التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية

1/-طرق التصنيف في علم النفس المرضي:

بينما يشير التشخيص لسيرورة أخذ 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 وقد قامت العديد من المحاولات في فرنسا وألمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية، توالت بعدها التصنيفات العالمية في سعيها لتوحيد هذه التصنيفات وعموما توجد مقاربتين وصفيتين السيميولوجيا (الأعراضية) التحليلية (عصابات، ذهانات، شذوذات لا بنائية والسيميولوجيا اللانظمة مثل التصنيفات ICD (حافري 2015/2016، ص 17).

1-1التصنيفات النفسو مرضية: هي ذات منحى تحليلي، كانت تميز بين العصابات الذهانات والشذوذات. ويعتبر الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الخصاء، فنحن في سجل العصابات. وإن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوف، وإن تم رفضه فهذا سجل الذهانات. أما كارل ابراهام فقد قدم تصنيفا غاليا ينتظم حول تكامل مراحل النمو والمراحل الفرعية حيث تظهر الباثولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو ويرتكز على التثبيتات والنكوصات. وساهمت منطلقات "أبراهام لظهور باحثين أخين مثل "كيرنيير Kernberg "من المدرسة الأمريكية الذي أضاف توضيحات عن البنية الحدية، وأعمال "بيرجيري" حول البنيات من المدرسة الفرنسية (المرجع نفسه،ص19).

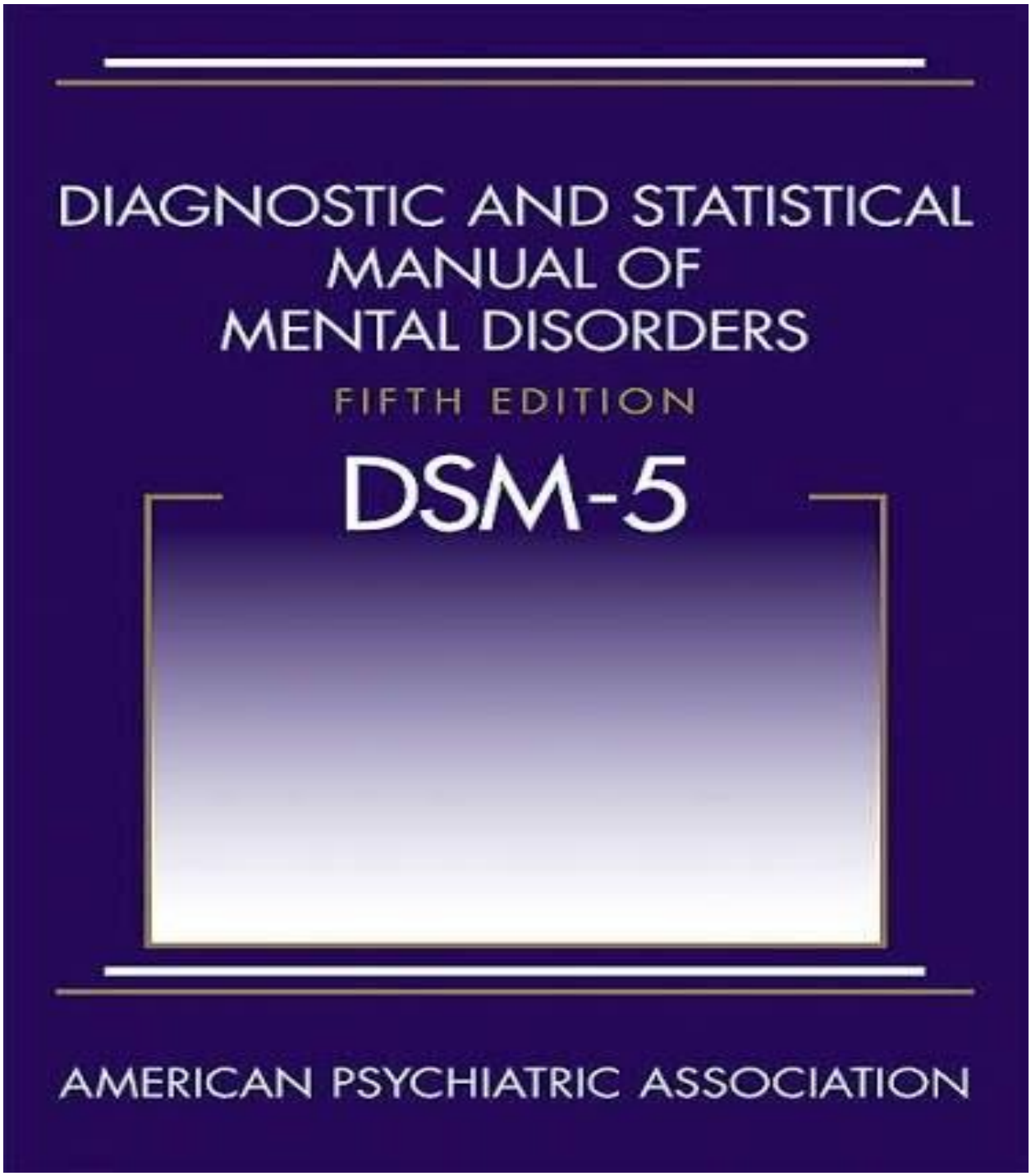
1-2التصنيفات العرضية: ترتكز هذه التصنيفات على الأعراضية فهي موضوعية ولا تستند إلى نظرية محددة، ويعتبر التصنيف الدولي للأمراض ICD والتصنيف التشخيصي الإحصائي DSM من أهم التصنيفات العالمية،يعد "كريبلين " أول من ابتكر نظاما تصنيفيا للسلوك الشاذ عام 1883 والذي شكل الأساس للجانب النفسي من نظام تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD. كما أدمج هذا النظام أيضا في الدليل التشخيصي والإحصائي الجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM، والذي يمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية الأعصبة اضطرابات ،Organic Psychosis الذهان العضوي Functional Psychosis الذهان الوظيفي Neuroses الشخصية Personnality Disorders التخلف العقلي Mental Retardation (فايد، 2005 ابراهيم وعسكر،2008).

