

التدبير العلاجي للاضطرابات الجسدية الشكل

Management of Somatoform Disorders

كاثي كوفمان

سؤال استشاري نمطي

"من فضلك قم بفحص هذا المريض، البالغ من العمر اثنين وثلاثين عاماً، ويعمل محققاً في أسباب الوفيات، والذي يعاني من عدة شكاوى جسدية مجهولة الاسباب؛ ومنها آلام في الصدر، وضيق النفس، وآلام في الظهر، وصعوبة في التبول دون قثطرة، كما أنه يحتاج إلى نظام غذائي معوي من أجل التبرز، وكذلك يشكو من آلام في مفاصل ساقيه".

الخلفية

قُدِّرت نسبة المصابين بالأعراض التي ليس لها تفسير طبي (medically unexplained symptoms (MUS)) بنحو ١٠٪ (1). وتقول التقديرات بأن ٢٧٪ من المرضى المراجعين بالعيادات الخارجية يعانون من أحوال مرضية غير مبررة (2). وهذه الحالات كثيراً ما تمرُّ على التخصصات الطبية المختلفة، ومن ضمنها التعب المزمن، والفيبروميالجيا، والحساسية المتعددة للمواد الكيميائية، وآلام الصدر غير القلبية، والنوبات اللاصرعية (NESs) non-epileptiform seizures (3, 4).

وتشمل المقترحات الحديثة المعمولة لتغيير تصنيف الاضطرابات الجسدية الشكل ما يلي:

١- ترحيل (توهم المرض، ورهاب المرض، والجسدنة المستمرة، وأعراض التحويل (conversion)، وإنكار المرض، وضعف المعنويات، وسرعة التهيج) إلى العوامل المؤثرة على المرض الطبي ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية، المراجعة الخامسة (DSM -V) (5).

- ٢- وضع توهم المرض (أُعيدت تسميته باضطراب قلق الصحة)، واضطراب تشوه الجسم مع اضطرابات القلق.
- ٣- اعتبار اضطراب الجسدنة مزيجاً من اضطراب الشخصية في المحور الثاني II، واضطراب القلق والاضطرابات المزاجية في المحور الأول ١. أما اضطراب الألم، والأعراض والاضطرابات الجسدية الأخرى، فإنها تُوضع تحت المحور الثالث III(6).
- ٤- إعادة تصنيف توهم المرض تحت اضطرابات القلق ضمن مظلة طيف اضطرابات الوسواس القهري (7).
- ٥- إعادة تصنيف اضطراب التحويل، باعتباره اضطراباً تفارقياً (dissociative disorder) في DSM-V، كما هو مذكور في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة، المراجعة العاشرة (10- ICD). ولدعم إعادة التصنيف، استشهدت إحدى المجموعات البحثية بالتلازم القوي بين أعراض التحويل والأعراض التفارقية والخصائص المشتركة بينهما، مثل دور الصدمة والديناميكيات النفسية الدفينة (9، 8).

اضطراب الجسدنة

الخلفية

هناك بعض الرجحان العائلي الذي تم اكتشافه بشأن اضطراب الجسدنة، والذي بلغ من ١٠٪ إلى ٢٠٪ عند الأقارب الإناث من الدرجة الأولى (10). وقد سُجّل وجود زيادة في نسب إدمان الكحول واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع، وكذلك الاكتئاب عند أقارب الدرجة الأولى من الذكور (11). وتشمل الأمراض النفسية المصاحبة: ٧٥٪ لديهم تشخيصات في المحور الأول، مثل اضطراب عسر الوجدان (dysthymia)، والاكتئاب الجسيم (major depression)، واضطراب نوبات الذعر، والرهاب البسيط، وإساءة استعمال المواد (12، 13). كما أن نسبة وجود تعرّض سابق للانتهاك الجنسي، تعدُّ أكبر لدى النساء اللائي يعانين من اضطراب الجسدنة منها لدى من يعانين من اضطرابات المزاج الأولية (14). أما مآلات المرض فغير معروفة، ولكن يُعتقد أن الهدأة الكاملة للمرض نادرة الحدوث.

