

المحاضرة الثالثة: السيميولوجيا و التصنيف في علم النفس المرضى

يعتمد علم النفس المرضي على عدة مفاهيم و أبعاد متميزة من خلال تحديد الأعراضية و البحث عن سببها، وصفها و تصنيفها لأجل تشخيص سليم.

1- المفاهيم المرتبطة بعلم النفس المرضي:

قبل عرض مختلف التصنيفات، سنقوم بطرح بعض المفاهيم و التي تعتبر ضرورية في مجال علم النفس المرضي حسب ما أوضحه (Gasser, 2006, p.p.4-5) (Akman, 2011, p.p.51-52)

1-1- **السيميولوجية أو الأعراضية La sémiologie**: يعتبر البحث عن الأعراضية أول خطوة يقوم بها المختص في أثناء المقابلة العيادية. و قد اقترح مصطلح سيميولوجيا في مجال العلوم الإنسانية من طرف de Saussure حتى يميز بينه و بين السيميائية sémiotique في علم اللغات. يركز على البحث عن الإشارات "signes" التي تساعد على وصف الاضطرابات من خلال الملاحظة الدقيقة للإشارات و الأعراض في الحالات الباتولوجية و التظاهرات الإكلينيكية لخلل التنظيم. و يتم خلال الفحص السيميولوجي البحث عما يختبره الفرد ذاتيا و ما يتظاهر خارجيا لمعاشه، بمعنى سلوكه. يقوم المختص بإعطاء معنى للملاحظات السيميولوجية مع الأخذ بعين الاعتبار قصة المريض و إدماج الإشارات و الأعراض في إجراء دينامي. مع العلم أن كل حالة هي حالة فريدة في حقيقتها، في ألمها، معاشها النفسي و معاشها الذاتي.

- يشير **العرض Symptôme** إلى الإنتاج العفوي المستثار عند المريض، يعبر عن الجانب الملاحظ من الاضطراب، و **الإشارات Signes** إلى الظواهر الواضحة (العرض) التي تمكننا من معرفة ما هو كامن.

و هناك من الباحثين من يميز بين العرض symptôme و الإشارة signe، حيث يشير هذا الأخير إلى المظهر الموضوعي الملموس لحالة مرضية أو باتولوجية. أما العرض فتشير إلى الشكاوي الشخصية الذاتية التي يتقدم بها المفحوص. و هو ما أكد عليه مؤلفوا (DSM) اللذين يرون بأن "العرض يحدد في الشكاوي الذاتية و يشمل الإشارات الموضوعية لحالة باتولوجية".

أما فرويد، فيرى بان العرض يتضمن بعدا لا شعوريا. و هو ترجمة للصراع النفسي، و لا يمكن له أن يكون لوحده إشارة لنمط البنية أو التنظيم النفسي للفرد.

أما **زملة الأعراض أو التناذر Syndrome** فتشير إلى مجموع الإشارات و الأعراض المتلازمة التي تسير جنبا إلى جنب، و يشكل تلازمها و اقترانها مع بعضها البعض تظاهرة مرضية خاصة قائمة بذاتها. ولغموض أسباب المؤدية للاضطرابات النفسية و العقلية حيث تشترك مجموعة أسباب مجهولة مع السبب المباشر، نتحدث عن أنواع الاضطرابات النفسية و العقلية و لاسيما عند تصنيفها و تبويبها من حيث صورها الإكلينيكية على أنها تلازمات مع ضرورة إعادة النظر فيها بصفة دورية يرجع لاختلاف كل حالة مرضية عن الأخرى. فالحالات المرضية هي مجرد صور إكلينيكية مختلفة و أنماط معينة للاستجابة.

1-2- **الاتيولوجيا أو السببية Etiologie**: يبحث عن أصل الاضطراب في الحياة الخاصة للمريض، أي البحث عن مسار ظهور الاضطراب (متى ظهر؟ و الظروف التي أحاطت به) و بالخصوص البحث عن قصة الفرد النفس نشئية (كيف ينتظم؟ كيف يتصرف؟ و كيف يطور اضطراب ما؟). وكان فرويد قد أشار إلى أن العرض ذو علاقة وطيدة مع مجمل الشخصية الواعية للفرد، و لكن اللاواعية منها بالخصوص.

