الصعوبات التي تواجه تصنيف الإضطرابات النفسية

إعداد

أ.د. فهد بن عبدالله الربيعه

أستاذ علم النفس

كلية التربية – جامعة الملك سعود

falrabiah@ksu.edu.sa

المستخلص:

هدفت الدراسة الحاليه الى التعرف على أهم الصعوبات التي تواجه تصنيف الإضطرابات النفسية. وقد تم عرض هذه الصعوبات التي وجد الباحث أن معظم الباحثين في مجال علم النفس العيادي يُجمعون على أنها قد تقلل من فعالية التصنيف. وتتمثل هذه الصعوبات في صعوبة التوصل الى تعريف موحد للسلوك غير السوي وعدم التوصل لتعريف موحد للإضطراب النفسي. وتتمثل الصعوبة الثالثة في الطريقة التي على أساسها يعتمد التصنيف هل يعتمد على أسباب الاضطراب أم يعتمد على فحص زملة الأعراض. ومن هذه الصعوبات انخفاض ثبات وصدق نظم التشخيص المعروفه، وتأثر نظم التصنيف بالعوامل العرقيه والثقافيه. والصعوبة الأخيره تتمثل في مدى تغطية وشمولية هذه النظم التصنيفيه لجميع المشكلات والإضطرابات النفسية. وأخيراً عرض الباحث عدداً من التوصيات والمقترحات لدراسات مستقبلية في هذا المجال.

الكلمات المفتاحية:

الإضطراب النفسي، تشخيص الاضطرابات النفسيه، تصنيف الاضطرابات النفسيه، صعوبات التصنيف.

مقدمه:

تعددت الميادين واختلفت في تعريف التشخيص، ففي المجال الطبي على سبيل المثال التشخيص يعني التصنيف أو فهم المريض وكشف العلاقة بين الأعراض المرضية ونوع الحالة. أما في ميدان علم النفس الإكلينيكي فإن التشخيص النفسي Psychodiagnosis يعرف دينمياً بأنه تقويم خصائص شخصية العميل كقدراته وانجازاته وسماته التي تساعد في فهم مشكلاته. أي أن التشخيص يتطلب بعد جمع المعلومات المتاحه، تحليلها وتنظيمها والتنسيق بينها بقصد التخطيط للمستقبل (مليكه، ١٩٨٠، ص٤٧). وهذا التعريف كما نلاحظ يركز على جوانب القوة في شخصية العميل اكثر من جوانب الضعف، فهو يتجاهل الأعراض المرضيه تماماً. هذا التعريف ربما يكون مقبولًا على المستوى الدينامي، أما تصنيفياً فإن التشخيص النفسي يعني عملية يحاول الأخصائي النفسي عن طريقها التوصل الى تسمية مناسبة أو تصنيف مناسب للمرض أو للمشكله أو للعميل (مليكه، ١٩٨٠، ص٤٨).

أما الربيعه (١٩٩٦) فيعرف التشخيص التصنيفي بأنه عملية تحديد نوع ودرجة الإضطراب الذي يعاني منه الفرد، سواء كان هذا الاضطراب إنفعالياً أو سلوكياً أو نفسياً، وذلك بإستخدام نظام تشخيصي معين يتناسب مع بيئة الفرد (ص٣٩٥).

ويعرف تصنيف الإضطرابات النفسية بأنه عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي يفرزبها الأخصائي الأعراض أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات الى أنواع متشابهة، والأفراد المرضى إلى مستويات محددة أو درجات مرضيه (ياسين، ١٩٨٦).

وقد اختلف الباحثون في تحديد بداية تصنيف الإضطرابات النفسيه فمنهم من يرى أن بداية التصنيف كانت قبل نهاية القرن الثامن عشر حيث تم إنشاء مستشفيات الأمراض العقلية (ربيع، يوسف، عبدالله، ١٩٩٥).

ومنهم من يرى أن البداية كانت في عصـــر اليونانيين حيث تم التعرف على الأعراض الخاصـــة بالشـــيخوخة، والكحوليات، والهوس، والســـوداوية، والبارانويا، والعديد من الإضطرابات الأخرى (خليل، ٢٠٠٤).

وقام الطبيب الفرنسي فيليب بينيل (١٧٤٥ – ١٨٢٦) بتصنيف الإضطرابات النفسية الى هوس، ملانخوليا، خرف Dementia، وعته Idiotism. وقبل القرن العشرين كانت معظم التصـــنيفات تقتصـــر على الجنون Insanity الذي يعتبر المرض العقلي الوحيد المعروف في ذلك الوقت، وكانت هذه التصـــنيفات يقوم بها أطباء وفلاســـفة غير متخصصين في الاضطرابات العقلية.

وقد تعددت نظم التصـــنيف الى الحد الذي دعا إلى ضـــرورة الإتفاق على نظام موحد. وقد عهد الى موريل عام ١٨٨٥ الإشراف على هذه المهمه والتي انتهت إلى إقرار نظام تصـنيفي من ١١ فئة شـملت الهوس والملانخوليا والخرف ....الخ (مليكه، ٢٠١٠) وقد صـــدر أول نظام تصـــنيفي متكامل للإضـــطرابات النفســـية عام ١٨٩٦ لأميل كريبلن Emil Kraeplein والذي ركز على أن الإضطرابات النفسية يتم تصنيفها على أساس فيزيقي واحد (ربيع وآخرون، ١٩٩٥). وقد اقترح كريبلن تصـنيفاً فيزيقياً يتكون من فئات متعددة منها: جنون الهوس، الإكتئاب فجمع بذلك بين الهوس والملانخوليا، كما أدخل مفهوم الخرف المبكر Dementia Praecox وميز بينه وبين البارانورما، وفصـلها الى الصـور الهيبفرينيه والبارانويديه والكتاتونيه، كما اسـتخدم مفاهيم العصـاب السـيكولوجي الأصل والشخصيه السيكوباثيه (مليكه، ٢٠١٠، ص٧٣).