الإجراءات التشخيصية

كما تم تعريفه بالدليل (DSM-IV) بمراجعته الرابعة، فإن تشخيص اضطراب الجسدنة يشترط أن تبدأ عدد من الأعراض الجسمانية متعددة الأجهزة، والتي لا يمكن تفسيرها، في الظهور، قبل سن الثلاثين؛ وأن تدوم

لسنوات عديدة؛ وتشمل عرضين من الأعراض المعديّة المعوية، وأربعة أعراض للألم، وعرض عصبي زائف، وعرض جنسي واحد. ويبلغ معدل الانتشار الحياتي لهذا الاضطراب ٠.٢٪ إلى ٢٪ في النساء، وأقل من ٠.٢٪ في الرجال (15).

ويشمل التشخيص التفريقي، اضطرابات القلق، الاضطراب المفتعل (factitious disorder)، والتمارض، والاضطرابات المزاجية، والاضطرابات الطبية متعددة الأجهزة، والفصام المصحوب بضلالات جسدية، والاضطرابات الجسدية الشكل الأخرى (16). ويُستخدم تشخيص الاضطراب الجسدي الشكل غير المتمايز (undifferentiated somatoform disorder)، عندما لا توفي مجموعة الأعراض معيار تشخيص اضطراب الجسدية، أو أي اضطراب آخر جسدي الشكل. وغالبية المرضى بالاضطراب الجسدي الشكل يُشخصون إما بالاضطراب الجسدي الشكل غير المصنف بمكان آخر، أو الاضطراب الجسدي الشكل غير المتمايز.

صنع القرار الإكلينيكي والعلاج

يُقلل العلاج المعرفي السلوكي (CBT) العجز، والأعراض الجسدية، والكدر النفسي لكل من الاضطرابات الجسدية الشكل، والأعراض الجسدية غير المفهومة طبيًا (17). وقد اتضح علميًا أن توجيه رسالة مشورة إلى طبيب الرعاية الأولية أمر حيوي. فتلخص هذه الرسالة ماهية هذا الاضطراب، ويُقترح فيها الزيارات المكتيبة المتكررة للمريض في العيادة الخارجية، مع التحفُّظ في الإجراءات التشخيصية، إلا إذا حتمتها نتائج الفحص الجسدي، والحرص على تقليص استعمال الأدوية، وتوجيه الاهتمام إلى التعامل مع العوامل الدفينة المؤثرة على الأعراض (18). ورغم أن الدولوكسيتين يتم تسويقه في إصدارات الشركة المصنعة له، باعتباره علاجًا للأعراض الجسدية العامة (19)، بل تم تسويقه كذلك بوصفه مضادًا للاكتئاب الذي يصاحبه أعراض جسدية مؤلمة، ولكن أظهر تحليل ميتا (المراجعات المنهجية الشاملة) (meta analysis) تأثيرًا مسكنًا خفيفًا غير مهم إحصائيًا لهذا الدواء (20).

اضطراب التحويل

خلفية

في البداية كان يتم علاج الأعراض الهستيرية بصفتها ظاهرة دينية (21)، وقد لاحظ سيدينهام (Sydenham) أن الأعراض تأتي بعد عاطفة قوية (22). وبحلول القرن التاسع عشر كان يُعتقد أن الأعراض الهستيرية، تعود في سببها وعلاجها إلى عوامل نفسية اجتماعية. وقد اختلف تلاميذ تشاركوت (Charcot) على الآليات الضالعة فيه. فرجحت جانيت (Janet) آلية التفارقية، في حين افترض فرويد (Freud) أن "التحويل" ينشأ من صراعات أو خيالات

مكبوتة ، يتم التعبير عنها من خلال أعراض جسدية وسلوكية بمعانٍ لا واعية (23). ورغم أن البعض قد يعتقد أن اضطراب التحويل قد انحسر وأصبح جزءاً من الماضي ، إلا أن استطلاعاً حديثاً لـ ٢٢ طبيب أعصاب ، كشف أن اضطراب التحويل تم تشخيصه لدى ٢٠٪ من مرضى هؤلاء الأطباء (24).

