فرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباه

جدلية التشخيص بين *ICD-10* و*DSM-5*

Attention – deficit/ hyperactivity
Controversial diagnosis between DSM-5 & ICD-10

تواتي فايزة [1]، بوقصة عمر [2]

[1] مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي، جامعة الحاج لخضر باتنة 1 (الجزائر)، faizapsycho05@gmail.com

[2] جامعة الحاج لخضر باتنة 1(الجزائر)، bouguessa@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2019/04/19 تاريخ القبول: 2019/12/05 تاريخ النشر: 2019/12/19

الملخص :

يدرس هذا المقال الاختلافات الجوهرية في تشخيص فرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباه في نظامي التشخيص العالميين، حيث انه مصنف كاضطراب إفراط حركي في *ICD-10* ، بينما التعديلات الهامة التي طرأت على*DSM* في الإصدار الخامس 2013 أثبتت جدارتها وفاعليتها في تشخيص فرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباه، مقابل التناقض الموجود في (*ICD-10*).

الكلمات المفتاحية: اضطراب فرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباهADHD ؛ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة*DSM-5*؛ التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة التنقيح العاشر (ICD-10).

Abstract:

This article examines the fundamental differences in the diagnosis of hyperactivity with attention-deficit in the two global diagnostic systems, classified as hyperkinetic disorder in ICD-10, while significant changes in the DSM in the fifth edition of 2013 proved to be useful and effective in the diagnosis of hyperactivity with attention, (ICD-10).

Keyworlds: Attention – deficit/ hyperactivity ADHD ; DSM-5 ; ICD-10 .

المؤلف المرسل: بوقصة عمر، **الإيميل:** bouguessa@gmail.com

1. مقدمة :

تطور النظام التشخيصي للاضطرابات العصبية النمائية، وتحديدا بخصوص اضطراب فرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباه (*ADHD*) على مدى العقد الماضي، فالتشخيص النفسي يرتكز على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة *DSM-5* ، أما النظام الطبي المعترف به دوليا هو التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة، التنقيح العاشر، (*ICD-10*) ، ومن خلال دراسة بعض الاختلافات الواضحة بين النظامين التشخيصيين العالميين (*DSM-5* مقابل *ICD-10*)، التي ينبغي التنبه إليها وتداركها في التنقيحات القادمة للإصدار *ICD-11*.

2. الإطار المفاهيمي

1.2 الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM:

تم تطوير DSM-5 على مدى عدة سنوات من قبل اللجان المعينة من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي. بدأ المشروع بمؤتمر عام 1999 برعاية رابطة الطب النفسي الأمريكي والمعهد الوطني للصحة العقلية، وخلاله تمت بحوث الأولويات .تم تشكيل مجموعات العمل للمناطق الرئيسية الثلاثة عشر. Sparrow and Erhardt, 2014, (p.46)

يصدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكي APA هدفه الأساسي التشخيص وليس التصنيف فالغرض منه هو تقديم توصيفات دقيقة للفئات التشخيصية لكي يتمكن الأطباء العياديين والباحثين من تشخيص ودراسة ومعالجة الناس ممن لديهم اضطرا بات عقلية مختلفة والتواصل بشأنهم. من ثم تُقدَّم المعايير التشخيصية النوعية لكل اضطراب عقلي كإرشادات لوضع التشخيص، لأنه تبيّن أن استخدام مثل هذه المعايير يعزز الاتفاق بين الأطباء والعياديين والباحثين. فيما يتعلق بعملية التشخيص، ولهذا يتطلب الاستخدام الصحيح لهذه المعايير، تدريب عيادي متخصص.

ما يميّز هذا الدليل توضيح الحدود بين الاضطرابات والمشكلات النفسية ووضع معايير محكمة للاضطرابات تسهّل مقاربتها سواء تعلق الأمر بالبحث العلمي أم بالممارسة العيادية . وهذا الدليل يقدّم فائدة كبيرة للاختصاصي في الطب النفسي وحتى للأطباء من

الاختصاصات الأخرى وللعاملين في الصحة العقلية وكلية علم النفس. American) Psychiatric Association, 2013, p.5-6)

قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) بنشر الدليل التشخيصي DSM−5 في عام 2013 ، والذي توج بعملية مراجعة لمدة 14 عامًا . APA هو مجتمع تخصصي طبي يشارك أكثر من 36000 عضو من الأطباء في تشخيص الأمراض العقلية وعلاجها والوقاية منها والبحث فيها، حيث يستخدم الرقم العربي في DSM−5 (وليس DSM−V)، على النقيض من الاتفاقية السابقة للأرقام الرومانية مثل، DSM−IV .

