

تشخيص الاكتئاب

كيف نفهمه من منظور (DSM-V)

أ.د. وردة بلحسيني / جامعة قاصدي مرباح / ورقلة / الجزائر

أ. سعيدة الامام / باحثة في الدكتوراه جامعة قاصدي مرباح / ورقلة

الملخص:

يتسم اضطراب الاكتئاب بالإنعكاس، ويؤثر على معظم الأداء الوظيفي الاعتيادي للأفراد المصابين به، ويعيق علاقاتهم ويزيد معاناتهم إلى الحد الذي قد يصل إلى الانتحار ووضع حد للحياة.

وعلى الرغم من تزايد المعرفة الإمبريقية في مجال فهم وعلاج هذا الاضطراب بشكل لم يسبق له مثيل، إلا أن الدراسات الوبائية تنبؤنا كل يوم بمعلومات صادمة حول مسار وانتشار هذا الاضطراب، حيث يتوقع أنه بحلول (2020) سوف يصبح الاكتئاب ثاني مرض بعد السكتة القلبية في التكلفة التي يتحملها المجتمع (Lecrubier, 2001).

ويأتي هذا المقال ليرسم لنا معالم هذا الاضطراب، وتطور معايير تشخيصه، ويناقش جملة التغيرات التي طرأت على تصنيفه في الطبعة الخامسة من (DSM-V) والتي أثارت جدلا عميقا في الأوساط العلمية.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب - معايير التشخيص - التغيرات في الدليل التشخيصي الخامس.

Résumé:

La dépression est caractérisée par sa persistance dans le temps et sa rechute, elle affecte la plupart du fonctionnement normal des individus dépressif, entrave leurs relations et augmente leur souffrance au point qu'elle peut conduire au suicide.

Malgré les connaissances empiriques croissantes concernant la compréhension et le traitement de ce trouble qui n'a pas de précédent, les études épidémiologiques nous prédisent chaque jour des informations choquantes sur l'évolution et la propagation de ce trouble car c'est prévu que d'ici 2020, la dépression va devenir la deuxième maladie après la crise cardiaque concernant le cout que la société doit supporter. (Lecrubier, 2001)

Pour cela; le présent article vient pour nous décrire ce trouble, le développement de ces critères diagnostic et discuter des divers changements dans sa classification dans la cinquième édition du DSM-V, qui a suscité la controverse dans la communauté scientifique.

Mots clés : dépression; critères diagnostic; changements; version cinq (DSM-V)

مدخل:

حاز اضطراب الاكتئاب على تاريخ طويل من الاهتمام في مجال الطب النفسي وعلم النفس، منذ ظهور تصنيف كريبيلن في نهاية القرن التاسع عشر (1886)، حيث أدخل مصطلح الهوس الاكتئابي حتى يفرق بينه وبين الحرف المبكر. وقد توالى التغيرات المحدث على تصنيفه في الأنظمة الدولية حتى آخر إصدارات القرن الواحد والعشرين.

ولم يدخر العلماء جهدا في تشخيصه وتصنيفه، وتقييمه وعلاجه، كمحاولة لمجابهة تزايد نسب انتشاره، التي تجاوزت كل التوقعات، وهو الأمر الذي دفعنا للعناية بهذا الاضطراب، وفهمه. إذ أصبح جليا في التراث البحثي عوامل الاستهداف والخطورة

المبكرة التي ينطوي عليها هذا الاضطراب، وعوامل الاستمرار والانتكاسة، إذ يظهر في المتوسط بين (50%-85%) لدى مرضى الاكتئاب معاناة لاحقة من أعراض إكتئابية متعددة (Coyne & al, 1999). كل هذا يعدّ مدعاة لتجديد فهمنا لهذا الاضطراب وخصائصه كمساهمة جزئية في فهم ومساعدة من يعانون منه.

مفهوم الاكتئاب:

يتضمن تعريف كلمة اكتئاب معاني الحزن والغم، فيقال اكتأب فلان، أي حزن واغتم وانكسر والكآبة تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، ويقال رماد مكتئب اللون: إذ ضرب إلى الأسود كما يكون وجه الكئيب (سرحان، 2001، 11). أما اصطلاحاً فقد عوّف علماء النفس الاكتئاب بتعريفات متعددة نذكر منها: ويعرف بيك الاكتئاب على أنه: "نتاج استراتيجيات المواجهة اللاتكيفية للضغوط، مع وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم، وعن المستقبل والتركيز الإنتباهي الشديد على المظاهر السالبة للمثير" (Hoffman, 2012, 167). أما المعهد الأمريكي للصحة العقلية فيعّوّف الاكتئاب بأنه: عبارة عن خلل في سائر الجسم والأفكار والمزاج، ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص، وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي والنفسي والعاطفي (حجازي، 2013، 11).