إن معدل انتشار اضطراب التحويل يبلغ ٠,٣٪ لدى عامة الناس ، مع انتشاره أكثر بين النساء. وقد يبدأ معهم من سن ٣ إلى ٩٨ عاماً. ولقد قُدِّرت نسبة هذا المرض بين الاستشارات العصبية للمرضى المنومين بالولايات المتحدة من ٥٪ إلى ١٦٪. وتأكيداً على فكرة تشاركوت ، بأنَّ في يوم ما ستكتشف التكنولوجيا تلك الآفة (lesion) التي تقف خلف اضطراب التحويل ، فقد استخدم كانان (Kanan) (25) التصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي مع التذكر التلقيني (cued recall) للحدث المكبوت ، ووجد تنشيطاً لمناطق بالمخ ذات علاقة بالعاطفة ، إضافة إلى تناقص النشاط الحركي في المنطقة التي توافق الطرف المشلول.

الإجراءات التشخيصية

من المهم توخّي الحذر عند اللجوء لهذا التشخيص ؛ لأن الكثير من الاضطرابات العضوية ، قد تظهر بشكل مشابه لاضطرابات "التحويل". وقد ذُكر أن ١٣٪ إلى ٣٥٪ من مرضى اضطراب "التحويل" ، يُكتشف لاحقاً أنهم يعانون من تشخيصات طبية (26، 27).

وتحدث أعراض هذا الاضطراب في أوقات الإجهاد والتوتر ، وهي أعراض حسية - حركية ، وتقدّم مكسباً ثانوياً للمريض ، حيث يُقلد فيها المريض شخصاً مهماً في حياته ، كما أن لها معنى رمزياً. وبالنسبة للنوبات اللاصرعية (NESs) ، فقد تُعبّر طبيعة الحركات - سواء كانت عدائية أم جنسية - عن الغضب أو الصراع الجنسي. وكثير من مرضى (NES) يعانون كذلك من النوبات الصرعية. أما مآل المرض فسيكون أفضل في حالة بدء أعراض المرض بشكل حاد ، وعلى خلفية ضغوط شديدة ، وعند قصر مدة الأعراض ؛ سواء أوجد لدى هؤلاء المرضى أمراضاً طبية أو نفسية سابقة ، أم لم يوجد (28). ويُعتقد بأن بعض الأعراض ، مثل فقدان الذاكرة ، والنوبات اللاصرعية (NES) ، والرعاش (29) ، تحمل مآلاً بئساً.

وتشمل الأعراض الحركية: فقدان الصوت ، واضطراب المشي ، واللقمة الهستيرية (globus hystericus) ، والنوبات اللاصرعية (NES) ، والشلل ، والرعاش ، والاحتباس البولي. أما الأعراض الحسية فقد تشمل التخدير ، والعمى ، والصمم ، والتميل.

اتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج

عشر رودى وهاوس "Ruddy" & "House" فقط على ثلاث دراسات عشوائية ذات شواهد (Randomized controlled trials) (RCT)، تقارن التدخلات النفسية الاجتماعية بالرعاية المعيارية، وجميعها ذات جودة منهجية ضعيفة (30). وعموماً إذا كانت الأعراض حسية - حركية، فإن العلاج الطبيعي قد يُقدّم محيطاً مناسباً لحفظ ماء الوجه، ويسمح للمريض أن يتخلّى عن الأعراض بالتدريج. وأحياناً يتذكّر المريض الصراع الغاضب الذي أدّى إلى شلل أحد الأطراف، عندما كانت الرغبة حينها هي ضرب شخص ما. وفي حالة النوبات اللاصرعية (NESS)، فإذا كانت الحركات عدائية أو جنسية في طبيعتها، فإن المريض أو شريك حياته يمكن أن يكون على دراية بالصراع الدفين، والذي قد يكون بعد ذلك قابلاً للعلاج الزواجي.