(Sparrow and Erhardt, 2014, p.47)

وأوصت مديرية الممارسة النفسية الأمريكية (APA) ان يستخدم اخصائي علم النفس المعايير كما هي موضحة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية – 5 للوصول إلى الاستنتاجات التشخيصية. تشير APA الى انه تم تدريب اخصائي علم النفس على استخدام DSM للمساهمة في صناعة القرار التشخيصي (Prevatt and Levrini 2015, p.23)

2.2 التصنيف العالمي للأمراض المراجعة العاشرة *ICD-10*:

عرفه نورمان سارتوريوس (1990) مدير قسم الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية في مقدمة الطبعة العاشرة للدليل؛ على أنه النظام الطبي المعترف به دوليا وهو التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة، معروف في التشخيص الطبي كنظام عالمي، وهو عبارة عن أوصاف سريرية ودلائل تشخيصية تمثل قمة جهود خبراء جمعيات دولية، حيث تعتبر النسخة المستخدمة منذ عام 1987أساسا للعديد من التجارب الميدانية في أكثر من 40 بلدا من قبل ما يزيد على مئة مركز بحوث اكلينيكية، واستفيد من نتائجها في الصياغة النهائية للنظام وهو نتاج تعاون علمي عالمي.

استحدث هذا النظام من قبل منظمة الصحة العالمية WHO، هدفه الأول يكمن في التصنيف وليس التشخيص مثل نظامDSM ، و *WHO* ليست جمعية أمراض نفسية مثل الجمعية الأمريكية للطب العقلي *APA*لأن نظام *ICD-10*يختلف عن *DSM*، فهو نظام طبي عام يركز على توصيفات أساسية تعتمد على الايتيولوجيا(علم الأسباب) شأنها شأن التصنيف الخاص بالأمراض الطبية الأخرى وهو الآن قيد المراجعة والتنقيح من قبل ممثلين

لأكثر من 200 بلد (Doernberg & Hollander,2016, p. 5)، ويهتم في الفصل الخامس بتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية.

يعتمد ممارسوا الصحة العقلية على الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطرابات العقلية (DSM)، الذي طورته جمعية الطب النفسي الأمريكي وهو حاليا في طبعته الخامسة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي ،2013). بينما غالباً ما يستخدم معظم مقدمي خدمات الصحة المهنيون الطبيون والأطباء المقيمين في المستشفيات معايير التصنيف الدولي للأمراض لمنظمة الصحة العالمية (ICD؛ الآن الطبعة الحادية عشرة قيد المراجعة)، (منظمة الصحة العالمية ، 2004). (Sparrow and Erhardt, 2014, p.46)

وتختلف معايير التشخيص بين النظامين؛ يركز المقال الحالي على اضطراب تشتت الانتباه المصاحب للنشاط الزائد بصفة خاصة.

3. اضطراب فرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباه جدلية التشخيص*DSM-5/ICD-10*:

1.3 اضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط في*ICD-10*:

مصنف تحت فصل الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة والمراهقة ضمن قائمة اضطرابات فرط الحركة f90: 90.0 اضطراب النشاط والانتباه، 90.1اضطراب التصرف مفرط الحركة، 90.8اضطراب فرط الحركة الأخرى، 90.9اضطراب فرط الحركة غير معين. (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص. 273)

– الأوصاف العيادية:

اضطرابات فرط الحركة 90.0:

هي مجموعة من الاضطرابات تتميز بما يلي : بداية مبكرة لتوليفة من سلوك مفرط النشاط قليل التهذيب مع عدم اكتراث شديد وعدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما، وانتشار هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة واستدامتها مع الوقت، واضطرابات فرط الحركة تبدأ دائما في مرحلة مبكرة من التطور (عادة في الخمس سنوات الأولى من التطور ومميزاتها الرئيسية هي فقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجا معرفيا وميلا إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من أي منها، بالإضافة إلى نشاط مفرط، غير منظم وغير مرتب وتستمر هذه الإعاقات عادة أثناء سنوات الدراسة وحتى أثناء

الحياة الراشدة، ولكن كثيرا من الأفراد المصابين بالاضطراب يظهرون تحسنا تدريجيا في النشاط والانتباه .

وقد تصاحب الاضطرابات شذوذا مختلفة فالأطفال مفرطوا الحركة كثيرا ما يكونون غير مبالين ومندفعين الأمر الذي يعرضهم للحوادث، عادة ما يجدون أنفسهم في مشكلات مع الأنظمة والقوانين لإخلالهم الدائم بالقواعد نتيجة لعدم الانتباه لأنهم لا يتعمدون التحدي، في العادة تكون علاقاتهم مع البالغين غير مكبوتة اجتماعيا، وتفتقد للحذر والتحفظ ولكنهم غير محبوبين بين الأطفال الآخرين وقد يصبحون منعزلين، فالاختلال المعرفي يكون شائعا لديهم، ويكثر التأخر النوعي في تطور الحركة والكلام بشكل مناسب.

ومن المضاعفات السلوكية الثانوية الاستهانة بالمجتمع وانخفاض الثقة بالنفس. وبالتالي فهناك تطابق شديد بين فرط الحركة والأنماط الأخرى من السلوك المضطرب مثل اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعيا ومع ذلك فان البيانات المتوفرة حاليا تفضل أن يتم فصل مجموعة يكون فيها فرط الحركة هو مشكلتها الرئيسية.