2/الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات النفسية

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision:

في عام 1952، قامت جمعية الطب النفسي الأمريكي بنشر نظامها التصنيفي الخاص والمتمثل بالدليل التشخيصي والاحصائي Diagnostic and Statistical Manual،وقد احتوى هذا الدليل على مصطلحات تصف كل فئة من الفئات التشخيصية التي يتضمنها، وقد أتبعت الطبعة الأولى (dsm 1) بعدة مراجعات ظهرت في الأعوام 1968 (Dsm2) ، و 1980 (Dsm3)، و في هذا النظام التشخيصي أدخلت أكثر التغيرات ثورية ، حيث تضمن استخدام محكات تشخيصية واضحة للاضطرابات النفسية ، و نظاما تشخيصيا متعدد المحاور، و منحى وصفيا للتشخيص يميل للحيادية فيما يتعلق بالنظريات التي تبحث في اسباب الامراض ، و تركيز متزايد على الفائدة الاكلينيكية للنظام التشخيصي ، ثم تم تعديل هذا الدليل عام 1987(Dsm_3_R) وفي 1994 صدر الدليل الرابع (Dsm4)، صدر الدليل التشخيصي الرابع المعدل عام 2000 الذي يعتبر نظام التصنيف الاكثر استخداما ، و هو تقييم متعدد المحاور Multiaxial assessment ، الذي يتم فيه تقييم المرضى وفقا لخمس محاور او مجالات من المعلومات و كل محور من شأنه ان يساعد في التخطيط إلى العلاج و التنبؤ بالنتائج

أخيرا صدر النظام التشخيصي الخامس (Dsm5) في 2013، و هو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من أمراض في هذا الدليل.(الحمادي،2015،ص15).



3/التصنيف الدولي للأمراض و المشاكل المتعلقة بالصحة:

International Classification of Diseases

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

لم يتم التطرق للأمراض العقلية حتى عام 1963، عندما صدرت القائمة الخامسة (ICD.5)التى أدرجت الامراض ضمن امراض الجهاز العصبي و قد ذكر منها وقتئذ 4 مجموعات فقط à(النقص العقلي،الفصام،ذهان الهوس والإكتئاب،كل الأمراض العقلية الأخرى)،وصدرت القائمة السادسة(ICD.6) عام (1947) والتي اشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية) الفصل الخامس(Fمتضمنة أسباب المرض والوفاة،أما القائمة السابعة عام 1955 لم تضف جديدا بخصوص الأمراض العقلية والنفسية، وبمساعدة منظمة الصحة العالمية (who) صدرت القائمة الثامنة عام 1956 ، حيث تضمنت وصف الاعراض و التشخيص الفارقي ، و توالت القوائم حيث شملت إضافات و تصنيفات عديدة حتى صدور القائمة العاشرة عام 1992.

