

المحاضرة الاولى

التحول الشامل في النماذج التشخيصية النفسية
من التقييم الفئوي التقليدي إلى الأطر الأبعاد والمعرفية العصبية الحديثة
المحور الأول: المفاهيم والتعاريف التأسيسية التخصصية

١. الباثولوجيا النفسية (Psychopathology)

الدراسة العلمية المنهجية للاضطرابات النفسية والسلوكيات غير التكيفية، من حيث أسبابها
البيولوجية والبيئية (Etiology)، آلياتها المعرفية والعصبية، ومظاهرها السريرية.

٢. الأعراض والعلامات والمتلازمة (Symptoms, Signs & Syndromes)

- الأعراض (Symptoms): الخبرات والمعاناة الذاتية التي يقر بها المريض ولا يُمكن للمُعالج قياسها إلا عبر التقرير الذاتي (مثل: الشعور باليأس، الأفكار المتسارعة، الخوف من المكان المفتوح).
- العلامات (Signs): المؤشرات السلوكية، الفسيولوجية، والمعرفية العصبية الموضوعية التي يلاحظها أو يقيسها العيادي مباشرة (مثل: البطء الحركي النفسي، التلعثم، فرط نشاط اللوزة الدماغية).
- المتلازمة (Syndrome): كوكبة من الأعراض والعلامات التي يتكرر ظهورها معاً بانتظام لتشكّل نمطاً سريرياً مميزاً وقابلاً للتكرار.

٣. الاضطراب النفسي (Mental Disorder)

متلازمة تتميز باختلال سريري ملحوظ في المعرفة (Cognition)، أو التنظيم الانفعالي (Emotional Regulation)، أو السلوك النفسي الفردي، وتكون ناتجة عن خلل في الوظائف النفسية أو البيولوجية أو النموية. يُشترط لتصنيفها كاضطراب أن تؤدي إلى معاناة شخصية شديدة (Distress) أو إعاقة وظيفية (Impairment) في مجالات الحياة الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية.

٤. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM)

مرجع تشخيصي وصفي تُصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، صدرت نسخته الأولى عام ١٩٥٢ وصولاً للنص المعدل من الطبعة الخامسة (DSM-5-TR) عام ٢٠٢٢. يُعد المرجع الأكثر استخداماً عالمياً ويتبع المنهج الوصفي الفئوي.

٥. التصنيف التشخيصي / النوزولوجيا (Nosology)

العلم المختص بوضع القواعد والأنظمة المنهجية لتقسيم الأمراض والاضطرابات، وتسميتها، وتنظيمها في هياكل معرفية (سواء كانت فئات مغلقة أو أبعاداً هرمية متدرجة).

٦. النموذج الفئوي (Categorical Approach)

منهج يفرض أن الاضطرابات النفسية عبارة عن فئات محدودة ومستقلة تماماً عن بعضها البعض. يُعامل الاضطراب بناءً على المنطق الثنائي (موجود أو غير موجود) بمجرد استيفاء عتبة عددية محددة من الأعراض.

٧. النموذج الأبعادي (Dimensional Approach)

منهج يُعامل الظواهر والأعراض النفسية على أنها متصل مستمر (Continuum) يتوزع عليه البشر طبيعياً. لا يفصل بحد حاد بين "السواء" و"الاضطراب"، بل يقيس درجة الشدة والتكرار على مسطرة تدرجية.

المحور الثاني: النموذج الفئوي (DSM-5-TR) ومحدوديته السريرية

يعتمد دليل (DSM-5-TR) النظام الفئوي الذي يفترض أن المريض إما يستوفي المعايير التشخيصية فيُصنف "مريضاً" أو لا يستوفيها فيُصنف "سليماً". أدى هذا التبسيط إلى ثلاث مشكلات هيكلية:

