

التشخيص والتصنيف في علم النفس المرضي

Diagnosis and Classification in Abnormal Psychology

Diagnostic et Classification en Psychopathologie

فتحي وادة^{1*}، عيسى تواتي إبراهيم²

تاريخ النشر: 2021/12/02

تاريخ القبول: 2021/07/05

تاريخ الإرسال: 2019/09/11

ملخص:

يعتبر التشخيص أحد أهم المراحل الرئيسية والأولية في عملية العلاج النفسي وهو عملية هامة تتضمن الكشف عن ديناميات شخصية المريض، وهو الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة أصل وطبيعة المرض الذي يعانيه الفرد انطلاقا من دلالات ومؤشرات اكلينيكية معينة يمكن الكشف عنها من خلال استخدام أدوات خاصة، حتى يتسنى تصنيفها وتحديد نوع الاضطراب النفسي. ويتم ذلك بالاستناد إلى دليل تشخيصي وتصنيفي للوصول إلى وصف دقيق للمشكلة واقتراح العلاج الأنسب. الكلمات المفتاحية: التشخيص؛ التصنيف؛ علم النفس المرضي؛ دليل تشخيصي.

Abstract :

Diagnosis is one of the most important and fundamental stages in the process of psychotherapy. It is an important process that involves revealing the personality dynamics of the patient, which allows us to know the origin and nature of the mental illness which the individual suffers from based on certain clinical indications that can be detected through the use of certain tools , in order to classify and identify the type of psychological disorder. This is done on the basis of a diagnostic and taxonomic guide to arrive at a precise description of the problem and suggest the most appropriate therapy.

Keywords: Diagnosis; Classification; Psychopathology; Diagnostic Manual.

Résumé :

Le diagnostic est l'une des étapes les plus importantes et fondamentales du processus de psychothérapie. C'est un processus important qui implique de révéler la dynamique de la personnalité du patient, ce qui nous permet de connaître l'origine et la nature de la maladie mentale dont souffre l'individu en fonction de certaines indications cliniques pouvant être détectées à l'aide de certains outils, notamment afin de classer et d'identifier le type de trouble psychologique. Ceci est fait sur la base d'un guide de diagnostic et de taxonomie pour arriver à une description précise du problème et suggérer le traitement le plus approprié.

Mots clés : Diagnostic; Classification; Psychopathologie; Manuel de diagnostic.

*المؤلف المراسل

¹ Fethi Ouada, Abdelhamid MEHRI – Constantine 2 university, fathi.ouada@univ-constantine2.dz

² Aissa Touati Brahim, 08 Mai 1945 guelma university, touatibrahim.aissa@univ-guelma.dz

مقدمة:

يرتبط التشخيص بمصطلح الشخصية والذي أُشتق منه لغويا، وهذا يدل على أن التشخيص عملية تتعلق بشخصية الإنسان، وتتضمن التعرف على هذه الشخصية وسبر أغوارها وتحديد خصائصها ووصفها وصفا دقيقا. وهذا يعني أن عملية التشخيص النفسي لا تقتصر على التعامل مع حالات مرضية فقط، وإنما تتجاوز ذلك في الكشف على الجوانب السوية من شخصية الفرد، كما أنها تُستخدم لأغراض أخرى عدا العلاج، كالتأهيل أو الإرشاد أو التوجيه المهني.

أولا: التشخيص النفسي في علم النفس المرضي:

1- مفهوم التشخيص النفسي:

تعتبر إجراءات التعرف والفحص والتشخيص عملية معقدة وتحتاج إلى جهد كبير وذلك بسبب عدم الاتفاق التام على تعريفات الاضطرابات النفسية أو حتى بسبب تفسير التعريف بشكل مختلف. كذلك، تختلف طرائق وإجراءات وفلسفات الذين يقومون بالفحص والتشخيص اعتمادا على اتجاهاتهم النظرية وخبراتهم في الممارسة الميدانية (القماش والمعايطة، 2009).

التشخيص في الطب هو عبارة عن معرفة "كم وكيف" المرض الذي يعاني منه المريض، وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها في فئة معينة والتشخيص في علم النفس المرضي لا يختلف كثيرا عن هذا المضمون (الفخراي، 2015).

يُعرف زهران (2005) التشخيص على أنه الفن أو السبيل الذي من خلاله يتسنى التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض وتتضمن عملية التشخيص محاولة الكشف عن ديناميات الشخصية لدى المريض وأسباب وأعراض مرضه. كذلك يُعرّف التشخيص على أنه "الوصول لفهم مشكلة العميل من خلال التحديد الدقيق للمشكلة وتحديد العوامل التي أدت لحدوثها وذلك من أجل الوصول لتقرير وحكم سليم لوضع العميل وبيان حالته للوصول إلى اختيار أفضل الأساليب العلاجية" (الفخراي، 2015).

يضيف رضوان (2013)، إلى أن التشخيص الإكلينيكي هو "الاستقصاء أو السبر المؤسس علميا للظواهر ذات الصلة من الناحية النفسية الإكلينيكية بمساعدة طرق صادقة وثابتة وموضوعية، تستخدم مستويات ومظاهر مختلفة لما ينبغي تشخيصه ومصادر بيانات للمساعدة على الاستنتاجات واتخاذ القرارات، ولا يقتصر التشخيص على التعرف على الأمراض والاضطرابات النفسية فحسب، وإنما يمتد ليشتمل على ما ينجم عن ذلك من قرارات. على عكس التشخيص النفسي فإن منظومات التصنيف العالمية للاضطرابات النفسية ICD-10 و DSM-IV-TR تقوم على التصنيف فقط وليس على التدخل".