وقد تطورت نظم التصنيف إلى أن توصلت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA عام ١٩١٧ الى نظام قائم على أساس نظام كريبلن.

ثم انتشـرت أنظمة تصـنيف الإضـطرابات النفسـية على مر السـنين وخاصـة الدليل التشـخيصـي والإحصـائي للإضـطرابات العقلية DSM. وكان آخرها الدليل التشـخيصـي

والإحصائي الخامس للإضطرابات العقليه DSM-5 والذي جاء مختلفاً عن الإصدارات السابقة حيث تم حذف المحاور الخمسة Multiaxial System (٢٠١٣ و APA).

إن مسألة تصنيف الإضطرابات النفسية تعتبر مسألة نسبية إلى حد بعيد، لذلك ينظر الكثير من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين العاملين في مجال الصحة النفسية إلى عملية التصنيف بالكثير من الحذر والشك، لأنهم يعتبرون أن وصف السلوك بالمرض أو الصحة إنما هو مسألة اعتبارية إلى حد بعيد وتخضع للقيم الاجتماعية السائدة (إبراهيم وعسكر، ٢٠٠٨).

لذلك فإن عملية تصنيف الإضطرابات النفسية تعاني من الكثير من الصعوبات. ولعل من أبرز هذه الصعوبات والتي سوف تتناولها الدراسة الحاليه هي: صعوبة التوصل الى تعريف موحد ومتفق عليه للسلوك غير السوي وذلك بين المعنيين بتشخيص وعلاج الإضطرابات النفسيه كالأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين. والصعوبة الثانية التي تواجه تشخيص وتصنيف الإضطرابات النفسيه تكمن في عدم التوصل إلى تعريف محدد ومتفق عليه بين المدارس العلاجيه على تعريف الإضطراب النفسي. والصعوبة الثالثه تتمثل في الطريقة التي على أساسها يعتمد التصنيف، هل يعتمد على أسباب الإضطراب ام فحص زملة الأعراض. وتأتي الصعوبه الرابعه والمتمثلة في انخفاض ثبات وصدق هذه النظم التشخيصية والتصنيفيه. والصعوبة الخامسه هي تأثر نظم التصنيف بالعوامل العرقية والثقافيه. وأخيراً فالصعوبة السادسه تكمن في تغطية وشمولية هذه النظم التصنيفية لكل المشكلات النفسية.

مشكلة الدراسة:

من أهم مزايا تصنيف الإضطرابات النفسية التواصل من الوظائف الرئيسه للتشخيص حيث يمكن نقل كم هائل من المعلومات من خلال مصطلح تشخيصي واحد. كذلك فإن استخدام التشخيص يساعد الأخصائيين عند قيامهم بأبحاث تجريبيه في مجال

الإضـطرابات النفسـيه، حيث يقوم الأخصـائي النفسـي الإكلينيكي بتعريف المجموعات التجريبيه بناءً على الخصـائص التشـخيصـيه للمجموعه مما يسـمح بالمقارنه بين المجموعات وفقاً لخصـائص الشـخصـية. و أيضـاً فإنه يكاد يكون من المسـتحيل اجراء أبحاث حول ايتولوجية السلوك غير السوي و أسبابه دون وجود نظام تشخيصـي محدد ومتقن.

و أخيراً فإن تصـنيف الإضـطرابات النفسـية يمكن الأخصـائي النفسـي الإكلينيكي من تحديد الطرق العلاجيه الأكثر فعاليه في تخفيف الاضطراب النفسي (ترول، ٢٠٠٧).

ولتصـنيف الإضـطرابات النفسيه العديد من الوظائف مثل اختزال الأوصـاف السلوكية، وتوحيد المصـطلحات الإكلينيكية، وتيسـير التواصـل بين الإكلينيكيين في البحوث وفي الممارسات الإكلينيكيه، وتيسير جمع وتخزين واستعادة المعلومات الإكلينيكية. ومن هذه الوظائف ايضـاً وصـف أوجه التشـابه والاختلاف بين المرضـى النفسـيين بحيث تسـاعد معرفة التشـخيص على التوصـل الى معرفة الأعراض الإكلينيكيه لدى المريض. كذلك فإن من اهم وظائف تصـنيف الإضـطرابات النفسـيه التوصـل إلى التشـخيص وتوفير مفاهيم تفيد في صياغة نظريات ملائمة للسيكوباثولوجيا (مليكه، ٢٠١٠م) وهناك العديد من المشـكلات التي تواجه تصـنيف الاضـطرابات النفسـية ومع أن أنظمة التصـنيف تتطلع الى تقديم قائمه موضـوعيه من المعايير الموثوق فيها والتي يمكن بواسـطتها تشـخيص اعراض الإضـطراب النفسـي إلا أنها غير دقيقه (ديفي، ٢٠١٦) ونظراً لندرة الدراسـات العربيه التي تناولت تصـنيف الإضـطرابات النفسـيه – وذلك في حدود علم الباحث – فإن الدراسـة الحاليه تحاول الوقوف على أهم الصـعوبات التي تواجه عملية تصنيف الإضطرابات النفسيه.

