المحاضرة 2: تاريخ التصنيفات

1-مفهوم التصنيف:

ذكر Kendell أن كل مريض يمتلك ثلاث أنواع من الخصائص: خصائص عامة يشترك فيها مع جميع الآخرين، خصائص مشتركة يشترك فيها مع بعض الأشخاص دون الآخرين، خصائص فردية لا يشترك فيها مع أي شخص آخر.

- عندما تكون الخصائص العامة هي السائدة يصبح التصنيف بلا جدوى لأن الجميع متشابهون إلى حد كبير.
- عندما تكون الخصائص الفردية هي السائدة يصبح التصنيف مستحيلا لأن كل فرد سيكون مختلفا عن جميع الآخرين ولا توجد مجموعات مشتركة يمكن تصنيف الأفراد ضمنها.
- أما عندما توجد الخصائص المشتركة فهو العامل الحاسم، ولذلك يعتمد التصنيف على نسبة الخصائص المشتركة إلى الخصائص العامة إلى الخصائص الفردية.

التصنيف هو العملية التي يتم من خلالها اختزال تعقيد الظواهر عن طريق ترتيبها فئات وفقا لمعايير محددة مسبقا، وذلك لتحقيق غرض واحد أو أكثر. أما علم التصنيف (Toxonomy) فهو يشمل الدراسة المنهجية لاستراتيجيات المختلفة المستخدمة في عملية التصنيف.

ما الذي يشكل تصنيفا جيدا للاضطرابات النفسية؟: الثبات، الصدق، المنفعة، سهولة الاستخدام، القابلية للتطبيق عبر البيئات والثقافات المختلفة، تلبية احتياجات مختلف المستخدمين.

2-مشكلات خاصة بتصنيف الاضطرابات النفسية:

- على خلاف الفروع الأخرى من الطب، يعتمد الطب النفسي على التقرير الذاتي للمريض عن أعراضه وعلى ملاحظة الطبيب لسلوك المريض من أجل الوصول إلى التشخيص.
- يفتقر الطب النفسي إلى معايير موضوعية ومستقلة يمكن استخدامها للتمييز بين الاضطرابات النفسية وتصنيفها.
- تتجلى الاضطرابات النفسية في انحراف كمي في السلوك والتفكير والانفعال عن مفهوم المعيارية، ومن الصعب تحديد ماهية السلوك الإنساني الطبيعي بصورة دقيقة.
- تتسم الأعراض النفسية بدرجة عالية من عدم التخصص، كما أنها غير مستقرة إلى حد كبير عبر الزمن. نفس العرض قد يظهر في اضطرابات نفسية مختلفة، وقد يتغير خلال مسار الاضطراب.

3-تطور التصنيفات المرضية:

- **من العصر الكلاسيكي إلى عصر التنوير:**

Francois Boissierنشر أول مؤلف فرنسي شهير في التصنيف الطبي للأمراض من تأليف Nosologia Methodica sistens Morborum سنة 1763 تحت اسم: de sauvages classes, Genera et species, ajauxta sydenhami Mentem& Botanicorum ordinem

اشتمل نظام التصنيف لديه على 10 فئات رئيسية من الأمراض، تم تقسيمها إلى رتب أو أجناس، و2400 نوع أي أمراض فردية، وكانت الاضطرابات النفسية (Vesaniae) تندرج ضمن الفئة الثامنة من الأمراض، وتضمنت 04 أقسام:

- الهلوسات (الدوار، الاحتقان أو الغشاوة، ازدواجية الرؤية، الضوضاء الوهمية في الأذن، الوسواس المرضي، المشي أثناء النوم).
- الهذيانات (الهذيان العام، هذيان مؤقت ناتج عن مادة أو مرض طبي، السوداوية، الهوس ...الخ).

- الجنونيات الشاذة (فقدان الذاكرة، الأرق).
- اضطرابات في الرغبات والشهوات الغريزية (Morositates) (البيكة، الشراهة، العطش المفرط ....الخ)

بعد ذلك تم تحرير الموسوعة (Encyclopedie) التي حررها Diderot& Alenbert بين عامي 1751 و1772 تحدث عن الهذيان بوصفه نوعا من التصنيف المرضي، وتم تقسيمه إلى 03 فئات: الهوس أو الهذيان الحاد، السوداوية، الخمول أو البلادة.