3-1- النزوغرافيا La nosographie: وصف امبريقي للأعراض التي تؤدي إلى الاضطرابات لأجل تصنيفها من خلال خصائصها الوصفية (جنسها، فنتها، ترتيبها، فنتها). فهو عبارة عن تسجيل للأعراض في منظمة الفهم العام للاضطرابات النفسومرضية.

4-1- النزولوجيا La nosologie: وتسمى أيضا taxonomie أي علم التصنيف أو التبويب و يشير إلى نظام تصنيف الإشارات الباتولوجية بإعطاء مرجعية للاضطرابات في علم النفس المرضي وتبويبها classification. يستدعي مرجعية نظرية عن أسباب الاضطراب و التغييرات الباتولوجية التي تميز المرض. و للإشارة؛ فإن الأعراض يمكنها أن تبعث لعدة وحدات نفسومرضية، و يمكن لعرض واحد أن ينتمي للعديد من الجداول العيادية.

5-1- التشخيص Le diagnostic: التشخيص أساسا عبارة عن فرضية. و لكن ليست تأكيد نهائي في أي حال من الأحوال، و ليست إصاق بطاقة "étiquetage" لا رجعة فيها. فالتشخيص يبقى مفتوحا للمناقشة و إعادة طرح التساؤلات إن استدعى الأمر، أو حتى نفي ما تم طرحه عندما تستجد أمور في الفرد المشخص. و يمكن للأخصائي أن يؤكد أو ينفي فرضيته التشخيصية من خلال طرح عدد من الأسئلة:

- كيف يدبر المريض قلقه؟
 - كيف يوظف المريض آلياته الدفاعية؟
 - كيف يستجيب المريض للصراعات ضد رغباته؟
 - كيف يدبر المريض علاقته بالآخرين وعلاقته مع الواقع؟
- فطبيعة القلق، نمط العلاقة الموضوعية، الميكانيزمات الدفاعية الأساسية، طريقة التعبير الاعتيادية عن الأعراض. كلها تشكل الخطوات اللازمة لوضع فرضية التشخيص و المرتبط بنوعية التوظيف العقلي. فالتشخيص إذا كما يرى (Schneider et al, 2002) يهتم بالكيف؟ "Comment" وليس بماذا؟ "Quoi"

2- التصنيف في علم النفس المرضي: بينما يشير التشخيص لسيرورة اخذ القرار لنسب شخص ما إلى فئة نوزولوجية محددة وفقا لمجموعة من المعايير المحددة، فإن التصنيف يشير إلى الترتيب في فئات نوزولوجية في علاقتها ببعضها البعض. و قد قامت العديد من المحاولات في فرنسا و ألمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية، توالى بعدها التصنيفات العالمية في سعي لتوحيد هذه التصنيفات. و كلاسيكيا توجد مقاربتين وصفتين: السيميولوجيا التحليلية (عصابات، ذهانات، شذوذات لابنائية) و السيميولوجيا «اللانظرية» مثل تصنيفات DSM ، CIM. و هو ما سنتطرق إليه بالتفصيل لاحقا.

1-2- تاريخ تصنيف الاضطرابات النفسية:

ذكر هيبراط العديد من التصنيفات كذلك الاضطراب العقلية التي تعقب الولادة و الخلط العقلي الذي قد يظهر عقب النزيف الشديد. ثم جاء بنيل "Pinel" بمحاولاته الشهيرة في المستشفى العقلي بفرنسا حيث صنف الاضطرابات النفسية إلى أربعة أصناف: الهوس، المالنخوليا، العته و الخبل أو ما يسمى حاليا بالتخلف العقلي. و ابتداء من منتصف القرن 19 ظهرت العديد من التصنيفات العقلية؛ نجد في فرنسا تصنيف «Morel & Griesinger» سنة 1860 للذهانات و العصابات على أساس الأعراضية الإكلينيكية و تطورها في الزمن منذ ظهورها و وصولا إلى مرحلتها الأخيرة. أما في ألمانيا، فكان "Kraepelin" سنة 1906 ينظر إلى الأمراض العقلية على أنها وحدات عضوية يمكن أن تصنف على أساس من معرفة الأسباب، المسار، النتيجة أو المآل (Garrabé, 2012, p.6). ثم و في نهاية القرن 19 قام المكتب الدولي للإحصاء بباريس بنشر التصنيف العالمي للأمراض كان يقوم بمراجعته كل عشر سنوات. ثم تدخل المكتب الصحي في عصبة الأمم المتحدة بجينيف لمتابعة التصنيف في فترة ما بين الحربين العالميتين. و بعد الحرب العالمية الثانية قامت منظمة OMS في 1948 بتقديم في تصنيفها العالمي للأمراض CIM-6 في فصلها الخامس (F) تصنيفا خصص للاضطرابات العقلية.

و قامت بعدها الجمعية الأمريكية للطب العقلي APA في 1952 بنشر أول دليل للاضطرابات العقلية. (DSM I) (Garrabé, 2012, p.p. 2-3)

2-2- أهمية التصنيف: قام جيفري وزملائه (Jeffrey & all, 2009, p.51) بتوضيح أهمية التصنيف في مجال علم النفس المرضي، ويرى بأنها:

1. تسمح بترتيب و تبويب مواضيع الدراسة.
2. نظرا لتعدد التوجهات النظرية في علم النفس واختلافها في نظرتها لسيكولوجية المرض، فإن التصنيف يعمل على توحيد المصطلحات في ظل هذا الاختلاف.
3. تسهيل جمع المعلومات الإكلينيكية و منه تسهيل عملية التشخيص، العلاج والتنبؤ.
4. تسمح بمقارنة النتائج و تحديد أوجه التشابه والاختلافات الهامة بين المرضى السيكاثرين بوضع التشخيص الفارقي.
5. تسهيل التواصل بين العاملين في الميدان.

2-3- مأخذ التصنيف:

بالرغم من أهمية التصنيف، إلا أن هناك بعض المآخذ يلخصها جيفري و زملائه بأنه:

- 1- لا يمكن للتصنيف أن يضم مجمل البيانات الخاصة بالمرضى والأسباب المؤدية لهذا الاضطراب فهو لا يعكس تعقد و فردانية الشخص.
- 2- قد يؤدي استخدام التصنيف إلى تغيير نمط حياة المريض والحكم على كل سلوكياته السوية وغير السوية وتحت إثر هذا التصنيف وبالتالي يمنع ذلك إمكانية الحديث عن شفاء المريض.
- 3- تكون عملية التنبؤ للسلوك على أساس التصنيف التشخيصي وليس على أساس السلوك الملحوظ للمريض.
- 4- يركز التشخيص بالتأكيد على جوانب الضعف أكثر من تأكيده على نقاط القوة و هو ما يؤثر سلبا على علاقات المريض بالآخرين.
- 5- يؤدي استخدام الاسم التصنيفي للوهم الخادع لفهم المريض مما يبعد المختص عن التعرف على معاناة المريض الحقيقية. (Ibid, P.52)

3-3- طرق التصنيف في علم النفس المرضي:

يوجد نوعين من التصنيفات: التصنيفات المؤسسة على تنظيم الإشارات و الأعراض في تناذرات المرض «تصنيف تناذري» (classifications syndromiques) و من جهة أخرى التصنيف السيكوباتولوجي و الذي في تجميعه للوحدات المرضية يكون اقل ارتكازا على الاضطرابات المشتركة و اقل منه بالارتكاز على الميكانيزمات المشتركة التي تنظم الاضطراب.

