المحاضرة التاسعة: السيميولوجية والتصنيف في علم النفس المرضي

بتضمن التواصل والتفاعل بين الأفراد توظيف جملة من الرموز والإشارات لتحقيق فهم وإدراك الرسائل، والعلم الذي يختص بدراستها هو السيميولوجيا، و يستخدم هذا العلم في علم النفس المرضي لدراسة تلك الإشارات المستعملة من طرف المرضى للتعبير عن حالاتهم النفسية والمشاعر التي يشعرون بها، مما يتيح للمختصين فهم المريض وما يجري داخله ، والعوامل التي تؤثر على صحته النفسية، ووصف وتصنيف الأعراض ومعرفة الاضطراب الذي يعاني منه وبالتالي تطوير استراتيجيات العلاج الفعالة و مساعدتهم على التعافي، وقبل التطرق للتصنيف في علم النفس المرضي نحاول إيجاز أهم المصطلحات المرتبطة به ضمن هذا المجال.

أولا– الأعراضية (السيميولوجيا la sémiologie) :

1– **مفهوم الأعراضية (السيميولوجيا)**: أول خطوة يقوم بها المختص في أثناء المقابلة العيادية هي البحث عن الأعراض ، وقد اقترح مصطلح سيميولوجيا في مجال العلوم الإنسانية de Saussure حتى يفرق بينه وبين السيميائية Sémiotique في علم اللغات.(فالأول دراسة العلامات غير اللسانية ، في حين تدرس السيميائية الأنظمة اللسانية كالنص الأدبي)

فالسميولوجيا هو علم الوصف ويستخدم في علم النفس المرضي لوصف الأعراض والظواهر النفسية. ويرتكز على البحث عن الإشارات" Signes "التي تساعد على وصف الاضطرابات من خلال الملاحظة الدقيقة للإشارات والأعراض في الحالات الباتولوجية والتظاهرات الإكلينيكية لخلل التنظيم ويتم خلال الفحص السيميولوجي البحث عما يختبره الفرد ذاتيا وما يتظاهر خارجيا لمعاشه، بمعنى سلوكه، يقوم المختص بإعطاء معنى للملاحظات السيميولوجية مع الأخذ بعين الاعتبار قصة المريض وإدماج الإشارات والأعراض في إجراء دينامي، مع العلم أن كل حالة هي حالة فريدة في حقيقتها، في ألمها، معاشها النفسي ومعاشها الذاتي.

وعليه تعرف السيميولوجيا على أنها علم الوصف للعلامات التي لوحظت أثناء الفحص السريري، سواء في المقابلة أو أثناء الاختبارات النفسية، ومعرفة العلامات والأعراض، وكذلك تنظيمها، كما تعتبر أمر أساسي في تشخيص المرض العقلي لأنه ينتج عن تنظيم العلامات التي يتم جمعها في المتلازمات وتنظيم المتلازمات في المرض.(Serge Combaluzier, 2006)

– **العرض Symptom**: تعبير عن الاضطرابات وعلامة من علاماته، حيث يلاحظ يصنف على أساس أعراضه . فهو الإنتاج العفوي المستثار عند المريض. ويمكن وصفها بأنها حالة مرضية إذا تميزت بالشدة، التكرار والاستمرارية.

– **الإشارات Signes** :هي الظواهر الواضحة (العرض) التي تمكننا من معرفة ما هو كامن. وهناك من الباحثين من يميز بين العرض symptôme و الإشارة signe، حيث يشير هذا الأخير إلى المظهر الموضوعي الملموس لحالة مرضية أو باتولوجية. أما العرض فتشير إلى الشكاوي الشخصية الذاتية التي يتقدم بها المفحوص. و هو ما أكد عليه مؤلفو (D.S.M.) بأن "العرض يحدد في الشكاوى الذاتية و يشمل الإشارات الموضوعية لحالة باتولوجية"، أما فرويد فيرى بان العرض يتضمن بعدا لا شعوريا. وهو ترجمة للصراع النفسي، و لا يمكن له أن يكون لوحده إشارة لنمط البنية أو التنظيم النفسي للفرد.

– **زملة الأعراض أو التناذرSyndrome** : مجموعة من الأعراض والعلامات التي عادة ما تكون ناتجة عن سبب واحد (أو مجموعة من الأسباب ذات صلة) وتشير معا إلى مرض أو اضطراب جسدي أو عقلي معين .

