

إشكالية تشخيص الاكتئاب

الأستاذ الدكتور: محمد بلوم، جامعة بسكرة، الجزائر

الباحثة: سامية قشي، جامعة بسكرة، الجزائر

الملخص:

انطلاقا من محورية عملية التشخيص في تحديد، وتميز، وعلاج الاضطرابات النفسية، تفترض الدراسة الحالية وجود معضلة في تشخيص الاكتئاب الذي بات يعرف انتشارا واسعا، وسعت إلى طرحها عن طريق إبراز تعدد واختلاف الأنظمة التصنيفية وما يؤخذ عليها، والجدال القائم بين بعض النظريات المفسرة للاكتئاب وأخيرا الأمراض العضوية والاضطرابات النفسية المعاشة له.

Abstract :

Proceeding from the centrality of the diagnosis process in the identification, discrimination, and treatment of psychological disorders, the present study presupposes the existence of a real dilemma in the diagnosis of depression (which has become a widely spread psychological and mental condition), seeks to put forward this dilemma by highlighting the various and different classification systems and their criticism, exposes the controversy that exists between some theories that gave explanations for depression, and finally points out to the organic diseases and psychological disorders that get along with the course of depression .

تظل "عملية التشخيص diagnosis process" عملية بالغة الأهمية من أجل تقديم المساعدة النفسية للعميل، باعتبارها؛ أولاً، تنطوي على مفهوم تمييز وتحديد طبيعة المرض، ليس فقط بضبط أعراضه، بل وحتى باكتشاف أسبابه وتحديد مآله. وثانياً، كونها تسبق وتوجه إلى حد ما كل خطة علاجية.

بيد أن هذه العملية، وإن مسها من التطور ما أكسبها قدراً من الموضوعية؛ أين أصبحت لها ضوابطها، ومبادئها، وتقنياتها، وأدواتها، بل وحتى مراحلها في مجال الاضطرابات النفسية والعقلية، فإن ذلك لم يمنع من أن تشكل إشكالية حقيقية أمام ممارسيها.

فالالاكتئاب depression، وهو الذي عرف منذ قرون طويلة، حتى قبل ظهور علم النفس كعلم قائم بذاته، يُعرف اليوم بمرض العصر؛ إذ يتصدر قائمة الاضطرابات النفسية والعقلية بما فيها الانتحار، ويحتل المرتبة الثانية بعد أمراض القلب فيما يتعلق بالعبء الإجمالي للمرض global burden of disease⁽¹⁾، لا يزال يشهد تحبّطاً مفاهيمياً شديداً، يحول دون الاطمئنان للتشخيص المقدم، فعلاوة على أنه لا يمكننا التحدث عن وجود ما يسمى بالمكتئب النموذجي في أي نوع من أنواع الاكتئاب، كون الأمر يتعلق بالفرد البشري، ليس هناك اتفاق واضح أيضاً حول أسباب، وأعراض، وأنواع الاكتئاب؛ ذلك أن الباحثين في علم النفس المرضي اقترحوا مئات الأنظمة لوصف وتصنيف اضطرابات المزاج⁽²⁾، ناهيك عن وجود أكثر من سبعين نظرية مفسرة للاكتئاب.

الأمر الذي يقودنا إلى الحديث عن وجود إشكالية حقيقية في تشخيص الاكتئاب، نحاول في هذه الورقة إبرازها بشكل أوضح؛ من حيث: الأنظمة التصنيفية، النظريات المفسرة، وأخيراً الأمراض النفسية والعضوية المعاشة.

1. الأنظمة التصنيفية:

تعد الأنظمة التصنيفية أحد أبرز المرجعيات في تشخيص الاكتئاب، حتى أنه في كثير من الأحيان ترتبط كلمة تشخيص ارتباطاً مباشراً بالحديث عن أنظمة تصنيف الاضطرابات، اعتماداً على أن اتخاذ القرار التشخيصي يتوقف على الفئات الموجودة في النظام التشخيصي الرسمي، وعلى مطابقة أعراض الاضطراب لتلك المتضمنة في النظام⁽³⁾. غير أن تعدد وتنوع الأنظمة انجر عنه في المقابل تعدد وتنوع للاكتئاب، ليس بين كل نظام وآخر صادر عن هيئة أخرى، بل وحتى بين طبقات النظام الواحد، الأمر الذي يقود الممارسين في مجال الصحة النفسية إلى الوقوع في متاهة حقيقية بشأن اتخاذ القرار التشخيصي. سوف نكتفي هنا بملاحظة الاختلاف، في تصنيف الاكتئاب، بين ثلاثة من أبرز الأنظمة.

أول هذه الأنظمة وأساسها، هو ذلك المقدم من قِبَل الطبيب الألماني "إميل كريبلين Emil Kreapelin" عام (1883)، الذي حدد فيه مجموعات من الأعراض Symptoms أو المتلازمات Syndromes، بناءً على أساس عضوي، أين ضمنه الأشكال الرئيسية للاضطراب العقلي، بعد أن قسمها إلى فئتين رئيسيتين؛ كانت إحداهما: ذهان الهوس الاكتئابي manic-depressive psychosis الذي يعود، حسبه، إلى شذوذ أيضي Metabolic irregularities⁽⁴⁾، يشمل كل المتلازمات الاكتئابية سواء أبدى العميل هوس ونوبات اكتئابية أو اكتئاب بسيط Simple depression⁽⁵⁾.

