دروس في مقياس علم النفس المرضي

موجهة الى طلبة السنة الثانية علم النفس

جذع مشترك

من تقديم الاستاذة: بوشارب فوزية

البرنامج:

- مدخل إلى علم النفس المرضي
- تاريخ علم النفس المرضي
- تعريف علم النفس المرضي
- تعريف السواء و اللاسواء
- منظومة تصنيف الاضطرابات النفسية
- بعض المفاهيم القاعدية في علم النفس المرضي

_ مدخل:

يعتبر علم النفس المرضي أحد الفروع الذي يهتم بدراسة هذه الظواهر. فهو الفرع النظري الذي تعتمد عليها الفروع التطبيقية. يطلق على علم النفس المرضي اسم علم النفس الشواذ أيضا. فهو علم يهتم بالشق المرضي للظاهرة النفسية و يبحث في السلوك المضطرب أو نواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي. يهتم بطبيعة تطور كل أشكال الاضطرابات النفسية من حيث تصنيفها، تحديد أسبابها وتشخيص وكيفية عالجها والوقاية منها.

1_ تاريخ علم النفس المرضي:

عرف الاضطراب النفسي والعقلي منذ قديم الزمان ،و ظهرت عدة محاولات لفهم وتأمل أعراضها والتعرف على أسبابها. إذ كانت تنسب في البداية للتملك من قبل الأرواح الشريرة أو الشياطين التي لها القدرة على الولوج إلى جسد الإنسان فتسبب له اضطرابات عقلية و نفسية. و بعدها أصبح ينظر إليهم باعتبارهم سحرة يودعون في السجون و يتعرضون للتعذيب والاضطهاد. و توالت هذه التفسيرات عبر التاريخ في مختلف الحضارات حتى نادى الطبيب الفرنسي فيليب بينيل Pinel سنة ()1793 بضرورة البحث عن أسباب الأمراض العقلية في البنى البيولوجية والفيسيولوجية للمريض ،و ليس في القوى الغيبية الميتافيزيقية. استعمل مصطلح علم النفس المرضي psychopathologie بداية في ألمانيا سنة (1878) عن طريق طريق ايمنغوس Emminghaus و جنزريك Janzarik. غير أنه كان يوازن بالطب العقلي الإكلينيكي ، و ظهر علم النفس المرضي فيما بعد كفرع قائم بذاته في بداية القرن العشرين بفرنسا أين اخذ علم النفسي حينها منحى علميا ،عزل عن المرض العقلي و ابتعد بالتالي عن منهج الطبي الفلسفي. و قام ريبو T. Ribot من خلال استناده على علم النفس العلمي بابتكار "المنهج الباتولوجي" la méthode pathologique الذي سعى لفهم علم النفس السواء من خلال دراسة اللاسواء ، فنتج عنه Psychologie pathologique كفرع من فروع علم النفس العلمي. و تم بعدها التخلي عن هذا المصطلح لصالح مصطلح علم النفس المرضي psychopathologieتجنبا للغموض الذي كان يلف علم نفس الباتولوجيا , psychologie du pathologiqueو باتولوجية علم النفس pathologie du psychologique.

2_ تعريف علم النفس المرضي:

pathologique psychologie du normal et du

رغبة في الالتفاف حول رؤية موحدة تتمثل فيما جاء به.Ribot وكان إصدار كتاب "Psychopathologie générale ل Jaspers بألمانيا سنة (1913) وكتاب فرويد Psychopathologie de la vie quotidienne كدفعة قوية لبروز علم النفس المرضي كما هو في وقتنا الحالي (Bonnet et Fernandez,2012, pp:5,8)

و انفصل علم النفس المرضي كفرع خاص بعيد عن الطب العقلي بالرغم من تقارب ميادين نشاط ومواضيع بحث هذا الأخير بعلم النفس المرضي. و تحددت أهداف وميادين ومنهجية علم النفس المرضي شيئا فشيئا بفضل الجهود المتواصلة للمختصين.

علم النفس المرضي psychopathologie، يشير المفهوم إلى مجمل النظريات التي تطرح تفسير و فهما لهذه للاضطرابات بالكشف عن الميكانيزمات الأساسية و السببية المؤدية إليها و تحديد ما من شأنه التقليص من الألم الناتج. و ينبه الباحثين إلى ضرورة عدم الخلط بينه وبين مصطلح psychopathieالذي يشير إلى اضطراب الشخصية ضد اجتماعية.

و يعرفه Bergeret(2003) بأنه دراسة الجانب النفسي و اضطراباته ،يهدف إلى تشخيص و تصنيف الاضطرابات النفسية و أسبابها و صراعات الشخص الداخلية أو الخارجية في سعيه للتكيف. و بالتالي فإن علم النفس المرضي يعرف على أنه العلم الذي يهتم بالجانب المرضي للظاهرة النفسية و ذلك بدراسة التطور النفسي للفرد و اضطراباته بهدف تصنيف و تشخيص الاضطرابات النفسية منها و العقلية. يهتم علم النفس المرضي بجميع أنواع الاضطرابات التي تعيق توافق الفرد مع بيئته الاجتماعية سواء كانت الاضطرابات وجدانية ،عقلية ،سلوكية أو نفسوجسدية ،فتؤدي لفقدان الفرد إلى العالقة المتوازنة بمحيطه جزئيا أو كليا. (jeffrey et al, 2009, p.10)