- **مؤسسو التصنيف المرضي النفسي الفرنسي الحديث:**

Philippe Pinel وتلميذه Esquirol. استندا على مبادئ ثابتة، كانت الأمراض لا تزال تصنف ضمن فئات تضم كل منها عدة رتب، وكانت الفئة الأولى من الأمراض تحمل اسم العصابات وتتضمن أربع رتب:

- العصابات الحسية (اضطرابات غير متجانسة قد تكون عضوية مثل ازدواجية الرؤية، الصمم).
- اضطرابات نفسية وعصبية وعائية دماغية (السوداوية، الهوس والخرف والبلاهة، السكتة الدماغية، الصرع).
- العصابات الحركية (تشمل الكزاز، النوبات الاختلاجية ...الخ).
- عصابات التغذية (فيها عصابات هضمية مثل الشره المرضي، بيكا، عصابات تنفسية مثل الربو، السعال الديكي، الاغماء ...ألخ).

- **نهاية القرن التاسع عشر إلى فترة ما بين الحربين العالميتين:**

تراجع مكانة وهيمنة المدرسة الفرنسية في الطب النفسي لتحل محلها المدارس الألمانية، وأصبحت المدارس الفرنسية تحت تأثير كريبلين.

اقترح Valentin Magnan (1835-1916) لأول مرة الفئة التشخيصية المسمات بالهجمة الهذيانية الحادة.

كما حدد التصنيف المرضي الفرنسي الفصام مقابل الذهانات الحادة والذهانات المزمنة من طرف Henry Ey (1900-1977).

- **تصنيف كريبلين:**

ترجع بنية وإطار المفاهيم للتشخيصات الحالية في الطب النفسي إلى Emil Kraepelin (1856–1926))، والذي ارتكز على مبدأ أساسي القائل بأن الاضطرابات النفسية تمثل أنواعا طبيعية (Natural Kinds) أي كيانات مرضية متميزة وموجودة بصورة موضوعية يمكن اكتشافها من خلال البحث العلمي. لكن بعد ذلك استجابة للانتقادات الموجهة إليه، أعطى للشخصية والبيئة دورا مهما باعتبارهما عاملين سببين في المرض النفسي. أهم منتقدي كريبلين هم: Karl Jaspers, Karl Birnbaum, Ernst Kretschner.

- **تصنيف كارل جاسبر للاضطرابات النفسية (Karl Jaspers):**

هو عالم نفس مرضي وفيلسوف وجودي ألماني (1883–1969)، نشر كتاب مدرسي في علم النفس المرضي سنة 1913 اسه علم النفس المرضي العام، ثم نشر كتاب علم النفس رؤى العالم سنة 1919. قسم الاضطرابات النفسية إلى ثلاث مجموعات:

- **المجموعة 1:** أمراض جسدية معروفة مصحوبة باضطرابات نفسية (الأمراض الدماغية، الأمراض الجهازية المصحوبة بذهانات عرضية، حالات التسمم).
- **المجموعة 2:** الذهانات الثلاثة الرئيسية (الصرع الحقيقي، الفصام، الأمراض الهوسية الاكتئابية).

- **المجموعة 3:** اضطرابات الشخصية (ردود الفعل غير الطبيعية المعزولة التي لا تنشأ على أساس أمراض تنتمي للمجموعة 1 و2، العصاب والمتلازمات العصابية، الشخصيات غير الطبعية وتطورها).

- **تصنيف هنري آي للاضطرابات النفسية (Henry ey):**

من أصل كاتالوني بدأ خطوته الأولى في مجلة L`evolution Psychiatrique سنة 1932. يعتبر هنري أي في فرنسا شخصية الموحدين بين الاتجاه العضوي والاتجاه النفسي بوضع نظرية عامة للأمراض العقلية، هي النظرية العضوية الديناميكية. تأثر بأعمال عالم الأعصاب الانجيليزي Jackoson. ركز على مبدأ الاعراض السلبية مقابل الأعراض الإيجابية. الأعراض السلبية هي شكل عضوي، أما الأعراض الإيجابية يربطها بما هو نفسي وروحي، أي أن الأعراض الإيجابية النفسية تؤدي إلى أعراض سلبية عضوية.

- **تاريخ التصنيفات في الولايات المتحدة الأمريكية:**

لم يعترف بالطب النفسي كتخصص طبي في الو م أ إلى غاية عام 1844 وذلك من خلال " جمعية المشرفين الطبيين على المؤسسات الأمريكية للمجانين"، وهي المنظمة التي أصبحت تعرف باسم "الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA" سنة 1921، وفي ذلك الوقت كل مؤسسة أمريكية كان لها نظامها التشخيصي الداخلي الخاص بها. في سنة 1940 أصبحت النظرية التحليلية النفسية هي الاتجاه المهيمن في الطب النفسي الأمريكي، لهذا ركز الطب النفسي الأمريكي على الفروق الفردية بين المرضى أكثر من تركيزه على أوجه التشابه بين الاضطرابات، إلى جانب غياب تبني منظور بيولوجي للاضطرابات النفسية. في نهاية المطاف تعرض التحليل النفسي للانتقادات نتيجة اكتشاف الأدوية النفسية، ونتيجة ظهور البحوث البيولوجية في مجال الاضطرابات النفسية.