وفي نفس السياق قدمت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر (ICD, 10) تعريفاً للاكتئاب بأنه: "انخفاض مزاج المريض وفقر اهتماماته، وعدم تمتعه بما يبهج الآخرون، وتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بينا البسيط، والمتوسط والشديد لذلك تفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب وتتلخص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه، ومعاناته من الإحساس بالذنب، والشعور بعدم أهميته والتشاؤم، والتعب، أو انعدام القوة، و التفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع ثم انعدام الشهية" (حقي، 1995، 82).

كما يعرف الاكتئاب بعلامات مميزة تتمثل في التضرر الحاصل في المزاج والانقباض وفقدان المتعة والفراغ الانفعالي، وفقدان الدافع والاهتمامات وعدد كبير من الشكاوى الجسدية. ومشاعر كالحزن والانقباض وتعكر المزاج، وفقدان الطاقة وانخفاض الدافعية والتشتت وفقدان القيمة، واليأس واللامعنى والتي تتوافق على الأغلب مع القلق وعدم الهدوء وفقدان الطاقة واضطرابات الشهية، وفقدان الوزن واضطرابات النوم والألم ومشكلات التركيز، وأفكار الانتحار (شلوتكه، 2016، 177).

كما يمكن وصف الاكتئاب بأنه اضطرابا يعود إلى ائتلاف العديد من الأعراض المهلكة بصورة مرتفعة. وتكون هذه الأعراض مصحوبة بتدهور معرفي وسلوكي، وانفعالي ونفسي وعلائقي واضح (دوزيس، دويسن، 2015، 39).

ويضيف دوزيس ودويسون (2015) أن اضطراب الاكتئاب الأحادي الجسيم حالة غير متجانسة سببيا وإكلينيكية تتسم إما بالمزاج المكتئب، أو تناقص واضح بالاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة. وبالإضافة إلى هذين العرضين الأساسيين اللذين يظهر أحدهما على الأقل، فإن اضطراب الاكتئاب الجسيم يحتوي على عدد من الأعراض، تشمل زيادة أو نقصان الشهية للطعام والوزن

والأرق أو النوم (الإفراط في النوم)، والتأخر النفسي الحركي أو الاهتمام وفقدان الطاقة أو التعب، والشعور بالرداءة أو الذنب المفرط مع قصور التركيز والتردد، أو صعوبة التفكير، والأفكار الانتحارية، ومحاولة الانتحار أو تكرار التفكير في الموت (دوزيس، 2015، 43).

وعموماً يمكن النظر إلى الاكتئاب على أنه خبرة كلية تتضمن تدي المزاج، وتناقض الاهتمامات المصحوب بعدد من التظاهرات التي تمس الجوانب المعرفية، والاجتماعية والجسدية، وهي تتجاوز في حد ذاتها حالات الحزن العابرة حول هموم الحياة اليومية، وقد تصل شدة تعكر المزاج واليأس إلى ظهور التصورات الانتحارية أو حتى التخطيط للانتحار وتنفيذه.

أعراض بالاكتئاب:

يشتمل الاكتئاب على جملة من الأعراض نصفها فيما يلي:

1- الأعراض النفسية و الانفعالية:

تتمثل في: الحزن والبكاء، انخفاض الطاقة، نوبات البكاء غير متحكم فيها، الشعور بالذنب الخجل وخيبة الأمل، القلق وضعف الثقة، اليأس، التعب والإرهاك، الفتور واللامبالاة (عسكر، 2001، 74).

2- الأعراض الفسيولوجية:

تتواجد الأعراض التالية بصورة متكررة في الأفراد المكتئبين كالانقباض في الصدر والشعور بالضيق، وفقدان الشهية، ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له لرغبته في الموت، نقصان الوزن والإمساك، الصداع والتعب لأقل مجهود، آلام في الجسم خاصة في الظهر، ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي، والبطء والرتابة الحركية، وتأخر زمن الرجوع، توهم المرض والانشغال على الصحة، واضطراب النوم، واضطراب الدورة الشهرية، والكآبة (عسكر، 2001، 77).

3- الأعراض المعرفية:

تتمثل في التشرد، والتفكير المطلق، نقد الذات والصعوبة في التركيز والتذكر، تشتت الانتباه وفقدان الاستبصار، وجود أفكار انتحارية (غانم، 2006، 109).

4- الأعراض السلوكية: أهمها:

- تجنب الناس وعدم الاكتراث بهم، عدم الخروج من المنزل.