3_ **السواء و اللاسواء في علم النفس المرضي:**

لقد انصب عدد من الباحثين على جدلية السواء/ المرضي. و يطلق على علم النفس المرضي أيضا اسم علم نفس الشواذ أو الالسواء. فماذا يقصد بالشذوذ أو اللاسواء؟ و ما هي المحكات و المعايير التي تحدد ماهية السواء والمرضي؟

من بين التحديات الرئيسية التي تواجه العاملين بمجال الأمراض النفسية هو كيفية تحديد السلوك السوي و السلوك اللاسوي أو المرضي. و يشير السواء إلى حالة من التكامل الوظيفي و القدرة على توافق الفرد مع نفسه و مع بيئته و الشعور بالسعادة. أما اللاسواء فهو الانحراف عما هو عادي وعدم التوافق الشخصي و الانفعالي و الاجتماعي.(عبد الرزاق غريب و آخرون ،2008 ،ص11)

و يطلق السلوك اللاسوي على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف و جماعة معينين ،لكن لا يعني أنه مرضي بل هو يخالف المعتاد ،فغير العادي ليس مرضيا بالضرورة ،و لا المعتاد سويا دوما(ميموني،2001 ،ص36).و هناك طريقتين يمكن من خلالهما التعرف على الشواذ:

- على أساس جدلية الأضداد و تعريف الشيء بما يناقضه كالخير/ الشر ،الأبيض/ الأسود ...و من هذا المنظور فان السلوك السوي هو ما هو غير سوي.

- وصف مكوناتها الأساسية: و قد وضع الباحثون عددا من الصفات اعتبروها محددة للسلوك السوي و منهامحددة للشخص السوي. و قد أجملها (Marcelli et Cohen, 2009, p.p. 9-10)في القدرة العامة على المواءمة والتكيف ،القدرة على الإشباع الذاتي والكفاءة في القيام بالأدوار الاجتماعية والقدرة الذهنية ،وضبط الانفعالات والدوافع و الاتجاهات السوية نحو الذات والمجتمع ،الإنتاجية والاستقلال والتكامل. و هو ما لخصه فايد (2004) Buss ,Reicherts ،2008 ،في Janssen (2015) فيما يلي:

- الفعالية: فالشخص السوي يصدر عنه سلوك فعال و سلوك موجه نحو المشكلات و له أهداف محددة.

- الكفاءة: فالشخص السوي يعرف إن كانت محاولاته غير فعالة و لا يمكنه بلوغ أهدافه ،فهو بالتالي يتقبل نفسه و يتسامح مع أخطاءه الشخصية دون مساس بتكامل شخصيته و يتقبل الإحباط و ضياع الأهداف و يعيد توجيه طاقاته و يكون قادرا على الابتكار في حياته .و في ذلك يقول J.Nuttin " الدينامية الأساسية للتكيف ليست التكيف مع المحيط بل تحقيق الذات في المحيط " أي أن تكون للفرد أهدافا و غايات يشخص نحوها.)ميموني ،2001 ،ص(10.

- الملائمة: تصرفات الشخص السوي ملائمة لادراكاتنا و متناسبة مع الواقع. و بالرغم من تعرضه لمشاعرسلبية فهي ترتبط ارتباطا مناسبا بالمواقف و الظروف التي تعرض لها و لا تؤثر فيه تأثيرا ضارا. و كذا القدرة على التحكم في التقلبات الوجدانية و المزاجية.

- المرونة: و تشير لقدرة الشخص السوي على التكيف و التوافق مع مواقف و ظروف الحياة المتغيرة بتعديل استجاباته وفق ما تستلزمه هذه التغيرات. و أن تكون له مقدرة عالية على التصرف باتساق فيمختلف المواقف من دون تصلب أو جمود.

- القدرة على الاستفادة من الخبرة و التجارب السابقة: تشير لقدرة الشخص السوي على تعديل الأخطاء و جوانب القصور النفسي و العقلي و الاجتماعي.

- القدرة على التواصل الاجتماعي: تتميز العالقات الاجتماعية للشخص السوي بالاقتراب و الاستقلال فيالوقت ذاته و تكوين علاقات شخصية و اجتماعية فعالة غير مستهجنة من طرف الآخر.

- تقدير الذات و التوافق معها: يتصف الشخص السوي بتقدير ايجابي للذات دون إفراط أو تفريط و وجودإحساس متميز بالهوية و الذاتية.

و يحدد) Jeffrey, Spencer ,Beverly (2009المعايير التي يمكن من خلالها تحديد اللاسوي أو المرضي في النقاط التالية:

-الإدراك السيئ و التأويل المشوه للواقع

- القيام بسلوكات خطيرة مهدمة تضر بالذات أو بالآخرين

- الشعور بالألم و عدم الراحة وتقرير الفرد عن نفسه أنه مريض ويحتاج إلى علاج غير أن ذلك لا يصح على الحالات الذهانية .أما المرض النفسي ،فيعرفه (عبد الرزاق غريب وآخرون ،2008 ،ص 7). بأنه اضطراب وظيفي فيالشخصية نفسي المنشأ يبدوا في صورة أمراض نفسية و جسمية و يؤثر في سلوك الفرد و يعيق توافقه النفسي و ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه. و أن المرض النفسي أنواع و درجات فقد يكون خفيف أو شديد يستعصى عالجه. و للإشارة ،فإن المرض النفسي ليس هو السلوك المرضي .فبينما يظهر هذا الأخير بطريقة عابرة ،فإنه في الحالة المرضية تظهر الأعراض بمدة وحدة أشد ،و قد تطول أو تقصر. فالسلوك الهستيري ليس التحويل الهستيري مثال ،كما أن السلوكات الفوبية ليست هي عصاب الفوبيا.