و عليه؛ فإنه في التصنيفات التحليلية فإن الهستيريا و العصاب الوسواسي تنتميان لنفس فئة عصابات النقلة كونها مدعمة بنفس ميكانيزمات الكبت والإشكالية الأوديبية وقلق الخصاء. نفس الاضطرابات والتي أطلقت عليها تسميات الاضطرابات الجسدية والاضطرابات الوسواسية القهرية ترتب على التوالي حسب DSM IV في الاضطرابات جسدية الشكل وفي الاضطرابات الحصرية. (Combaluzier, 2009, p.31)

3-3-1- التصنيفات الكلاسيكية: تتمثل أهمها في التصنيفات الألمانية و التصنيف الفرنسي.

الجدول (01): يوضح الأمراض التي تندرج تحت كل وحدة مرضية.

مجموعة الأمراض	المرض
العصابات	الهستيريا، عصاب الوسواس، عصاب القلق، عصاب الفوبيا
الذهانات	الفصامات (الأشكال البارانونية، الهيبوفرينية، الكاتونية...)، الهذيانات المزمنة (الهذيانات البارانونية المنظمة، الذهانات الهلوسية و البرافرينية) ذهانات الهوس الاكتئابي، النفخات الهذائية الحاد.

الحالات الاكتئابية غي ذهانية	الاكتئاب العصابي، الاكتئاب التفاعلي.
العتة Démence	يتم ترتيبها وفقا للجداول الايولوجية: مرض الزهايمر، مرض Pick
الوهن Débilités	مختلف أشكال الوهن و التي يرتبط بعضها باضطرابات وراثية (trisomie 21)
اضطرابات السلوك	الإدمان على الكحول، الإدمان على المخدرات، فقدان الشهية anorexie و الشره المرضي boulimie، السيكوباتية، الشذوذ أو الانحرافات، اضطرابات الشخصية.
اضطرابات عقلية ترتبط بإصابة عضوية	التنازلات الخلطية، اضطرابات مرتبطة بالأورام الدماغية، بالإدمان على الكحول، التهابات الدماغية، الأمراض العصبية.
الاضطرابات السيكوسوماتية	الربو، اضطرابات جلدية، القرحة المعدية، ضغط الدم...

المصدر: (Combaluzier, 2009, p.31)

و للإشارة، فان هذه المجموعات المرضية تستند على النزولوجية و تشمل أيضا المظاهر الايتيوباتوجينية (السببية المولدة للمرض). و عليه فإن أصل العصاب يكون نفسيا، أما الذهانات فهي نفسية و عضوية...

2-3-3- التصفيات النفسومرضية: يوجد العديد منها، و هي ذات منحى تحليلي، ويعتبر أولى التصفيات، كان يميز بين العصابات، الذهانات و الشذوذات. و يعتبر الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الخفاء، فنحن في سجل في العصابات. و إن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوذ، و إن رفض فهو إذا في سجل الذهانات.

أما كارل ابراهام K. Abraham فقد قدم تصنيفا نمائيا ينتظم حول تكامل مراحل النمو و المراحل الفرعية. حيث تظهر الباتولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو و يرتكز على التثبيات و النكوصات. فالصام يرجع للتثبيات في المرحلة الفمية، البرانويا في المرحلة الأولى من الشرجية، و في عصاب الوسواس يحدث نكوص للمرحلة الثانية من الشرجية مع أوديب منظم... و كانت منطلقات أبراهام كدفعة لباحثين آخرين للحديث عن البنية، مثل كارنبرغ Kernberg من المدرسة الأمريكية الذي أضفى توضيحات حول البنية الحدية. و من المدرسة الفرنسية، أعمال بارجوري حول البنيات. (Combaluzier, 2009, p.33)

فكل بنية تنتظم حول نوعية القلق، الآليات الدفاعية، نوعية القلق، العلاقة بالموضوع. و تحت كل بنية تتدرج بنيات فرعية. فعصاب الهستيريا، عصاب الوسواس و عصاب الفوبيا بالرغم من انتمائها للعصابات، إلا أن التمييز بينها يرتكز على الميكانيزمات التي تحل محل الكبت أمام التمثيلات المزعجة، و كذا على درجة نكوص الأنا أمام شدة الصراع.