وقد تُوفّر ردود الفعل المتكررة سنوياً تفسيراً للديناميكية الدفينة لبعض أعراض التحويل. وفي كثير من المرات، شاهد المؤلف بعض المرضى يستخدمون التماهي (identification) باعتباره وسيلة دفاعية، ويُصرّحون بأنهم يحملون أعراض الفقد عادة خلال آخر أسبوعين قبل ذكرى وفاته السنوية. وعلى سبيل المثال، فقد حضر مريضان بحركات تحبّطية شديدة في الذكرى السنوية لمشاهدتهم حالات غرق. وهؤلاء المرضى لا يدرون بالعلاقة بين أعراضهم والشكل (bereavement)، وقد لا يتذكّرون الذكرى السنوية إلا إذا سُئلوا. ومن المعالجات الفعالة علاج حزن الفقد (grief therapy)، وذلك باستكشاف المشاعر نحو المتوفى، بما فيها أي شعور بالذنب أو الغضب تجاه المتوفى، مازال باقياً. وهذا العلاج قد يخفّف الأعراض خلال أيام أو أسابيع. وفي أيام فرويد، كانت الجنسانية المحظور الأكبر، لكن في أيامنا هذه، فإن الموت هو المحظور الأكبر في مجتمعنا. ومع ذلك، فلقد عاين المؤلف حالة اللقمة الهستيرية لمريض كان يشعر بالاختناق بمناسبة حالة طلاق وشيك، ومريضة أخرى قد أُجبرت على القيام بلعق القضيب (fellatio). وكلا الحالتين استجابتا للعلاج التدعيمي عندما تمّ اكتشاف الديناميكا الدفينة بواسطة التساؤلات عن الأحداث الحياتية المحيطة ببدء أعراض التحويل.

الوهم المرضي (المراق)

الخلفية

الوهم المرضي، هو التفسير الخاطئ لأعراض حميدة، وينتج عنه استغراق المريض في التفكير بأنه يعاني من مرض خطير، والذي قلما يستجيب للتقييم الطبي الملائم والطمأنة، وهذه الأوهام تعرقل وظائف المريض الأسرية والعملية والاجتماعية. وتبلغ نسبة انتشاره في مراكز الرعاية الأولية في أمريكا ١٤٪ (31-33)، ونسبة النساء إلى الرجال متساوية. وغالباً ما تبدأ الأعراض في مرحلة البلوغ المبكرة (early adulthood)، لكن يمكن رؤيته في أي

عمر(7). إن أحداث الحياة الضاغطة ، مثل وفاة صديق حميم أو قريب بمرض خطير، أو نقاهة المريض من مرض ما؛ قد ينتج عنه ظهور الأعراض (34). وتشمل الأمراض النفسية المصاحبة: اضطراب الاكتئاب الجسيم، واضطراب عسر الوجدان، واضطراب القلق العام، واضطراب نوبات الذعر (35، 36).

الإجراءات التشخيصية واتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج

تشمل التشخيصات التفريقية لهذا المرض، اضطراب القلق العام، والوسواس القهري (OCD). ويرى العلاج المعرفي السلوكي أن الوهم المرضي ينتج عن القلق المفرط الناتج عن الحساسية المكتسبة بالتعلم تجاه التغيرات البدنية الطبيعية، والذي ينتج عنه سلوك فحص متكرر من خلال زيارات عديدة للطبيب، استجابة لاعتقاد المريض بأن هناك ما يهدد صحته. ويتجاهل مرضى الوهم المرضي المعلومات التي تشير لسلامة أبدانهم، ويميلون لتفحص أجسادهم خصوصاً في أثناء فترة الضغوط؛ مما يجعلهم يجتروا الأفكار المساوية. ويشمل المنهج العلاجي الذي اقترحه كل من أبرامowitz "Abramowitz" وبرادوك "Braddock" الآتي:

١- إجراء التقييم الطبي مع الفحص الجسدي ومراجعة السجلات؛ لاستبعاد أي حالة طبية تتناقض مع تشخيص الوهم المرضي.

٢- إجراء التقييم الوظيفي من أجل استقصاء مثيرات القلق الصحي الخاصة بالمريض، وقائمة بالسلوكات التطمينية التي يستخدمها، ردّاً على هذه المثيرات. اسأل المريض عما يعتقد دليلاً على وجود المرض الخطير، ولماذا يفشل البرهان الطبي في تقليل القلق المتصل بالصحة. ويمكن استخدام مقياس متدرج من صفر إلى ١٠، لترتيب شدة الأعراض، والرغبة في عمل سلوكات تطمينية.