في ضوء ماسبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحاليه في السؤال التالي :

ماهي أهم الصعوبات التي تواجه تصنيف الإضطرابات النفسية؟

أهداف الدراسه وأهميتها:

تهدف الدراسة الحاليه الى التعرف على أهم الصعوبات التي تواجه عملية تصنيف الإضطرابات النفسيه والمتمثله في صعوبة التوصل الى تعريف موحد ومتفق عليه للسلوك غير السوي. والصعوبة الثانيه تكمن في تعريف الإضطراب النفسي والصحه النفسيه. والصعوبة الثالثه تتمثل في الطريقه التي على أساسها يعتمد التصنيف، هل يعتمد على أسباب الإضطراب ام فحص زملة الأعراض. وتأتي الصعوبتان الرابعه والخامسه في انخفاض ثبات وصدق هذه النظم التشخيصيه والتصنيفيه. ثم تأتي الصعوبه السادسه في تأثر نظم التصنيف بالعوامل العرقيه والثقافيه وأخيراً فالصعوبة السابعه تتمثل في مدى تغطية وشمولية هذه النظم التصنيفيه لكل المشكلات النفسيه.

وتبرز أهمية الدراسه الحاليه في كونها الدراسه العربيه الوحيده التي تطرقت إلى الصعوبات التي تواجه تصنيف الإضطرابات النفسيه – وذلك في حدود علم الباحث – لذلك فالباحث يأمل أن تكون هذه الدراسه بمثابة نواة لدراسات مستقبليه عديده تتناول مشكلات تشخيص وتصنيف الإضطرابات النفسية.

مصطلحات الدراسة:

الإضطراب النفسي:

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقليه DSM-5 (2013) الإضطراب النفسي بأنه " متلازمه ذات دلاله اكلينيكيه تشير إلى اضطراب الفرد في الجوانب المعرفيه والانفعاليه والتنظيميه والسلوكية والتي تعكس الخلل في العمليات النفسيه والبيولوجية والنمائيه. وغالباً مايرتبط الإضطراب النفسي بعجز في النشاط الاجتماعي والمهني والنشاطات الآخرى (P.20).

التصنيف:

يعرف مليكه (١٩٨٠) التصنيف بأنه "عملية كشف أو إيجاد نظام يندرج فيه الأفراد المتشابهين أو الجماعات المتشابهة في طبقات أو فئات ينظر إليها كوحدات، ومن ثم

يمكن إختصار التعدد الطبيعي الهائل. والتصنيف هو إطلاق أسماء على هذا الترتيب للمسميات في أنماط لها معناها ودلالاتها" (ص٩).

ويعرف ياسين (١٩٨٦) التصنيف بأنه "عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي يفرز بها الأخصائي الأعراض، أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات، وتصنيف الحالات إلى أنواع متشابهه، والأفراد المرضى إلى مستويات محددة أو درجات مرضيه" (ص١٠٨).

التشخيص:

يعرف كوري وكوري وكالانان Corey, Corey & Callanan (١٩٨٤) التشخيص النفسي بأنه "اصطلاح عام يشمل عملية تحديد اضطراب انفعالي او سلوكي، والتوصل الى معرفة الحاله الحاليه للعميل. ويشمل التشخيص النفسي تحديد أسباب اضطرابات الفرد الانفعالية والنفسية والسلوكية مما يساعد بالتالي على اقتراح الطرق العلاجيه الصحيحه الملائمة للمشكلة (P.121).

ويعرف الربيعه (١٩٩٦) التشخيص النفسي بأنه "عملية تحديد نوع ودرجة الإضطراب الذي يعاني منه الفرد، سواء كان هذا الإضطراب انفعالياً او سلوكياً او نفسياً، وذلك بإستخدام نظام تشخيصي معين يتناسب مع بيئة الفرد (ص٣٥٩).

الإطار النظري:

يهدف تصنيف الإضطرابات النفسيه إلى تحقيق الآتي:

1 - اختزال الأوصاف السلوكية

2 - توحيد مصطلحات يفترض إتسامها بالثبات، وتيسير التواصل بين الإكلينيكيين في البحوث وفي الممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظريه.

3 - تيسير جمع وتخزين واستعادة المعلومات الإكلينيكية مما ييسر البحث عن المعلومات المرتبطه بأغراض معينه أو غيرها مما ييسر مهمة التشخيص والتنبؤ والعلاج.

4 - التشخيص أساسي للبحث الأبيديمولوجي (الوبائيات) لتحديد الفروق في تواتر الإضطرابات العقلية عبر الثقافات والأعراق والطبقات الإقتصادية والإجتماعية المختلفه.

5 - وصف أوجه التشابه والاختلاف الهامه بين المرضى السيكياتريين بحيث تؤدي معرفة التشخيص الى معرفة الأعراض التي يحتمل ظهورها لدى المريض.

6 - توفير مفاهيم أساسيه لصياغة نظريات ملائمه للسيكوباثولوجيا (مليكه، ٢٠١٠، ص ص ٦٧-٦٨).