- إهمال الأعمال المنزلية وعدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.

- الصراخ لأتفه الأسباب، الخلافات الكثيرة.

- فقدان القدرة على التحكم في النفس.

ونشير أن أعراض الاكتئاب الإكلينيكية تتصف بظاهرة مهمة هي التغير النهاري، وذلك أن شدة الأعراض تزيد في الصباح وتحسن تدريجياً في أثناء اليوم حتى تقل حدتها مساءً فيصبح المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق والاكتئاب ويبدأ في التحسن النوعي في وسط النهار ثم تقل المعاناة النفسية بعد ذلك تدريجياً (الأنصاري، 2006، 46).

وبائيات ومسار الاكتئاب:

يعتبر الاضطراب الاكتئابي الجسيم واحدا من أبرز الاضطرابات النفسية، وأوضحت دراسة موسعة تقيس معدل الانتشار الوبائي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن (16.2%) من الناس تنطبق عليهم أعراض ومعايير الاضطراب الاكتئابي الجسيم عند فترة معينة من حياتهم، ويزيد ظهور الاضطراب الاكتئابي المزمن أكثر من ظهور الاضطراب الاكتئابي الجسيم بنحو (2.5%) لدى الأشخاص الذين يعانون عسر المزاج وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل (كرينغ وآخرون، 2016، 259).

ويتوقع الأخصائيون والعياديون تزايد عدد المصابين بهذا المرض في المستقبل فحسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) يوجد مليون مكتتب في العالم على امتداد سنة واحدة وأن مآل هذا الاضطراب يتميز بالارتداد حيث 50% من الحالات تعرف انتكاسا العام الموالي للظهور ولهذا يحتل الاكتئاب المرتبة الرابعة بين أسباب الإعاقة والموت المبكر (Cottraux & al, 2004, 10).

وحسب (Mendlewic et al 2009) يعتبر الاكتئاب المرض الأول في الولايات المتحدة الأمريكية، ففي عام (2006) صُرف ما يُقارب (60) مليون وصفة من الأدوية المضادة للاكتئاب وتقدر منظمة الصحة العالمية بأنه يوجد ما يُقارب من نصف مليار شخص في العالم يُعانون من مرض الاكتئاب. كما أنه يمثل السبب الرابع للإعاقات في الوقت الحاضر وتقول تقارير وتوقعات منظمة الصحة العالمية بأن الاكتئاب سوف يُصبح المرض الثاني للإعاقات في عام (2020) بعد أمراض القلب. مشار إليه في (عبد الرحمان، 2010).

وقد تزايدت الوصفات الطبية التي تصف مضادات الاكتئاب للأطفال إلى خمسة أضعاف خلال الفترة بين عامي (1993 و 2002)، بل إن نحو مليون وصفة طبية قد تمت كتابتها خلال عام (2002) (Olfson, Blanco, Lui, & al., 2006). وينتشر الاكتئاب بنسب متفاوتة بين البالغين حيث تصل نسبة الإصابة بالاكتئاب في وقت ما من الحياة (20%) لدى الإناث و(10%) لدى الذكور (عبد الفتاح، 1997).

وتظهر الدراسات في البلدان الصناعية وضمن المحكات المذكورة (ICD-10) أن حوالي (5-7%) أي حوالي (15-17) مليون أوروبي يعانون في الوقت الراهن من الاكتئاب، ويبلغ احتمال أن يمرض الإنسان بالاكتئاب في مجرى حياته (خطر مدى الحياة)، (12%) بالنسبة للرجال، و(26%) بالنسبة للنساء. وهذا يعني بأن حوالي كل رابع امرأة وكل سادس رجل سيعاني في يوم من الأيام في حياته من الاكتئاب (شلوتكه وآخرون، 2016، 179).

وحسب (Angold & al 2002) فإن (13.6) من كل (100) ألف من المراهقين (15-19) سنة ينتحرون سنويا في أمريكا بسبب الاكتئاب (3.6) من كل (100) ألف من البنات البالغات (15-19) سنة ينتحرن سنويا في أمريكا بسبب الاكتئاب. (40) من كل (100) ألف من الكبار ينتحرون سنويا في أمريكا بسبب الاكتئاب.