٣- العلاج الدوائي للوهم المرضي باستخدام مضادات الاكتئاب، قد يكون مفيداً حتى في حال عدم وجود اكتئاب، وذلك لتقليل القلق، والمعتقدات المختلة، والخوف من المرض، وسلوك الطمأنة والشكاوى الجسدية. وتشمل الأدوية التي أثبتت كفاءتها بهذا الصدد الكلوميبرامين، والفلوكسيتين، والفلووفوكسامين، والإمبيرامين، والباروكسيتين، والنيفازودون. ولقد استخدم المؤلف "الديسيبرامين" بنجاح في حالات الوهم المرضي، مع التمرينات الرياضية، وأشرطة الاسترخاء، وطرائق سلوكية أخرى؛ وذلك لتشجيع السلوك الصحي، وتجنّب تعزيز الأعراض. وبعض مرضى الوهم المرضي قد يصابون بالذعر من الأعراض الجانبية لمضادات الاكتئاب؛ ولذا فقد يستجيبون بشكل أفضل لمضادات الاكتئاب ذات الأعراض الجانبية القليلة، مثل الإسييتالوبرام. والمغزى في استعمال هذه الأدوية، هو تقليل القلق بشأن الأعراض الجسدية.

٤ - قد يساعد العلاج السلوكي المعرفي على تثقيف المرضى بشأن الدائرة الوييلة (pernicious) التي تسببها الإدراكات السلبية للأحاسيس الجسدية الطبيعية، والتي تؤدي إلى القلق على الصحة، واستخدام أساليب غير تكيفية لتقليل القلق، مثل تكرار زيارة الأطباء، وإجراء الفحوصات الطبية، والتي قد تحمل معها خطر حدوث إصابة علاجية المنشأ. إن التعرف إلى المعتقدات الخاطئة، يساعد المرضى على التوقف عن البحث عن التطمين، وسوف تُزال الحواجز أمام تصحيح المعتقدات (7).

اضطراب تشوه الجسم

الخلفية

يعرف هذا الاضطراب باستغراق الفكر في المظهر، وذلك بسبب وجود عيب جسدي حقيقي أو متخيل. وقد أشار استطلاع عينة عشوائية محلية بالولايات المتحدة إلى وجود ٢.٤٪ مصابين باضطراب تشوه الجسم (٢.٥٪ بين النساء، و ٢.٢٪ بين الرجال) (37). وينتشر هذا الاضطراب في عيادات جراحة التجميل بمعدل ١٠٪، و بمعدل ٢٠٪ في أماكن جراحات تجميل الأنف. ورغم اعتقاد هؤلاء المرضى أن جراحة الأنف، سوف تحدث تغييراً دراماتيكيًا هائلًا في مجرى حياتهم (39)، إلا أن ما تحدثه هذه الجراحة لديهم يتمثل فقط في نقل الأعراض إلى منطقة أخرى من الجسد (40).

ولأن أعراض هذا المرض تبدأ بالنشوء من سن المراهقة، فإن التشخيص التفريقي ينبغي أن يشمل ضلالات جسدية تظهر في اضطراب الفصام. وهذه الحالة (اضطراب تشوه الجسم) قد تكون مزمنة، وقد تزيد من مخاطر إحداث مشاكل علاجية المنشأ بسبب التدخلات الجراحية المتكررة (41).

وتشمل قائمة الأمراض النفسية المصاحبة له، الرهاب الاجتماعي في ٣٤.٤٪، والذي عادة ما يبدأ قبل اضطراب تشوه الجسم؛ وكذلك الاكتئاب، واضطرابات إساءة استعمال المواد، والتي تنشأ بعد ظهور اضطراب تشوه الجسم (42، 43). كما أن اضطرابات الأكل تظهر في ٣٢.٥٪ (44)، والوسواس القهري في ٧٠٪ (45). ولقد قدر فيليبس "Phillips" وآخرون مدى الانتشار الحياتي للاكتئاب الجسيم في مرضى تشوه الجسم بنسبة ٧٤.٢٪، والتشخيص الجاري للاكتئاب الجسيم بمعدل ٣٨.٢٪ من مرضى اضطراب تشوه الجسم (46).

وتبلغ نسبة اضطراب تشوه الجسم لدى مرضى الوسواس القهري ١٥.٣٪، مع تفاقم للاكتئاب، وزيادة في أعراض التفقد، والاكتئاب، والتناسق (symmetry)، وطلب التطمين. وكذلك تزيد نسبة الابتكارات الانتحارية لـ ١٩٪، ومحاولات الانتحار بسبب قلق المظهر إلى ٧٪. وقد وُجد أن نصف مرضى اضطراب تشوه الجسم لديهم ضلالات، لكن الصفات الإكلينيكية ومآل المرض تتشابه مع باقي مرضى هذا الاضطراب (47، 48). وقد لوحظ أن

محاولات الانتحار لديهم عادة ما تكون مصحوبة بوجود انتهاك وإهمال في مرحلة الطفولة ، ونسبة عالية من إساءة استعمال المواد (49).