ويشيع حدوث صعوبات القراءة المصاحبة (أو مشكلات مدرسية أخرى أو كليهما معا).

- الدلائل التشخيصية:

الملامح الجوهرية هي اضطراب الانتباه وفرط النشاط وكلاهما ضروري في عملية التشخيص، ويجب أن تكون واضحة في أكثر من حالة (مثل المنزل، الصف المدرسي، العيادة). ويظهر اختلال الانتباه في شكل توقف مبكر عن المهام الجارية وترك الأنشطة دون استكمالها. وينتقل الأطفال كثيرا من نشاط إلى آخر، ويبدون وكأنهم فقدوا اهتمامهم بمهمة ما لان مهمة أخرى قد جذبتهم (بالرغم أن الدراسات المختبرية لا توضح في العادة درجة غير عادية من التشتت الحسي أو الإدراكي).

ويجب تشخيص هذه النقائص من عدم المثابرة وعدم الانتباه فقط إذا كانت تتجاوز المنتظر من الطفل في حدود عمره وحاصل ذكاءه.QI ، والنشاط المفرط يعني ضجرا مفرطا خاصة في المواقف التي تستدعي هدوءا نسبيا. وقد يصل؛ تبعا للموقف إلى حد الركض أو القفز حول المكان أو الوقوف عندما يستدعي الأمر أن يظل الطفل جالسا، أو الكلام والضجيج المفرط أو التململ والتلوي عندما يكون في مكانه ومقياس الحكم هو أن يكون

النشاط عالي الإفراط في إطار ما هو منتظر في ذلك الموقف بالقياس إلى آخرين في نفس العمر وبنفس حاصل الذكاء .QI وتتضح هذه السمة السلوكية بشكل خاص في المواقف المنظمة والمخططة التي تستدعي درجة عالية من التحكم الذاتي في السلوك.

والملامح المصاحبة التالية ليست كافية أو ضرورية للتشخيص ولكنها تساعد في التأكيد عليه : عدم التحفظ في العلاقات الاجتماعية، والاستهتار في مواقف تتضمن بعض الخطر، والاندفاع في الاستهزاء بالقواعد الاجتماعية (كما يتضح في التطفل على الآخرين أو مقاطعتهم أثناء عملهم أو التلفظ المبكر بإجابات لأسئلة لم تستكمل بعد، أو صعوبة انتظار الدور) وهذه كلها مظاهر تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب؛ واضطراب التعلم والاتساق الحركي تحدث بمعدل ليس بقليل، ويجب أن يرمز لها بشكل مستقل تحت(*F89,F80*)إن وجدت، ولكن يجب أن لا تكون جزءا من التشخيص الفعلي لاضطراب فرط الحركة وأعراض اضطراب التصرف لا تمثل معايير تأكيدية ولا استعبادية للتشخيص الرئيسي، ولكن غيابها أو وجودها يمثل أساس التقسيم الفرعي للاضطراب .

ويجب أن تكون مشكلات السلوك المميزة ذات بداية مبكرة (قبل سن 6 سنوات) وطويلة في مدتها، لكن قبل سن دخول المدرسة يكون من الصعب التعرف على فرط النشاط وذلك لاتساع نطاق الاختلافات: ولذا فان المستويات شديدة التطرف هي التي تؤدي إلى التشخيص في أطفال ما قبل المدرسة، وفي الحياة الراشدة يظل من الممكن استخدام تشخيص اضطراب فرط الحركة وأسس التشخيص مماثلة لما سبق، ولكن يجب ان يتم تقييم الانتباه والنشاط بالإشارة إلى مقاييس النماء الطبيعي وإذا كان فرط الحركة موجودا في الطفولة ولم يعد موجودا الآن، ولكن جاءت بعده حالة أخرى مثل اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع أو معاقرة المخدرات عندئذ يرمز لوجود الحالة الحالية وليس الحالة الأسبق تاريخا .

وفي التشخيص التفريقي نجد أن الاضطرابات المختلطة شائعة، واضطرابات النماء المنتشر لها الأولوية إن وجدت والمشكلة الرئيسة في التشخيص التفريقي هي التمييز عن اضطراب التصرف درجات خفيفة من فرط النشاط وعدم الانتباه وإذا توفرت ملامح كل من

فرط النشاط واضطراب التصرف وكان اضطراب فرط النشاط شاملا وشديدا فان ذلك يؤدي إلى تشخيص "اضطراب تصرف مفرط الحركة " *F90.1*.

