

المحاضرة التاسعة

1_ مرجعية التصنيف:

1_1 مقارنة تمهيدية:

إن إحدى أهم مزايا التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 هي تقديمه لمعايير تشخيصية من أجل تحسين موثوقية الأحكام التشخيصية، ومن أجل مرجع معجل، قد يرغب الطبيب النفسي أن يكون بين يديه كتيب صغير ومريح يتضمن فقط التصنيف (أي، لائحة الاضطرابات والأنماط الفرعية والمحددات والرواميز التشخيصية) والفصول التي تصف استخدام الكتيب والتقييم متعدد المحاور وزمر المعايير التشخيصية. وضعنا هذا التصنيف لكي يستخدم موجزاً؛ والذي يتطلب الاستخدام المناسب للألفة مع توصيفات النص لكل اضطراب يرافق رمز المعايير؛ كما ينبغي لفت الانتباه إلى أنمراجعة ال DSM-5 القائم على الأدلة، قد صدر في عام 2014. (جهاد حمد محمد: د. سنة 5)

إن غرض ال DSM-5 هو تقديم توصيفات دقيقة للفئات التشخيصية لكي يمكن الأطباء النفسيين والباحثين من تشخيص ودراسة ومعالجة الناس ممن لديهم اضطرابات عقلية مختلفة والتواصل بشأنهم، لأغراض سريرية وبحثية، على فئة تشخيصية مثل الذهان المرضية أو العصابات، ولا يعني أن الحالة تحقق معايير قانونية أو غير طبية أخرى مجيزة لتحديد مفاهيم المرض العقلي أو الاضطراب العقلي أو العجز العقلي، حيث إن الاعتبارات السريرية والعلمية التي ينطوي عليها تصنيف هذه الحالات على أنها اضطرابات عقلية، قد لا تكون متصلة كلياً بالأحكام القانونية، مثلاً، تلك التي تأخذ في اعتبارها قضايا مثل مسؤولية الفرد وتقرير العجز والأهلية.

1_2 مفهوم التصنيف:

التصنيف بمعناه العام هو تقسيم مجموعة من الأشخاص أو الأشياء إلى أقسام أو فئات وفقاً لأساس معين كتصنيف المواد الكيميائية مثلاً. والتصنيف في علم النفس هو إدخال نوع من النظام والترتيب على مجموعة من الاضطرابات النفسية ووضعها في فئات بحيث يتيسر التعامل معها والتقليل من تعقدها ما يسمح لنا بمزيد من الفهم.

يعتبر ياسين (1986) التصنيف عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي يفرز بها الأخصائي الأعراض، أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات إلى أنواع مشابهة، والأفراد المرضى إلى مستويات محددة أو درجات مرضية، ومن الخطورة بمكان أن يستخدم الأخصائيون التصنيف كبديل لعملية التشخيص فيصبح عنونة وتسميات تصنيفية للناس.

يعرف الحجاوي (2004) التصنيف بأنه تخفيض عدد الأعراض وتحديد على أساس خواص مشتركة بين مفردات الصنف الواحد، بحيث يسهل إخضاعها لقوانين عامة تُسهل فهمها والتعامل معها.

1_3 أهداف التصنيف:

- اختزال الأوصاف السلوكية.
- توحيد المصطلحات التي يفترض اتسامها بالثبات، وتيسير التواصل بين الإكلينيكين في البحوث والممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية.
- عمل أساسي للبحث في الوبائيات لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقلية عبر الثقافات والأعراق والطبقات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة.

- وصف أوجه الشبه والاختلاف الهامة بين المرضى السيكاتريين بحيث يؤدي معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يُحتمل ظهورها لدى المريض (صالح، 2014، ص 110).

1_4_ ضوابط التصنيف التشخيصي النفسي:

حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي قواعد مهمة للتشخيص جاءت كما يلي:

- ✚ أن يكون بداية العَرَض عند الطفل بداية قبل سن السابعة.
- ✚ وجود العَرَض لمدة ستة أشهر فما فوق.
- ✚ وجود العَرَض في بيئتين مختلفتين، حيث أن تأثير المناخ المعيشي والاجتماعي له أثر في ذلك.