تحدث بدايات الاكتئاب الجسيم في معظم الأحيان في مرحلة المراهقة الوسطى إلى المتأخرة. ويبدو الخطر المصاحب للحدوث الأول للاكتئاب قليلا نسبيا في الطفولة، وكثيرا في المراهقة، ويبلغ ذروته في منتصف الرشد، مع تناقص المعدلات في عينات مرحلة

الشيخوخة. وفي غياب العلاج، فإن الاكتئاب الجسيم عادة ما يستمر بين أربعة أشهر إلى سنة واحدة، ويتراوح مدى انخفاض الأعراض بدون علاج بين (10%) و(15%) و(20%) تقريباً للأفراد الذين يمرون بحالة من سكون المرض تلقائياً على مدى (8) أسابيع (دوزيس، ودويسن، 2015، 47).

تشخيص وتصنيف الاضطرابات الاكتئابية:

لنهم تشخيص وتصنيف الاكتئاب على مدار العقدين الماضيين يمكن الرجوع إلى ما جاءت به المراجعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي الصادر في سنة (1994) ثم آخر مراجعة التي صدرت سنة (2013).

فقد صنف الاكتئاب تحت فئة اضطرابات المزاج حيث تشمل كل الاضطرابات التي يكون فيها اضطراب المزاج هو الملمح أو الصورة السائدة فيها. وتنقسم اضطرابات المزاج إلى ثلاثة أقسام هي:

القسم الأول: وهو خاص بوصف النوبات المزاجية، مثل نوبة الاكتئاب العظمى، ونوبة الهوس، والنوبة المختلطة، ونوبة الهوس الخفيف (تحت الحاد)، وهي تصف مختلف الاضطرابات المزاجية. وهذه النوبات، ليس لها رموزها التشخيصية المستقلة، ولا تستخدم بميوته المستقلة في التشخيص، بل هي تخدم تكوين فئات بنائية لتشخيصات مرضية.

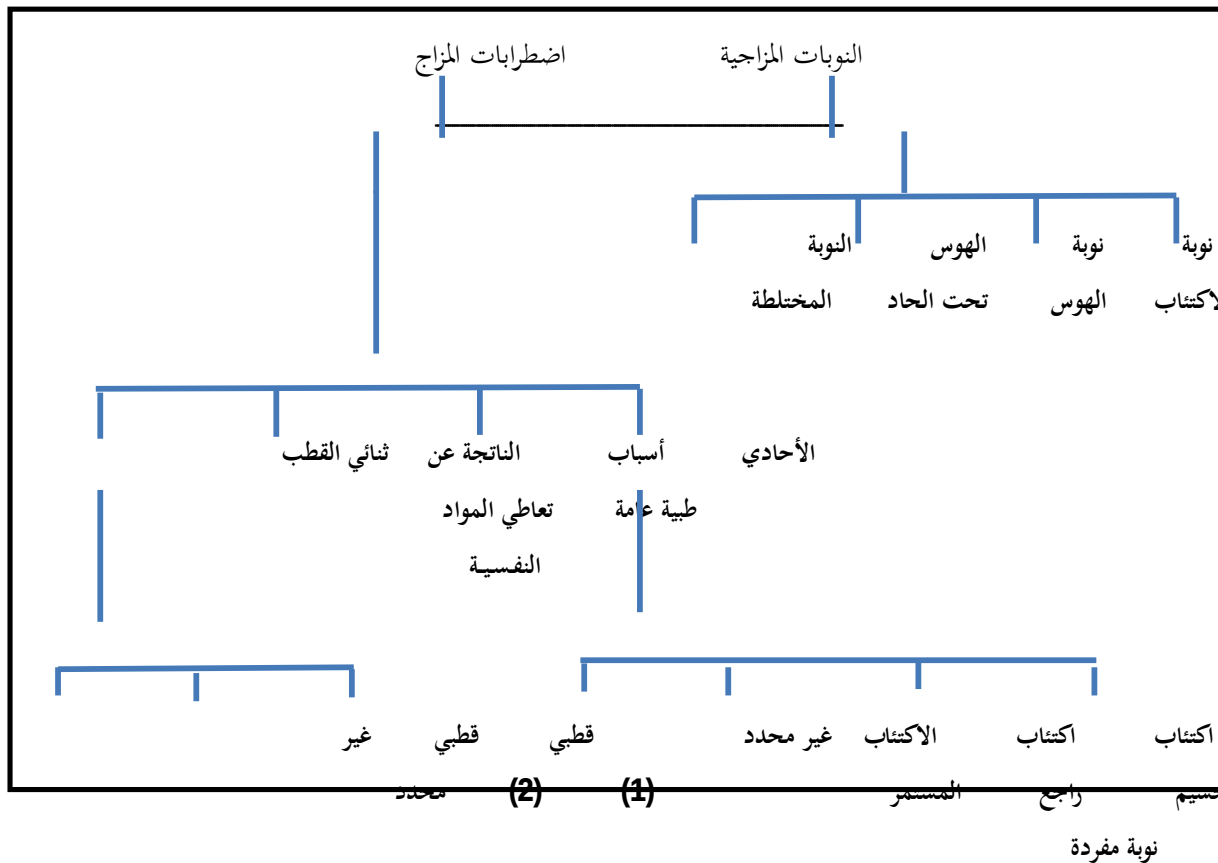
القسم الثاني: ويصف اضطرابات المزاج (مثل: اضطراب الاكتئاب، عسر المزاج، والاضطراب ثنائي القطب والمحكات التشخيصية في هذا الصدد، تختبر معظم الاضطرابات المزاجية المتطلب وجودها، أو غيابها في النوبة الاكتئابية التي تم وصفها في القسم الأول.