2– **السببية (الاتيولوجيا Etiologie)**: البحث عن أصل الاضطراب في الحياة الخاصة للمريض، أي البحث عن مسار ظهور الاضطراب (متى ظهر؟ و الظروف التي أحاطت بع) و بالخصوص البحث عن قصة الفرد (كيف ينتظم؟ كيف

يتصرف؟ و كيف يطور اضطراب ما؟) La psychogenèse. وكان فرويد قد أشار إلى أن العرض ذو علاقة وطيدة مع مجمل الشخصية الواعية للفرد، و لكن اللاواعية منها بالخصوص.

3– **النزوغرافيا La nosographie**: وصف امبريقي للأعراض التي تؤدي إلى الاضطرابات لأجل تصنيفها من خلال خصائصها الوصفية (جنسها، فئتها، ترتيبها، فئتها)، فهو عبارة عن تسجيل للأعراض في منظمة الفهم العام للاضطرابات النفسومرضية.

4– **النزولوجيا La nosologie**: و تسمى أيضا taxonomie أي علم التصنيف أو التبويب و يشير إلى نظام تصنيف الإشارات الباتولوجية بإعطاء مرجعية للاضطرابات في علم النفس المرضي وتبويبها classification. يستدعي مرجعية نظرية عن أسباب الاضطراب و التغييرات الباتولوجية التي تميز المرض. و للإشارة ، فإن الأعراض يمكنها أن تبعث لعدة وحدات نفسمرضية، و يمكن لعرض واحد أن ينتمي للعديد من الجداول العيادية.

5– **التشخيص Le diagnostic**: فالتشخيص يقوم بالأساس على فرضية ليست نهائية، كما أنها ليست بطاقة ملصقة "étiquetage" لا رجعة فيها. فيبقى التشخيص مفتوحا للنقاش و إعادة طرح التساؤلات إن استدعى الأمر، أو حتى نفي ما تم طرحه عندما تستجد أمور في الفرد المشخص. وأهم الأسئلة لتقييم ذلك تتعلق بكيفية: إدارة القلق، توظيف الميكانيزمات الدفاعية ، الاستجابات للصراعات ضد الرغبات، العلاقات بالآخرين وبالواقع، التعبير عن الأعراض؟ فجميعها تمثل محاور رئيسية لخطوات الفرضية التشخيصية المرتبطة بطبيعة التوظيف العقلي.

ثانيا: التصنيف في علم النفس المرضي:

1– مفهوم التصنيف: عموما هو تقسيم لمجموعة من الأشخاص أو الأشياء إلى أقسام أو فئات وفقا لأساس محدد (تصنيف المواد الكيميائية مثلا). و يقصد به في علم النفس المرضي القيام نوع بتنظيم و ترتيب مجموعة من الاضطرابات النفسية و وضعها في فئات للتقليل من التعقيد ولتسهيل التعامل معها وفهمها بشكل أكبر .

وحسب الحجاوي (2004) هو تقليل عدد الأعراض بجمعها و تحديدها على أساس خواص مشتركة بين مفردات الصنف الواحد، بحيث يسهل إخضاعها لقوانين عامة تُسهل فهمها و التعامل معها.

2– أهداف التصنيف:

– اختزال الأوصاف السلوكية.

– توحيد المصطلحات التي يفترض اتسامها بالثبات، لتسهيل التواصل بين الإكلينيكيين في البحوث و الممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية.

– عامل أساسي للبحث في الوبائيات لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقلية عبر الثقافات و

– وصف أوجه الشبه و الاختلاف الهامة بين المرضى السيكاتريين بحيث يؤدي معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يُحتمل ظهورها لدى المريض.

3– طرق التصنيف: إذا كان التشخيص يتعلق بسيرورة اتخاذ القرار لنسب شخص ما إلى فئة نوزولوجية (تصنيفية) محددة وفقا لمجموعة من المعايير الخاصة، فإن التصنيف يشير إلى الترتيب في فئات نوزولوجية في علاقاتها ببعضها

البعض. و قد قامت العديد من المحاولات في فرنسا و ألمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية، توالت بعدها التصنيفات العالمية في سعيها لتوحيد هذه التصنيفات. و عموما توجد مقاربتين وصفيتين: السيميولوجيا (الأعراضية) التحليلية (عصابات، ذهانات، شذوذات لابنائية) و السيميولوجيا اللانظرية مثل تصنيفات DSM, ICD .