ويعاني تصنيف الاضطرابات النفسية من مشاكل عديده منها:

1 - ان نظم تشخيص الاضطرابات النفسيه لايصنف الاضطرابات طبقاً لأسبابها بل يعتمد في ذلك على الأعراض. وعندما يعتمد الأخصائي في تصنيف وتشخيص الاضطراب النفسي على الأعراض فقط فإن هذا الإضطراب وان تشابهت اعراضه مع غيره من الاضطرابات قد تختلف أسباب حدوثه مما يجعله يحتاج الى طرق علاجيه تختلف عن غيره من الاضطرابات.

2 - تهتم نظم التشخيص بالتوصل الى مسمى مرض للفرد فصامي او مكتئب او غيرها وهذا قد يكون سبباً للوصمة والضرر او الإيذاء.

3 - تركز نظم التشخيص على تعريف الاضطرابات النفسيه على أنها كيانات منفصله بينما الكثير من الأدلة الحالية بدأت تقترح أن الإضطراب

النفسي قد يكون ذا أبعاد اكثر من كونه منفصلاً في كيانات (جراهام،٢٠١٦).

4 - إن كتيب التشخيص والإحصاء (DSM-5) يعطي مفهوماً للأمراض النفسيه والعقليه على أنها مجموعه أو باقه مكونه من مئات التصنيفات المميزه للإضطرابات، ولكن مايحدث في واقع الممارسه يقدم صوره مختلفه تماماً فعلى سبيل المثال نجد أن الإضطرابات ذات التعريفات المنفصله والفارقة والمدونه في كتيب التشخيص والإحصاء ترتبط معاً في الحدوث وهذا يسمى التلازم في الحدوث المرضي حيث يتم التشخيص للعميل غالباً بوجود اثنين او اكثر من الإضطرابات المميزه (اضطراب القلق واضطراب الوسواس القهري، او الاكتئاب الرئيس) ومما يثير الاهتمام في هذا أن هذا التلازم في الحدوث المرضي امر شائع الحدوث (جراهام،٢٠١٦،ص١١٠).

5 - تأثر نظم تصنيف الإضطرابات النفسيه بالعوامل العرقيه والشخصيه والثقافيه. هناك افتراض ان نسخ DSM القديمه لاتتأثر بالثقافه ولكن يلاحظ في DSM-4 المعدل وتحديداً في المحور الخامس ان الحياة العائليه والعمليه والتربوية ودورها في تطور الإضطرابات النفسيه يتم التعامل معا بمنظور غربي (Cave،2002).

ومن امثلة هذه التحيزات في التشخيص تشخيص السود الأمريكيين والأمريكيين من جنوب. أمريكا بالإكتئاب الذهاني بشكل اقل مما يحدث لدى البيض، ولكن احتمال تعرض السود الأمريكيين والأمريكيين من جنوب أمريكا للفصام اكبر من احتمال تعرض البيض له حتى بعد ضبط الشدة وحدة الأعراض. ومن التحيزات الأخرى احتمال إصابة الإناث بإضطرابات الشخصيه المسرحيه اكبر مما هو لدى الذكور، واحتمال تعرض الذكور

لإضطراب الشخصيه المضاده للمجتمع اكبر من احتمال تعرض الإناث له (Nathan & Langenbucher,1999).

ومن أوجه التحيز ايضـــاً توقع بعض الإكلينيكيين بأن الشـــخص الذي يستشيرهم مهنياً لابد وان يكون يعاني من اضطراب نفسي.

ويرى فايد (٢٠٠٥) ان الإكلينيكيين تعودوا بحكم المحيط الذي يعملون فيه ان يشخصوا انواعاً معينه من الإضطرابات النفسيه حتى ولولم يوجد دليل اكلينيكي على الإضطراب

6 – التغطيه والتي تعني مدى تغطية جميع الفئات التشـخيصـيه الموجودة في نظم التشخيص لجميع الإضطرابات النفسيه بحيث يستطيع الأخصائي وضع كل من يحتاج الى مساعدة ضمن الفئه التشخيصيه المحدده والتي تناسبه.

وقد نجحت النســخ المبكره من الDSM من تغطية جميع الاضــطرابات النفســيه في فئاتها التشخيصيه نظراً لأن عدد هذه الإضطرابات محدود. وحديثاً تعددت المشكلات النفسيه مما أدى الى تزايد أنواع الاضطرابات النفسيه لدرجة ان الفئات التشخيصيه الموجودة في نظم التشـــخيص لم تعد قادرة على اســـتيعاب جميع هذه الأنواع من الاضطرابات النفسيه. ولمواجهة هذه المشكله طرحت نظم التشخيص مسميات لفئات تشخيصيه جديده مثل غير محدد، غير متمايز (Cave,2002). فعلى سبيل المثال يوجد في نظم التشخيص نوع من الفصام يطلق عليه النمط غير المتمايز والذي ليس له اعراض اكلينيكيه ينفرد بها عن بقية أنواع الفصـام وإنما اعراضـه هي من اعراض أنواع الفصـام الأخرى. وطرحت نظم التشـخيص نوعاً للإضـطرابات الوجدانيه اطلقت عليه مسمى الإضطرابات الوجدانيه غير المحدده. (إبراهيم،١٩٨٨). ومن مشاكل التصنيف انه يعتمد على تشخيص وصفي لأعراض الإضطراب دون الاشاره الى أسبابه. كذلك فإن نظم التصنيف المعروفه مثل DSM–5 تصنف الإضطراب بطريقه فئويه (موجود

او غير موجود دون الاشاره الى مابين الموجود وغير الموجود) (Heugten,Kloet & Heugten,2015).