و عموما يتم تعريف المرض النفسي في ضوء واحد أو أكثر من المحددات التالية:

- الحدود غير المتكررة للسلوك - ،انتهاك المعايير - ،التعاسة الشخصية - ،العجز مع وجود القلق - ،عدم التوقع.

4- <u>معايير و محكات السواء و اللاسواء في علم النفس المرضي</u> : يستلزم الاعتماد على محكات السواء و اللاسواء في علم النفس المرضي لتحديد مفهوم الصحة النفسية و تحديد المظاهر التي تعبر عن الصحة النفسية السليمة تحديداً واضحا ،و من بين أهم المعايير التي تعتمد لتحديد السوي والمرضي نذكر:

4-1- المعيار الإحصائي :إحصائياً الشذوذ هو ما ينحرف كمياً عن المتوسط حسب منحنى قوص Gauss أو المنحنى الجرسي (التوزيع الاعتدالي) ،و اللاسوي هو المنحرف عن هذا المتوسط بالزيادة أو بالنقصان. لكن الخروج عن المعتدل لا يشير بالضرورة إلى

اللاسواء ،كما أن تسجيل الاعتدالية و عدم الانحراف عن الوسط و أن يكون الفرد مثل "الجميع" كما تقول لا يشير بالضرورة لكون الفرد سويا. فالقياس الموضوعي يختلف عن القياس النفسي النسبي (. Bonnet et Fernandez,2012, p.18)

4-2- المعيار الاجتماعي الثقافي: يشير التوافق مع ما يتوفر في المجتمع اللاسواء ،حيث يتخذ من القيموالنظم الاجتماعية و الثقافية أساسا للحكم ،وعلى هذا الأساس يعتبر كل ما لا يتفق مع ما يتوقعه المجتمع من أساليب سلوكية غير سوي. فما تعتبره بعض المجتمعات سواء ينظر إليه في مجتمع أخر على أنه نوع من الشذوذ ،و ما يعتبر عادياً في ثقافة قد لا يعتبر عادياً في ثقافة أخرى. و عليه ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار السلوك ذاته في إطاره الاجتماعي الثقافي. (Scialom, 2006, p.7)

4-3- المعيار الذاتي: ما يؤخذ من قرارات أن الفرد يتخذ من ذاته إطارا مرجعيا ،و كذا نظرة الأفراد كإطارم رجعي يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسواء أو عدمه من خلال انسجامه مع أفكارهم أو آراءهم الذاتية. ففيه الاعتماد على الحكم الشخصي على ما يألفه الفرد و الآخرون و يقبلونه و يتلاءم مع ما يرغبون به من وجهة نظرهم الشخصية. غير أن ذلك يغلق الباب عمليا أمام كل بحث علمي بسبب عدم القدرة على التعميم واقامة القوانين.

و ترى Grebot et Orgiazzi Billon-Gallad (2001) بضرورة إضافة معيار المثالية و التي تتخذ كمحك لتحديد السواء ،إضافة إلى معيار السواء الوظيفي للفرد مع ذاته و قدرته على االسترداد بعد تعرضه لبعض المنغصات ما يشير إلى وجود استم اررية في توظيف جهازه النفسي.

<u>و في الأخير</u>: فإن هذه المعايير أو المحكات هي حلول جزئية لتحديد السواء و اللاسواء ،إذ وجدنا أن كل معيار يركز على جانب و يهمل بقية الجوانب ،ومن هنا تبرز الحاجة إلى منظور تكاملي تتم فيه الاستفادة من مميزات كل المعايير. فالسواء و اللاسواء مفهومان لا يمكن أن يفهم احدهما بالرجوع للأخر فقط ،ثم أن الفرق بينهما في الدرجة و ليس في النوع ،فكل الأشخاص يمكن ترتيبهم على سلسلة ممتدة بين السواء و اللاسواء و بين الصحة و المرض النفسي ،و يتفق المختصون في المجال بأن الحدود بين العادي و المرضي تبقى غامضة ،. (De Oliveira et Bioy , 2013, p.6)فالسواء و اللاسواء مفهومان نسبيان في مراحل العمر المختلفة ،في الأزمنة المختلفة و في الثقافات المختلفة.(عبد الرزاق غريب و آخرون،2008،ص11)

5_ **منظومة التصنيف في علم النفس المرضي:**

يعتمد علم النفس المرضي على عدة مفاهيم و أبعاد متميزة من خلال تحديد الأعراض و البحث عن سببها ،وصفها و تصنيفها لأجل تشخيص سليم.