القسم الثالث: فيشتمل بوجه خاص على وصف النوبات المزاجية الحديثة، أو مسار النوبات، والنوبات المعادة (عيد، 2009، 42).

وتنقسم الاضطرابات المزاجية إلى عدة أنواع ذكرتها الطبعة الرابعة:

- 296.2X اضطراب الاكتئاب الجسيم نوبة مفردة.
 - 296.3X اضطراب الاكتئاب الجسيم، راجع (متكرر).
 - 300.4 اضطراب الاكتئاب المستمر (دستيميا).
 - 311 اضطراب إكتابي غير المعين على أي نحو آخر.
- وتدخل كل هذه الاضطرابات في اضطراب أحادي القطبية، أما الاضطرابات ثنائية القطبية فتضمن:
- 296.0X اضطراب ثنائي القطبية 1، نوبة هوس وحيدة.
 - 296.40 اضطراب ثنائي القطبية 1 أحدث النوبات نوبة هوس خفيف.
 - 296.4X اضطراب ثنائي القطبية 1 أحدث النوبات نوبة هوس.
 - 296.6X اضطراب ثنائي القطبية 1 أحدث النوبات نوبة مختلطة.
 - 296.5X اضطراب ثنائي القطبية 1 أحدث النوبات نوبة اكتئاب.
 - 296.7 اضطراب ثنائي القطبية 1 أحدث النوبات نوبة غير محددة.
 - 296.89 اضطراب ثنائي القطبية 2 نوبات اكتئاب عظمى راجعة مع نوبات هوس خفيف.

- 301.13 - اضطراب المزاج النوبائي (الدوري).
 - 296.80 - اضطراب ثنائي القطبية غير معين على أي نحو آخر.
 - 296.80 - اضطراب مزاج ناتج عن مرض جسمي عام
 - اضطراب المزاج ناتج عن تعاطي المواد.
 - 309.21 اضطراب مزاج غير معين على أي نحو آخر.
- والشكل الموالي يمكن أن يعرض تصنيف اضطرابات المزاج وفق (DSM-4):



شكل يوضح تصنيف الاضطرابات المزاجية وفق (DSM-4)

تصنيف وتشخيص الاضطرابات الاكتئابية وفق (DSM-5):

ميزان الدليل التشخيصي والاحصائي في طبعته الخامسة (DSM-5) بين الاضطرابات المزاجية أحادية القطب (الاضطرابات الاكتئابية) والاضطرابات المزاجية ثنائية القطب، حيث تم حذف مصطلح اضطرابات المزاج وأصبح كل يصنف على حدا وهو ما سيتم توضيحه في الأسطر الموالية:

تم إفراد قسم خاص بالاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات ذات العلاقة، وقد جاءت مرتبة بعد طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، وهي تضم:

- (1) الاضطرابات ثنائية القطب I
 - (2) الاضطرابات ثنائية القطب II
 - (3) اضطراب المزاج الدوري
 - (4) الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذي علاقة ناتج عن تعاطي مواد أولية
 - (5) الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذي علاقة عائد إلى حالة طبية أخرى
 - (6) الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذي علاقة محدد
 - (7) الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذي علاقة آخر غير محدد
- في حين تم إفراد قسم خاص بالاضطرابات الاكتئابية، وأصبحت تضم الاضطرابات التالية:

- (1) اضطراب المزاج التخريبي غير المنتظم
- (2) اضطراب الاكتئاب الأساسي
- (3) اضطراب الاكتئاب المزمن
- (4) اضطراب عسر المزاج السابق للحيض
- (5) اضطراب اكتئابي ناتج عن تعاطي مواد أولية
- (6) اضطراب اكتئابي عائد إلى حالة طبية أخرى
- (7) اضطراب اكتئابي محدد آخر
- (8) اضطراب اكتئابي غير محدد.