ومن اهم الصعوبات التي تواجه عملية تصنيف الإضطرابات النفسيه مايلي:-

اولاً: صعوبة التوصل إلى تعريف موحد ومتفق عليه للسلوك غير السوي:

لعل من اهم الصعوبات التي تواجه عملية تصنيف الإضطرابات النفسيه هي التمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. وهذه الصعوبه تعتبر في حد ذاتها من أهم العقبات التي تواجه العاملين في مجال الصحه النفسيه. ولعل السبب يعود الى كون بعض المنظرين يعرفون الشذوذ على أنه خلل في شخصية الفرد، بينما يعرف البعض على أنه من تأثير البيئه التي يعيش فيها الفرد. كذلك فإن التفريق بين السواء والشذوذ يختلف من ثقافته إلى أخرى. فما هو سوي في مجتمع ما قد يكون شاذاً في مجتمع آخر. وقد تم وضع عدد من المعايير للتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ منها على سبيل المثال المعيار الأخصائي والمعيار الاجتماعي والمعيار الذاتي والمعيار المثالي (زهران،١٩٩٧).

وهناك كذلك مجموعه من المعايير التي تم طرحها للتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ مثل تكرار السلوك، مدة حدوث السلوك، طوبوغرافية او شكل السلوك، شدة السلوك، وكمون السلوك (الخطيب،٢٠١٢).

وبمراجعة هذه المعايير يتضح بأنها جميعها لاتخلو من العيوب مما دفع الباحثين والمنظرين الى البحث عن طرق افضل من تلك المعايير السابقه. ومن هؤلاء سكوت الذي حاول تحديد المحكات الإجرائية لتعريف كل من المرض العقلي والصحه العقليه. فيرى سكوت ان المحكات الإجرائية التي تحدد المرض العقلي هي: ١- التعرض للعلاج النفسي. ٢- التوافق اللاسوي. ٣- التشخيص السيكياتوي. ٤- تقرير الفرد نفسه انه مريض ويحتاج للعلاج. ٥- نتائج تطبيق الإختبارات السيكولوجيه. ٦- عدم توفر الصحه العقليه او المحاوله الإيجابيه للإحتفاظ بها. ويحدد سكوت المحكات الإجرائية

التاليه لتحديد الصحة العقليه: ١- القدرة العامه على المواءمة والتكيف. ٢- القدرة على الإشـــباع الذاتي. ٣- الكفاءه في القيام بالأدوار الاجتماعيه. ٤- القدرة الذهنيه. ٥- ضـبط الإنفعالات والدوافع، والاتجاهات السـويه نحو الناس، والإنتاجية، والاسـتقلالية، والتكامل الناضـج، والاتجاهات السـويه نحو الذات (في مليكه،٢٠١٠،ص٧٠). وحتى هذه المحكات الإجرائية التي وضعها سكوت لتحديد المرض العقلي لاتخلو من العيوب. فعلى سـبيل المثال يرى سـكوت أن المريض العقلي هو الذي يتعرض للعلاج النفسـي، بينما المريض النفســي الذي لم يتعرض للعلاج النفســي ولم يذهب للطبيب النفســي لايعتبر مريضـاً نفسـياً طبقاً لتلك القاعدة. كذلك أشـار سـكوت الى أن المريض النفسـي هو الذي يعترف بأنه مريض ويحتاج الى علاج. وطبقاً لتلك القاعده فإن العصـــابي مضـــطرب نفســـي بينما الذهاني غير مريض نفســـياً. لأن الذي يعترف بعلته ولديه اســـتبصـــار هو العصـــابي فقط لذلك فهو يعترف بأنه يحتاج إلى علاج ويذهب إلى الطبيب النفسـي او الأخصـائي النفسـي بطوع ارادته. أما الذهاني فهو يفقد الإسـتبصـار Insight ولايعترف بعلته بل يصـر على أنه ليس مريضـاً ولذلك فهو يذهب الى الطبيب النفسي بالقوه إما عن طريق الشرطه او عائلته. فهل الذهاني يتمتع بالصحه العقليه؟

ثانياً: عدم التوصل إلى تعريف محدد ومتفق عليه بين المدارس العلاجيه على تعريف الإضطراب النفسي.

لقد تم طرح العديد من التعريفات للإضـــطراب النفســـي من قبل عدد من الباحثين. والملاحظ ان معظم هذه التعريفات غير دقيقه. فعلى ســـبيل المثال عرف كيوبي الإضـطراب النفسـي بأنه "نمط سلوكي مستمر بصوره غير عاديه لايملك الفرد ضـبطه إرادياً. ويميزه هذا السلوك عن غيره ويصـيبه بالعجز ويحول بينه وبين المشاركه العاديه في الحياة (في مليكه، ٢٠٠٩، ص٦٩). والمتأمل في هذا التعريف يجد انه لايقتصـــر فقط على الإضـطراب النفسـي، بل يشمل ايضـاً المصـاب بأمراض جسميه وكبير السن

الذي أصابه العجز مع العلم بأنه ليس مضطرباً نفسياً. وعندما يتم تعريف الإضطراب النفسي بأنه فقدان او تحريف الإتصال بالواقع فهذا ينطبق فقط على الذهاني ولاينطبق على الفئات السيكيانزيه الأخرى مثل العصاب. لذلك فإن التوصل الى تعريف شامل ومحدد للإضطراب النفسي اصبح يشكل صعوبه اساسيه تواجه عملية تصنيف الإضطرابات النفسيه. ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقليه DSM-5 (2013) الإضطراب النفسي بأنه ((متلازمة ذات دلاله اكلينيكيه تشير إلى اضطراب الفرد في الجوانب المعرفيه والإنفعاليه والتنظيميه والسلوكية. وغالباً مايرتبط الإضطراب النفسي بعجز في النشاط الاجتماعي والمهني والنشاطات الأخرى (P.20) اما التصنيف العالمي العاشر للأمراض ICD-10 فيعرف الإضطراب النفسي بأنه مجموعه من الأعراض او السلوكيات التي يمكن التعرف عليها اكلينيكياً والتي ترتبط في معظم الحالات بألم او كرب، وتصطدم او تتداخل بالأدوار الشخصيه.