و لقد أصدرت منظمة الصحة الدولية النسخة الحادية عشر في 18 جوان 2018 ثم تدخل حيز التنفيذ في 1 جانفي 2022(تواتي،2021،ص260).

4/الاضطرابات النفسية الشائعة:

1/4-اضطرابات القلق Anxiety disorders :

حسب تعريفDSM5

و تشمل الاضطرابات التي تشترك بملامح الخوف الزائد و القلق و الاضطرابات السلوكية ذات الصلة، إن الخوف هو ردة الفعل العاطفي لتهديد وشـيك حقيقي أو متصـور ، في حين أن القلق هو التحسـب للتهديد المسـتقبلي ، فالخوف يرتبط في كثير من الأحيان مع استثارة الجهاز العصبي الذاتي و يرتبط القلق مع توتر العضلات و اليقظة توقعا للخطر في المسـتقبل و لسـلوكيات الحذر أو الانطواء ، يتم خفض مسـتويات الخوف و القلق عن طريق السـلوكيات التجنبية.

تتظاهر نوبات الهلع بشكل بارز ضمن اضطرابات القلق كنوع خاص من استجابة الخوف، و تختلف اضطرابات القلق عن الخوف او القلق المعتاد، بكونها مفرطة أو باسـتمرارها لفترات تتجاوز فترات التطور المناسـبة، و هي تختلف عن الخوف او القلق العابر.

تم ترتيب الفصل تطوريا بحيث تسلسلت الاضطرابات وفقا لعمر البدء النموذجي:

- اضطراب قلق الانفصال Séparation Anaxty Disorder ؛
- الصمات الانتقائي Sélective Mutism ؛
- الرهاب النوعي Specific phobia ؛
- اضطراب القلق الاجتماعيSocial Anxiety disorder
- اضطراب الهلع panic disorder ,
- رهاب الساح Agoraphobia(مرجع سبق ذكره ، 161).

حسب ICD :

اضطرابات القلق و الاضطرابات ذات الصلة بالخوف يتسم القلق و الاضطرابات ذات الصلة بالخوف بظهور القلق و الخوف المفرط و الاضطرابات السلوكية ذات الصلة ، مع أعراض شديدة بما يكفي لتؤدي إلى ضائقة كبيرة او ضعف كبير في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الاداء المهمة.

الخوف و القلق ظاهرتان متصلتان بعضهما البعض ؛ يمثل الخوف رد فعل على التهديد الوشيك المتصور في الوقت الحاضر على حين القلق موجه أكثر نحو المستقبل، في اشارة إلى التهديد المتوقع من السمات الرئيسية التي تميز بين القلق و الاضطرابات ذات الصلة بالخوف بؤر القلق الخاصة بالاضطراب أي المحفز او الموقف الذي يثير الخوف او القلق.

اضطرابات القلق المعمم b006

اضطرابات الهلع b016

اضطراب القلق الاجتماعي b046

اضطراب قلق الانفصال b056

اضطرابات قلق محدث بالمهدئات و المنومات و مضادات القلق C44.716(مرجع سابق ص326).

4-2/اضطرابات النوم و اليقظة :

حسب Dsm5 :

Sleep_ wake Disorders

اضطراب الأرقInsomnia Disorder :

الشكوى المسيطرة هي عدم الرضا عن كمية أو نوعية النوم، و مترافقة مع واحد (أو أكثر) من الاعراض التالية:

-صعوبة البدء في النوم(عند الاطفال ، قد يظهر كصعوبة بدء النوم دون تدخل مقدم الرعاية).

-صعوبة الحفاظ على النوم، و يتميز بالاستيقاظ المتكررة أو بمشاكل - العودة إلى النوم بعد الاستيقاظ (عند الاطفال ، قد يظهر كصعوبة العودة للنوم دون تدخل مقدم الرعاية).

- الاستيقاظ في الصباح الباكر مع عدم القدرة على العودة إلى النوم

صعوبة النوم موجودة لمدة3 أشهر على الأقل -

- صعوبة النوم تحدث رغم الفرصة الكافية للنوم(نفس المرجع ص562).