3-3-3- التصنيف العرضي: و كما يظهر من اسمه، فإن هذا التصنيف يرتكز على الأعراضية. فهي موضوعية و لا تستند إلى نظرية محددة "التصنيفات اللانظرية". و يعتبر التصنيف الدولي للأمراض CIM و التصنيف التشخيصي الإحصائي DSM من أهم التصنيفات العالمية في هذا المضمار. إضافة إلى ما يتم حاليا الأخذ به من تصنيفات لتشخيص الاضطرابات العقلية تتمثل في: OPD، CFTMEA، PDM

أولا: تصنيف منظمة الصحة العالمية: يطلق عليه اسم التصنيف الدولي للأمراض Classification International des Maladies و يشار إليه بـ « CIM » أو « ICD » باللغة الإنجليزية. نشر CIM-6 في 1949، وكان أول التصنيفات الشاملة للاضطرابات العقلية في فصلها الخامس (F). تمت مراجعته في عدد من المرات حتى انتهى بإصدار المراجعة التاسعة (CIM-9) في 1957، نشرته منظمة الصحة العالمية في 1977، استبدل بعدها بالإصدار العاشر CIM-10؛ حيث

بدأت الأعمال عليه في 1983 وقامت الجمعية الأمريكية للصحة World Health Assembly (WHA), بمراجعتها في 1990، لكن استعمالها الفعلي من طرف الدول الأعضاء بمنظمة OMS بدأ سنة 1994. يسمح هذا النظام للتصنيف بوضع التشخيص و الإجراءات، و يقوم بعرض 155000 رمز للأمراض و الاضطرابات المختلفة. و يفيد التقرير الاستقصائي لمنظمة OMS و الدول الأعضاء بأنه لا يوجد إجماع حول تعريف الاضطراب/المرض العقلي، وتستخدم هذه العبارة بناءً على السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والقانوني حسب مختلف المجتمعات و في سياقات مختلفة. إذ تقوم المنظمة بمناقشات مكثفة حول ما ينبغي إدراجه في إطار مفهوم الاضطراب العقلي كونها قضية معقدة ومثيرة للجدل و يختلف التضمين حسب كل مجتمع. (WHO a)

و يشمل الفصل الخامس الخاص بـ "الاضطرابات العقلية والسلوكية" في CIM-10، عشر مجموعات رئيسية مع العلم أنه توجد في كل مجموعة العديد من التصنيفات الفرعية المحددة. (Ibid)

- (F00-F09): الاضطرابات العقلية العضوية، بما في ذلك العرضية.
- (F10-F19): الاضطرابات العقلية والسلوكية المرتبطة بتعاطي مواد ذات تأثير نفسي.
- (F20-F29): الفصام والاضطرابات السكيزونمطية و الاضطرابات الهذائية.
- (F30-F39): اضطرابات المزاج (الوجدان).
- (F40-F48): الاضطرابات العصبية و الاضطرابات المرتبطة بالإجهاد والاضطرابات جسدية الشكل.
- (F50-F59): التناذر السلوكي المرتبط بالاختلالات الفسيولوجية والعوامل البدنية.
- (F60-F69): اضطرابات الشخصية والسلوك عند الراشد.
- (F70-F79): التخلف العقلي
- (F80-F89): اضطرابات التطور النفسي
- (F90-F98): الاضطرابات السلوكية والعاطفية التي تظهر عادة في بداية مرحلة الطفولة و المراهقة
- (F99): الاضطرابات العقلية، غير المحددة.

و بعد إصدارات نسخة ألفا و بيتا لدليل CIM-11 و اللتان قدمتا في 2011 و 2012 على التوالي للجمهور، و ستقدم النسخة الموحدة لجمعية (WHA) لأجل تسويقها رسميا بداية شهر ماي/ 2018. (WHO b)

ثانيا: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association) : من إصدار الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) وقد صدرت حتى الآن 7 مراجعات لهذا الدليل. كان في البداية مخصصا للراشدين و لم يهتم كثيرا بفئة الأطفال و المراهقين.