كما توجد ضوابط أخرى لا بد أن يدركها النفساني: منها

- ✚ **مبدأ التكامل:** فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تنتظم ضمن الشخصية ككل في وحدتها التاريخية وفي علاقتها بالبيئة الراهنة.
- ✚ **وفرة المعلومات:** إن درجة الاحتمال أو اليقين في التشخيص تتوقف إلى حد كبير على ثراء وجدية البيانات والمعطيات التي جمعها.
- ✚ **التريث:** إن التشخيص لا يعدو أن يكون حكماً مؤقتاً، ومن ثمة يظل النفساني في حالة انفتاح عقلي تتيح له أن يعدل حكمه أو تشخيصه إذا ما برزت له أي وقائع طارئة.

1_5 طرق التصنيف:

بينما يشير التشخيص لسيرورة أخذ القرار لنسب شخص ما إلى فئة نورولوجية (تصنيفية) محددة وفقاً لمجموعة من المعايير الخاصة، فإن التصنيف يشير إلى الترتيب في فئات نورولوجية في علاقاتها ببعضها البعض، وقد قامت العديد من المحاولات في فرنسا و ألمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية، توالى بعدها التصنيفات العالمية في سعيها لتوحيد هذه التصنيفات، وعموماً توجد مقاربتين وصفتين: السيميولوجيا (الأعراضية) التحليلية (عصابات، ذهانات، شذوذات لابنائية) و السيميولوجيا اللانظرية مثل التصنيفات DSM, ICD

أ_ التصنيفات النفسومرضية:

هي ذات منحى تحليلي، كانت تميز بين العصابات، الذهانات والشذوذات، و يعتبر الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الإخفاء، فنحن في سجل العصابات. و إن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوذ، و إن تم رفضه فهذا سجل الذهانات. أما "كارل ابراهام" فقد قدم تصنيفاً نمائياً ينتظم حول تكامل مراحل النمو و المراحل الفرعية، حيث تظهر الباثولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو و يرتكز على التثبيتات و النكوصات، و ساهمت منطلقات "إبراهام" لظهور باحثين آخرين مثل "كيرنبرغ" KERENRNBERG من المدرسة الأمريكية الذي أضاف توضيحات عن البنية الحدية، و أعمال "بيرجيري" حول البنات من المدرسة الفرنسية. (حافري، 2015: ص 19).

4-2- التصنيفات العرضية:

ترتكز هذه التصنيفات على الأعراض فهي موضوعية و لا تستند إلى نظرية محددة، و يعتبر التصنيف الدولي للأمراض ICD والتصنيف التشخيصي الإحصائي DSM من أهم التصنيفات العالمية.

ويُعد "كريبلين" أول من ابتكر نظاماً تصنيفياً للسلوك الشاذ عام 1883 والذي شكل الأساس للجانب النفسي من نظام تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD؛ كما أدمج هذا النظام أيضاً في الدليل التشخيصي والإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM، و الذي

يمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية و العقلية: الأعصاب
Neuroses، الذهان الوظيفي Functional Psychosis، الذهان العضوي Organic
Psychosis، اضطرابات الشخصية Personality Disorders، التخلف العقلي Mental
Retardation

4-3 التصنيف الدولي للأمراض و المشاكل المتعلقة بالصحة ICD:

هو تصنيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره، يتم فيه تصنيف الأمراض والأعراض
والعلامات والمسببات على شكل رمز يتكون من أحد الحروف الهجائية اللاتينية وعدد من
رقمين (مثلا: A23). فكل مرض (أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف برمز
فريد. و ينشر هذا الدليل بشكل دوري كل 10 سنوات. (صالح، 2014؛ منظمة الصحة العالمية،
1996).