مما سبق، يمكن تعريف التشخيص على أنه "تلك العملية التي يقوم بها السيكولوجي، بهدف جمع البيانات والمعلومات عن الفرد ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم صورة متكاملة لشخصية المريض، وتتضمن وصفا دقيقا لقدراته ومشكلاته وأسبابها وذلك بهدف وضع تصور أو إستراتيجية معينة لخطة علاجية تتناسب مع مشكلة الفرد" يتطلب التشخيص فهم كامل للمريض في إطار نظريتين:

- **نظرية رأسية:** وهي دراسة مراحل نمو الشخص وارتقائه منذ المرحلة الجنينية حتى اللحظة الحالية، وذلك من مختلف الجوانب الجسمية والطبية والانفعالية والاجتماعية والتربوية.

- **نظرية أفقية:** وهي دراسة التأثير المتبادل بين الفرد وبيئته الداخلية والخارجية للتعرف على حالات سوء التكيف والأعراض عنده. (صالح، 2014).

2- أهمية التشخيص وأهدافه:

للتشخيص النفسي أهمية كبيرة في ميدان علم النفس المرضي، فعن طريقه يمكن تحديد نوع ومشكلة الفرد واضطرابه ومدى خطورته عند التعرف على زملة الأعراض التي يعاني منها. وكلما كان التشخيص مبكرا، تصبح فرصة العلاج أفضل (زهران، 2005). يوجز الفخراي (2015) أهداف التشخيص في النقاط التالية:

- يتم من خلال التشخيص تحديد الاحتياجات الفريدة للعملاء والتي لا توجد لدى غيرهم بهدف إشباع تلك الحاجات.
- يمكن من خلال التشخيص الربط بين الجزئيات المتفرقة للمشكلة بطريقة تُوضح العلاقة بين هذه الجزئيات لتكوين نظرة عامة ومتكاملة عن مشكلة المريض.
- يُقدم التشخيص أحكام وقيم وتصنيفات للأشخاص والسلوك والمعايير.
- يؤدي التشخيص إلى التعرف على العوامل والأسباب التي أدت لوقوع المشكلة.
- يقدم التشخيص تفسيراً للمشكلات النفسية والاجتماعية بما يتضمنه ذلك من عواطف وانفعالات وظروف شخصية يصعب الوصول إليها عن طريق آخر.
- يوفر التشخيص أساسا منطقيا وموثوقا به للعلاج.

3- مراحل:

حدّد كل من "سانديبرغ وتيلر" نقلا عن الفخراي (2015) مراحل التشخيص في الخطوات الأربع التالية:

3-1- مرحلة الإعداد **Préparation Stage**: وتشتمل بدورها على أربع خطوات فرعية:

- الاتصال بين الأخصائي وكافة المؤسسات لتعرف على تفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض وتجمع كافة التقارير.
- المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي في المقابلة المبدئية.

- القرارات الأولية في قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقييم الإكلينيكي.
- اختيار أدوات التشخيص، من اختبارات ووسائل قياس وزيارات وغيرها.

3-2- مرحلة التزود بالمعلومات **Input Stage**: وتتضمن خطوتين فرعيتين:

- المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي والمريض، والتي قد تستلزم تعديلات في أهداف التشخيص ووسائله، كما تشمل كذلك على استخدام الاختبارات التي يراها الأخصائي تناسب الحالة.
- تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضا مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

3-3- مرحلة معالجة المعلومات **Processing Stage**:

- يقوم فيها الأخصائي بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح المعاني المتضمنة لها وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات وتفسيرها تمهيدا للاستفادة منها.

- 3-4- مرحلة اتخاذ القرارات **Output Stage**: وتتضمن كتابة التقارير واجتماعات مناقشة الحالة، ثم اتخاذ قرارات نهائية ترتبط بشأن العلاج وأسلوب العمل.

4- شروط ومبادئ التشخيص:

تتمثل شروط التشخيص ومبادئه حسب الروسان (1999) في النقاط التالية:

- يجب أن تتم عملية التشخيص من قبل متخصصين مؤهلين علميا ومرخصين للعمل في هذا الميدان.
- يجب أن يتم جمع المعلومات التشخيصية من مصادر متنوعة مثل الأسرة، والأقران، والمعلمين، وأرباب العمل.
- يجب الحصول على موافقة ولي الأمر على إجراءات التشخيص.
- يجب الحفاظ على سرية معلومات القياس والتشخيص.
- يجب استعمال أدوات وأساليب متنوعة وأن تكون الاختبارات والمقاييس المستخدمة مقننة.
- عدم الاكتفاء بنتائج مقياس واحد عند تحديد أهلية الفرد لخدمات العلاج النفسي.
- يجب أن يوضع المشخص تحت الملاحظة- عند الحاجة- بغرض التحقق من صحة نتائج القياس والتشخيص (في: صالح، 2014، ص 141).