لذلك يتفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقليه والتصنيف العالمي العاشر للأمراض على ثلاثة مبادئ أساسية لتعريف الإضطراب النفسي. هذه المبادئ هي كما يلي:

1 - وجود ألم نفسي او عضوي واضح.
2 - ان يصاحب الإضطراب قصور ذو دلاله اكلينيكيه في النواحي الشخصيه والمهنيه للمريض.
3 - لايكفي تعريف الإضطراب او الحكم على وجوده من خلال الصراع الدائر بين الفرد والمجتمع، او انحراف سلوكه عن معايير المجتمع.

من خلال هذا العرض يتضح ان مفهوم الإضطراب النفسي يفتقر الى تعريف إجرائي محدد ومتفق عليه من قبل المدارس العلاجيه المختلفه (في عبدالرحمن،٢٠٠٠).

ثالثاً: الكيفيه التي يقوم على أساسها التصنيف، هل هي زملة الاعراض ام الأسباب؟

تختلف الكيفيه التي يقوم على أساسها تصنيف الإضطرابات النفسيه حسب التوجه النظري والفلسفي للأخصائي النفسي الإكلينيكي. فالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقليه على سبيل المثال يصنف الإضطرابات النفسيه معتمداً على الأعراض بشكل كامل ومتجاهلاً أسباب الإضطرابات النفسيه (جراهام،٢٠١٦) والتشخيص على أساس الأعراض قد يعطي وهماً بالتفسير عندما لايكون اكثر من مجرد وصف للأعراض (١٩٩٦، Carson في جراهام،٢٠١٦) وهكذا فإن قولنا ان المريضه تسمع اصواتاً لأن لديها فصام يبدو وكأنه تفسير للحاله، ولكن من خلال كتيب التشخيص والإحصاء (DSM) فإن الفصام يعني مصطلحات تجميعية للأعراض المحدده (جراهام، ٢٠١٦، ص١٠٨) ونظم التشخيص الحديثه مثل DSM–5 الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقليه تهتم بإخفاء اسم "اضطراب" معين على الأفراد معتمده في ذلك على أعراض الإضطراب. وهذا قد يكون سبباً للوصمة واحداث الضرر للفرد ويتمثل ذلك في تعزيز الإضطراب النفسي لدى الفرد.

كذلك فإن نظم التشخيص الحديثه مثل DSM–5 تسعى الى تحديد وتعريف الإضطرابات النفسيه على أنها كيانات منفصله (جراهام، ٢٠١٦) وتؤكد الكثير من الدراسات والأبحاث الحديثه على أن الإضطراب النفسي او العقلي قد يكون ذا ابعاد اكثر من كونه منفصلاً (في جراهام، ٢٠١٦، Kruger & Piasecki, 2002) والفئات التشخيصيه التي تضمنتها نظم التشخيص الحديثه والتي وضعت اعتماداً على اعراض الاضطراب، أصبحت غير قادره على شمول كل من يحتاج الى مساعده وذلك بسبب وضع معايير اكثر دقه وعدداً مما جعل هذه النظم التشخيصيه تقترح مسميات لتلك الإضطراب مثل (غير محدد)، غير معينه، او على نحو آخر (Cave, 2002). ولذلك فإن نظم التشخيص مثل DSM–5 تتجنب أي اقتراح عن سبب الإضطراب الا اذا كان السبب محدداً بدقه. وهذا يعني ان التشخيص يتم عمله بشكل كامل تقريباً على

أساس الأعراض السلوكيه الملاحظه وليس على أساس أي افتراضات او اقتراحات عن السبب او الأسباب المحدده للأعراض (جراهام، ٢٠١٦، ص١٠٨).

رابعاً:انخفاض الثبات والصدق بين الإضطرابات النفسيه التي تتضمنها نظم التشخيص مثل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقليه DSM-5.

لقد كانت النسخ القديمه من الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقليه DSM تعاني من انخفاض الثبات، اما في النسخ الحديثه من DSM مثل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقليه فقد اصبح الثبات مقبولاً عندما يكون المطلوب هو الحكم على فئات واسعه من السلوك مثل عصاب او ذهان، ولكن الثبات ينخفض اذا كان المطلوب على سبيل المثال تحديد مدى خطورة المريض على نفسه أي ميوله للإنتحار.

(إبراهيم، ١٩٨٦).

والخلاصه ان الثبات يكون جيداً بالنسبه للتصنيفات الأساسيه مثل اضطرابات الفصام، واضطرابات المزاج، واضطرابات القلق.

اما بالنسبه للتصنيفات الفرعيه مثل أنواع الفصام، وأنواع اضطراب المزاج، وأنواع اضطرابات القلق فلا تزال في حاجه الى رفع مستوى ثباتها (Sterling & Hellewell، 1999).