5-1- المفاهيم المرتبطة بعلم النفسة المرضي:

5-1-1- السيميولوجية أو الأعراضية La sémiologie: يعتبر البحث عن الأعراضية أول خطوة يقوم بها المختص في أثناء المقابلة العيادية. و قد اقترح مصطلح سيميولوجيا في مجال العلوم الإنسانية من طرف de Saussure حتى يميز بينه و بين السيميائية sémiotique في علم اللغات. يرتكز على البحث عن الإشارات " "signes التي تساعد على وصف الاضطرابات من خلال الملاحظة الدقيقة للإشارات و الأعراض في الحالات الباثولوجية والتظاهرات الإكلينيكية لخلل التنظيم. و يتم خلال الفحص السيميولوجي البحث عما يختبره الفرد ذاتيا و ما يتظاهر خارجيا لمعاشه ،بمعنى سلوكه. يقوم المختص بإعطاء معنى للملاحظات السيميولوجية مع الأخذ بعين الاعتبار قصة المريض و إدماج الإشارات و الأعراض في إجراء دينامي. مع العلم أن كل حالة هي حالة فريدة في حقيقتها ،في ألمها ،معاشها النفسي و معاشها الذاتي.

- يشير العرض Symptôme إلى الإنتاج العفوي المستثار عند المريض ،يعبر عن الجانب الملاحظ من الاضطراب ،و الإشارات Signesإلى الظواهر الواضحة (العرض) التي تمكننا من معرفة ما هو كامن.

و هناك من الباحثين من يميز بين العرض symptômeو الإشارة ،signe حيث يشير هذا الأخير إلى المظهر الموضوعي الملموس لحالة مرضية أو باثولوجية. أما العرض فتشير إلى الشكاوي الشخصية الذاتية التي يتقدم بها المفحوص. و هو ما أكد عليه مؤلفوا (DSM) اللذين يرون بأن "العرض يحدد في الشكاوى الذاتية و يشمل الإشارات الموضوعية لحالة باثولوجية".

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. أما زملة الأعراض أو التناذر Syndrome فتشير إلى مجموع الإشارات و الأعراض المتلازمة التي تسير جنبا إلى جنب ،و يشكل تلازمها و اقترانها مع بعضها البعض تظاهرة مرضية خاصة قائمة بذاتها.

ولغموض الأسباب المؤدية للاضطرابات النفسية و العقلية حيث تشترك مجموعة أسباب مجهولة مع السبب المباشر ،نتحدث عن أنواع الاضطرابات النفسية والعقلية ولاسيما عند تصنيفها وتبويبها من حيث صورها الإكلينيكية على أنها تلازمات مع ضرورة إعادة النظر فيها بصفة دورية يرجع الاختلاف كل حالة مرضية عن الأخرى. فالحالات المرضية هي مجرد صور إكلينيكية مختلفة و أنماط معينة للاستجابة.

5-1-2- االتيولوجيا أو السببية :Etiologie يبحث عن أصل الاضطراب في الحياة الخاصة للمريض ،أي البحث عن مسار ظهور الاضطراب (متى ظهر؟ و الظروف التي أحاطت به) و بالخصوص البحث عن قصة الفرد النفس نشوئية (كيف ينتظم؟ كيف يتصرف؟ و كيف يطور اضطراب ما؟) .وكان فرويد قد أشار إلى أن العرض ذو عالقة وطيدة مع مجمل الشخصية الواعية للفرد ،و لكن اللاواعية منها بالخصوص.

5-1-3- 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.

5-1-4- النزولوجيا :La nosologieو تسمى أيضا taxonomieأي علم التصنيف أو التبويب و يشيرإلى نظام تصنيف الإشارات الباثولوجية بإعطاء مرجعية للاضطرابات في علم النفس المرضي وتبويبها classification. يستدعي مرجعية نظرية عن أسباب الاضطراب و التغييرات الباثولوجية التي تميزالمرض. و للإشارة؛ فإن الأعراض يمكنها أن تبعث لعدة وحدات نفسومرضية ،و يمكن لعرض واحد أن ينتمي للعديد من الجداول العيادية.

5-2-التشخيص :Le diagnosticالتشخيص أساسا عبارة عن فرضية. و لكن ليست تأكيد نهائي في أي حال من الأحوال ،و ليست إلصاق بطاقة " "étiquetage لا رجعة فيها. فالتشخيص يبقى مفتوحا للمناقشة و إعادة طرح التساؤلات إن استدعى الأمر ،أو حتى نفي ما تم طرحه عندما تستجد أمور في الفرد المشخص. و يمكن للأخصائي أن يؤكد أو ينفي فرضيته التشخيصية من خلال طرح عدد من الأسئلة:

- كيف يدير المريض قلقه؟

- كيف يوظف المريض آلياته الدفاعية؟

- كيف يستجيب المريض للصراعات ضد رغباته؟

- كيف يدير المريض علاقته بالآخرين وعلاقته مع الواقع؟فطبيعة القلق ،نمط العالقة الموضوعية ،الميكانيزمات الدفاعية الأساسية ،طريقة التعبير الاعتيادية عن الأعراض .كلها تشكل الخطوات اللازمة لوضع فرضية التشخيص و المرتبط بنوعية التوظيف العقلي.