1.3- **التصنيفات الكلاسيكية:** وهي التصنيفات الألمانية والتصنيف الفرنسي كما هو موضح في الجدول التالي:

مجموعة الأمراض	المرض
العصابات	الهستيريا، عصاب الوسواس، عصاب القلق، عصاب الفوبيا
الذهانات	الفصامات(الأشكال البارانوية، الهيبيفيرينية، الكتاتونية...)، الهذيانات المزمنة(الهذيانات البارانوية المنظمة، الهذيانات الهلوسية والبرافيرنية)، ذهانات الهوس الإكتئابي، النفخات الهذائية الحادة.
الحالات الاكتئابية غير ذهانية	الاكتئاب العصابي، الاكتئاب التنفاعلي.
العته	ترتب وفقا للجداول الايتيولوجية: مرض الزهايمر ، مرض Pick.
الوهن	مختلف أشكال الوهن والتي يرتبط بعضها باضطرابات وراثية (Trisomie 21)
اضطرابات السلوك	الإدمان (الكحول، المخدرات)، فقدان الشهية والشره المرضي، السيكوباتية، الشذوذ أو الانحرافات، اضطراب الشخصية.
اضطرابات عقلية مرتبطة باصابات عضوية	التناذرات الخلطية، اضطرابات مرتبطة بالأورام الدماغية، بالإدمان، التهابات دماغية، الأمراض العصبية
الاضطرابات السيكوسوماتية	الربو، القرحة المعدية، اضطرابات جلدية، ضغط الدم....

2.3– التصنيفات النفسومرضية: هي ذات منحى تحليلي، كانت تميز بين العصابات، الذهانات و الشذوذات. ويعتبر الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الخصاء، فنحن في سجل العصابات. و إن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوذ، و إن تم رفضه فهذا سجل الذهانات. أما "كارل ابراهام" فقد قدم تصنيفا نمائيا ينتظم حول تكامل مراحل النمو و المراحل الفرعية. حيث تظهر الباثولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو و يرتكز على التثبيتات و النكوصات. وساهمت منطلقات "إبراها"م لظهور باحثين آخرين مثل "كيرنبيرغ" Kernberg من المدرسة الأمريكية الذي أضاف توضيحات عن البنية الحدية، و أعمال "بيرجيري" حول البنيات من المدرسة الفرنسية .

3.3- التصنيفات العرضية:

تعتمد على الأعراضية. مما يجعلها موضوعية فهي لا تستند إلى نظرية محددة. و يعتبر التصنيف الدولي للأمراض ICD و التصنيف التشخيصي الإحصائي DSM من أهم التصنيفات العالمية.

يُعد "كريبلين" أول من ابتكر نظاما تصنيفيا للسلوك الشاذ عام 1883 و الذي شكل الأساس للجانب النفسي من نظام تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD. كما أدمج هذا النظام أيضا في الدليل التشخيصي و الإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM، و الذي يمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية و

العقلية: الأعصبة Neuroses، الذهان الوظيفي Functional Psychosis، الذهان العضوي Organic Psychosis، اضطرابات الشخصية Personality Disorders، التخلف العقلي Mental Retardation .

1.3.3- التصنيف الدولي للأمراض و المشاكل المتعلقة بالصحة ICD:

تصنيف تنشره منظمة الصحة العالمية ، يتم فيه تصنيف الأمراض و الأعراض و العلامات و المسببات على شكل رمز يتكون من أحد الحروف الهجائية اللاتينية و عدد من رقمين (مثلا: A23). فكل مرض (أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف برمز فريد. و ينشر هذا الدليل بشكل دوري كل 10 سنوات .

لم 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 وقتئذ 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 تضف 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 توالت القوائم حيث شملت إضافات و تصنيفات عديدة حتى صدور القائمة العاشرة (ICD.10) عام 1992 .

يتضمن الفصل الخامس الاضطرابات العقلية و السلوكية 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 العصابية 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.

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). يمكن الاطلاع على ICD-11 MMSعبر الإنترنت على موقع منظمة الصحة العالمية على الرابط : https://icd. who. int/browse11/l-m/en

2.3.3– الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM:

في عام 1952، قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA بنشر نظامها التصنيفي الخاص والمتمثل بالدليل التشخيصي والإحصائي Diagnostic and Statistical Manual، وقد احتوى هذا الدليل على مصطلحات تصف كل فئة من الفئات التشخيصية التي يتضمنها. و قد أُتبعت 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، وتركيز متزايدا على الفائدة الإكلينيكية للنظام التشخيصي. تم تعديل هذا الدليل عام 1987 (DSM-III-R)، و في 1994 صدرت الدليل الرابع (DSM-IV) (ترول، 2007، ص 2018)، والذي وُزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية...الخ.

و اختفت فيه تسميات عصاب الفوبيا و القلق، و استبدل مصطلح عصاب الهستيريا التحويلية بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية.