ولم يتم التطرق للأمراض العقلية حتى عام 1936، عندما صدرت القائمة الخامسة
(ICD.5) التي أدرجت الأمراض العقلية ضمن أمراض الجهاز العصبي، و قد ذُكر منها
وقتنذ أربع مجموعات فقط (النقص العقلي، الفصام، ذهان الهوس و الاكتئاب، كل الأمراض
العقلية الأخرى). و صدرت القائمة السادسة (ICD.6) عام (1947) و التي اشتملت لأول
مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية (الفصل الخامس F) متضمنة أسباب المرض و
الوفاة.

أما القائمة السابعة (ICD.7) عام 1955 لم تضيف جديدا بخصوص الأمراض العقلية و
النفسية. و بمساعدة منظمة الصحة العالمية (WHO) صدرت القائمة الثامنة (ICD.8) عام
1965، حيث تضمنت وصف الأعراض و التشخيص الفارق و علاج الاضطرابات العقلية،
و توالى القوائم حيث شملت إضافات و تصنيفات عديدة حتى صدور القائمة العاشرة
(ICD.10) عام 1992 (الحجاوي، 2004؛ منظمة الصحة العالمية، 1996).

ويتضمن الفصل الخامس الاضطرابات العقلية والسلوكية من المراجعة العاشرة
(ICD.10) على عشر مجموعات رئيسية و تشمل كل مجموعة تصنيفات فرعية معينة.
(F00-F09): الاضطرابات العقلية العضوية بما في ذلك الاضطرابات الأعراضية.
(F10-F19): الاضطرابات العقلية و السلوكية نتيجة استخدام مواد نفسانية المفعول.
(F20-F29): الفصام و الاضطرابات فصامية النمط و الاضطرابات التوهمية.
(F30-F39): اضطرابات المزاج- الاضطرابات الوجدانية (العاطفية).
(F40-F48): الاضطرابات العصائية و المرتبطة بالكرب و الاضطرابات جسدية الصور.
(F50-F59): المتلازمات السلوكية المرتبطة باضطرابات وظيفية و عوامل بدنية.
(F60-F69): اضطرابات في شخصية و سلوكيات البالغ.
(F70-F79): التخلف العقلي.
(F80-F89): اضطرابات التطور النفسي.
(F90-F98): اضطرابات سلوكية و عاطفية (انفعالية) تكون غالبا بدايتها في الطفولة أو
المراهقة.

(F99): الاضطرابات العقلية غير المحددة. (منظمة الصحة العالمية، 1996)

لقد أصدرت منظمة الصحة الدولية النسخة الحادية عشر (ICD.11) في 18 جوان
2018 و التي سوف تُعرض على مجلس الصحة الدولي في ماي 2019 للموافقة من قبل
الدول الأعضاء ثم تدخل حيز التنفيذ في 01 جانفي 2022. World Health Organization,
(2018)

4_4 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM:

في عام 1952، قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA بنشر نظامها التصنيفي الخاص والمتمثل بالدليل التشخيصي والإحصائي Diagnostic and Statistical Manual، و قد احتوى هذا الدليل على مصطلحات تصف كل فئة من الفئات التشخيصية التي يتضمنها. و قد أتت الطبعة الأولى (DSM-I) بعدة مراجعات ظهرت في الأعوام 1968 (DSM-II)، 1980 (DSM-III)، و في هذا النظام التشخيصي أُدخلت أكثر التغيرات ثورية، حيث تضمن استخدام محكات تشخيصية واضحة للاضطرابات النفسية، و نظاما تشخيصيا متعدد المحاور، و منحى وصفيا للتشخيص يميل إلى الحيادية في ما يتعلق بالنظريات التي تبحث في أسباب الأمراض، و تركيز متزايدا على الفائدة الإكلينيكية للنظام التشخيصي. ثم تم تعديل هذا الدليل عام 1987 (DSM-III-R)، وفي 1994 صدرت الدليل الرابع (DSM-IV) (ترول، 2007، ص 218)، والذي وُزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية... الخ. و اختفت فيه تسميات عصاب الفوبيا والقلق، واستبدل مصطلح عصاب الهستيريا التحويلية بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية.