يهدف الدليل إلى حل صعوبات التشخيص و يقوم على 4 مبادئ تتمثل في عدم الاعتماد على نظرية محددة فبالتالي يمتاز بالموضوعية، يستخدم مفهوم الاضطراب بدلا من المرض. وهو نظام متعدد المحاور و متعدد الخصائص. المعايير موحدة و تعتبر ضرورية لوضع التشخيص. (jeffrey et al., 2009, p.53)

ظهرت الطبعة الأولى 1952 باسم DSMI والطبعة الثانية 1968 باسم DSMII والطبعة الثالثة DSMIII في 1980 حيث سجل فيه بعض الاختلافات عن سابقتها بتقديم نظام متعدد المحاور بمقاربة وصفية حيادية (دون توجه علاجي محدد) و أدمج فيه وصف للاضطرابات الخاصة بالطفل، و قد اختفى مصطلح العصاب في هذا الدليل. ثم اصدر DSM-III-R في 1987 و بعدها أصدرت الطبعة الرابعة DSM-IV في 1994 و وزعت فيه الاضطرابات العصبية في الاضطرابات العاطفية الحصرية... الخ. و اختفت تسمية عصاب الفوبيا و عصاب القلق على حساب القلق و الحصر و مصطلح "عصاب الهستيريا التحولية" استبدل بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل « trouble somatoforme » و اختفت كلمة هستيريا تماما. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية. تمت

مراجعتها وصدر عنه DSMVI TR سنة 2000، وفي 2013 اصدر DSM5 و يعتبر آخر دليل إحصائي حاليا (مع العلم انه لم تعد تستعمل الأعداد الرومانية)، و هو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الأمراض في هذا الدليل، حيث يبدأ الدليل بالتعليمات الخاصة بكيفية استخدامه و الاحتياطات الواجب إتباعها في استعماله، يليه معايير التشخيص و قائمة منظمة لرموز وفئات خاصة بكل مرض، يلي ذلك وصف لنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ثم بعد ذلك يقدم المحكات التي يجب البحث عنها لدى الشخص حتى يتمكن من الحكم عليه ما إذا كان سيقع في فئة تصنيفية معينة أم لا، ثم يقدم شرح مصغر لكل اضطراب. و بعدها محور يخص إدماج القياس و بعض النماذج كالنموذج الثقافي. و نجد في آخر الدليل المراجعات و الاختلافات بين DSM-IV-TR و DSM5 إضافة إلى معجم خاص بالأمراض الخاصة بثقافات معينة، و كذا قائمة الرموز الخاصة بـ DSM5 و ما يتوافق مع (CIM-10). و يشمل الدليل التشخيصي الخامس على 297 فئة تشخيصية. يتوفر على 5 محاور تسمح بتقييم شامل للاضطرابات العقلية: المحور الأول خاص بالاضطرابات الإكلينيكية، المحور الثاني باضطرابات الشخصية و التخلف العقلي، المحور الثالث أمراض الطب العام، و المحور الرابع خاص بالمشاكل النفس اجتماعية و البيئية، و المحور الأخير التقييم العام للتوظيف.

ثالثا: التصنيف الفرنكوفوني للاضطرابات العقلية للطفل و المراهق CFTMEA (Classification francophone des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) نشر أول مرة سنة 1988، و خصص للطفل و المراهق، و يأخذ بعين الاعتبار باتولوجية المولودين الصغار، و يعتبر تصنيف متعدد المحاور مثله مثل DSM، حيث يشمل المحور الأول على الفئات الإكلينيكية، أما المحور الثاني فيهتم بالباتولوجيا الجسدية و الوضعية الأسرية المشتركة. يقدم في تصنيفه ما يتفق مع CIM-10،

و يعتمد على فكر علم النفس المرضي المستوحى من التحليل النفسي، بدأ العمل فيه منذ 1987 من طرف فريق عمل من المختصين برئاسة Misès، تمت مراجعته في العديد من المرات، و ظهرت الطبعة الأولى في 2001، أما الطبعة الثانية ففي 2012. (Misès et al, 2012, p.12)

للاطلاع أكثر: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/default.html

رابعا: تصنيف نظام التشخيص السيكودينامي الإجرائي (Operationalized Psychodynamic Diagnostic) OPD .