تمت مراجعته، وصدر الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) عام 2000، الذي يعتبر نظام التصنيف الأكثر استخداما. و هو تقييم متعدد المحاور multiaxial assessment. إذ يتم فيه تقييم المرضى وفقا لخمسة 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 .

أخيرا صدر النظام التشخيصي الخامس (DSM-V) في 2013، و هو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الأمراضية في هذا الدليل. يحتوي على تعليمات كيفية الاستخدام و الاحتياطات الواجب إتباعها، يليها معايير التشخيص و قائمة الرموز و فئات خاصة بكل مرض و يدرج كذلك رموز التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) بين قوسين، يلي ذلك وصف للنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل و يقدم المحكات التي يجب توافرها لدى المريض من أجل تصنيفه في فئة معينة أم لا، ثم يقدم شرحا مصغر لكل اضطراب. و بعدها محور يخص إدماج القياسو بعض النماذج كالنموذج الثقافي و غيرها. يشتمل الدليل التشخيصي الخامس على 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 . كما ينبغي لفت الانتباه إلى أن مراجعة الـ DSM-5 القائم على الأدلة، قد صدر في عام 2014 وسمي بالـ DSM-5

3.3.3– التصنيف الفرنكفوني للاضطرابات العقلية للطفل و المراهق 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. و في 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 يرتكز 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. و يتناول CFTMEA مفهوم "البنيات" structures الذي يمكن أن يوضح بعض المشكلات الإكلينيكية التي ليس لها حل في الطب النفسي الوصفي، و هي العصابات، و الذهانات و الحالات الحدية. و يضع تصنيف CFTMEA في الاعتبار سياق المريض و تنظيمه 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.

وتجدر الإشارة إلى وجود دليلين آخرين وهما:

4.3.3– **تصنيف نظام التشخيص السيكودينامي الإجرائي OPD(Operationalized Psychodynamic Diagnostic)**: الذي صدر عام 1996 و يرتكز الإجراء التشخيصي حسب هذا التصنيف على المقابلات نصف موجهة. و يدمج5محاور تشخيصية.يختص المحور الأول بالطريقة التي يعيش المريض مرضه والتأثير الأولي للعلاج، يكرس المحور الثاني للمسائل العلائقية، المحور الثالث بالصراعات داخل/بين شخصية. يهتم المحور الرابع بمرجعية التشخيص البنية العقلية للمريض. أما المحور الخامس فيهتم بتشخيص الأعراض و التناذرات التي تتطابق مع الفصل الخامس للتصنيف الدولي للأمراض ICD 10 .(Von der Tann،2008p. 19)

5.3.3- **الدليل التشخيصي السيكودينامي PDM (Psychodynamic Diagnostic Manua)**

يعتبر إطارا مرجعيا للتشخيص، يصف المستويات العميقة والسطحية لشخصية الفرد، توظيفه العاطفي و الاجتماعي و مظاهر الأعراضية. يغطي كل الشرائح العمرية، ابتداء من الرضيع مع تركيزه على كل مختلف الاختلافات الفردية و الاجتماعية. كما يركز على مجمل التوظيف العقلي، وهو بالتالي يستكمل رغبةDSMو CIM في تبويب الأعراض.يعتمد تصنيف PDM على الدراسات الحالية في علم الأعصاب وتقييم نتائجها يستعمل مقاربة متعددة الأبعاد لوصف اختلال توظيف المفحوص و كيفية المشاركة في السيرورة العلاجية . و يتكون الدليل من 3 أقسام رئيسية، يعالج القسم الأول تصنيف اضطرابات الصحة العقلية للراشدين، يتضمن على التوالي توظيف الشخصية السليمة و كذا توظيف الشخصية المضطربة. في حين يهتم القسم الثاني ببروفيل التوظيف العقلي أثناء مراحل النمو. و في القسم الأخير نجده يسترجع تصنيف الأعراض كما جاءت فيDSM IV بإدماج لكل تصنيف منها الإسهامات الخاصة لعلم النفس المرضي الدينامي المتمثلة في التجارب الشخصية و الذاتية للفرد و أعراضه.

4- 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 وفردانية الشخص.
- قد يؤدي استخدام التصنيف إلى تغير نمط حياة المريض والحكم على سلوكياته السوية وغير 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 سلبيا على علاقة المريض بالآخرين.
- قد يؤدي استخدام الاسم التصنيفي إلى إيهام المختص بفهم حالة المريض و لكنه في الواقع هو بعيد عن معاناته الحقيقية.