تمت مراجعته، و صدر الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-4-TR) عام 2000، الذي يعتبر نظام التصنيف الأكثر استخداما، وهو تقييم متعدد المحاور multiaxial assessment. إذ يتم فيه تقييم المرضى وفقا لخمس محاور أو مجالات من المعلومات. و كل محور من شأنه أن يساعد في التخطيط للعلاج و التنبؤ بالنتائج. و تزودنا هذه المحاور مجتمعة بوصف شامل لمشكلات المريض الأساسية، و ضغوطه النفسية و مستواه الوظيفي (ترول، 2007، ص 220).

أخيرا صدر النظام التشخيصي الخامس (DSM-5) في 2013، و هو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الأمراض في هذا الدليل. يحتوي على تعليمات كيفية الاستخدام والاحتياطات الواجب اتباعها، يليها معايير التشخيص وقائمة الرموز وفئات خاصة بكل مرض و يدرج كذلك رموز التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) بين قوسين، يلي ذلك وصف للنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ويقدم المحكات التي يجب توافرها لدى المريض من أجل تصنيفه في فئة معينة أم لا، ثم يقدم شرحا مصغرا لكل اضطراب، و بعدها محور يخص إدماج القياس و بعض النماذج كالنموذج الثقافي و غيرها؛ يشتمل الدليل التشخيصي الخامس 297 فئة تشخيصية و يتوفر على خمسة محاور تسمح بتقييم شامل للاضطرابات العقلية: المحور الأول خاص بالاضطرابات الإكلينيكية، المحور الثاني يتعلق باضطرابات الشخصية و التخلف العقلي، المحور الثالث بأمراض الطب العام، و المحور الرابع خاص بالمشاكل النفس اجتماعية و البيئية، و المحور الخامس التقييم العام للتوظيف.

4_5 التصنيف الفرنكفوني للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق CFTMEA:

في الثمانينات من القرن الماضي، قام فريق فرنسي مكون من أطباء أطفال نفسيين تحت رئاسة "روجر ميزيه" Roger Misès بتأسيس تصنيف فرنسي للاضطرابات العقلية خاص بالطفل و المراهق CFTMEA، وفي سنة 2013، تم إضافة البالغين لهذا التصنيف بعد سعي كل من "ميزيه" Misès و "جون جاربيه" Jean Garrabé. يتجنب هذا التصنيف الاعتماد على افتراضات نظرية معينة للسببية المرضية بل يركز على علم النفس المرضي لتصنيف الاضطرابات العقلية دون إنكار فائدة المنهج الوصفي للسلوكيات الملاحظة في الطب النفسي التي يتبناها كل من DSM 5 و ICD 10.

كما يتناول CFTMEA مفهوم "البنىات" structures الذي يمكن أن يوضح بعض المشكلات الإكلينيكية التي ليس لها حل في الطب النفسي الوصفي، وهي العصابات، والذهانات والحالات الحدية، ويضع تصنيف CFTMEA في الاعتبار سياق المريض وتنظيمه النفسي و تاريخه من اجل الابتعاد على المبالغة في التشخيص غير الملائم، كما يرتكز هذا التصنيف على محورين: المحور الأول يخص التصنيفات الإكلينيكية الأساسية، أما الثاني يتعلق بالعوامل السابقة ذات العلاقة أو المحتملة للسببية المرضية.

(Landman & Portelli, 2017)

5- صعوبات و مآخذ التصنيف في علم النفس المرضي:

- يلخص جفري و زملائه (2009) بعض المآخذ عن التصنيف في علم النفس المرضي:
- لا يمكن للتصنيف أن يضم مجمل البيانات الخاصة بالمريض و الأسباب المؤدية للاضطراب، فهو لا يعكس تعقد و فردانية الشخص.
- قد يؤدي استخدام التصنيف إلى تغير نمط حياة المريض و الحكم على سلوكياته السوية و غير السوية بهذا التصنيف، بالتالي قد يعرقل ذلك عملية العلاج.
- تكون عملية التنبؤ بالسلوك على أساس التصنيف التشخيصي و ليس على أساس السلوك الملاحظ للمريض.
- يركز التشخيص بالتأكيد على جوانب الضعف أكثر من جوانب القوة و هذا ما يؤثر سلباً على علاقة المريض بالآخرين.
- قد يؤدي استخدام الاسم التصنيفي إلى إيهاام المختص بفهم حالة المريض و لكنه في الواقع هو بعيد عن معاناته الحقيقية (حافري، 2016/2015، ص 18).