وهناك مشكلة أخرى سببها أن نوعا من فرط النشاط وعدم الانتباه مختلفا تماما عن ذلك الذي يميز اضطراب فرط الحركة قد يبرز بين اضطرابات القلق أو الاكتئابية. وبالتالي لا يجوز أن يؤدي التململ الذي يحدث نموذجيا في الاضطراب الاكتئابي الحصري إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة كذلك فان التململ الذي كثيرا ما يكون جزءا من القلق الشديد لا ينبغي أن يقود إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة، وإذا استوفيت معايير احد اضطرابات القلق *(F40,F41,F43,F93)*فان الأولوية تكون له قبل اضطراب فرط الحركة إلا إذا كان من الواضح أن هناك فضلا عن ذلك احد اضطرابات فرط الحركة تدل عنه سمات أخرى غير التململ المصاحب للقلق.

بالإضافة إذا استوفيت معايير تشخيص اضطراب مزاجي *(F30,F395)* فلا يجوز ان يضاف ببساطة تشخيص اضطراب فرط الحركة لمجرد اختلال التركيز أو وجود توتر نفسي حركي، ويستخدم التشخيص المزدوج فقط اذا كان من الواضح أن هناك وجود مستقل لاضطراب فرط الحركة تشير إليه أعراض لا تكون مجرد جزء من اضطراب المزاج . والبداية الحادة لسلوك يتميز بفرط النشاط لدى طفل في عمر المدرسة يكون غالبا نتيجة لنوع ما من الاضطرابات التفاعلية (إما نفسية المنشأ أو عضوية) أو حالة هوس أو فصام أو مرض عصبي (على سبيل المثال حمى روماتيزمية). لا يشمل اضطرابات القلق F93، F41، الاضطرابات الوجدانية *F30,F39*،اضطراب نمائي منتشر F84،الفصام F20.

وكل هذه التوضيحات السابقة الذكر في تمييز اضطراب فرط الحركة من اضطراب الانتباه تم تجاوزها وذلك بحذف اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من فئة اضطرابات الإفراط الحركي والإقرار به كاضطراب قائم بذاته وأدرج في فصل جديد الاضطرابات النمائية العصبية حيث اعترف بالتشخيص المرضي للاضطراب مثله مثل التوحد في الإصدار الجديد من *DSM-5* الطبعة الخامسة.

كما يطرح *ICD-10* إشكالية تصنيف اضطراب فرط النشاط والانتباه(90.0F) حيث يشير في ملحوظة أخيرة إلى انه هناك غموض مستمر حول أفضل تقسيم لاضطرابات فرط الحركة ومع ذلك فان دراسات المتابعة تشير إلى أن حصيلة الاضطراب في المراهقة والحياة

الراشدة تتأثر كثيرا بما إذا كان هناك عدوانية أو انحراف أو سلوك مستهين بالمجتمع مصاحب أو لم يكن أي من ذلك موجودا وبالتالي فان التقسيم الرئيسي يستند إلى وجود أو غياب هذه الملامح المصاحبة.

وينبغي أن يكون الرمز F90.0حين تستوفي المعايير العامة لاضطراب فرط الحركة F90بينما تكون معايير الفئة (F91) أي اضطراب التصرف غير مستوفاة. يشمل: اضطراب نقص الانتباه أو متلازمة نقص الانتباه مع فرط النشاط، اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة ولا يشمل: اضطراب فرط الحركة المصحوب باضطراب تصرف 1 .F90. (منظمة الصحة العالمية،1999، ص276 –279)

2.3 اضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط حسب *DSM-5*:

واستخدمت معايير التشخيص المنقحة في الدليل التشخيصي DSM–5 نفس الفئتين لأعراض ADHD تشتت الانتباه والسلوكيات الاندفاعية المفرطة (AUSTERMAN, 2015, p.3) و أثبتت أعراضADHD في DSM-IV أنها مفيدة في الأبحاث الموسعة والممارسة العيادية. مما سمح بقرار الاحتفاظ أيضا بأعراض DSM-IV في DSM-5. (Millichap , 2010, p.29)،

معايير التشخيص:

نمط مستمر من عدم الانتباه و/او فرط النشاط–الاندفاع الذي يتداخل مع النمو/الاداء كما هو مبين في (1) و / أو (2) :

(1) تشتت الانتباه:

إذا استمرت ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية على الأقل 6 أشهر إلى درجة لا تتفق مع المستوى النمائي وتؤثر سلبا؛ مباشرة على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية / المهنية. **ملاحظة:** الأعراض ليست مجرد مظهر من مظاهر السلوك المعارضة، التحدي أو العداء، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات . بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والكبار (بعمر 17 سنة وما فوق)، هناك حاجة إلى خمسة أعراض على الأقل.

1. في كثير من الأحيان يفشل في إيلاء اهتمام وثيق(الانتباه) للتفاصيل أو يرتكب أخطاء الإهمال في الواجبات المدرسية أو في العمل، أو أثناء الأنشطة الأخرى (على سبيل المثال، يغفل على التفاصيل أو يفتقدها، العمل غير الدقيق.

2. كثيرا ما يواجه صعوبة في إيلاء الاهتمام(الانتباه) بالمهام أو أنشطة اللعب (على سبيل المثال، صعوبة بقاء التركيز خلال المحاضرات، والمحادثات، أو قراءة مطولة.