الإجراءات التشخيصية

غالباً ما يتأخر التشخيص بسبب تردد المريض في الإفصاح عن هذه الأعراض للطبيب. وفي إحدى الدراسات كانت نسبة انتشار هذا المرض في مرضى أجنحة الطب النفسي ١٣٪ ، لكن الحالة لم تكن مشخصة بواسطة الطبيب المعالج ؛ لأن المرضى لن يذكروا الأعراض إلا عندما يُسألون عنها بشكل محدد ، وذلك نتيجة للخجل (50). وربما يخطر مرضى هذا الاضطراب في سلوكيات قهرية ، تشمل التمويه ، والسلوك التفقدي ، وعمليات جراحية يجريها المريض لنفسه ، والإفراط في استخدام مساحيق التجميل ، والتحديق في المرآة بكثرة ، وثقب الجلد المرضي (pathological skin picking) ، وقياس أعضاء الجسد ، وتكرار سؤال الآخرين بشأن المظهر للاطمئنان ، وتسمير الجلد (tanning) ، وهوس نتف الشعر. (45، 48، 51).

اتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج

لم يُدرس علاج اضطراب تشوه الجسم بشكل جيد ، لكن مرضى هذا الاضطراب دائماً خائفون من التقييمات السلبية التي تأتيهم من الآخرين ، ولأنهم يتحيزون للتفسير الخاطئ بأن سيماء وجوههم قبيحة ، فيؤدي ذلك لنشوء أفكار الإشارة من الآخرين (ideas of references) ، والاعتقاد بأن الآخرين مهتمون بعيوبهم (52). وفي إحدى الحالات الدراسية (case study) ، كان الجمع بين التعريض ، ومنع الاستجابة بالطقوس المرتبطة بمرض اضطراب تشوه الجسم ، إضافة إلى ١٢٥ مجم من الدوكسيامين (doxepine) يومياً ، علاجاً فعالاً (53). وفي حالة أخرى ، كانت إعادة الهيكلة المعرفية ، والتعريض الاجتماعي المتدرج ، مع تسجيل مجموعة من استجابات الآخرين الشفهية على تحيات المريض ، بالإضافة إلى "الإستيالوبرام" ؛ أمراً فعالاً في تقليل أعراض اضطرابات تشوه الجسم. وقد ساهمت استجابات الآخرين في الأماكن العامة للمريض في دحض توقعه بأن يجد الرفض من الآخرين (54).

وقد اقترحت دراستان دوائيتان عشوائيتان ذواتا شواهد (RCTs) ، أن "الفلوكسيتين" و"الكلوميبرامين" أكثر فاعلية من الأدوية الغُفل. وأشارت ثلاث دراسات (RCTs) للعلاج النفسي إلى انخفاض في شدة الأعراض ، بينما أشارت دراسة أخرى لمساهمة العلاج النفسي في انخفاض معدل احتمال الانتكاسة بنسبة (٢٢/٤) (55). وبعض الدراسات أشار لضعف الاستجابة للعلاج بشكل عام (٢٥٪ فقط تحسنوا مع العلاج) ، لكن دراسات أخرى أكدت على حاجة مرضى اضطراب تشوه الجسم لجرعات أعلى من الموانع الانتقائية لاسترداد السيروتونين (SSRIs) ، وإجراء دراسات أطول مدة مما يتم إجراؤه في حالات اضطراب الاكتئاب الجسيم (56 ، 45).

اضطراب الألم

الخلفية

يتكوّن اضطراب الألم من أعراض الألم التي لا يمكن تفسيرها بالكلية بنتائج الفحوصات الطبية. وقد أظهرت دراسة حديثة لـ ٤١٨١ مريض في عينة مجتمعية بألمانيا، أن معدل انتشار اضطراب الألم حسب DSM-IV خلال الـ ١٢ شهر الماضية كان ٨.١٪ من العينة. وأغلب من شملتهم الدراسة كانوا يعانون من أمراض نفسية مصاحبة، كالقلق واضطرابات المزاج. وكان يعاني أغلبهم من أكثر من نوع من الألم، لكن كان الصداع هو أكثر أنواع الألم شيوعاً (57).

