbar على سبيل المثال في الأمراض النفسية الجسدية استجابة ذاتية بيولوجية على القمع الاجتماعي واحتجاجا على التصنيع التدريجي للفرد، في حين أن هوليدي يعطي أهمية مرضية كبيرة لعمليات التفكك أو التحطيم الاجتماعي. ويؤكد تسبف على الأعراض والمظاهر النفسية الناقصة عند المرضى النفس جسديين، كالقدرة الناقصة على بناء الرمز ويعزوها استنادا إلى لورينسر إلى أشكال مفترقة للتفاعل الداخلي بين الطفل والأم. ويصف كيف أن الأفراد الذين يملكون

علاقة معينة بين الأم والطفل يقيمون عملية جمعية " ذات منشأ نفسي جسدي " ويكتسبون صفات مثالية جدا لاستغلالها من خلال المجتمع، ذلك أن هؤلاء المرضى يكونون معوقين لدرجة كبيرة في إمكانية التمايز الحرج بين ذاتهم والمجتمع فالسؤال هنا يتعلق إذاً بالمرضى النفس جسديين المفقدين نفسيا ولا يتعلق بما إذا كان المريض النفسي الجسدي المفقود نفسيا فحسب وإنما كذلك فيما إذا كانت قد نشأ من خلال عمليات اجتماعية محددة، واثمرت تلك مع الزمن.

في حين أن تسييف يستند بصورة خاصة على ما يبدو على كل المرضى النفس جسديين الذين يملكون أنا معطلة وعلاقة مشوهة بالموضوع. أما بريدي فيحاول من خلال وجهة نظرة تفسير الأمراض النفسية الجسدية وفق اليات عصابية، ويرى في الأمراض النفسية الجسدية قدرة على التلاؤم أقرب للتوليدية، أو قدرة تلاؤم واهية جدا من قبل الفرد مع المعايير الاجتماعية، إلا أنها تقيد مجالها من خلال النكوص وقسر التكرار. النتائج المختلفة لهؤلاء العلماء حول الارتباطات بين الأمراض النفسية الجسدية والمجتمع تحدد نوعا ما النقاط النهائية لقاعدتين مختلفتين في فهم العمليات النفسية كما اتضح، -وهذا ما ارجوه- من خلال بحثي.

ويمكن اجمالا وبصورة مبسطة القول إن الأمراض النفسية الجسدية باعتبارها استراتيجية سلوك ذات نوعية تتعلق بالتنشئة الاجتماعية يمكن أن تنشأ من خلال عملية نفسية تفريقيه لبناء العرض (تحويل، لغة العضو) وقدرة توليدية للانا، وأنها تشترط نمودجا أنضج من علاقة الموضوع وتحديدوا واضحا للعلاقة الأسرية، في حين تعكس الأمراض النفسية الجسدية الناشئة من خلال لا معاوضة جسدية نفسية، في حالة الاندماج البين شخصي وعلاقة آلية بالموضوع والتفكير الإجرائي، تعكس ضررا في عملية التنشئة الاجتماعية.

الجدول (١):