3. في كثير من الأحيان لا يبدو أنه يستمع عندما تتحدث إليه مباشرة (على سبيل المثال، يبدو عقله في مكان آخر حتى في غياب أي الهاء واضح.

4. في كثير من الأحيان لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء العمل المدرسي، والأعمال المنزلية، أو الواجبات في مكان العمل (على سبيل المثال، يبدأ المهام ولكن يفقد بسرعة التركيز ويتلهى بسهولة.

5. غالبا ما يكون من الصعب عليه تنظيم المهام والأنشطة (على سبيل المثال، صعوبة في إدارة المهام المتتابعة؛ وصعوبة حفظ الاشياء والأمتعة في نظام؛ فوضوي، عمله غير منظم؛ لديه سوء إدارة الوقت؛ فشل في الوفاء بالمواعيد المحددة.

6. غالبا ما يتجنب، يكره، أو يتردد في الانخراط في المهام التي تتطلب جهدا عقليا مستداما مثل العمل المدرسي أو الواجبات المنزلية؛ وبالنسبة للمراهقين والبالغين الأكبر سنا إعداد التقارير، واستكمال النماذج، ومراجعة الأوراق المطولة.

7. كثيرا ما يفقد الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة (مثل المواد المدرسية، وأقلام الرصاص الكتب، الأدوات، محافظ، مفاتيح، النظارات، الهاتف النقال)

8. وغالبا ما يصرف بسهولة عن طريق المحفزات الدخيلة (للمراهقين الأكبر سنا والبالغين، قد تشمل أفكارا لا علاقة لها.

9. غالبا ما ينسى الأنشطة اليومية (على سبيل المثال، القيام بالأعمال المنزلية، وإنجاز المهام؛ للمراهقين الاكبر سنا والبالغين، اعادة المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد.

(2) فرط النشاط والاندفاعية:

إذا استمرت ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة لا تقل عن 6 أشهر إلى درجة لا تتفق مع المستوى النمائي؛ تؤثر سلبا بشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية / المهنية: **ملاحظة:** الأعراض ليست مجرد مظهر من مظاهر السلوك المعارضة التحدي أو

العداء، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات، للمراهقين الأكبر سنا والكبار (بعمر 17 سنة وما فوق)، هناك حاجة إلى خمسة أعراض على الأقل.

1. في كثير من الأحيان يتململ باليدين أو القدمين أو يتلوى في مقعده.
2. غالبا ما يترك مقعده في المواقف التي تتطلب ان يبقى جالسا (على سبيل المثال، يترك مكانه في الفصول الدراسية، أو في المكتب أو في مكان عمل آخر، أو في مكان آخر في الحالات التي تتطلب البقاء في مكانه.
3. غالبا ما يدور حول أو يتسلق في الحالات التي يكون فيها ذلك غير لائق ملاحظة: في المراهقين أو البالغين، قد يقتصر على الشعور بعدم الارتياح.
4. في كثير من الأحيان غير قادر على اللعب أو الانخراط في الأنشطة الترفيهية بهدوء.
5. في كثير من الأحيان "أثناء التنقل"، متحفز كما لو كان "مدفوعا بمحرك" (على سبيل المثال، غير قادر على أن يكون مرتاح لفترة طويلة، كما هو الحال في المطاعم والاجتماعات؛ مثل الآخرين كما لا يهدأ أو من الصعب عليه مواكبة الاخرين.
6. في كثير من الأحيان يخوض في المحادثات بشكل مفرط.
7. غالبا ما يندفع في الإجابة قبل اكتمال السؤال (على سبيل المثال، يكمل جمل الناس؛ لا يمكن أن ينتظر دوره في محادثة.
8. غالبا ما يواجه صعوبة في انتظار دوره (على سبيل المثال، أثناء الانتظار في صف – طابور–
9. في كثير من الأحيان يقاطع الآخرين أو ينخرط في شؤونهم (على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات، والألعاب، أو أنشطة؛ قد يبدأ في استخدام أغراض أشخاص آخرين دون طلب أو الحصول على إذن. للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرين.

1. بعض من أعراض عدم الانتباه أو فرط النشاط – الاندفاع كانت موجودة قبل العمر 12سنة.

2. توجد بعض أعراض عدم الانتباه أو فرط النشاط – الاندفاع في وضعين أو أكثر (على سبيل المثال، في المنزل أو المدرسة أو العمل؛ مع الأصدقاء أو الأقارب؛ في أنشطة أخرى) .

3. هناك أدلة واضحة على أن الأعراض تتداخل مع الأداء الأكاديمي، أو المهني او الاجتماعي أو تقلل من نوعيته.

4. لا تحدث الأعراض حصرا أثناء سير اضطراب انفصام الشخصية أو أي اضطراب ذهاني اخر، ولا تفسر أفضل باضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، اضطراب المزاج، اضطراب القلق، والاضطراب التفككي، واضطراب الشخصية، والتسمم بالمواد أو الانسحاب).