5- أشكال التشخيص:

يذكر صالح (2014) بأن التشخيص يتخذ شكلين:

5-1- الشكل التصنيفي الطبي:

يعتمد هذا الشكل على التصنيف Classification كأساس له وينحصر في تسمية المرض أو شكوى المريض ويميل بعض الأخصائيين الإكلينكيين للأخذ به رغم أنه أسلوب طبي، ولقد أثبت جدارته في الحالات المرضية التي تتطلب تدخل جراحي. أما في الحالات النفسية فإن الأمر يختلف اختلافا كبيرا. ويرى الكثير من النقاد أن الأسلوب الطبي محدود في نطاق خاص.

5-2- الشكل السيكودينامي:

القاعدة التي يتخذها التشخيص في هذا الشكل هي ديناميات المرض النفسي؛ وفي هذا النوع لبد من دراسة الحالة دراسة مستفيضة Compréhensive من جميع جوانبها، وخاصة من ناحية القدرات، والدوافع، والانفعالات والقيم، والاتجاهات، أساليب السلوك الدفاعية لدى الفرد؛ فضلا عن آثار البيئة التي نشأ فيها

6- أدواته:

تعتمد عملية التشخيص على عدد من الإجراءات، والأساليب، والأدوات حتى تكون عملية التشخيص دقيقة ومُحكمة، ومن هذه الأدوات والأساليب:

6-1- المقابلة العيادية:

تُعرف المقابلة على أنها تواصل لفظي هادف بين طرفين يحتل جمع المعلومات حول السلوك والخبرة عند الشخص مركز الصدارة. ويجري الحوار بشكل رسمي وفق محكات محددة للحوار. ويمكن النظر إلى المقابلة من أربع زوايا:

- الحصول على المعلومات من خلال تبادل الحديث بين شخصين على الأقل.

- يسير اتجاه المعلومات بشكل أساسي في اتجاه من المسؤول إلى السائل.

- تجري بين المسؤول والسائل تفاعلات على مستويات مختلفة: على أساس مستوى نفسي عام، على مستوى نفسي اجتماعي، نفسي تعليمي، نفسي أعماقي.

- يتم تصميم الحوار من السائل بحيث يمكن من خلاله الحصول بيانات أو معلومات تُمكن المشخص من إجراء تقييم منطقي (رضوان، 2014، ص 149).

6-1-1- أهمية المقابلة:

تبرز أهمية المقابلة في كونها تسمح للمختص من ملاحظة الكثير من التعبيرات والحركات و الانفعالات أثناء حديث العميل، ويتعرف عن طريقها على قدرات وإمكانات والظروف البيئية والاجتماعية للعميل. كما يمكن تطبيق كافة

الاختبارات والمقاييس خلالها. من جهة أخرى، يتم فيها تقييم جميع جوانب الشخصية الجسمية والنفسية والعقلية بغية الوصول إلى تشخيص مشكلة العميل بشكل أدق.

6-1-2- خطوات المقابلة:

تمر المقابلة العيادية المرضية عبر خطوات متسلسلة، وهي:

أ- مرحلة الافتتاح: وهي مرحلة البدء وتقرير الحالة وفيها يحاول المختص أن يوفر جوا من الدفء والمودة من أجل بناء علاقة إيجابية وكسب ثقة المريض. وغالبا ما تبدأ بطرح الأسئلة التشجيعية والمناقشة بهدف افتتاح المقابلة ودعم العلاقة مع المريض.

ب- مرحلة الوعي الفكري: فيها يبدأ المختص بالدخول في مضمون المقابلة والتي تشمل توضيح سبب طلب المريض وفهم أولي لمشكلته. ويتم فيها تجميع المعلومات وتطبيق الاختبارات وتفسير نتائجها لكي يتم التعرف أكثر على الحالة المرضية لطالب المقابلة.

ج- مرحلة البناء: لا تتم هذه المرحلة إلا بعد المرور بالمرحلتين السابقتين ومناقشة المريض وعائلته وأقرانه بجميع التفاصيل عن مرضه؛ كما يسعى فيها المختص للتوصل إلى أسباب ودوافع التي أدت بالعمل إلى حالته، من أجل تحقيق علاجا فعالا.

د- مرحلة الاقفال: يصل فيها الطرفان المختص والعميل إلى قرار مشترك بإنهاء المقابلة بناء على طلب المختص الذي رأى أن العميل أصبح قادرا على التوافق السليم، أو بناء على طلب المريض الذي وجد نفسه معافى أو لم ينفعه العلاج (صالح، 2014).

6-1-3- أشكال المقابلة:

يذكر فايد (2005) شكلين للمقابلة العيادية، إما أن تكون بنائية أو غير بنائية. ففي المقابلة غير البنائية يسأل الإكلينيكي أسئلة ذات نهاية مفتوحة (هل ستخبرني عن نفسك؟)، وتضع قيود قليلة على ما يمكن أن يناقشه العميل. ويسمح نقص البناء الإكلينيكي بأن يتم التركيز على محاور هامة لا يمكن توقعها من قبل. كذلك تعطي تقديرا أكثر للموضوعات الهامة بالنسبة للعميل. أما في المقابلة البنائية تُطرح مجموعة من الأسئلة المعدة مسبقا. ويستخدم فيها أحيانا مجموعة معيارية من الأسئلة أو محاور مصممة للاستخدام في كل المقابلات. ويسمح هذا الشكل من المقابلات بمقارنة استجابات الأفراد بأخرين. وهي مصممة للكشف عن الطبيعة الدقيقة والدرجة الخاصة بالأداء الشاذ للعميل.