6_ نماذج مرضية تصنيفية وفق الجدول المعياري لـ : DSM 5

6_1 العصاب: ويتضمن مايلي:-

أ_ القلق وانواعه التالية:

- ✓ القلق الحاد
- ✓ القلق الصدمي
- ✓ قلق التوتر الحاد
- ✓ عصاب القلق
- ✓ المخاوف المرضية أو الفوبيا
- ✓ الهستيريا التحويلية
- ✓ الهستيريا الانشقاقية أو التفككية: مثل التجوال النائم_ فقدان الذاكرة_ ازدواج الشخصية.

ب_ الاكتئاب ويشمل على:

- ✓ الكآبة
- ✓ مشاعر الغم
- ✓ اكتئاب القلق
- ✓ اكتئاب النجاح
- ✓ التعب العام
- ✓ التعب الوجداني
- ✓ الوهن العصبي " السيكاثينيا": السيكاثينا اصطلاح أطلقه "جانیه" على عدة اضطرابات ذات طبيعة قهرية، ومعناه حرفياً نقص الطاقة النفسية للإبقاء على التكامل العادي.

✓ توهم المرض الجسدي والعضوي
ج_ الوسواس القهري ويشمل على مايلي:

✓ الافكار الوسواسية

✓ **الاندفاعات:** هناك من الأفعال ما يستبعد أن يفكر الإنسان في القيام بها.. كأن يقذف الإنسان نفسه من مكان مرتفع أو يلقي بنفسه أمام سيارة مسرعة وذلك لعدم وجود أي رغبة في الانتحار.. أما المكتئب الذي تسيطر عليه الرغبة في التخلص من الحياة فهو الوحيد الذي تطراً له هذه الأفكار تأتي بصورة رغبة اندفاعية، ولكن مريض الوسواس القهري قد تأتي له مثل هذه الاندفاعات ويشعر كأنه يهم بفعلها ولهذا يتحاشى الأماكن المرتفعة وقد يتحاشى المشي في الشارع خشية أن يحقق هذا الاندفاع بأن يلقي نفسه أمام السيارة المسرعة.

د_ **أعصبة الصدمات:**

✓ الحوادث

✓ الانتهاكات

✓ الحروب

✓ الضغوط

ه_ **اضطرابات الطبع:**

✓ الشخصية الهستيرية

✓ الشخصية الاكتئابية

✓ الشخصية التوهمية

✓ الشخصية الوسواسية

✓ الشخصية الخوافية

✓ الشخصية الشبه ضلالية " البرانويا

6 2 الاضطرابات النفسية العضوية: وتشمل مايلي

✓ اضطرابات ضبط الذات

✓ التحولات العضوية

✓ الأمراض النفسية الجسمية

6 3: اضطرابات الشخصية: وتشمل مايلي:-

✓ الشخصية شبه فصامية

✓ الشخصية النوابية

✓ الشخصية غير المستقرة انفعاليا

✓ الشخصية العدوانية

✓ الشخصية السلبية

✓ الشخصية الهوجاء

✓ الشخصية المضادة للمجتمع

✓ الشخصية الانحرافية

✓ الشخصية المدمنة

✓ شخصية متعاطي المخدرات

6 4: الاضطرابات الذهانية وتشمل مايلي:-

أ_ **الذهان الوجداني** ويشمل:-

✓ الهوس و الاكتئاب

✓ الاكتئاب الذهاني

✓ الاكتئاب المتهيج

✓ الذهان الفصامي:

-البسيط

-التصلبي

-الخامل

-الضلالي

-الفصام الوجداني

-الفصام الحاد

ب_ ذهان موقفي ويشمل:-

✓ ذهان ما بعد الولادة

✓ ذهان لا إرادي