اما الصدق فيقصد به في نظم التشخيص دقة المعلومات التي تتضمنها كل فئه تشخيصيه عن الأشخاص المنتمين الى تلك الفئه. أي ان تكون تلك الفئه التشخيصيه تضم اشخاصاً ذوي اعراض مرضيه متجانسه.

وحتى الآن لاتوجد أدلة علميه واضحه على أن التصنيفات المستخدمه في ICD و DSM لإضطرابات الفصام او القلق او المزاج تمثل مجموعات منفصله عن بعضها البعض بشكل محدد وذلك لوجود تداخل بين اعراضها.

ولكي تكون تصـــنيفات الفئات الفرعيه صـــادقه لابد ان تكون الحدود الفاصـــله بينها واضـــحه ســـواء في حالة الإعتماد على زملة من الأعراض او في حالة الإعتماد على الأسباب (Kendall & Jablensky, 2003). ولتحقيق صدق الفئات التشخيصيه في نظم التشـــخيص يجب الإعتماد على تجانس التصـــنيفات وعلى كون الأعراض تختلف من فئه تشخيصيه الى أخرى. ويعاني DSM من ضعف التجانس في التصنيف، فعلى ســـبيل المثال توجد فروق كثيره بين الفصـــاميين لدرجة انه من الصـــعب احياناً معرفة ماهي الأعراض المشـــتركه لديهم، كما ان هناك تداخلاً بين اعراض اشـــخاص يعطون تصـــنيفات مختلفه مثل وجود الإكتئاب لدى من يعانون من بعض أنواع القلق (Cave, 2002).

ان انخفاض الثبات وضـــعف الصـــدق قد يؤدي الى وجود اكثر من اضـــطراب لدى الشـــخص الذي تم وضـــعه ضـــمن فئه تشـــخيصـــيه معينه. (Kapadia, Desai & Parikh, 2020).

خامساً: تأثر نظم تصنيف الإضطرابات النفسيه بالعوامل العرقيه والشخصيه والثقافيه.

هناك افتراض ان نســـخ DSM القديمه لا تتأثر بالثقافه ولكن يلاحظ في DSM-4 المعدل وتحديدا في المحور الخامس ان الحياة العائليه والعمليه والتربيه لها دورها في تطور الإضطرابات النفسيه، ويتم التعامل معها بمنظور غربي (Cave, 2002). ومن أمثلة هذه التحيزات في التشـخيص تشـخيص السـود الأمريكيين والأمريكيين من جنوب أمريكا بالإكتئاب الذهاني بشـــكل أقل مما يحدث لدى البيض، ولكن احتمال تعرض السود الأمريكيين والأمريكيين من جنوب أمريكا للفصام اكبر من احتمال تعرض البيض له حتى بعد ضبط الشدة وحدة الأعراض. ومن التحيزات الآخرى احتمال إصابة الإناث بإضـطرابات الشـخصـيه المسـرحيه اكبر مما هو لدى الذكور، واحتمال تعرض الذكور لإضـــطراب الشـــخصـــيه المضـــاده للمجتمع اكبر من احتمال تعرض الإناث له. (Nathan & Langenbucher, 1999)

ومن أوجه التحيز ايضاً توقع بعض الإكلينيكيين بأن الشخص الذي يستشيرهم مهنياً لابد وأن يكون يعاني من اضطراب نفسي. ويرى فايد (٢٠٠٥) أن الإكلينيكيين تعودوا بحكم المحيط الذي يعملون فيه ان يشخصوا أنواعاً معينه من الإضطرابات النفسيه وحتى ولو لم يوجد دليل اكلينيكي على الإضطراب.

سادساً: التغطيه والتي تعني مدى تغطية جميع الفئات التشخيصيه الموجودة في نظم التشخيص لجميع الإضطرابات النفسيه بحيث يستطيع الأخصائي وضع كل من يحتاج الى مساعدة ضمن الفئه التشخيصيه المحدده والتي تناسبه.

وقد نجحت النسخ المبكره من ال DSM من تغطية جميع الإضطرابات النفسيه في فئاتها التشخيصيه نظراً لأن عدد هذه الإضطرابات محدود. وحديثاً تعددت المشكلات النفسيه مما أدى الى تزايد أنواع الإضطرابات النفسيه لدرجة ان الفئات التشخيصيه الموجوده في نظم التشخيص لم تعد قادره على استيعاب جميع هذه الأنواع من الاضطرابات النفسيه. ولمواجهة هذه المشكله طرحت نظم التشخيص مسميات لفئات تشخيصيه جديده مثل غير محدد، غير متمايز. (Cave, 2002). فعلى سبيل المثال يوجد في نظم التشخيص نوع من الفصام يطلق عليه النمط غير المتمايز والذي ليس له اعراض اكلينيكيه ينفرد بها عن بقية أنواع الفصام وإنما اعراضه هي من اعراض أنواع الفصام الأخرى. وطرحت نظم التشخيص نوعاً للإضطرابات الوجدانيه اطلقت عليه مسمى الإضطرابات الوجدانيه غير المحدده. (إبراهيم، ١٩٨٨). ومن مشاكل التصنيف انه يعتمد على تشخيص وصفي لأعراض الإضطراب دون الاشاره إلى أسبابه. كذلك فإن نظم التصنيف المعروفه مثل DSM-5 تصنف الإضطراب بطريقه فئويه (موجود او غير موجود دون الإشاره إلى مابين الموجود وغير الموجود). (Heugten, Kloet & Heugten, 2015).