نتائج تشخيصية مختارة وترابطات مرضية عند مرضى الربو الشعبي*

مثال (التكرار)	سياق- الصراع - العرض	بنية الأنا	علاقة الموضوع	تغيرات بين شخصية
١ (+ +)	(التحويل) كحاكاة أو تقليد شبه قوي لمظهر قديم مثلاً. (العرض) باعتباره إنتاج محفوظ ومبدع فردياً.	نضح، تضيق عصابي من خلال بنية ذات طبع هيسثيري - شرجي.	نموذج علاقة ثلاثية أديبية (توافق هيسثيري)	أسرة ذات أعراضا عصابية نقل الأدوار: الطفل كتعويض عن الشريك مثلاً.
٢ (+ + + +)	أسلوب العضو Organ modus (تفريد الذات من خلال قدرة العضو الجسدية النفسية، النكوص إلى أسلوب سلوك نفسي-فيزيولوجي.	نموذج عصابي قهري اكتئابي، نكوص الأنا وظهور أعراض ذات نوعية صراعية انفعالية.	علاقة موضوع تعاشيه مع تناقض حاد وإشكالية أقدام أحجام.	أسرة ذات أعراضا عصابية تشابك انفعالي واستغلال في علاقة الأم بالطفل.
٣ (+ + + +)	تلازم فيزيولوجي، انفعالات وحيدة أو متعددة (غضب، حزن، خوف) استعداد وظائف الرنة لهذا من خلال تثبيت جسدي نفسي (عوامل وبائية "عدوى"، تحسسية، نفسية).	بنية مضطربة للأنا (انقسامات جزئية للأنا، التكتم، نقص في المعاوضة السريعة للأنا، وظهور أعراض غير نوعية نتيجة لإجهادات مختلفة)	اعتماد متطرف على الموضوع، اتحاد ثنائي علاقة آلية بالموضوع.	انفتاح بين شخصي غير كاف، بين الموضوع والذات مع تشابكات معرفية للوظائف.

* لقد تم هنا عرض امثلة منتقاة بصورة نموذجية وفق أسس تعليمية، فغالبا ما تتوضح على سبيل المثال ارتباطات من أجزاء التحويل في حالة بناء العرض، ويمكن في حالة البنى ذات النموذج العصابي أن تظهر انقسامات قطاعية للأنا وتتداخل في علاقات ذات أنواع متعددة للموضوع مع بعضها في المجرىات البين شخصية، وبهذا لا تنتج بصورة عامة تنظيمات أو حدود قاسية بين نوعية عرض محدد وبنية الأنا وعلاقة الموضوع والعمليات الداخلية، كما عرضناها من خلال الارتباطات العرضية في الجدول السابق.

الجدول (٢) نتائج تشخيصية نفسية مختارة وارتباطات مرضية عند مرضى القرحة*				
مثال (التكرار)	سياق- الصراع - العرض	بنية الأنا	علاقة الموضوع	تغيرات بين شخصية
١ (+ + +)	أسلوب الحاجة للإمداد والرغبة في إمداد العضو (مُطعم ومحبوب) عمليات نفسية جسدية وجسدية نفسية دائرية منذ الطفولة الباكورة	عصاب ذو نموذج فمي وخامل أو معاوضة زائدة عن الحد، ظهور عرض ذي نوعية صراعية كدفاع ذي مرحلتين	نموذج علاقة فمية، فقدان الموضوع المغذي يقود إلى افقار الأنا.	تواطؤ ثنائي فمي، اسقاط عائلي للرغبات ذات الدافع الفموي ودفاعها عند الطفل.
٢ (+ +)	بناء عرض وسواسي، مثلاً تمثل الموضوع الشرير (شرجي البنية) وتدميراته الرمزية (عسر الهضم) مع تدمير الذات في الوقت نفسه من خلال الموضوع المهاجم (التغذية الضارة، سلوك طعام غير صحي)	عصاب ذو نموذج يتراوح بين الفمي- السادي حتى النرجسي الفرط توتري.	علاقة نرجسية بالموضوع مع انسحاب الامتلاك الليبيدو من الموضوع إلى (الجسد) الذات.	استبدال الانفصال (طبيب، شرير) اسقاط نرجسي، اهتمام سلبي بالذات.
٣ (+ + + +)	ترابط وتكافؤ من الترابطات الفمية الأكثر نوعية، انفعالات مختلفة (قلق، حزن، غضب) حسب خبرات التعلم الفردية والاستعدادات الجسدية النفسية.	بنية مرضية، اجتماعية المنشأ للأنا أو انقسام جزئي للأنا، تفكير اجرائي، تمثل نفسي ضعيف نسبياً استجابات نمائية اعتيادية.	علاقة فمية وآلية بالموضوع، مزاج فقدان الامل (اليأس) عند فقدان الموضوع مع بناء عرض لاحق معمم غير نوعي.	تشابك عائلي (تداخل) تقييدات انفعالية ومعرفة للوظائف.