5-3- التصنيف في علم النفس المرضي:

بينما يشير التشخيص لصيرورة اخذ القرار لنسب شخص ما إلى فئة نوزولوجية محددة وفقا لمجموعة من المعايير المحددة ،فان التصنيف يشير إلى الترتيب في فئات نزولوجية في علاقتها ببعضها البعض. و قد قامت العديد من المحاولات في فرنسا و ألمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية ،توالت بعدها التصنيفات العالمية في سعي لتوحيد هذه التصنيفات. و كلاسيكيا توجد مقاربتين وصفيتين: السيميولوجيا التحليلية (عصابات ،ذهانات ،شذوذ البنائية) و السيميولوجيا «اللانظرية» مثل تصنيفات .CIM, DSM.

5-3- 1- تاريخ تصنيف االضطرابات النفسية:

ذكر هيبقراط العديد من التصنيفات كتلك الاضطراب العقلية التي تعقب الولادة و الخلط العقلي الذي قد يظهر عقب النزيف الشديد. ثم جاء بنيل " "Pinel بمحاولاته الشهيرة في المستشفى العقلي بفرنسا حيث صنف الاضطرابات النفسية إلى أربعة أصناف: الهوس ،الملانخوليا ،العته والخبل أو ما يسمى حاليا بالتخلف العقلي. و ابتداء من منتصف القرن 19 ظهرت العديد من التصنيفات العقلية؛ نجد في فرنسا تصنيف » « Morel & Griesinger سنة (1860) للذهانات و العصابات على أساس الاعراضية الإكلينيكية و تطورها في الزمن منذ ظهورها ووصولا إلى مرحلتها الأخيرة. أما في ألمانيا ،فكان Kraepelin سنة (1906) ينظر إلى الأمراض العقلية على أنها وحدات عضوية يمكن أن تصنف على أساس من معرفة الأسباب ،المسار ،النتيجة أو المآل. ثم و في نهاية القرن 19 قام المكتب الدولي للإحصاء بباريس بنشر التصنيف العالمي للأمراض كان يقوم بمراجعته كل عشر سنوات..ثم تدخل المكتب الصحي في هيئة الأمم المتحدة بجينيف لمتابعة التصنيف في فترة بما بين الحربين العالميتين. و بعد الحرب العالمية الثانية قامت منظمة OMS في (1948) بتقديم في تصنيفها العالمي للأمراض CIM-6في فصلها الخامس) (Fتصنيفا خصص للاضطرابات العقلية. و قامت بعدها الجمعية الأمريكية للطب العقلي APAفي (1952) بنشر أول دليل للاضطرابات العقلية.(DSM I)(Garrabé, (2012, p.p. 2-3

5-3- 2- **أهمية التصنيف:** قام جيفري وزملائه Jeffrey & all, (2009) بتوضيح أهمية التصنيف في مجال علم النفس المرضي ،ويرى بأنها:

- يسمح بترتيب و تبويب مواضيع الدراسة.

- نظرا لتعدد التوجهات النظرية في علم النفس واختلافها في نظرتها لسيكولوجية المرض ،فإن التصنيف يعمل على توحيد المصطلحات في ظل هذا الاختلاف.

-تسهيل جمع المعلومات الإكلينيكية و منه تسهيل عملية التشخيص ،العلاج والتنبؤ.

تسمح بمقارنة النتائج و تحديد أوجه التشابه والاختلافات الهامة بين المرضى السيكاتريين بوضع التشخيص الفارقي.

-تسهيل التواصل بين العاملين في الميدان.

5-3- 3- **مآخذ التصنيف:**

بالرغم من أهمية التصنيف ،إلا أن هناك بعض المآخذ :

- لا يمكن للتصنيف أن يضم مجمل البيانات الخاصة بالمريض والأسباب المؤدية لهذا الاضطراب فهو لا يعكس تعقد و فردانية الشخص.

- قد يؤدي استخدام التصنيف إلى تغير نمط حياة المريض والحكم على كل سلوكياته السوية وغير السوية وتحت إثر هذا التصنيف وبالتالي يمنع ذلك إمكانية الحديث عن شفاء المريض.

- تكون عملية التنبؤ للسلوك على أساس التصنيف التشخيصي وليس على أساس السلوك الملحوظ للمريض.

- يركز التشخيص بالتأكيد على جوانب الضعف أكثر من تأكيده على نقاط القوة و هو ما يؤثر سلباعلى عالقات المريض بالآخرين.

- يؤدي استخدام الاسم التصنيفي للوهم الخادع لفهم المريض مما يبعد المختص عن التعرف على معاناة المريض الحقيقية. (Ibid, P.52)

5-3- 4- **طرق التصنيف في علم النفس المرضي:**

يوجد نوعين من التصنيفات: التصنيفات المؤسسة على تنظيم الإشارات و الأعراض في تناذرات المرض «تصنيف تناذري» classifications syndromiquesو من جهة أخرى التصنيف السيكوباتولوجي و الذي في تجميعه للوحدات المرضية يكون اقل ارتكازا

على الاضطرابات المشتركة و اقل منه بالارتكاز على الميكانيزمات المشتركة التي تنظم الاضطراب. و عليه؛ فإنه في التصنيفات التحليلية فإن الهستيريا و العصاب الوسواسي تنتميان لنفس فئة عصابات النقلة كونها مدعمة بنفس ميكانيزمات الكبت والإشكالية الاوديبية وقلق الخصاء. نفس الاضطرابات والتي أطلقت عليها تسميات الاضطرابات الجسدية والاضطرابات الوسواسية القهرية ترتب على التوالي حسبDSM IV في الاضطرابات جسدية الشكل وفي الاضطرابات الحصرية. (Combaluzier, 2009, p.31)

_**التصنيفات الكلاسيكية:** تتمثل أهمها في التصنيفات الألمانية و التصنيف الفرنسي.