أول مبادرة أمريكية لتطوير معايير تشخيصية موحدة جاءت بدافع من مكتب الإحصاء الأمريكي سنة 1920 لتقدير معدل انتشار الاضطرابات النفسية في الو م أ، وأسفرت عن اصدار دليل تشخيصي بعنوان الدليل الاحصائي لاستخدام المؤسسات الخاصة بالمجانين، والذي تضمن 21 اضطرابا، 19 منها اضطرابات ذهانية، وتطور هذا الإصدار بحلول عام 1942 لكن لم يحظى بالاهتمام، وفي عامي 1952 و1968 أصدرت APA أول اصدارين من معاييرها التشخيصية للاضطرابات النفسية.

في منتصف القرن 20 رفض Eli Robins و Samuel Guzes من مدرسة Renard School للطب النفسي في جامعة واشنطن التحليل النفسي وانطلاقا من اعتقادهم بأن وجود معايير تشخيصية تتسم بالموثوقية والصدق (الصدق والثبات) يعد أمرا أساسيا لكي يتمكن الطب النفسي من تطوير علاجات فعالة واجراء البحوث، لهذا حاولوا تطوير معايير تشخيصية إجرائية. تجنبوا عمدا الافتراضات النظرية المتعلقة بمسببات المرض، متبعين نهجا لا نظريا (Atheoretical) ومحايدا تجاه المسلمات في تعريف الاضطرابات النفسية، ولقد أصبح هذا النهج يعرف باسم النموذج الطبي (Medical Model)، وهو نموذج يدمج الجوانب النفسية

والاجتماعية إلى جانب الجوانب البيولوجية للاضطرابات النفسية. يشدد هذا الاتجاه على أهمية الصدق، أي ما إذا كانت المتلازمة المقاسة تمثل كيانا مترابطا بالفعل وما إذا كانت تعكس ما يفترض أنها تمثله، إلى جانب الثبات أو الموثوقية، أي احتمال توصل أطباء مختلفين إلى التشخيص نفسه. وفي سبعينات القرن 20 قام Feighmer، Robin ، Guze، Woodruff ، Winokun، Monoz يوضع معايير تشخيصية إجرائية محددة للاضطرابات النفسية لدى البالغين، وأصبحت تعرف باسم "معايير فيغنر" (Feighmer Criteria)، حيث تمكنت من تشخيص العديد من الاضطرابات النفسية، وتضمنت المعايير فئة تشخيصية بعنوان "اضطراب نفسي غير مشخص". التوفير خيار تشخيصي للحالات التي يتعذر تصنيفها ضمن أي تشخيص محدد.

بحلول خمسينات القرن العشرين، كانت هناك 05 أنظمة تصنيفية رسمية في الو م أ، وسعت APA إلى وضع نظام تشخيصي موحد ونهائي، وفي سنة 1952 نشر الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية. استند على نظام التشخيص النفسي المعتمد في وزارة شؤون المحاربين القدامى. قسم الدليل إلى قسمين: الاضطرابات المصحوبة بمرض عضوي مثبت في الدماغ، والاضطرابات الوظيفية، والتي قسمت بدورها إلى إضطرابات ذهانية، اضطرابات عصابية، واضطرابات الشخصية.

في سنة 1968 أصدرت APA الطبعة الثانية، وذلك للتوفيق بين معايير DSM الأمريكية والتصنيف الدولي للأمراض ICD الصادر عن منظمة الصحة العالمية. وسع DSM الأقسام التشخيصية من 2 إلى 10 وأضاف قسما خاصا باضطرابات الأطفال والمراهقين.