حدد ما إذا:

- **314.01 (F90.2)النمط المشترك :** إذا كان المعيار (1)(تشتت الانتباه) والمعيار (2)(فرط النشاط – الاندفاع) يتم الوفاء بهما كليهما لمدة 6 أشهر الماضية.
- **314.00 (F90.0)نمط تشتت الانتباه في الغالب :** إذا كان المعيار(1) (عدم الانتباه) ولكن المعيار(2) (فرط النشاط –الاندفاع) لم يتم الوفاء به على مدى الأشهر الستة الماضية.
- **314.01 (F90.1)نمط فرط النشاط / الاندفاع في الغالب :** إذا كان المعيار (2)(فرط النشاط–الاندفاعية)، ولم يتم الوفاء بالمعيار(1) (تشتت الانتباه) خلال الستة أشهر الماضية.

حدد ما يلي:

في هدأة جزئية: عندما يتم الوفاء بالمعايير الكاملة سابقا، وحاليا عدد أقل من المعايير الكاملة قد تم الوفاء بها لمدة 6 أشهر الماضية، والأعراض لا تزال تؤدي إلى انخفاض في الوظيفة الاجتماعية، الأكاديمية، أو المهنية.

تحديد الشدة الحالية:

خفيف: عدد قليل، إن وجد، أعراض تزيد عن تلك المطلوبة لإجراء التشخيص الحاضر، ولا تؤدي إلى أكثر من ضعف طفيف في الاجتماعية أو المهنية.

متوسط: الاعراض او ضعف الوظيفة الاجتماعية والأكاديمية والمهنية يتراوح بين الخفيف والشديد.

شديد: العديد من الأعراض الزائدة عن تلك المطلوبة للتشخيص، أو عدد من الأعراض شديدة بشكل خاص، أو الأعراض الموجودة تؤدي إلى ضعف ملحوظ في الاداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني. (American Psychiatric Association, 2013, p.59)

314.01 (F90.8) اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط المحدد الآخر

تنطبق هذه الفئة على الحالات التي تكون فيها الأعراض المميزة لاضطراب الانتباه مع فرط النشاط الذي يسبب ضائقة كبيرة سريريا أو ضعف في الوظيفة الاجتماعية، والمهنية أو غيرها من مجالات العمل الهامة السائدة ولكن لا تلبي معايير كاملة للاضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط أو أي من فئات التشخيص لاضطرابات النمو العصبي.

يتم استخدام تشخيص اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط المحدد الآخر في الحالات التي يختار الطبيب إيصال سبب محدد في أن العرض لا يفي بمعايير اضطراب تشتت الانتباه/ فرط النشاط أو أي اضطراب عصبي معين. هذا عن طريق التسجيل" اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط المحدد الآخر " تليها الاسباب المحددة (على سبيل المثال، "مع عدم كفاية أعراض تشتت الانتباه")

(American Psychiatric Association, 2013, p.65)

314.01 (F90.9) عجز الانتباه/ اضطراب فرط النشاط غير محدد

تنطبق هذه الفئة على الحالات التي تكون فيها الأعراض المميزة لاضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط الذي يسبب ضائقة كبيرة سريريا(اكلينيكيا) أو ضعف في الاجتماعية، المهنية، أو غيرها من مجالات هامة من وظائف تسود ولكن لا تلبي المعايير الكاملة للاضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط أو أي من فئات التشخيص لاضطرابات النمو العصبي. يتم استخدام فئة اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط غير المحدد في الحالات التي يختار الطبيب عدم تحديد السبب في أنه لم يتم استيفاء معايير اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط أو لاضطراب معين من اضطرابات النمو العصبي الأخرى، ويتضمن

الحالات التي لا توجد فيها معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا (APA, 2013, p.65).

يشير أخصائيو علم النفس العيادي، أنه سواء كان التركيز على التقييم، أو العلاج، أو كليهما، يستخدم DSM لوصف تظاهر أعراض الطفل، وتحديد أعراض معينة للعلاج والتواصل مع أولياء الأمور والمدارس والمهنيين الآخرين. أيضا يجب تدريب طلاب الدراسات العليا لعلم النفس العيادي على استخدام نظام DSM. (Sparrow and Erhardt.2014, p.45)،

4. جدول يلخص جدلية التشخيص بين *ICD 10* و *DSM 5* انطلاقا من تحليلنا لما سبق:

ICD-10	*DSM-5*
• يصنف فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه ضمن الفصل الخامس ***"الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدا عادة في الطفولة والمراهقة*** تحت رموز F90-98 .	• يوجد فرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباه ضمن فصل مستحدث جديد ***«اضطرابات النمو العصبية.***
• يطلق عليه اسم اضطرابات النشاط والانتباه ورمزه f90.0 وموجود ضمن فئة f90"اضطرابات فرط الحركة hyperkenetic disorders، والتي يتفرع عنها أيضا: F90.1 اضطرابات التصرف مفرط الحركة، F90.8 اضطرابات فرط الحركة الاخرى، (F90.9) اضطراب فرط الحركة غير معين فهو يعد استثناءا لاضطرابات فرط الحركة.	• يطلق عليه اسم اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط-Attention Deficit/Hyperactivity Disorder وموجود بصفة مستقلة مثل التوحد، تحت ترميز f90 مع وضع ثلاث محددات فرعيةF نلاحظ ان الترميز بf90 أصبح يخص اضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط كفئة قائمة بذاتها بدلا من اضطرابات الافراط الحركي في Icd-10، كما لا يوجد ضمن فروعه اضطراب التصرف مفرط الحركة حيث ينتمي هذا الاضطراب لاضطرابات التصرف وليس تشتت الانتباه فرط النشاط. والترميز

	F90.1الذي كان يخص اضطراب التصرف أصبح يطلق على نوع سيطرة الاندفاعية والافراط في النشاط.
• يوجد النوع اضطراب تشتت الانتباه بدون فرط حركة تحت صنف F98.8 ضمن فئة اضطرابات سلوكية وانفعالية معينة أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة. • اضطرابات صعوبات الانتباه تعد استثنائا وليست مرضا بعينه. (Doernberg & Hollander,2016, p.4)	• اضطراب تشتت الانتباه بدون فرط نشاط نوع فرعي لاضطراب تشتت الانتباه /فرط النشاط ومرمز f90.0سيطرة اللا انتباه. • تم الاقرار بالتشخيص المرضي لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط أي مرض مزمن.
• اضطرابات الإفراط الحركي تشخص عادة ضمن الخمس سنوات الأولى من العمر. • نفس المعايير اللازم توفرها في البالغين والأطفال لتشخيص بفرط النشاط وتشتت الانتباه. • عدد كبير من حالات الاعتلال المصادق عليها فيDSM 5 بالنسبة لاضطرابات الغدة الصعترية واضطرابات طيف التوحد واضطرابات القلق.	• تم رفع عمر التشخيص بالاضطراب من 7سنوات الى 12 سنة. • تم خفض عدد المعايير اللازم توفرها في البالغين من 6 الى 5 معايير بينما تم الإبقاء على ستة معايير بالنسبة للأطفال. • هي معايير الاستبعاد لICD-10 (. Flavien GIACOMINI,2018,p p.64-63),

إن محور اهتمامنا هو اضطرابADHDوالذي يحمل الرمز F90.0 فيICD-10، ويطلق عليه اضطراب النشاط والانتباه، يمكن تعريفه على أنه واحد مما يلي: اضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط، واضطراب تشتت الانتباه فرط النشاط، أو تشتت الانتباه متلازمة مع فرط النشاط. والجدير بالذكر أنه فيICD-10؛ تصنف الاضطرابات النمائية المنتشرة على أنها استثنائية لاضطرابات فرط الحركة. تم استبعاد هذا فيDSM-5. من الواضح أن تصنيف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يختلف بشكل عام بين نظامDSM-5 الحالي وICD-10، ويظهر نظامي التصنيف التشخيصي تناقضات كبيرة (انظر الجدول) .

الجمعية الأمريكية للطب العقليAPAومنظمة الصحة العالمية تعكسان أهدافا متباينة، فمن المتوقع أن يتفاوت دليلDSM وICD إلى حد ما. ومع ذلك؛ فإن فحص تصنيف ومعايير التشخيص من اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه في النظامين يضيء القضايا المحتملة التي يمكن أن تترتب على ذلك. خاصة مع التقدم الذي أحرزه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5، والمجالات المتناقضة التي تحتاج إلى تحسين في مراجعة التصنيف الدولي للأمراض(ICD-10) في التنقيح المستقبلي للICD-11 .

وهو حاليا قيد المراجعة من قبل ممثلين من أكثر من 200 بلد. وبالنظر إلى التنقيحات الأخيرة في نشر الDSM-5 في مايو 2013، يمكن للأطباء وعلماء البحوث على حد سواء أن يتوقعوا بعض إعادة النظر في هيكلة تكميلية للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلةICD-11 . بيد أن السؤال الذي لا يزال قائما هو إلى أي مدى سيعكسICD-11 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسةDSM-5، أو يحتفظ بهيكل التصنيف الدولي للأمراض العاشر. (Doernberg & Hollander,2016, p. 5)

ومن المنطقي أن نتوقع أن عند الانتقال من ICD-10إلىICD-11 سوف تظهر بعض الموازات للتغييرات من(DSM-IV-TR) إلىDSM-5. ومن المهم أيضا أن يبنى التصنيف الدوليICD-11على التقدم الذي أحرزه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامسDSM-5، وأن يستفيد من التعرض لأوجه القصور فيه. وقد تكون انتقادات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)، لا سيما فيما يتعلق بقسم الاضطرابات العصبية النمائية، مرجعا لتخطيط التصنيف الدولي للأمراض الحادي عشر –11.