العصابات: الهستيريا, عصاب الوساوس, عصاب القلق, عصاب الفوبيا

الذهانات : الفصامات (الأشكال البارانوية, الهيبيفرينية, الكتاتونية...(, الهذيانات

المزمنة (الهذيانات البارانوية المنظمة, الذهانات الهلوسية و البرافرينية) . ذهانات الهوس الاكتئابي, النفخات الهذائية الحاد.

الحاالت الاكتئابية غير ذهانية :الاكتئاب العصابي, الاكتئاب التفاعلي.

العته Démence : يتم ترتيبها وفقا للجداول االتيولوجية: مرض الزهايمر, مرض Pick

الوهن Débilités : مختلف أشكال الوهن و التي يرتبط بعضها باضطرابات وراثية

trisomie 21

اضطرابات السلوك: اإلدمان على الكحول, اإلدمان على المخدرات, فقدان الشهية anorexie أو االنحرافات, و الشره المرضي ,boulimie ،السيكوباتية, الشذوذ اضطرابات الشخصية.

اضطرابات عقلية ترتبط بإصابة عضوية : التناذرات الخلطية, اضطرابات مرتبطة باألورام الدماغية, بالإدمان على الكحول, التهابات االدماغية, الأمراض العصبية.

االضطرابات السيكوسوماتية: الربو, اضطرابات جلدية, القرحة المعدية, ضغط الدم...

المصدر: (Combaluzier, 2009, p.31)

و للإشارة ،فان هذه المجموعات المرضية تستند على النزولوجية و تشمل أيضا المظاهر االيتيوباتوجينية (السببية المولدة للمرض) .و عليه فإن أصل العصاب يكون نفسيا ،أما الذهانات فهي نفسية و عضوية...

_**التصنيفات النفسومرضية**: يوجد العديد منها ،و هي ذات منحى تحليلي ،ويعتبر أولى التصنيفات ، كان يميز بين العصابات ،الذهانات و الشذوذات. و يعتبر الأوديب نقطة تنظيمها ،فإن تم قبوله مع قلق الخصاء ،فنحن في سجل في العصابات. و إن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوذ ،و إن رفض فهو إذا في سجل الذهانات.

أما كارل ابراهام K. Abrahamفقد قدم تصنيفا نمائيا ينتظم حول تكامل مراحل النمو والمراحل الفرعية. حيث تظهر الباتولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو و يرتكز على التثبيتات و النكوصات.

فالفصام يرجع للتثبيت في المرحلة الفمية ،البرانويا في المرحلة الأولى من الشرجية ،و في عصاب الوساوس يحدث نكوص للمرحلة الثانية من الشرجية مع أوديب منظم... و كانت منطلقات أبراهام كدفعة لباحثين آخرين للحديث عن البنية ،مثل كارنبورغ Kernberg من المدرسة الأمريكية الذي أضفى توضيحات حول البنية الحدية. و من المدرسة الفرنسية ،أعمال بارجوري حول البنيات. (Combaluzier, 2009, p.33)

فكل بنية تنتظم حول نوعية القلق ،الآليات الدفاعية ،نوعية القلق ،العالقة بالموضوع. و تحت كل بنية تندرج بنيات فرعية. فعصاب الهستيريا ،عصاب الوساوس و عصاب الفوبيا بالرغم من انتمائها للعصابات ،إلا أن التمييز بينها يرتكز على الميكانيزمات التي تحل محل الكبت أمام التمثيلات المزعجة ،و كذا على درجة نكوص الأنا أمام شدة الصراع.

_**التصنيف العرضي:** و كما يظهر من اسمه ،فإن هذا التصنيف يرتكز على الاعراضية فهي موضوعية و لا تستند إلى نظرية محددة "التصنيفات اللانظرية" .و يعتبر التصنيف الدولي لألمراض CIMو التصنيف التشخيصي اإلحصائي DSMمن أهم التصنيفات العالمية في هذا المضمار. إضافة إلى ما يتم حاليا الأخذ به من تصنيفات لتشخيص الاضطرابات العقلية تتمثل في PDM، OPD،: CFTMEA

أولا: تصنيف منظمة الصحة العالمية: يطلق عليه اسم التصنيف الدولي لألمراض

Classification

- » « CIMأو » « ICDباللغة اإلنجليزية. نشر CIM-6

International des Maladies و يشار إليه ب

في(1949) وكان أول التصنيفات الشاملة لالضطرابات العقلية في فصلها الخامس) .(Fتمت مراجعته في