وقد أظهرت الدراسات التي أجريت على مرضى اضطراب الألم، أن نسباً أعلى من إدمان الكحول، والألم المزمن، والاضطراب الاكتئابي كانت متواجدة في أقارب المرضى من الدرجة الأولى، مقارنة بعامة السكان (15). وتشمل الاعتلالات النفسية المصاحبة لاضطراب الألم، الاعتمادية على البنزوديازيبينات والأفيونات، وكذلك الاكتئاب لدى ٨٪ إلى ٨٠٪ (58). وكان مآل المرض بئساً مع من يتلقون تعويضات بسبب المرض، ومن مكثوا فترة طويلة بدون علاج للألم، وفي المرضى العاطلين، أو المنهمكين في قضايا محاكم ذات صلة بالمرض، ومن عندهم أعراض جسدية (59). ولقد لاحظ روبين "Robin" أنه من ٤٠٪ إلى ٦٠٪ من النساء، و ٢٠٪ من الرجال الذين يعانون من اضطراب الألم المزمن، لديهم سابقة الإصابة بالانتهاك الشعوري أو الجسدي أو الجنسي في فترة الطفولة أو البلوغ؛ وهذه النسبة أكبر بنسبة الضعفين إلى أربعة أضعاف مما يحدث لعامة السكان، وترتبط بوجود آلام حوضية مزمنة، وآلام الوجه، والفيبروميالوجيا، واضطرابات الألم الأخرى. وبالنسبة للنساء، فإن عدد مرتكبي هذه الانتهاكات يحقن يتناسب طردياً مع عدد الآلام الجسدية التي يعانون منها.

الإجراءات التشخيصية، واتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج:

يشمل ملخص المنهج التشخيصي والعلاجي لهذا النوع من الاضطراب:

- ١- الاستفسار عن التاريخ الحالي والماضي للانتهاك.
- ٢- استخدام منهج تعاطفي، مع تشجيع معاناة المريض وتأييدها.
- ٣- التعرف على سلوكيات الألم المخلة بوظائف المريض.
- ٤- توثيق الخصائص التشريحية وغير التشريحية للآلام المتواجدة عند الفحص.
- ٥- استخدام منهج علاجي متعدد التخصصات، مع استخدام العلاج النفسي عند الحاجة.
- ٦- تجنّب الإجراءات الجراحية والأدوية الإدمانية، مثل البنزوديازيبينات والأفيونات قدر المستطاع (60).

المراجع References

1. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics*. 1986;27:327-31, 335-7.
2. Reid S, Wessely S, Crayford T, et al. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *Br Med J*. 2001;322:767.
3. Bailer J, Witthoft M, Paul C, et al. Evidence for overlap between idiopathic environmental intolerance and somatoform disorders. *Psychosom Med*. 2005;67:921-9.
4. Richardson RD, Engel CC Jr. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist*. 2004;10: 18-30.
5. Fava GA, Fabbri S, Sirri L, et al. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V. *Psychosomatics*. 2007;48:103-11.
6. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, et al. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2005;162:847-55.
7. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:503-19.
8. Brown RJ, Cardena E, Nijenhuis E, et al. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM-V? *Psychosomatics*. 2007;48:369-78.
9. Espirito-Santo H, Pio-Abreu JL. Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43:270-6.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
11. Golding JM, Rost K, Kashner TM: Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48: 231-5.
12. Katon W, Lin E, Von Korff M, et al: Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry*. 1991;148:34-40.
13. Swartz M, Blazer D, George L, et al: Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry*. 1986;143: 1403-8.
14. Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry*. 1989;146:239-41.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)*. Washington (DC): American Psychiatric Association Press; 1994.
16. Abbey SE. Somatization and somatoform disorders. In: Rundell JR, Wise MG, editors. *Essentials of consultation-liaison psychiatry*. Washington (DC): American Press Association Press; 2005. p. 156-87.
17. Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med*. 2007;69:889-900.
18. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2007;69:881-8.
19. Mallinckrodt CH, Prakash A, Houston JP, et al. Differential antidepressant symptom efficacy: placebo-controlled comparisons of duloxetine and SSRIs (fluoxetine, paroxetine, escitalopram). *Neuropsychobiology*. 2007;56:73-85.
20. Spielmans GI. Duloxetine does not relieve painful physical symptoms in depression: a meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2008;77:12-6.
21. Micale MS. *Approaching hysteria: disease and its interpretations*. Princeton (NJ), Chichester: Princeton University Press; 1995.
22. Veith I. *Hysteria: the history of a disease*. 1st soft cover ed. Northvale (NJ): Jason Aronson; 1993.