- التداخل المرضي العالي (Comorbidity): تشخيص الفرد نفسه بأكثر من اضطراب في نفس الوقت هو الأصل وليس الاستثناء. (مثال: أكثر من ٦٠% من المصابين باضطراب الاكتئاب الجسيم يستوفون معايير اضطراب القلق العام).
- التباين داخل الفئة التشخيصية الواحدة (Heterogeneity): يتطلب تشخيص الاكتئاب الجسيم استيفاء ٥ أعراض من أصل ٩. يتيح هذا الرياضياً ٢٥٦ مزيجاً مختلفاً من الأعراض، حيث يمكن لمريضين بحملان نفس التشخيص أن يمتلكا أعراضاً متناقضة كلياً.
- جمود الحدود الفاصلة (Cut-off Rigidity): وضع عتبة رقمية قاطعة؛ فإذا تطلب اضطراب ما وجود ٥ أعراض، فإن المريض الذي يعاني من ٤ أعراض شديدة تعطل حياته يُصنف رسمياً على أنه "سليم"، مما يحرمه من الرعاية العلاجية.

المحور الثالث: الأطر الأبعاد والمعرفية العصبية الحديثة تفصيلياً

١. إطار معايير مجال البحث (RDoC - Research Domain Criteria)

أطلقه المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH)، وهو نظام "بيولوجي - عصبي" يفحص المريض من خلال مصفوفة تقاطع بين ٦ مجالات وظيفية كبرى و ٨ مستويات تحليل:

المجالات الوظيفية الستة (Domains) مستويات التحليل الثمانية (Units of Analysis)

١. النظم السلبية (Negative Valence): استجابات التهديد والخوف الجينات (Genes).

- الجزيئات (Molecules)
- الخلايا العصبية (Cells)
- الشبكات العصبية (Circuits)
- الفحوصات الفسيولوجية (Physiology)
- السلوك الظاهر (Behavior)
- التقارير الذاتية (Self-Reports)
- البيئة والنمو (Environment)

٢. النظم الإيجابية (Positive Valence): الدافعية والمكافأة.

٣. الأنظمة المعرفية (Cognitive Systems): الانتباه والتحكم التنفيذي.

٤. العمليات الاجتماعية (Social Processes): فهم الذات والآخرين.

٥. الإثارة والتنظيم (Arousal/Regulatory): النوم واليقظ.

٦. الأنظمة الحسية الحركية (Sensorimotor Systems): التحكم في الحركة.

- دور التصوير الدماغي والاختبارات المعرفية:
- الرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI): يكشف فرط ترابط شبكة الوضع الافتراضي (DMN) لدى مرضى اجترار الأفكار، أو قياس ضعف نشاط القشرة الجبهية (PFC) مقابل فرط نشاط اللوزة الدماغية (Amygdala).
- اختبارات الأداء المعرفي: مثل اختبار بطاقة وسكونسن (WCST) لقياس المرونة المعرفية، واختبارات (N-Back) لقياس الذاكرة العاملة.

٢. التصنيف الهرمي للبيولوجيا النفسية (HiTOP - Hierarchical Taxonomy)

نظام "إحصائي - أعراضي" يُعيد تنظيم الأعراض في شجرة هرمية تنتظم عبر ٦ مستويات من القاعدة إلى القمة:

- المستوى ١ - الأعراض والعلامات (Signs & Symptoms): قاعدة الهرم (الأرق، تسارع النبض).
- المستوى ٢ - المكونات والسمات (Components & Traits): تجميع الأعراض في أبعاد ضيقة (بُعد المزاج المكتئب).
- المستوى ٣ - المتلازمات (Syndromes): المجموعات الأعراضية المترابطة (متلازمة الرهاب الاجتماعي).
- المستوى ٤ - الأبعاد الصغرى (Subfactors): تجميع المتلازمات المتشابهة (بُعد الخوف، بُعد الضائقة).
- المستوى ٥ - الأطياف أو الأبعاد الكبرى 6: (Spectra) أطياف كبرى (الانطواء الداخلي Internalizing، السلوك الخارجي Externalizing، اضطراب الفكر Thought Disorder، الانفصال الاجتماعي Detachment، الأعراض الجسدية Somatoform).
- المستوى ٦ - العامل العام (p-factor): قمة الهرم، وهو الاستعداد النفسي والوراثي العام للإصابة بالاضطرابات النفسية.