عدد من المرات حتى انتهى بإصدار المراجعة التاسعة) (9-CIMفي ،3769نشرته منظمة الصحة العالمية في ،(1977)استبدل بعدها باإلصدار العاشر 10-CIM؛ حيث بدأت االعمال عليه في (1983) و قامت الجمعية االمريكية للصحة World Health Assembly (WHA),بمراجعته في ،(1990) لكن ـمنظمة OMS بدأت سنة 1994.يسمح هذا النظام للتصنيف استعمالها الفعلي من طرف الدول الأعضاء بـبوضع التشخيص و الإجراءات ،و يقوم بعرض 366000رمز للأمراض و الاضطرابات المختلفة. و يفيد التقرير الاستقصائي لمنظمة OMSو الدول الأعضاء بأنه ال يوجد إجماع حول تعريف بناء على السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والقانوني االضطراب/المرض العقلي ،وتستخدم هذه العبارةً والقانوني حسب مختلف المجتمعات و في سياقات مختلفة. إذ تقوم المنظمة بمناقشات مكثفة حول ما ينبغي إدراجه في إطار مفهوم االضطراب العقلي كونها قضية معقدة ومثيرة للجدل و يختلف التضمين حسب كل مجتمع. (WHO a)

ـ و يشمل الفصل الخامس الخاص ب "االضطرابات العقلية والسلوكية" في ،-CIM 10عشر مجموعات رئيسية مع العلم أنه توجد في كل مجموعة العديد من التصنيفات الفرعية المحددة:

(F00-F09) : الاضطرابات العقلية العضوية ،بما في ذلك العرضية.

(F10-F19): الاضطرابات العقلية والسلوكية المرتبطة بتعاطي مواد ذات تأثير نفسي.

(F20-F29): الفصام والاضطرابات السكيزونمطية و االضطرابات الهذائية.

(F30-F39): اضطرابات المزاج (الوجدان).

(F40-F48):الاضطرابات العصابية و الاضطرابات المرتبطة بالإجهاد والاضطرابات جسدية الشكل.

(F50-F59): التناذر السلوكي المرتبط بالاختالالات الفسيولوجية والعوامل البدنية.

(F60-F69):اضطرابات الشخصية والسلوك عند الراشد.

(F70-F79): التخلف العقلي

(F80-F89):اضطرابات التطور النفسي

(F90-F98): الاضطرابات السلوكية والعاطفية التي تظهر عادة في بداية مرحلة الطفولة و المراهقة

(F99): الاضطرابات العقلية ،غير المحددة.

و بعد إصدارات نسخة ألفا و بيتا لدليل CIM-11و اللتان قدمتا في 2011و 2012على التوالي للجمهور,و ستقدم النسخة الموحدة لجمعية) (WHAألجل تسويقها رسميا بداية شهر ماي/ 2118. (WHO b)

ثانيا: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية:

Diagnostic and Statistical DSM

Manual of Mental Disorders : من إصدار الجمعية الأمريكية للطب العقلي (American APA) Psychiatric Associationوقد صدرت حتى الآن 9مراجعات لهذا الدليل. كان في البداية مخصصا للراشدين و لم يهتم كثي ار بفئة ألطفال و المراهقين.

يهدف الدليل إلى حل صعوبات التشخيص و يقوم على 4مبادئ تتمثل في عدم الاعتماد على نظريةمحددة فبالتالي يمتاز بالموضوعية ،يستخدم مفهوم الاضطراب بدال من المرض .وهو نظام متعدد المحاور ومتعدد الخصائص. المعايير موحدة و تعتبر ضرورية لوضع التشخيص. (jeffrey et al, 2009, p.53)

ظهرت الطبعة الأولى 1952باسم DSMIوالطبعة الثانية 1968 باسم DSMIIوالطبعة الثالثة DSMIII في 1980 حيث سجل فيه بعض الاختلافات عن سابقاتها بتقديم نظام متعدد المحاور بمقاربة وصفية حيادية (دون توجه عالجي محدد) و أدمج فيه وصف للاضطرابات الخاصة بالطفل ،و قد اختفى مصطلح العصاب في هذا الدليل. ثم اصدر DSM-III-Rفي 1987و بعدها أصدرت الطبعة الرابعة-DSM IVفي 1994و وزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية...الخ.

و اختفت تسمية عصاب الفوبيا و عصاب القلق على حساب القلق و الحصر و مصطلح " عصاب الهستيريا التحويلية" استبدل بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل » « trouble somatoformeو اختفت كلمة هستيريا تماما. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية. تمت مراجعته وصدر عنه DSMVI TRسنة ،4000و في 4031اصدر DSM5و يعتبر آخر دليل إحصائي حاليا (مع العلم انه لم تعد تستعمل ألعداد الرومانية) ،و هو نتاج عمل 34فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الإمراضية في هذا الدليل ،حيث يبدأ الدليل بالتعليمات الخاصة بكيفية استخدامه و الاحتياطات الواجب إتباعها في استعماله ،يليه معايير التشخيص و قائمة منظمة لرموز وفئات خاصة بكل مرض ،يلي ذلك وصف لنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ثم بعد ذلك يقدم المحكات التي يجب البحث عنها لدى الشخص حتى يتمكن من الحكم عليه ما إذا كان سيقع في فئة تصنيفية معينة أم ال، ثم يقدم شرح مصغر لكل اضطراب. و بعدها محور يخص إدماج القياس و بعض النماذج كالنموذج الثقافي. و نجد في آخر الدليل المراجعات و الاختلافات بين DSM-IV-TRو DSM5إضافة إلى - DSM5و ما يتوافق مع معجم خاص بالأمراض الخاصة بثقافات معينة ،و كذا قائمة الرموز الخاصة ب

) .(CIM-10و يشمل الدليل التشخيصي الخامس على 479فئة تشخيصية. يتوفر على 6محاور تسمح بتقييم شامل لالضطرابات العقلية: المحور ألول خاص باالضطرابات إلكلينيكية ،المحور الثاني باضطرابات الشخصية و التخلف العقلي ،المحور الثالث أمراض الطب العام ،و المحور الرابع خاص بالمشاكل النفس اجتماعية و البيئية، و المحور الأخير التقييم العام للتوظيف.