نتاج عمل لمجموعة من الباحثين بإشراف Cierpka et Schneider، تم اصدرها OPD في 1996، و جاء كرد فعل لتصنيفات DSM و CIM التي تعتمد على التناذرات. حيث قام عدد من المعالجين النفسانيين ذوي التوجه السيكودينامي و التحليلي بالتشكيك بالأنظمة النزولوجية (تصنيف) و النزوغرافية (توصيف)، بسبب ضعف مصداقيتها بخصوص التخطيطات العلاجية و عدم اهتمامها بفرديّة الأشخاص.

و يرتكز الإجراء التشخيصي حسب هذا التصنيف على المقابلات نصف موجهة. و يدمج 5 محاور تشخيصية. يختص المحور الأول بالطريقة التي يعيش المريض مرضه و التأثير الأولي للعلاج، و يكرس المحور الثاني للمسائل العلائقية، المحور الثالث بالصراعات داخل/بين شخصية. يهتم المحور الرابع بمرجعية التشخيص البنية العقلية للمريض. أما المحور الخامس فيهتم بتشخيص الأعراض و التناذرات التي تتطابق مع الفصل الخامس للتصنيف الدولي للأمراض (Von der Tann, 2008, p. 19).

خامسا: الدليل التشخيصي السيكودينامي PDM Psychodynamic Diagnostic Manual أصدر باللغة الإنجليزية فقط و لم تتم لحد الآن ترجمته باللغة الفرنسية، و هو ثمرة عمل بين مجموعة رئيسية من منظمات التحليل النفسي. يعتبر إطارا مرجعيا للتشخيص، يصف مستويات العميقة و السطحية لشخصية الفرد، توظيفه العاطفي و الاجتماعي و مظاهر الأعراضية. يغطي هذا التصنيف كل الشرائح العمرية، ابتداء من الرضيع مع تركيزه على كل من الاختلافات الفردية و

الاجتماعية. كما يركز على مجمل التوظيف العقلي، وهو بالتالي يستكمل رغبة DSM و في CIM في تبويب الأعراض. يعتمد تصنيف PDM على الدراسات الحالية في علم الأعصاب و تقييم نتائجها و يستعمل مقاربة متعددة الأبعاد لوصف اختلال توظيف المفحوص و كيفية المشاركة في السيرورة العلاجية.

و يتكون الدليل من 3 أقسام رئيسية، يعالج القسم الأول تصنيف اضطرابات الصحة العقلية للراشدين، يتضمن على التوالي توظيف الشخصية السليمة و كذا توظيف الشخصية المضطربة. في حين يهتم القسم الثاني ببروفيل التوظيف العقلي أثناء مراحل النمو. و في القسم الأخير نجده يسترجع تصنيف الأعراض كما جاءت في DSM IV بإدماج لكل تصنيف منها الإسهامات الخاصة لعلم النفس المرضي الدينامي و المتمثلة في التجارب الشخصية و الذاتية للفرد و أعراضه. (Russell &Cohn, 2012, P.71)

x و في الأخير نقول : بأن الكثير من الجهد بذل خلال الخمسة وعشرين قرنا من التصنيفات النفسية، بدأت بهيبوقراط إلى DSM 5 و CIM حاليا. و يمكن القول أن تطور التصنيف قد بدأ بمحاولات فردية عشوائية حتى انتهى بإصدار الدليل العالمي للأمراض والدليل التشخيصي الإحصائي في صورتها الحالية. حيث يتم تحريرها بالاستناد إلى مجموعة من الباحثين في مختلف المناطق بالعالم، بإدراج الأبعاد الثقافية مع تخصيص وحدات ترتبط بثقافات دون غيرها من الثقافات. وحتى لا يتصف التصنيف بالجمود، انتبه الباحثين إلى أهمية إدراج الجانب الدينامي للفرد في التصنيفات الحديثة، لأن كل حالة هي حالة فريدة من نوعها.