التوصيات والدراسات المقترحه:

1 - يوصـــى الباحث بتشـــكيل لجنة من أســـاتذة الجامعات والمتخصـصـين في علم النفس العيادي وعلم النفس الإرشـادي والطب النفسـي وذلك لعمل دليل تشـخيصـي للإضـطرابات النفسـيه متوافقاً مع ثقافة المجتمع الســـعودي وآخذاً في الإعتبار الصـــعوبات التي تواجه تصنيف الإضطرابات النفسيه حتى يتم التغلب عليها.

2 - يوصـى الباحث بإجراء دراسـات ميدانيه على أساتذة الجامعات المتخصـصـين في علم النفس العيادي وفي علم النفس الإرشـادي وفي الطب النفسـي لمعرفة الصـعوبات التي تواجه تصـنيف الإضـطرابات النفسيه وذلك من وجهة نظرهم.

3 - يوصـى الباحث بإجراء دراسـات ميدانيه على الأطباء النفسـيين والإخصـائيين النفسيين العاملين في مستشفيات الصـحه النفسيه لمعرفة الصـعوبات التي تواجه تصـنيف الإضـطرابات النفسـيه وذلك من وجهة نظرهم.

المراجع

أولاً : المراجع العربيه:

1. إبراهيم، عبدالستار (١٩٨٦) علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي، الرياض، دار المريخ.
2. إبراهيم، عبدالستار، عسكر، عبدالله (٢٠٠٨) علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، القاهره مكتبة الأنجلو المصريه.
3. ترول، ج، تيموثي (٢٠٠٧) علم النفس الإكلينيكي. ترجمة فوزي شاكر طعيمه داود وحنان لطفي زين الدين، عمان دار الشروق للنشر والتوزيع.
4. الخطيب، جمال محمد (٢٠١٢) تعديل السلوك الإنساني، عمان، الأردن، دار الفكر.
5. الربيعه، فهد عبدالله (١٩٩٦) آراء الأطباء النفسيين العاملين في مستشفيات الصحه النفسيه بالمملكه العربيه السعوديه في عملية التشخيص النفسي: دراسة استطلاعيه. دراسات نفسيه. م٦ ع٣، ص ص ٣٨٧-٤١٠.
6. جراهام د. (٢٠١٦) علم النفس المرضي: البحث، التقييم، والعلاج في علم النفس الإكلينيكي. ترجمة فيصل محمد الزراد ومحمد صبري سليط، عمان، دار الفكر.
7. خليل، الهام عبدالرحمن (٢٠٠٤) علم النفس الإكلينيكي: المنهج والتطبيق، القاهره، ايتراك.
8. ربيع، محمد شحاته; يوسف، جمعه سيد; عبدالله، معتز سيد (١٩٩٥) علم ا لنفس الجنائي، القاهره دار غريب.
9. زهران، حامد عبدالسلام (١٩٩٧) الصحه النفسيه والعلاج النفسي. القاهره، عالم الكتب.

10. عبدالرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠) مدخل إلى الصحه النفسية، عمان دار الفكر.
11. عبدالرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠) علم الأمراض النفسيه والعقلية: الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج. القاهره دار قباء للطباعة والنشر.
12. فايد، حسين علي (٢٠٠٥) علم النفس الإكلينيكي: البحث والممارسه، الإسكندرية، حورس للنشر والتوزيع.
13. مليكه، لويس كامل (١٩٨٠) علم النفس الإكلينيكي. الجزء الأول، التشخيص والتنبؤ في الطريقه الإكلينيكيه، القاهره، الهيئه المصريه العامه للكتاب.
14. مليكه، لويس كامل (٢٠١٠) علم النفس الإكلينيكي، القاهره، دار الفكر.
15. ياسين، عطوف محمود (١٩٨٦) علم النفس العيادي (الإكلينيكي)، بيروت، دار العلم للملايين.

ثانياً :المراجع الأجنبيه:

16. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition, Washington D.C.

17. Cave, S. (2002) Classification and Diagnosis of Psychological Abnormality. Contributors Taulor & Francis. New York.

18. Corey, G; Corey M. & Callanan, (1984) P. issues and ethics in the helping professions (2^{nd} ed.). Monterey, Calif. Brooks | Cole.

19. Heugten; Kloet & Heugten. The classification of Psychiatric disorders according to DSM-5 deserves an internationally standardized psychological test battery on symptom level. Frontiersin psychology August 2015/volume 6 Article 1108

20. Kapadia, M.; Desai,M. & Parikh, R. (2020). Fractures in the framework: Limitations of classification systems in psychiatry. Dialogues in clinical Neuroscience. Http://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/reparikh

21. Kendell, R. & Jablensky A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of Psychiatric Diagnosis. The American Journal of psychiatry. 160, 4-12.

22. Nathan & Langenbucher (1999) Psychopathology: Description and classification of Annual review of psychology.

23. Stirling, Hellewell (1999) Psychopathology. Routledge, London.

Abstract:

This study aimed at discussing the difficulties of the classification of Mental Disorders.

These difficulties include the definition of mental disorder, the definition of abnormal behavior, did the classification depend on symptoms or reasons, low validity and reliability among mental disorders, the effect of ethnic and cultural factors on the classification of mental disorders, and the coverage of the diagnostic categories to all mental disorders.

Finally, the researcher offered some recommendations for further studies.