ثالثا: التصنيف الفرنكوفوني لالضطرابات العقلية للطفل و المراهق CFTMEA

(Classification francophone des troubles mentaux de l’enfant et de l’adolescent)

نشر أول مرة سنة ، 1988و خصص للطفل و المراهق ،و يأخذ بعين االعتبار باتولوجية المولودين الصغار ،و يعتبر تصنيف متعدد المحاور مثله مثل ، DSMحيث يشمل المحور ألول على الفئات إلكلينيكية ،أما المحور الثاني فيهتم بالباتولوجيا الجسدية و الوضعيات ألسرية المشتركة. يقدم في تصنيفه ما يتفق مع , CIM-10و يعتمد على فكر علم النفس المرضي المستوحى من التحليل النفسي ،بدأ العميل فيه منذ 1987من طرف فريق عمل من المختصين برئاسة , Misèsتمت مراجعته في العديد من المرات, و ظهرت الطبعة ألولىفي ,2001أما الطبعة الثانية ففي 2012 (Misès et al , 2012, p.12)

رابعا: تصنيف نظام التشخيص السيكوديناميي الإجرائي Operationalized OPD)

Psychodynamic Diagnostic .(

نتاج عمل لمجموعة من الباحثين بإشراف ، Cierpka et Schneider تم إصدار OPDفي ،1996و جاء كرد فعل لتصنيفات DSMو CIMالتي تعتمد على التناذرات .حيث قام عدد من المعالجين النفسانيين ذوي التوجه السيكوديناميي و التحليلي بالتشكيك بالأنظمة النزولوجية (تصنيف) و النزوغرافية (توصيف) ،بسبب ضعف مصداقيتها بخصوص التخطيطات العلاجية و عدم اهتمامها بفردانية الأشخاص.

و يرتكز الإجراء التشخيصي حسب هذا التصنيف على المقابلات نصف موجهة. و يدمج 6 محاور تشخيصية. يختص المحور الأول بالطريقة التي يعيش المريض مرضه و التأثير الأولي للعلاج ،و 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 التي تتطابق مع الفصل الخامس للتصنيف الدولي للأمراض .CIM-10

خامسا: الدليل التشخيصي السيكوديناميي Psychodynamic Diagnostic Manual PDM

أصدر باللغة الانجليزية فقط و لم تتم لحد الآن ترجمته باللغة الفرنسية ،و هو ثمرة عمل بين مجموعة مجموعة رئيسية من منظمات التحليل النفسي. يعتبر إطارا مرجعيا للتشخيص ،يصف مستويات العميقة والسطحية لشخصية الفرد ،توظيفه العاطفي و الاجتماعي و مظاهر الاعراضية. يغطي هذا التصنيف كلالشرائح العمرية ،ابتداء من الرضيع مع تركيزه على كل من الاختلافات الفردية و الاجتماعية. كما يركزعلى مجمل التوظيف العقلي ،وهو بالتالي يستكمل رغبة DSMو في CIMفي تبويب الأعراض. يعتمد تصنيف PDMعلى الدراسات الحالية في علم الأعصاب و تقييم نتائجها و 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 في DSM IVبإدماج لكل

تصنيف منها الإسهامات الخاصة لعلم النفس المرضي الدينامي و المتمثلة في التجارب الشخصية و الذاتية للفرد و أعراضه. (Russell &Cohn, 2012, P.71)

الخلاصة: بأن الكثير من الجهد بذل خلال الخمسة وعشرين قرنا من التصنيفات النفسية، بدأت بهيبوقراط إلى DSM 5و CIM 11حاليا. و يمكن القول أن تطور التصنيف قد بدأ بمحولات فردية عشوائية حتى انتهى بإصدار الدليل العالمي للأمراض والدليل التشخيصي الإحصائي في صورتها الحالية.

حيث يتم تحريرها بالاستناد إلى مجموعة من الباحثين في مختلف المناطق بالعالم ،بإدراج الابعاد الثقافية مع تخصيص وحدات ترتبط بثقافات دون غيرها من الثقافات. وحتى لا يتصف التصنيف بالجمود ،انتبه الباحثين إلى أهمية إدراج الجانب الدينامي للفرد في التصنيفات الحديثة ،الن كل حالة هي حالة فريدة من نوعها.

المراجع :

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=ShowConsultation&id=5126

http://dr-banderalotaibi.com/ .

www.geopsy.com/patho_generale

http://www.psychoweb.fr/news/insolite/575-listes-de-phobies-reelles-.-ou-pas.html consulté

. http://oxforddictionaries.com/definition/english/instinct?

http://psyfontevraud.free.fr/AARP/psyangevine/publications/etatslimites.htm

http://www.who.int/classifications/icd/en/

http://www.who.int/classifications/icd/revision/timeline/en

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/default.html :