أما زهران (2005) يقسم المقابلة إلى: المقابلة المبدئية (التي تمهد للمقابلات التالية)، والمقابلة القصيرة (التي لا تستغرق وقتا طويلا)، والمقابلة الفردية (تتم بين الأخصائي والمريض فقط)، والمقابلة الجماعية (تجمع جماعة من المرضى)، والمقابلة

المقيدة أو المقننة (التي يكون مقيدة بأسئلة مقننة)، والمقابلة الحرة (تكون غير مقيدة بأسئلة معينة). من أنواع المقابلة حسب هدفها: مقابلة المعلومات، والمقابلات العلاجية (الإكلينيكية) والمقابلة الشخصية. ومن أنواع المقابلات حسب الأسلوب المتبع فيها: المقابلة الممرزة حول العميل، والمقابلة الممرزة حول المعالج.

6-2- الملاحظة العيادية:

هي طريقة منظمة يحاول فيها المختص أن يجمع معلومات عن سلوك معين على النحو الذي يحدث فيه الموقف وتسجيل هذا السلوك. لذا تقوم الملاحظة العيادية على ملاحظة الوضع الحالي للعميل في جانب محدد من جوانب سلوكه، وتشمل ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكل أنواعها. بذلك تكمن فائدة هذه الأداة لكونها أداة تشخيصية لها درجة عالية من الثقة والثبات ويمكن الاعتماد عليها في الوصول لحقائق واقعية وصادقة في رصد سلوكيات الأفراد. وبتحديد موضوعات دقيقة ومحددة مرتبطة بالموقف أو الحالة أو الموضوع الذي تتم ملاحظته، لجمع معلومات وحقائق في إطار تلك الموضوعات (صالح، 2014، ص 154).

6-2-1- أنواع الملاحظة العيادية:

من أنواع الملاحظة: الملاحظة المباشرة (وجها لوجه مع المريض)، والملاحظة غير المباشرة (دون اتصال مباشر مع المريض)، والملاحظة المنظمة الخارجية (يقوم بها المختص ومساعدوه)، والملاحظة المنظمة الداخلية (من الشخص نفسه لنفسه)، والملاحظة العرضية (العابرة وغير المقصودة)، والملاحظة الدورية (على فترات زمنية محدودة)، والملاحظة المقيدة (بمجال أو موقف وفترات معينة) (زهران، 2005، ص 160).

6-2-2- خطوات إجراء الملاحظة:

أ- الإعداد: وذلك بالتخطيط المنظم لها والتحديد المسبق للسلوك المراد ملاحظته، وتحديد المعلومات المطلوبة وهدف الملاحظة، وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل، وتحديد الزمان والمكان.

ب- اختيار عينات سلوكية مختلفة للملاحظة: وذلك باختيار عينات متنوعة ومتعددة وشاملة ومثثلة لأكبر عدد من مواقف الحياة ومناسبات مختلفة ومواقف فردية وجماعية.

ج- عملية الملاحظة: تتم عملية الملاحظة مع مريض واحد في وقت واحد. أما في حالة ملاحظة سلوك الجماعة يستحسن استخدام أجهزة التسجيل وتعدد الملاحظين ضمانا للموضوعية والدقة.

د- التسجيل: يجب أن تسجل الملاحظة بعدها مباشرة وليس أثنائها، ويجب الإسراع بتسجيل وتلخيص كل ما دار في الملاحظة. كذلك تسجيل تاريخ ومكان وزمان الملاحظة وأسماء الملاحظين.

هـ- التفسير: يتم تفسير السلوك الملاحظ في ضوء الخلفية التربوية والاجتماعية والاقتصادية للمريض، وخبراته وإطاره المرجعي (سرى، 2000، ص 64-65)

6-2-3- أدوات الملاحظة: تعتمد الملاحظة على عدد من الأدوات وهي: لوحات المشاركة (تستعمل لتسجيل مشاركة الفرد في نشاط أو مناقشة)، قوائم السلوك (قائمة تستعمل لتسجيل السلوك الملاحظ فور حدوثه)، مقاييس الشخصية والتقدير (قائمة تشتمل على مجموعة من الفقرات والبدائل التي تعبر عن سمة ما)، التسجيلات القصصية (تسجل أحداثا معينة خلال فترة محددة) (صالح، 2014).

6-2-4- عوامل نجاح الملاحظة:

من بين عوامل نجاح الملاحظة: السرية والموضوعية والدقة والخبرة، والشمول لعينات متنوعة من السلوك تتناول الإيجابيات والسلبيات، ونقاط القوة والضعف وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا (زهران، 2005، ص 160).