وبالإضافة إلى هذا التغيير في التقسيم تمت تعديلات أخرى مهمة:

- تم حذف النوبة المختلطة من النوبات المزاجية ومن المعايير التشخيصية
- تم إضافة محدد جديد، هو "مع ميزات مختلطة"، هذا المحدد الجديد لم يعد يتطلب المعايير الكاملة لكل من نوبات اكتئاب والهوس. أي أنه يمكن أن تضاف إلى نوبات الهوس مع ميزات الاكتئاب، ويمكن أن تضاف إلى نوبات اكتئاب مع ميزات الهوس أو حتى هوس خفيف.

إن وجود ميزات مختلطة في نوبة اضطراب اكتئاب الأساسي يزيد من احتمال أن المرض يقع في الطيف ثنائي القطبومع ذلك، إذا كان الشخص لم تتوفر لديه من قبل معايير لنوبة هوس أو هوس خفيف، يتم الاحتفاظ بتشخيص اضطراب اكتئاب الجسيم.

وقد وصف (DSM-5) الاكتئاب الجسيم وميزته بالمعايير التالية:

محكات تشخيص الاكتئاب الجسيم وفق (DSM-5):

- A.** توجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين التي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب إن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.
- ملاحظة:** لا تضمن الأعراض التي تعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.
- (1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو الفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).
 - (2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين له).
 - (3) فقدان بارز بغياب الحمية عن الطعام أو كسب الوزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5٪ من وزن الجسم خلال شهر، أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريباً).
- ملاحظة:** ضع في الحسبان الإخفاق في كسب الوزن المتوقع عند الأطفال.
- (4) أرق أو فرط النوم كل يوم تقريباً.
 - (5) هياج نفسي حركي أو خمول كل يوم تقريباً (ملاحظاً من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية من التملل أو البطء).
 - (6) تعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً
 - (7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً وليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب لكونه مريضاً.
 - (8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
 - (9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو التفكير المتكرر في الانتحار دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.
- B.** تسبب الأعراض انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C.** لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى. المعايير **A**
- C**—تشكل نوبة اكتئابية جسيمة (الحمادي، 2016، 146).

ملاحظة:

الاستجابة للخسارة كبيرة (فقد عزيز الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد واجترار الخسارة وارق وفقدان الشهية وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A والتي قد تشبه نوبة اكتئاب على رغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة فان وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى استجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتما الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة (الحمادي، 2015، 147).

1. إجراءات الترميز والتسجيل:

يستند الرمز التشخيصي للاضطراب الاكتئابي الجسيم على ما إذا ما كان نوبة مفردة أو متكررة والشدة الحالية ووجود مظاهر ذهانية ووضوح الهدأة. يشار إلى الشدة الحالية والمظاهر الذهانية فقط إذا تم حاليا استيفاء المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم ولا يشار إلى محددات الهدأة إلا إذا لم تستوف المعايير الكاملة حاليا لنوبة الاكتئاب الجسيم.

الترميز التشخيصي لاضطراب الاكتئاب الجسيم

محددات الشدة / السير	نوبة مفردة	نوبة متكررة *
خفيف	(F32.0)	(F33.0)
متوسط	(F32.1)	(F33.1)
شديد	(F32.2)	(F33.2)
مع مظاهر ذهانية **	(F32.3)	(F33.3)
في هدأة جزئية	(F32.4)	(F33.4)
في هدأة كاملة	(F32.5)	(F33.5)
غير محدد	(F32.9)	(F33.9)

(الحمادي، 2015، 149)

* لاعتبار النوبات متكررة فيجب وجود شهرين متتاليين بين نوبتين متتاليتين على الأقل حيث لم تستوف المعايير لنوبة اكتئاب جسيمة.

** إذا تواجدت المظاهر الذهانية، فالرمز "مع مظاهر ذهانية" لا علاقة له بشدة النوبة.

في تسجيل اسم التشخيص يجب أن يتم سرد المصطلحات بالترتيب التالي:

اضطراب اكتئابي جسيم، نوبة مفردة أو متكررة، محددات الشدة / الذهان/الهدأة.

تليها العديد من المحددات التالية دون رموز كما تنطبق على النوبة الحالية أو الأقرب.

حدد:

- مع انزعاج قلقي.

- مع مظاهر مختلطة.