الجدول (٣) نتائج تشخيصية نفسية مختارة وارتباطات مرضية في عصاب القلب				
مثال (التكرار)	سياق- الصراع - العرض	بنية الأنا	علاقة الموضوع	تغيرات بين شخصية
١ (*) (+ +)	تحويل (خفقان القلب، ضيق التنفس، تشنجات، نوبات ليلية) كترميز للفعل الجنسي.	ناضجة، عصاب ذو نموذج هستيري	علاقة أوديبية ثلاثية	تواطؤ زوجي (ثنائي) هستيري
٢ (***) (+ + + + +)	بناء عرض وسواسي، اجتياف الألام واسقاط أنماط سلوك الأم علة القلب (الام المؤنية المهددة بالتخلي)	بنية ذات نموذج عصابي قلقي رهابي أو مضاد للرهاب	علاقة ثنائية تعايشية متناقضة	أسرة ذات بنية عصابية قلقية معاملة زائفة بالمثل، اسقاط الذات الضعيفة .
٣ (***) (+ +)	شذرات من التهيو لسلوك المجابهة والهروب، ارتباطات فيزيولوجية فردية من انفعالات الخوف والحنق.	عجز بنيوي في الأنا De-somatization	علاقة تكاملية وآلية بالموضوع.	اندماج بين شخصي تقييد انفعالي للوظيفة.

(*) غالباً ما يطابق هذا ما يسمى عيادياً بفرط عمل القلب.

(**) ينعكس ذلك في التسمية العيادية وسواس القلب.

(***) عيادياً يطابق هذا ارتكاس الحصر المزمن وفرط ضخ الدم من القلب.

الجدول (٣)

نتائج تشخيصية نفسية مختارة وارتباطات عند مرضى التهاب القولون

مثال (التكرار)	سياق- الصراع - العرض	بنية الأنا	علاقة الموضوع	تغيرات شخصية بين
١ (*) (+)	أجزاء تحويلية نتيجة تعويض رمزية (أنا اعطي الكثير على سبيل المثال)	عصاب ذو نموذج أو طبع طفولي هستيري ومزيف	علاقة موضوع شرجية هستيرية شكلية	نقل القدرة الطفلية الكلية وتوقعات قضيبه نرجسية
٢ (**) (++)	أسلوب العضو (أ- في فقدان شيء ممتلك وفقدان الضبط) لا أستطيع أن استمر أكثر من ذلك (ب-نبذ الموضوع المحطم).	عصاب ذو طابع شرجي (سادي) إعادة بناء للعرض ذات نوعية صراعية كأسلوب دفاع على مرحلتين.	علاقة موضوع سادية مازوخية فقدان الموضوع يفقد لإفكار الأنا.	أ-عصاب ذو نموذج أسري شرجي، حصري صرامة. ب-عصاب ذو نموذج أسري ذهاني (اسقاط الشر على الخارج)
٣ (***) (+++ +) (+)	ارتباطات من انفعالات الخوف والإغماء استعداد جسدي للمعدة من خلال العدوى وتغيرات مناعية.	اعطال بنيوية في الأنا تتراوح بين الجزئية إلى الشديدة تكتم واضح.	اعتماد اساسي على الموضوع خسارة الموضوع تؤدي إلى حالة الاستسلام للانا، استسلام مع عواقب تشكل العرض.	أنا الجمهور الاسرية (أنا متمايضة) تقييدات انفعالية ومعرفية للوظائف.

*ينطبق على التهاب القولون التشنجي بصورة أقرب.

١. المقصود هنا أن الارتكاس الجسدي يتحدد جوهرياً من خلال وجود استعداد فردي جسدي.
٢. الارتكاس الخاص بالمثلث: رد الفعل الجسدي يتعلق بنوعية المثبر (صراع الدوافع).
٣. الارتكاس الخاص بالدافع: الارتكاس الجسدي يتعلق بنوعية المثبر (صراع الدوافع)، تشكل نفسي جديد وأصيل ومتعلق بالدوافع الشخصية، مثال: تشكلات العرض العصابي التحويلي والفرط توتري.