6-3- الاختبارات والمقاييس النفسية:

إن الاختبار النفسي ما هو إلا أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مقنن؛ وبهذا الشكل يمكننا تقييم الملاحظات المضبوطة للسلوك تقييما موحدا، لذا كان للاختبار النفسي مزايا لا توجد أصلا في المقابلة أو الملاحظة أو في إجراءات دراسة الحالة. والاختبارات دون شك هي وسائل ذات قيمة كبيرة في عمليات التشخيص والتوجيه الإرشاد النفسي والعلاج؛ وهي كأى وسيلة يمكن الاستفادة منها إذا أحسن استخدامها ووضعت حولها الضوابط وأمكن معرفة معايير ثباتها وصدقها ودالاتها الإكلينيكية وحدودها التي لا تستطيع تجاوزها بحكم طبيعتها أو طبيعة القدرات التي تقيسها (رضوان، 2014).

6-3-1- أهداف الاختبارات النفسية:

يمكن تحديد دور الاختبارات النفسية في عملية التشخيص النفسي على النحو التالي:

- تقييم قدرات الفرد وإمكانياته من حيث ذكائه العام وقدراته العقلية الخاصة.
- كشف الجوانب المختلفة من شخصية الفرد، ومشاعره، وأفكاره ورغباته، واتجاهاته.
- تقييم ديناميات السلوك لدى الفرد، وكشف الشعورية أو اللاشعورية التي تحرك هذا السلوك.
- تشخيص الاضطراب أو المرض النفسي أو العقلي الذي يعاني منه الفرد (عباس، 1996، ص 18).

6-3-2- أنواع الاختبارات والمقاييس النفسية:

يورد فايد (2005) خمسة أنواع من الاختبارات التي يستخدمها الإكلينيكيون بشكل متكرر وهي:

- أ- اختبارات إسقاطيه **Projective tests**: وتتكون من مادة غير بنائية أو من مادة غامضة، يُطلب من المفحوص أن يستجيب لها. وتكون المادة غامضة إلى حد أن الاستجابات يحتمل أن تعكس البناء النفسي للفرد.
- ب- قوائم التقرير الذاتي **Self-report inventories**: تتكون من قوائم بنود يختارها الشخص حسب درجة انطباقها عليه، وتكشف هذه البنود على شخصيات الأفراد ونماذج سلوكهم وانفعالاتهم واعتقاداتهم.
- ج- اختبارات نفسوفسيولوجية **Psychophysiological tests**: تقيس مثل هذه الاختبارات الاستجابات البدنية مثل معدل نبضات القلب والتوتر العضلي كمؤشرات ممكنة للاضطرابات النفسية.
- د- اختبارات نفسوعصبية **Neuropsychological tests**: تكشف عن أي تلف عصبي ممكن.
- هـ- اختبارات الذكاء **Intelligence tests**: وهي مصممة لقياس القدرة العقلية للشخص.

6-3-3- شروط الاختبارات النفسية:

حتى تكون الاختبارات صالحة للقياس لبد أن تتوفر فيها مجموعة من المحكات الأساسية. يمكن تقسيم هذه الشروط إلى شروط أولية وشروط سيكومترية.

أ- الشروط الأولية للاختبار: وتشمل الموضوعية والشمول والتقنين. فالمقصود بالموضوعية **Objectivity** عدم تدخل الجانب الذاتي في تقدير الدرجات وتفسيرها وبالتالي عدم اختلاف المصححين في تقدير الدرجات. أما الشمول **Globalization** يعني أن يقيس الاختبار جميع جوانب المجال (الجانب العقلي، الجانب الانفعالي، الجانب النفس حركي) في حالة الاختبارات النفسية. بالنسبة للتقنين **Standardization** هو توحيد إجراءات التطبيق على جميع الأفراد المشاركين (طريقة التصحيح، طريقة التفسير)، وكذلك تحديد الخصائص السيكومترية التي تدل على جودة الاختبار (مراد وسليمان، 2005).

ب- الشروط السيكومترية: وتتضمن الصدق والثبات والمعايير. فالصدق يتعلق بما يقيسه الاختبار وإلى أي حد ينجح في قياسه ويرتبط أيضا بمدى وصولنا إلى تنبؤ دقيق واستنتاج صحيح من الدرجة التي يحصل عليها المفحوص. ومن أنواعه: صدق المحتوى، والصدق المرتبط بالمحكات، وصدق التكوين الفرضي. ويقصد بالثبات دقة الاختبار في القياس أو الملاحظة وعدم تناقضه مع نفسه، واتساقه واطارده فيما يزودنا به من معلومات عن سلوك المريض، وطرق حسابه إعادة الاختبار، والصور المتكافئة، والتجزئة النصفية، ومعامل ألفا لكرونباخ وغيرها (أبوخطب، وعثمان، وصادق، 2008).

7- التقرير النفسي:

التقرير النفسي جزء مهم وأساسي من التشخيص النفسي، وفيه تتجلى العملية التشخيصية بخطواتها، أي تلك الإجراءات التي قام بها الفاحص بدءاً من طرح الأسئلة وانتهاءً بالإجابات التشخيصية واقتراح الإجراءات أو التدخلات. كما يمكن تعريف التقرير النفسي بأنه التوثيق المنهجي لنتائج الفحص النفسي بمجمله، وهو بوصفه كذلك جزء من العملية التشخيصية (رضوان، 2014).