نقد واحد على وجه الخصوص فيما يتعلق باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، أظهرت الأبحاث استنتاجا هاما مفاده أن صعوبات الوظيفة التنفيذية، هي بمثابة عوامل تنبأ هامة على الدوام لتشخيص اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه لدى البالغين المتأثرين، على الرغم من أن هذه الأعراض لم تكن موجودة قبل سن السابعة.

ويمكن أن يكون التحسين المحتمل للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة *ICD-11* يشمل المزيد من المواد، بحيث يأخذ بعين الاعتبار أن هذه القضايا موجودة في معظم البالغين الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ؛ ومن خلال بناء دليل DSM-5 و*ICD-10*، ينبغي أن يكون التصنيف الدولي للأمراض –11 بمثابة نظام تصنيف موحد وفعال وموثوق به في جميع أنحاء العالم. عند النظر إلى مستقبل تصنيف الاضطراب العقلي. (Doernberg & Hollander,2016, p.4 **)**

وذكر(Reed et all, 2019 P10-11) أنه يشمل ICD-11 قيد المراجعة الحالية التمييز ADHD للنوع الغالب، الغالب مفرط النشاط، أو المختلط، وأيضا إمكانية وصفه في جميع مراحل العمر.

وبالنظر إلى المسار النمائي، والفترات الحساسة، والتفاعلات الديناميكية للنظم المتأصلة في الاضطرابات العصبية النمائية، فمن المهم الحفاظ على وصف الظواهر والأنواع الفرعية من أجل التشخيص. ومن الناحية المثالية، ينبغي أن يكون الهدف من التصنيف الدولي للأمراض –11 هو العمل كنظام طبي متميز للاضطرابات النفسية الذي يستخدم كنظام تصنيف متماسك مع *DSM-5*، ويستند إلى نجاح *ICD-10*.

فيما يتعلق بالاضطرابات العصبية النمائية، ينبغي أن يتضمن التصنيف الدولي للأمراض –11 لغة محددة موجهة نحو الأطفال، بينما ينظم أيضا اضطرابات النمو العصبي بحيث يتم توجيهها عبر العمر. وقد بحثت الدراسات الحديثة المزايا المحتملة للمنظمات القائمة على الهيكل التجميعي *DSM-5*و *ICD-10*، وخلصت إلى أن هذا النوع من النظم يمكن أن تؤدي إلى تحسين الممارسة العيادية والإدارة العامة والبحوث. فالهدف من *DSM-5، ICD-11*، هو لتكون بمثابة أنظمة تكميلية من أجل تحسين التشخيص

والعلاج للأطفال والبالغين الذين تم تشخيصهم بالاضطرابات العصبية النمائية. (Doernberg & Hollander,2016, p. 5)

5. خاتمة:

كخلاصة لما سبق ينبغي التنبه لمعالجة مشكلة تصنيف وتشخيص فرط النشاط /تشتت الانتباه *(ADHD)*، والذي يظهر النظامين التشخيصيين تناقضا بارزا يضع الباحثين والأطباء النفسانيين في حيرة من أمرهم إزاء التعامل مع الاضطراب والتشخيص السليم له وبالتالي اقتراح الخطط العلاجية المناسبة.

6. قائمة المراجع:

- منظمة الصحة العالمية، المراجعة *العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية10-ICD الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية* (الإشراف على الترجمة أحمد عكّاشة)، جمهورية مصر العربية، الإسكندرية: المكتب الإقليمي للشرق المتوسط،1999.

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA : American Psychiatric Association, 2013.

- Ellen;doernberg & Eric; Hollander (2016) : *NEURO- developmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11*, CNS Spectrums / *FirstView* Article,pp1-5, DOI: 10.1017/S1092852916000262, http://journals.cambridge.org/abstract_S1092852916000262;
- Elizabeth, P., Sparrow,& Drew, Erhardt., ***Essentials of ADHD assessment for children and adolescents***, Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.,2014.
- Flavien GIACOMINI, *Le programme Barkley dans le trouble déficitaire del'attention et hyperactivité : Impact d'un programme d'entrainement aux habilités parentales sur la qualité de vie de l'enfant en lien avec sa santé et la symptomatologie dépressive parentale*,. FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOUR, UNIVERSITÉ DE STRASBOURG, France, 2018.

- Frances, Prevatt, & Abigail, Levrini., ***ADHD coaching: a guide for mental health professionals***. — First edition, Washington, DC: American Psychological Association,2015.
- JOSEPH AUSTERMAN, DO, *ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5, Cleveland Clinic Journal of Medicine*, and VOLUME 82 • SUPPLEMENT, doi:10.3949/ccjm.82.s1.01,2015.
- J. Gordon Millichap, ***Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook, A Physician's Guide to ADHD***, Second Edition, New York, NY 10013, USA: Springer Science+Business Media New York,2010.
- Reed et all, Innovations and changes in the ICD-11 classifcation of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders, *(World Psychiatry 2019;18:3–19)*.