23. Erreich A. The anatomy of a symptom: concept development and symptoms formation in a four-year-old boy. *J Am Psychoanal Assoc.* 2007;55: 899-922.
24. Kanaan R, Armstrong D, Barnes P, et al. In the psychiatrists chair: how neurologists understand conversion disorder. *Brain Advance Access.* March 24, 2009. *Brain. Brain Advance Access.* Published on April 16, 2009. DOI: 10.1093/brain/awp060.
25. Kanaan RA, Craig TK, Wessely SC, David AS. Imaging repressed memories in motor conversion disorder. *Psychosom Med.* 2007;69:202-5.
26. Slater E, Glithero E: A follow-up of patients diagnosed of suffering from "hysteria." *J Psychosom Res.* 1965;9:9-14.
27. Stefansson JG, Messina JA, Meyerowitz S: Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations. *Acta Psychiatr Scand.* 1976;53: 119-38.
28. Lazare A. Current concepts in psychiatry: conversion symptoms. *N Engl J Med.* 1981; 305:745-8.
29. Toone BK. Disorders of hysterical conversion. In: Oxford BC, editor. *Somatization: physical symptoms and psychological illness.* Oxford (UK): Blackwell Scientific; 1990. p. 207-34.
30. Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19;(4):CD005331.
31. Bearber RJ, Rodney WM. Underdiagnosis of hypochondriasis in family practice. *Psychosomatics.* 1984;25:39-46.
32. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42: 821-33.
33. Barsky AJ, Wyshak G, Lerman GI, et al. The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990;25:89-94.
34. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry.* 1983; 140: 273-83.
35. Hiller W, Leibbrand R, Rief W, et al. Differentiation hypochondriasis from panic disorder. *J Anxiety Disord.* 2005;19:29-49.
36. Barsky AJ, Fama JM, Bailey E, et al. A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:737-44.
37. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, et al. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr.* 2008;13: 316-22.
38. Pavan C, Simonato P, Marini M, et al. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthet Plast Surg.* 2008;32:473-84.
39. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg.* 2003;56:546-51.
40. Mehler-Wex C, Warnke A. Dysmorpho-phobia. *MMW Fortschr Med.* 2006; 148: 37-9.
41. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, et al. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 1993; 150:302-8.
42. Coles ME, Phillips KA, Menard W, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety.* 2006;23:26-33.
43. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2003;44:270-6.
44. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, et al. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psycho-pathology and body image disturbance. *Int J Eat Disod.* 2006;39:11-9.
45. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, et al. A sociodemographic, phenomenological, and long- term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med.* 2006;36: 243-59.
46. Phillips KA, Didie ER, Menard W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body

- dysmorphic disorder. *Affect Disord.* 2007;97:129-35. Epub 2006 Aug 7.
47. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, et al. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med.* 2006;36:877-85.
 48. Phillips KA, Conroy M, Dufresne RG, et al. Tanning in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q.* 2006;77:129-38.
 49. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, et al. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl.* 2006;30:1105-15. Epub 2006 Sep 26.
 50. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:517-22.
 51. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28:487-93.
 52. Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Emotion recognition for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res.* 2006;40:105-11.
 53. Sobanski E, Schmidt MH. 'Everybody looks at my pubic bone' - a case report of an adolescent patient with body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101:80-2.
 54. Coffman KL. Treatment of a case of body dysmorphic disorder, unpublished.
 55. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (1):CD005332.
 56. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry.* 2005;17:205-10.
 57. Frohlich C, Jacobi F, Wittchen HU. DSM-IV pain disorder in the general population: an exploration of the structure and threshold of medically unexplained symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256: 187-96.
 58. Smith GR. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain. *Gen Hosp Psychiatry.* 1992;14: 265-72.
 59. Tyrer S. Psychiatric assessment of chronic pain. *Br J Psychiatry.* 1992;160:733-41.
 60. Rubin JJ. Psychosomatic pain: new insights and management strategies. *South Med J.* 2005;98:1099-110.