في السبعينات تم اختيار Robert Spitzer من معهد ولاية نيويورك للطب النفسي لقيادة مشروع مراجعة المعايير التشخيصية الأمريكية لإعداد DSM 3، حيث أدخل مفهوم التشخيص النفسي الاجرائي بصورة رسمية مستندا على معايير تثبت موثوقيتها وصدقها، واعتمد نظاما تشخيصيا هرميا متعدد المحاور يعتمد على معايير الاستبعاد، واستبدل الصياغات الدينامية النفسية والمصطلحات المرتبطة بها بمعايير لا نظرية ومحايدة فيما يتعلق بالمسببات

الاضطرابات النفسية، وتم الاحتفاظ بمصطلح العصاب في الدليل ولكن بوصفه ملاحظة بين قوسين فقط، ثم أزيل نهائيا من الإصدارات اللاحقة. وعلى نحو مفاجأ تبين أن معايير DSM 3 كانت متفوقة إلى حد كبير على معايير ICD الأمر الذي أدى إلى تعديل معايير ICD 9 لتتوافق مع DSM 3. ثم تم تنقيح النسخة من الدليل التشخيصي الثالث سنة 1987، وتم إلغاء النظام الهرمي للتشخيص. وفي سنة 1988 تم اعداد لجنة لإعداد DSM 4 وتم اختيار Allen Frances لرئاسة عملية المراجعة الجديدة. نشر الدليل سنة 1994 ولم يتضمن سوى عدد محدود نسبيا من التغيرات المهمة مقارنة بالإصدار السابق.

وفي سنة 2000 صدرت النسخة الرابعة المنقحة، وكان الغرض منها تحديث الأدبيات البحثية المنشورة بين عامي 1992 و1998 ولم يدخل هذا الإصدار أي تعديلات جوهرية على المعايير التشخيصية نفسها.

في سنة 1999 بدأت أعمال التخطيط للإصدار التالي من الدليل، وتم تعيين David akaupfer وهو عالم أعصاب رئيسا لفريق العمل المكلف باعداد DSM 5، وكانت الأولوية للمراجعة دمج نتائج البحوث المتعلقة بالمسببات والعلوم العصبية في تعريفات الاضطرابات النفسية، وكان من أبرز التغييرات الجوهرية في نظام التشخيص في DSM 5 إلغاء النظام التشخيصي متعدد المحاور (Multi-axial system)، واستمدت مبررات إلغاءه إلى عدم وضوح الحدود الفاصلة بين التشخيصات الطبية والنفسية وعدم الاتساق في استخدام المحور الرابع من قبل الأطباء والباحثين، وهو المحور الخاص بالمشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية، فضلا عن ضعف الخصائص السيكومترية والصدق السريري للمحور الخامس الذي كان يقيس التقييم العالمي للأداء الوظيفي، وعند صدور DSM 5 سنة 2013.

- **المقاربة الفئوية (Approche catégorielle):**

التصنيف الفئوي هو تصنيف تقليدي الذي ينظم الاضطرابات النفسية ويصنفها في فئات تشخيصية طبقا لوصف دقيق ومفصل للأعراض وفق معايير معينة.

مثلا: لتشخيص اضطراب نفسي كالفصام يتطلب حضور واجتماع عدد معين من الأعراض المشار(3 أو 4 من 7 أعراض) ، فإن لم يستوفي الجدول العيادي عدد الأعراض المشار اليها في التصنيف لا يمكن تشخيص هذا الاضطراب، فأما اذا استوفى الحد الدنى فإنه يتم التأكيد على التشخيص.

هنا يتم التشخيص على مدى ثنائية الحضور والغياب.

يوصف هذا التصنيف الفئوي بأنه غير نظري لانه لا يحيل على فرضيات سببية وتفسيرية معينة لأي اضطراب.

- **المقاربة البُعدية (Approche dimenssionnelle):**

التصنيف البُعدي ينظر الى السمات والأعراض باعتبارها متغيرات يمكن أن تختلف في الدرجة والشدة، وبالتالي يتيح لنا قياس الاختلافات الكمية في نفس الصنف من خلال تسليط الضوء على شدة الأعراض. تمكن هذه المقاربة تحديد الاختلافات بين الفراد داخل نفس الفئة، لأن كل فرد له سمات خاصة به. مثال: التغيرات التي حدثت في الطبعة الخامسة للتصنيف الأمريكي.

فبعض السمات النفسية توجد لدى الأفراد بدرجات مختلفة مثال: القلق قد يكون منخفض/متوسط/مرتفع/مرتفع جدا. هنا المقاربة البعدية تسمح لنا بوصف هذه الاختلافات.

ويُعد هذا التصنيف البُعدي بدوره غير نظري لأنه يقتصر على الوصف فقط ولا يذهب في اتجاه وضع فرضيات سببية.

يمكننا القول بأن المقاربة البُعدية جاءت كمحاولة لتجوز الثغرات المقاربة الفئوية وحاولت التركيز على أبعاد الاضطراب النفسي والتخلي على المفهوم الفئوي، وبالتالي اعتمدت على مبدأ التدرج داخل الصنف من أصناف الاضطرابات (التخلي عن الأشكال العيادية).

ابراهيم بن عزوز