حسب ICD:

اضطراب الارق: يتسم اضطراب الارق بالشكوى من الصعوبة المستمرة في بدء النوم و مدته أو تصلده أو جودته التي تحدث بالرغم من الفرص و الظروف الملائمة للنوم، و تؤدي الى شكل من اشكال الضعف النهاري ، تشمل اعراض النهار عادة الارهاق، و انخفاض المزاج او التهيج ، و الضيق العام و الضعف المعرفي ، الأفراد الذين يصفون اعراضا متعلقة بالنوم في غياب الضعف النهاري لا ينظر إليهم انهم يعانون من اضطراب الارق.

اضطراب الأرق المزمن :هو صعوبة متكررة و مستمرة في بدء النوم أو الحفاظ عليه، و يحدث على الرغم من الفرص و الظروف الملائمة للنوم ، و يؤدي إلى عدم الرضا عن النوم بشكل عام و بعض أشكال الضعف النهاري. تشمل عادة الاعراض النهارية عادة الارهاق و انخفاض المزاج أو التهيج.

اضطراب الارق قصير الامد: يتسم بصعوبة النوم أو الحفاظ عليه ، و الذي يحدث على الرغم من الفرص و الظروف الملائمة للنوم

و الذي إستمر لمدة تقل عن 3 أشهر مما يؤدي الى عدم الرضا العام عن النوم و بعض أشكال الضعف النهاري . الأفراد الذين يشـــتكون من أعراض متعلقة بالنوم في غياب الضـــعف النهاري لا ينظر اليهم على أنهم يعانون من اضـــطراب الارق ، اذا كان الارق ناتجا عن اضـــطراب اخر في النوم و اليقظة او اضـــطراب عقلي ، او حالة طبية اخرى.(مرجع سبق ذكره).

4-3/اضطراب الوسواس القهري:obsessive compulsive disorder

حسب Dsm5 :

يعرفه كل من جواو فلوريس الفيس دوس ســـانتوس و لوك ماليت بأنه مرض يتميز بوجود أفكار وســـواســـية و سـلوكيات قهرية متكررة و التي يكون لها تأثير سـلبي،و أحيانا مدمر على الأداء المهني و الإجتماعي و الأسـري للفرد ،يتبين أن الخاصـية الأسـاسـية لإضـطراب الوسـواس القهري تتمثل بوجود أفكار وسـواسـية مسـببة للضـيق. ووجود سلوكيات يندفع الفرد لأدائها بطريقة قهرية. وقد أشارت بعض التعريفات إلى أن إضطراب الوسواس القهري هو حالة نفسـية شـعورية، وتعرف الحالة النفسـية غالباً بأنها إسـتجابة إنفعالية الموقف أو ظرف معين. وقد عزف البعض الآخر الوسـواس القهري بأنه مرض أو إضـطرب نفسـي، وإنطلاقاً من هذا، يمكن القول بأن الوسـواس القهري هو إضـطراب نفسـي ينتج عن حالة الفرد النفسـية المتمثلة بالشـعور بالضـيق والقلق الناتجين عن الأفكار الوسـواسـية، فيندفع الفرد للإنخراط في السلوكيات والطقوس القهرية وتكرارها وذلك كإستجابة للحالة النفسية التي يشعر بها وكإستجابة لمشاعر الضيق والقلق.

وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما

(1)أفكار أو اندفاعات أو صـــور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضـــطراب باعتبارها مقتحمة منطقة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً أو إحباطاً ملحوظاً.

(٢) يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الانتفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى أي بأداء فعل قهري(

تعرف الأفعال القهرية بـ (1) و(2)

(1)سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين الترتيب التحقق أو أفعال عقلية (مثل، الصلاة، العد. تكرار الكلمات بصمت والتي يشعر المريض أنه تساق لأدائها استجابة لوسواس، أو وفقاً لقواعد

ينبغي تطبيقها بصرامة

)٢ (تهدف الســـلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق أو منع حادث أو موقف قطيع، بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي تصلمة

التحييده أو منعه أو أنها مفرطة

ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية تكون الوساوس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت تستغرق أكثر من ساعة يوميا مثلا) ، أو تسبب إحباطاً سريريا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

اعراض الوسواس القهري لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار / دواء) أو الحالة طبية أخرى

لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب على آخر على سبيل المثال، المخاوف المفرطة كما في اضطراب القلق المعمم الانشغال بالمظهر، كما في اضطراب تشوه شكل الجسم، وصعوبة التخلص أو فراق المقتنيات، كما هو الحال في اضطراب الاكتنارة نتف الشعر، كما في هوس تلف الأشعار اضطراب تلف الشعر، نزع الجلد، كما هو الحال في اضطراب نزع الجلد النمطية، كما هو الحال في اضطراب الحركة النمطية، طقوس سلوك الأكل، كما هو الحال في اضطرابات الأكل، الانشغال بالمواد أو بالمقامرة، كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد الانشغال بوجود المرض، كما هو الحال في اضطراب فلق المرض الاندفاعات أو التخيلات الجنسية، كما هو الحال في اضطرابات الولع الجنسي، الاندفاعات، كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب، كما هو الحال في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهمية، كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو الأنماط متكررة من السلوك، كما في اضطراب طيف التوحد.