المحور الرابع: مقارنة نماذج استمارات تشخيص الاكتئاب (بين الماضي والحاضر)

أولاً: استمارة التشخيص في السابق (النموذج الفئوي - DSM-5)

تعتمد على خيار (نعم / لا) لاستيفاء عتبة عددية:

- المعيار ١: مزاج مكتئب معظم اليوم، تقريباً كل يوم. [] متوفر [] غير متوفر
- المعيار ٢: تراجع ملحوظ في الاهتمام أو المتعة (Anhedonia). [] متوفر [] غير متوفر
- المعيار ٣: انخفاض أو زيادة معنوية في الوزن أو الشهية. [] متوفر [] غير متوفر
- المعيار ٤: أرق أو كثرة نوم يومياً تقريباً. [] متوفر [] غير متوفر
- المعيار ٥: تعب أو فقدان الطاقة يومياً تقريباً. [] متوفر [] غير متوفر
- النتيجة: [] مصاب باكتئاب جسيم (عند توفر ٥ أعراض فأكثر) / [] غير مصاب (سليم).

ثانياً: استمارة التشخيص في الحاضر (النماذج الحديثة)

١. التقييم الأبعادي الهرمي (إطار HiTOP)

قياس الشدة على مدرج من (٠ = أبداً) إلى (٣ = دائماً):

- بُعد الضائقة والمزاج السلبي: قياس الحزن، جلد الذات، والإنهاك العصبي.
- بُعد انخفاض الدافعية والمكافأة: قياس فقدان المتعة، والانسحاب الاجتماعي.
- النتيجة: درجة طيف الانطواء الداخلي [١٨ /] (مستوى الشدة خفيف، متوسط، أو شديد).

٢. التقييم المعرفي العصبي (إطار RDoC)

- فحص مهمة جهود المكافأة (EEfRT): قياس دافعية السعي للمكافأة.
- فحص (N-Back Task): قياس نسبة القصور في الذاكرة العاملة والتحكم المعرفي.
- مسح (fMRI): قياس مستوى فرط الترابط في شبكة الوضع الافتراضي (DMN).

المحور الخامس: التطبيق العملي والمختبري (دراسة حالة مقارنة)

الحالة السريرية: مريض (٢٨ عاماً) يعاني من انسحاب اجتماعي، نوبات قلق، تقلبات مزاجية، وأفكار شوكية تجاه زملائه.

وجه المقارنة الصياغة الفئوية التقليدية (DSM-5-TR) الصياغة الأبعاد والمعرفية العصبية (RDoC / HiTOP).

النتيجة التشخيصية ٣ تشخيصات منفصلة: (شخصية حدية BPD + قلق عام GAD + ذهان غير محدد NOS). HiTOP: طيف الانطواء الداخلي: ٨٥%، طيف اضطراب الفكر: ٣٠%.

RDoC: خلل التحكم المعرفي (ضعف PFC) مع فرط استجابة التهديد (فرط Amygdala).

الرؤية السريرية تداخل مرضي متعدد يُربك أولويات التدخل العلاجي. تحديد الآليات البيولوجية والسلوكية المتأثرة مباشرة دون ألقاب مرضية متعددة.

الخطة العلاجية وصف أدوية متعددة لكل لقب مرض (مضاد اكتئاب + مثبت مزاج + مضاد ذهان). تدريب التعديل المعرفي (Cognitive Remediation) + علاج سلوكي جذلي (DBT) لاستهداف بُعد الاستثارة.

المصادر والمراجع العلمية (References)

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., Text Revision; DSM-5-TR). Washington, DC
- Insel, T., et al. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the Research Domain Criteria project. *BMC Medicine*, 11(1), 126
- Kotov, R., et al. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477
- Caspi, A., et al. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137
- Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing psychopathology research and practice by incorporating dimensional measures. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 675-682