- مع دوران سريع.
- مع مظاهر سوداوية.
- مع مظاهر لا نموذجية.
- مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج.
- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج.
- مع كاتاتونيا. ملاحظة للترميز : استخدم رمزا إضافيا (1. F06).
- مع بدء حول الولادة.
- مع النمط الفصلي (للنوبة المتكررة فقط)

قراءة في أهم التعديلات في (DSM-5):

بالنسبة للاضطرابات الاكتئابية تم إدخال تعديلات متعددة، منها ما شكّل جدلا واسعا في أوساط العلماء والباحثين، وسنشرح هذه المسائل فيما يلي:

اقترحت مجموعة دليل (DSM-5) حول اضطرابات المزاج إزالة معيار الاكتئاب الحاد (E) من الدليل أي استبعاد "الحزن جراء ظروف أليمة" الذي يعترف بأن أعراض الاكتئاب قد تكون طبيعية لدى الأفراد الذين يمرون بحالة حزن لفقدان عزيز (Wakefield & First, 2012).

وقد تم التأكيد في هذه النسخة على أن الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي...) تتضمن بعضا من أعراض المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة، أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار.

وقد حاول مؤيدو استبعاد "الحداد" أن يقدموا مبررات لدعم قرار الاستبعاد نذكر منها:

- ان القول ان الحداد يدوم عادة فقط شهرين هي عبارة غير مناسبة (هو يدوم غالبا ما بين العام والعامين).
- الحداد هو ضغوط نفس اجتماعي حاد قد يسرع في ظهور نوبة اكتئاب أساسي الشيء الذي يزيد من خطر الحداد المعقد المزمن الذي يظهر في محور الاضطرابات التي تحتاج الى دراسات قبل تضمينها في قائمة التشخيصات القابلة للتطبيق.
- الاكتئاب المرتبط بالحداد يحدث غالبا عند الأشخاص ذوي عوامل استهداف للإصابة بالاكتئاب.
- وأخيرا إن أعراض الاكتئاب المقترنة بالاكتئاب المرتبط بالحداد تستجيب لنفس العلاجات النفس اجتماعية والأدوية كالاكتئاب غير المرتبط بالحداد (Guelfi ID, 2013 a).

وقد تُرك للفصل في التشخيص الاعتماد على الخبرة الإكلينيكية، والقرار المبني على المعايير الثقافية للتعبير عن الحزن في سياق الخسارة من جهة، وعلى مدى وجود تاريخ سابق من الاكتئاب لدى الفرد الحزون من جهة أخرى.

كما تمّ الجمع بين اضطراب الاكتئاب الكبير راجع (أو متكرر) واضطراب عسر المزاج (الاكتئاب المستمر) في اضطراب واحد هو: اضطراب الاكتئاب المزمن. والسبب هو عدم وجود اختلافات ذات مغزى من الناحية العلمية بين هذين الاضطرابين مما أدى إلى الجمع بينهما. وهذا القرار التصنيفي ينسجم مع النتائج التي خلصت إليها دراسة طولية، والتي قد وجدت أن (95%) من الأشخاص الذين يعانون عسر المزاج تتطور حالتهم إلى اضطراب اكتئابي رئيس خلال مدة عشر (10) سنوات. إن مثل هذه النتائج توضح أنه ليس من المنطقي أن نحاول التفرقة بين هذين النمطين المزمنين من الاكتئاب (كرينغ وآخرون، 2016، 259).

كما تضمنت التعديلات إدخال اضطرابين جديدين على فئة الاضطرابات الاكتئابية هما: اضطراب عسر المزاج السابق للطمث الذي أخذ مكانه بين الاضطرابات الاكتئابية، بعدما كان يصنف ضمن اضطرابات الاكتئاب غير المحدد على أي نحو آخر، وأصبح اضطراباً منفصلاً يرمز له بـ: (N94.3).

وإضافة اضطراب المزاج التخريبي غير المنتظم، وتصنيفه مع الاضطرابات الاكتئابية وهذا يهدف إلى خفض التشخيص والعلاج المبالغ فيهما لاضطرابات الثنائية القطب عند الاطفال حسب ما توضحه (APA). هذا التشخيص يطبق على الأطفال والمراهقين الذين يظهرون هيجان مزمن ونوبات متكررة من فقدان السيطرة على السلوك. (Guelfi ID, 2013 b) أخيراً تم اقتراح عدد من الحالات التي تحتاج إلى دراسات إضافية مثل:

- نوبة اكتئاب مع مدة قصيرة هوس خفيف.
- اضطراب الحداد المعقد المزمن.
- اضطراب السلوك الانتحاري.
- إيذاء الذات غير الانتحاري.