8- معوقات التشخيص النفسي:

- عدم استكمال عملية التشخيص لعجز المريض عن التعبير عن مشكلته كما في حالات ضعف العقول أو الصغار أو الحالات الحادة من المرض النفسي.
- عدم استكمال التشخيص نتيجة تعمد العميل أو المحيطين به تضليل الأخصائي بإخفاء الحقيقة خوفاً من الخزي أو العار.
- تسرع الأخصائي في الحكم بسبب الضغوط والأعباء أو وجود قصور في القدرة على التطبيق العملي لأسس النظريات العلمية خاصة إذا كان الممارس جديداً أو قليل الخبرة.
- عدم استخدام أو معرفة الأخصائي بالأساليب العلمية الحديثة في التشخيص كطرق مزاجية القياس الكمي والكيفي لتحديد أبعاد المشكلة الفردية أو ضعف مهارته في التسجيل أثناء أو بعد المقابلات.
- تعقد بعض المشكلات مما يجعل من الصعب الإمام بكل جوانبها ووضع تشخيص يراعي فرديتها.
- غياب بعض الأفراد الأكثر أهمية في حياة العميل والأكثر دراية بالخبرات التي مر بها في الماضي مثل حالات وفاة الوالدين أو الأجداد أو الأخوة.
- قصور الذاكرة البشرية لدى الأخصائي أو العميل مما يجعل بعض العوامل المرتبطة بالمشكلة قد تتعرض للنسيان أو الإهمال دون قصد.
- نقص أو غياب أو عدم مهارة بعض المتخصصين والخبراء الذين يحتاجهم الأخصائي في المؤسسات الاجتماعية كالخبراء النفسيين، الاقتصاديين، القانونيين، الدينيين، الأطباء وغيرهم.
- اعتماد بعض المؤسسات المهنية على استمارات أو نماذج تقليدية تجعل التشخيص تصنيفياً أكثر من كونه تفسيرياً وصفياً لتفاعل عوامل المشكلة.
- حاجة التشخيص إلى جهد عقلي كبير ووقت مناسب قد لا يتوافر لدى بعض الممارسين (الفخراي، 2015، ص 39-40).

ثانيا: التصنيف في علم النفس المرضي:

1- مفهوم التصنيف:

التصنيف بمعناه العام هو تقسيم مجموعة من الأشخاص أو الأشياء إلى أقسام أو فئات وفقا لأساس معين كتصنيف المواد الكيميائية مثلا. والتصنيف في علم النفس هو إدخال نوع من النظام والترتيب على مجموعة من الاضطرابات النفسية ووضعها في فئات بحيث يتيسر التعامل معها والتقليل من تعقدها ما يسمح لنا بمزيد من الفهم (صالح، 2014، ص 110).

يعتبر ياسين (1986) التصنيف عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي يفرز بها الأخصائي الأعراض، أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات إلى أنواع مشاهمة، والأفراد المرضى إلى مستويات محددة أو درجات مرضية. ومن الخطورة بمكان أن يستخدم الأخصائيون التصنيف كبديل لعملية التشخيص فيصبح عنونة وتسميات تصنيفية للناس. يعرف الحجاوي (2004) التصنيف بأنه تخفيض عدد الأعراض وتحديدتها على أساس خواص مشتركة بين مفردات الصنف الواحد، بحيث يسهل إخضاعها لقوانين عامة تُسهل فهمها والتعامل معها.

2- أهداف التصنيف:

- اختزال الأوصاف السلوكية.
- توحيد المصطلحات التي يفترض اتسامها بالثبات، وتيسير التواصل بين الإكلينيكين في البحوث والممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية.
- عمل أساسي للبحث في الوبائيات لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقلية عبر الثقافات والأعراق والطبقات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة.
- وصف أوجه الشبه والاختلاف الهامة بين المرضى السيكاكترين بحيث يؤدي معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يُحتمل ظهورها لدى المريض (صالح، 2014، ص 110).

3- طرق التصنيف:

بينما يشير التشخيص لسيرة 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، توالى بعدها التصنيفات العالمية في سعيها لتوحيد هذه التصنيفات. وعموما توجد مقاربتين وصفيتين: السيميولوجيا (الأعراضية) التحليلية (عصابات، ذهانات، شذوذات لابنائية) والسيميولوجيا اللانظرية مثل التصنيفات DSM, ICD (حافري، 2016/2015، ص 17).

3-1-1- التصنيفات النفسومرضية: هي ذات منحى تحليلي، كانت تميز بين العصابات، الذهانات والشذوذات. ويعتبر الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الخصاص، فنحن في سجل العصابات. وإن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوذ، وإن تم رفضه فهذا سجل الذهانات. أما "كارل ابراهام" فقد قدم تصنيفا نمائيا 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 آخرين مثل "كيرنبرغ" Kernberg من المدرسة الأمريكية الذي أضاف توضيحات عن البنية الحدية، وأعمال "بيرجير" حول البنيات من المدرسة الفرنسية (حافري، 2016/2015، ص 19).

3-2- التصنيفات 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. يُعد "كريلين" 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 لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM، والذي يمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية: الأعصاب Neuroses، الذهان الوظيفي Functional Psychosis، الذهان العضوي Organic Psychosis، اضطرابات الشخصية Personality Disorders، التخلف العقلي Mental Retardation (فايد، 2005؛ ابراهيم وعسكر، 2008).

3-2-1- التصنيف الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة ICD:

هو تصنيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره، يتم فيه تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل رمز يتكون من أحد الحروف الهجائية اللاتينية وعدد من رقمين (مثلا: A23). فكل مرض (أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف برمز فريد. وينشر هذا الدليل بشكل دوري كل 10 سنوات (صالح، 2014؛ منظمة الصحة العالمية، 1996).