تحديد ما إذا كان:

مع بصيرة جيدة أو مناسبة يدرك الفرد بشكل مؤكد أو بشكل محتمل أن معتقدات الوسواس القهري ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة مع فقر البصيرة يظن الفرد أن معتقدات الوسواس القهري صحيحة على الأرجح.

مع غياب البصيرة المعتقدات الوهمية يكون الفرد مقتنعاً تماماً بأن معتقدات الوسواس القهري صحيحة

حدد ما إذا كان:

متعلقة بالعرات لدى الفرد تاريخ حالي أو سابق الاضطراب العرة(مرجع سابق،ص102،103).

حسبICD:

الرمز: B206

الاسم: اضطراب الوسواس القهري

الفئة: اضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة

التعريف: اضطراب يتميز بوجود وساوس و/أو أفعال قهرية متكررة. الوساوس هي أفكار، اندفاعات، أو صور ذهنية متكررة ومستديمة تُختبر على أنها متطفلة وغير مرغوب فيها وتسبب قلقاً أو ضيقاً شديداً. الأفعال القهرية هي سلوكيات أو أفعال عقلية متكررة يشعر الفرد بأنه مضطر للقيام بها استجابةً للوسواس أو طبقاً لقواعد يجب تطبيقها بدقة. تهدف هذه الأفعال أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل القلق أو الضيق، أو منع حدث أو موقف مخيف، ومع ذلك، فإن هذه الأفعال أو الأفعال العقلية ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما يُراد تحييده أو منعه، أو تكون واضحة المبالغة. تسبب الوساوس أو الأفعال القهرية ضيقاً شديداً، وتستغرق وقتاً ملحوظاً (مثلاً أكثر من ساعة يومياً)، أو تتداخل بشكل كبير مع الروتين الطبيعي للشخص، أو الأداء المهني أو الأكاديمي، أو الأنشطة أو العلاقات الاجتماعية المعتادة.(مرجع سابق،ص376).

5/أهمية تصنيف الإضطرابات العقلية والنفسية:

يعمل التصنيف على توحيد مصطلحات علم النفس المرضي أمام تعددها بالنظر الى المقاربات النفسية التي تنتمي اليها هذه المصطلحات؛يسمح أيضا بترتيب وتبويب مواضيع البحث النفسية المرضية لمختلف الفئات المرضية ولمجموع الأعراض؛يسهّل التصنيف ممارسة العمل العيادي على المختصين، من خلال جمع الأعراض والمؤشرات العيادية في جداول محددة بالاعتماد على الملاحظة والمقابلة العيادية؛ مما يمكّن من تشخيص الحالة بسهولة؛يسمح التصنيف باستخراج أوجه التشابه والاختلاف بين مختلف الاضطرابات، ويمكّن من اجراء التشخيص الفارقي الصحيح، ومن ثم التشخيص الايجابي؛يساعد التصنيف على توحيد عملية التشخيص بين الفاعلين في مجال علم النفس المرضي(دك،2025).

قائمة المصادر والمراجع:

الحجاوي عبد الكريم، موسوعة الطب النفسي، الأردن، دار أسامة للنشر والتوزيع، سنة .2004

صالح علي عبد الكريم، علم النفس الشواذ، الاضطرابات النفسية و العقلية، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع،2014 .

حافزي زهية غنية.، مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي جامعة سطيف 2 ،2015-2016.

تزول تيموثي، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة فوزي شاكر طبعة داود وحنان لطفي زين الدين، عمان، دار الشروق، 2007

American psychiatric Associationالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (Dsm.5.TR)ترجمة أنور الحمادي 2022

ترجمة أنور الحمادي ،الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض الطبعة الحادية عشر.

د.ك،بوابة الصحة النفسية،21نوفمبر2025،تصنيف الإضطرابات العقلية و النفسية:
https://psyencharge.com