الخاتمة:

وفي الختام يمكن أن نؤكد على أن هذه التغيرات في تشخيص وتصنيف الاكتئاب، ما هي إلا دليل على تنامي معرفتنا بأسباب ومظاهر هذا الاضطراب، وتزايد الدراسات التي تهدف إلى الإحاطة بأشكاله، ومكوناته المختلفة. ولعل زيادة المعرفة حول هذا الاضطراب المعيق لحياة الفرد تمكننا من تصميم برامج الوقاية، وكذا برامج العلاج، والمساعدة الذاتية التي لا يمكن أن تبنى إلا على دعائم التشخيص الدقيق الذي يرقى إلى تحديد مكونات الاضطراب ومسبباته، وهو الأمر الذي يشجع ويحث الباحثين على السير قدماً لتحقيق أكبر قدر من الدقة والتمييز في فهم هذا الاضطراب الذي كلف ولازال يكلف المجتمع ومؤسساته خسائر مادية عظيمة، والأعظم منها فقدان من نأمل شفائهم بالانصهار في بوتقة المرض أو الانتحار.

قائمة المراجع:

- الأنصاري، بدر محمد (2006). المرجع في اضطرابات الشخصية، القاهرة، دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع.
- حجازي، سناء أبو نصير (2013). علم النفس الإكلينيكي، عمان، دار المسير للنشر والتوزيع.
- حقي، ألفت (1995). الاضطراب النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب.
- الحمادي، أنور (2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية-DSM-5، بيروت، الدار العربية للعلوم ناشرون.

- دوزيس، ديفيد جي. دويسن، كيث إس (2015). الوقاية من القلق والاكتئاب النظرية والبحث والممارسة، ترجمة عبد الله السيد عسكر، القاهرة، المركز القومي للترجمة.
- سرحان، وليد وخطيب، جمال وآخرون (2001). سلوكيات الاكتئاب، عمان، الجدلأوي للنشر والتوزيع.
- شلوتكه، بيرتر وكاسبار، فرنس ورولر، بيرند (2016). التشخيص النفسي الإكلينيكي الجزء الثاني، ترجمة رضوان سامر جميل، العين الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
- عبد الرحمان، علي اسماعيل (2010). الاكتئاب طاعون العصر، بحث مرجعي للانتشارية وعوامل الخطورة القاهرة. جامعة الأزهر.
- عبد الفتاح، محمد (1997). دراسة إكلينيكية وبائية لاضطراب الاكتئاب لدى سكان إحدى القرى المصرية رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، كلية الطب الأزهر.
- عسكر، عبد الله (2001). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عيد، محمود مصطفى (2009). العلاج السلوكي للاكتئاب، القاهرة، اترك للطباعة والنشر.
- غانم، حسن (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- كرينغ، آن. جونسون، شيري. نيل، جون. دافيدسون، جيرالد (2016): علم النفس المرضي، استنادا على الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، ترجمة الحويلة، أمثالآخرون، القاهرة، الأنجلومصرية.
- المدني، عادل واسماعيل، على (2010). الطب النفسي، إصدار مطبعة الرحمة
- هوفمان (2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر ترجمة مراد علي عيسى، مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E. M. Z., Fairbank, J. A., Burns, B. J., Keeler, G., and Costello, E. J. (2002): Psychiatric disorder, impairment and service use in rural African American and white youth. Archives of General Psychiatry. 59: 893-901.
- Boyers & all. (2015) manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; édition Masson ; Paris.
- Cottraux J (2004) : Les thérapies comportementales et cognitives, Masson, Paris.
- Coyne, J. C., Pepper, C. M., & Flynn, H. (1999). Significance of prior episodes of depression in two patient populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 76-81.
- Guelfi JD ;(2013a) ,La nouvelle dépression dans le DSM-5. Ce qui a change vraiment Descartes, Paris. Http : //www.dsm5.org /pages/
- Guelfi JD ;(2013b). la dépression dans le DSM5 : nouveautés et débats ; article n 24 ; édition la fondation pierre Deniker ; Paris.
- Hofman, A., van Duijn, C. M., Franco, O. H., Ikram, M. A., Janssen, H. L. A., Klaver, C. C. W., ... Witteman, J. C. M. (2011). The Rotterdam Study: 2012 objectives and design update. *European Journal of Epidemiology*, 26(8), 657-686.
- Lecrubier Y. J The burden of depression and anxiety in general medicine.

Clin Psychiatry. 2001; 62 Suppl 8:4-9; discussion 10-1. Review.

- Olfson M¹, Blanco C, Liu L, Moreno C, Laje G. National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. Arch Gen Psychiatry. 2006 Jun;63(6):679-85.
- Wakefield, J. C., & First, M. B. (2012). Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry*, 11(1), 3–10.