لم يتم التطرق للأمراض العقلية حتى عام 1936، عندما صدرت القائمة الخامسة (ICD.5) التي أدرجت الأمراض العقلية ضمن أمراض الجهاز العصبي، وقد ذُكر منها وقتئذ أربع مجموعات فقط (النقص العقلي، الفصام، ذهان الهوس والاكتئاب، كل الأمراض العقلية الأخرى). وصدرت القائمة السادسة (ICD.6) عام (1947) والتي اشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية (الفصل الخامس F) متضمنة أسباب المرض والوفاة. أما القائمة السابعة (ICD.7)

عام 1955 لم تضاف جديداً بخصوص الأمراض العقلية والنفسية. وبمساعدة منظمة الصحة العالمية (WHO) صدرت القائمة الثامنة (ICD.8) عام 1965، حيث تضمنت وصف الأعراض والتشخيص الفارق وعلاج الاضطرابات العقلية، وتوالت القوائم حيث شملت إضافات وتصنيفات عديدة حتى صدور القائمة العاشرة (ICD.10) عام 1992 (الحجاوي، 2004؛ منظمة الصحة العالمية، 1996).

يتضمن الفصل الخامس الاضطرابات العقلية والسلوكية من المراجعة العاشرة (ICD.10) على عشر مجموعات رئيسية وتشمل كل مجموعة تصنيفات فرعية معينة.

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

(F10-F19): الاضطرابات العقلية والسلوكية نتيجة استخدام مواد نفسانية المفعول.

(F20-F29): الفصام والاضطرابات فصامية النمط والاضطرابات التوهيمية.

(F30-F39): اضطرابات المزاج- الاضطرابات الوجدانية (العاطفية).

(F40-F48): الاضطرابات العصائية والمرتبطة بالكرب والاضطرابات جسدية الصور.

(F50-F59): المتلازمات السلوكية المرتبطة باضطرابات وظيفية وعوامل بدنية.

(F60-F69): اضطرابات في شخصية وسلوكيات البالغ.

(F70-F79): التخلف العقلي.

(F80-F89): اضطرابات التطور النفسي.

(F90-F98): اضطرابات سلوكية وعاطفية (انفعالية) تكون غالباً بدايتها في الطفولة أو المراهقة.

(F99): الاضطرابات العقلية غير المحددة. (منظمة الصحة العالمية، 1996)

لقد أصدرت منظمة الصحة الدولية النسخة الحادية عشر (ICD.11) في 18 جوان 2018 والتي 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).

3-2-2- الدليل التشخيصي والإحصائي 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. وقد أتت الطبعة الأولى (DSM-I) بعدة مراجعات ظهرت في الأعوام 1968 (DSM-II)، 1980 (DSM-III)، وفي هذا النظام التشخيصي أُدخلت أكثر التغييرات ثورية، حيث تضمن

استخدام محكات تشخيصية واضحة للاضطرابات النفسية، ونظاما تشخيصيا متعدد المحاور، ومنحى وصفيا للتشخيص يميل إلى الحيادية في ما يتعلق بالنظريات التي تبحث في أسباب الأمراض، وتركيز متزايدا على الفائدة الإكلينيكية للنظام التشخيصي. ثم تم تعديل هذا الدليل عام 1987 (DSM-III-R)، وفي 1994 صدرت الدليل الرابع (DSM-IV) (ترول، 2007، ص 2018)، والذي وُزعت فيه الاضطرابات العصائية في الاضطرابات العاطفية الحصرية... الخ. واختفت فيه تسميات عصاب الفوبيا والقلق، واستبدل مصطلح عصاب الهستيريا التحويلية بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية (حافري، 2016/2015).

تمت مراجعته، وصدر الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) عام 2000، الذي يعتبر نظام التصنيف الأكثر استخداما. وهو تقييم متعدد المحاور multiaxial assessment. إذ يتم فيه تقييم المرضى وفقا لخمسة محاور أو مجالات من المعلومات. وكل محور من شأنه أن يساعد في التخطيط للعلاج والتنبؤ بالنتائج. وتزودنا هذه المحاور مجتمعة بوصف شامل لمشكلات المريض الأساسية، وضغوطه النفسية ومستواه الوظيفي (ترول، 2007، ص 220).

أخيرا صدر النظام التشخيصي الخامس (DSM-V) في 2013، وهو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الأمراض في هذا الدليل. يحتوي على تعليمات كيفية الاستخدام والاحتياطات الواجب اتباعها يليها معايير التشخيص وقائمة الرموز وفئات خاصة بكل مرض ويدرج كذلك رموز التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) بين قوسين، يلي ذلك وصف للنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ويقدم المحكات التي يجب توافرها لدى المريض من أجل تصنيفه في فئة معينة أم لا، ثم يقدم شرحا مصغرا لكل اضطراب. وبعدها محور يخص إدماج القياس وبعض النماذج كالنموذج الثقافي وغيرها. يشتمل الدليل التشخيصي الخامس على 297 فئة تشخيصية ويتوفر على خمسة محاور تسمح بتقييم شامل للاضطرابات العقلية: المحور الأول خاص بالاضطرابات الإكلينيكية، المحور الثاني يتعلق باضطرابات الشخصية والتخلف العقلي، المحور الثالث بأمراض الطب العام، والمحور الرابع خاص بالمشاكل النفس اجتماعية والبيئية، والمحور الخامس التقييم العام للتوظيف (حافري، 2016/2015، ص 21).

3-2-3- التصنيف الفرنكفوني للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق 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 والمراهق CFTMEA. وفي 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 يركز 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. ويتناول

CFTMEA مفهوم "البنيات" structures الذي يمكن أن يوضح بعض المشكلات الإكلينيكية التي ليس لها حل في الطب النفسي الوصفي، وهي العصابات، والذهانات والحالات الحدية. ويضع تصنيف CFTMEA في الاعتبار سياق المريض وتنظيمه النفسي وتاريخه من اجل الابتعاد على المبالغة في التشخيص غير الملائم. كما يركز هذا التصنيف على محورين: المحور الأول يخص التصنيفات الإكلينيكية الأساسية، أما الثاني يتعلق بالعوامل السابقة ذات العلاقة أو المحتملة للسببية المرضية (Landman & Portelli, 2017).

4- صعوبات ومآخذ التصنيف في علم النفس المرضي:

يلخص جفري وزملائه (2009) بعض المآخذ عن التصنيف في علم النفس المرضي:

- لا يمكن للتصنيف أن يضم مجمل البيانات الخاصة بالمريض والأسباب 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 وليس على اساس السلوك الملاحظ للمريض.
- يركز التشخيص بالتأكيد على جوانب الضعف أكثر من جوانب القوة وهذا ما يؤثر سلبيا على علاقة المريض بالآخرين. - قد يؤدي استخدام الاسم التصنيفي إلى إيهام المختص بفهم حالة المريض ولكنه في الواقع هو بعيد عن معاناته الحقيقية (في: حافري، 2016/2015، ص 18).

خاتمة:

تأسيسا على ما سبق، تعتبر عمليتي التشخيص والتصنيف في علم النفس المرضي عملتين متلازمتين ومتكاملتين. للوصول إلى تشخيص دقيق وفهم كاف لمشكلة المريض على الممارس الإكلينيكي أن يُلم بأصول الفحص والتقييم النفسي من جميع جوانبه من حيث الاستخدام العلمي والسليم لأدوات التشخيص وجمع أكبر قدر ممكن من البيانات والمعلومات ذات العلاقة بالمشكلة، ثم تحليلها وتفسيرها ضمن الأطر النظرية والعلمية التي تخدم عملية التشخيص. من جهة أخرى، يجب على الأخصائي أن يكون على دراية واسعة بطرق التصنيف المعتمدة عالميا وكيفية تطبيقها واستغلالها في وضع الشخص في الفئة المرضية المناسبة، وكشف الاضطراب الذي يعاني منه، مع مراعاة الخصوصيات الثقافية والاجتماعية، والروحية للعميل، للمساعدة في وضع أساليب علاجية ملائمة لكل حالة مرضية.

قائمة المراجع:

- إبراهيم، عبد الستار، (2008). علم النفس الإكلينيكي: في ميدان الطب النفسي. ط4. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبوحطب، فؤاد وعثمان، سيد أحمد وصادق، آمال، (2008). التقييم النفسي. ط4. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الفخراي، خالد إبراهيم، (2015). أسس تشخيص الاضطرابات السلوكية. القاهرة: دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع.
- القمش، مصطفى نوري و المعاينة، خليل عبدالرحمن، (2009). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط 2. الأردن: دار المسيرة.
- الحجاوي، عبد الكريم، (2004). موسوعة الطب النفسي. الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- ترول، تيموثي، (2007). علم النفس الإكلينيكي. ترجمة: فوزي شاكر طعيمة داود وحنان لطفي زين الدين. عمان: دار الشروق.
- حافري، زهية غنية، (2016/2015). مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي. جامعة سطيف 2.
- رضوان، سامر جميل، (2013). التشخيص النفسي. جامعة دمشق: كلية التربية.
- زهران، حامد عبد السلام ، (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط 4. القاهرة: عالم الكتب.
- سرى، إجلال محمد ، (2000). علم النفس العلاجي. ط 2. القاهرة: عالم الكتب.
- صالح، علي عبد الرحيم، (2014). علم نفس الشواذ: الاضطرابات النفسية والعقلية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عباس، فيصل، (1996). الاختبارات النفسية: تقنياتها وإجراءاتها. بيروت: دار الفكر العربي.
- فايد، حسن ، (2005). علم النفس الإكلينيكي. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- مراد، صلاح أحمد وسليمان، أمين علي، (2005). الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية: خطوات إعدادها وخصائصها. ط2. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- منظمة الصحة العالمية، (1996). التصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات العلاقة- المراجعة العاشرة الجزء الأول (عربي-فرنسي- إنكليزي). تعريب عصمت إبراهيم حمود. المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.

- Landman, P., & Portelli, C. (2017, February). Pourquoi une classification française des troubles mentaux chez l'adulte (CFTMA)? In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique (Vol. 175, No. 2, pp. 163-164). Elsevier Masson.

-WHO releases new (ICD 11)". (2018, October 18). Retrieved from"-

[http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).