بعد ذلك، توالت العديد من التصنيفات، غير أن أحدثها وأكثرها استعمالاً؛ التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases (ICD) الصادر عن منظمة الصحة العالمية The World Health Organisation عام (1948)، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي The American Psychiatric Association عام (1952).⁽⁶⁾ وبالحديث دائماً عن الاكتئاب فقد

جاء في الأول منهما، وتحديدًا في طبعته العاشرة عام (1993)، أن الاكتئاب يندرج تحت ما يسمى بالاضطرابات المزاجية والوجدانية التي تنطوي على تسع أصناف رئيسية؛ هي: نوبة هوسية، اضطراب وجداني ثنائي القطب، نوبات اكتئابية، اضطراب اكتئابي متكرر (معاود)، اضطرابات مزاجية (وجدانية) مستمرة، اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى، واضطراب مزاجي (وجداني) غير محدد.⁽⁷⁾

أما الثاني فقد جاء في طبعته الرابعة المراجعة الصادرة عام (1994) أن الاكتئاب يندرج ضمن قائمة اضطرابات المزاج Mood Disorders المندرج تحتها كل من: الاضطرابات الاكتئابية Depressive Disorders (الاضطراب الاكتئابي الجسيم، نوبة مفردة، الاضطراب الاكتئابي الجسيم، المعاود، اضطراب عسر المزاج وأخيرًا الاضطراب الاكتئابي غير المحدد في مكان آخر)، الاضطرابات ثنائية القطب Bipolar Disorder واضطرابات المزاج الأخرى Other Mood Disorders. والتي يعتمد تشخيصها على وجود أو عدم وجود مجموعة من النوبات التي لا يمكن تشخيصها كفئات مستقلة، هي: النوبة الاكتئابية الجسيمة، النوبة الهوسية، النوبة المختلطة والنوبة تحت الهوسية.⁽⁸⁾

مختلفًا عنه بذلك كل الاختلاف DSM-V، الذي فصل الاضطرابات الاكتئابية عن الاضطرابات ثنائية القطب التي باتت تسمى and disorders Bipolar related أين عرض كلا منها في فصل مستقل. مضمنا الاضطرابات الاكتئابية كل من: Disruptive mood dysregulation disorder، الاضطراب الاكتئابي الجسيم المتضمن لنوبة اكتئابية جسيمة Major depressive disorder (including major depressive episode)، الاضطراب الاكتئابي المستمر Persistent depressive disorder (dysthymia)، اضطراب اللاراتياح القبل طمئي Premenstrual dysphoric disorder، الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة أو دواء Substance/medication-induced depressive disorder، الاضطراب الاكتئابي الناجم عن حالة طبية أخرى Depressive disorder due to another

Other specified depressive disorder، اضطراب اكتئابي آخر محدد
(9). Unspecified depressive disorder، اضطراب اكتئابي غير محدد

وبملاحظة الاختلاف بين الأنظمة الثلاث في إبراز أصناف الاكتئاب وفرزها عن غيرها من اضطرابات المزاج، نصل إلى القول بعدم وجود اتفاق حول أصناف الاكتئاب وغموض في مفهمته ترجع إما، إلى طبيعته، أو إلى إشكال في الأنظمة التشخيصية نفسها.

فإن DSM، على سبيل المثال، لا الحصر، قيل عنه الكثير؛ ذلك أن مسألة التغطية ماثرة فيه بشكل كبير، إذ يفترض بفئاته أو أصنافه أن تغطي كل من يحتاج للمساعدة، لكن تعريف DSM-IVR للاضطرابات في حدود الأعراض الملاحظة والموصوفة بدقة أكبر مما كانت عليه في الأنظمة السابقة يقلل من التغطية؛ مما يعني أن الملاءمة بين العملاء والأنظمة غير دقيقة بشكل جيد.⁽¹⁰⁾

ثم إننا، في دراسة الظاهرة السلوكية، نجابه مشكلة وضع الحدود والتماسها في الواقع؛ فالحقيقة التي لا مفر منها أن الكثير من الأعراض في الاضطراب العقلي جلية أيضا لدى أشخاص عاديين وخير مثال على ذلك الاكتئاب.⁽¹¹⁾ ثم إن هذا الأمر بالإضافة إلى ندرة الحالات الملائمة تماما للمعيار يجعل من الصعب الاعتماد عليه؛ ففي هذه المسألة، افترض الكثير من الباحثين أنه يمكن الاعتماد على DSM في تشخيص الاضطراب، بحيث يحصل العميل على نفس التشخيص حتى وإن تعدد العياديون.

لكن النتيجة وإن كانت إيجابية في بعض الأحيان إلا أنها لم تكن كذلك في أحيان أخرى؛ فقد أوكل بيك وآخرون Beck et al. (1962) مهمة تشخيص 153 عميل لـ 04 عياديين (على أن يعملوا باستقلالية)، وذلك باستعمال DSM-I، وتوصل إلى أن 54% فقط حصلوا على نفس التشخيص. وتوصل كيندل Kendell (1975)، بعد افتراضه إمكانية الاعتماد على الفئات المحددة لأجل التصنيف، إلى نتيجة مناقضة تماما؛ حيث كانت نسبة الاتفاق 32% فقط.

وفي سنة (1985) "Lipton and Simon" توصلوا إلى أن 75% حصلوا على تشخيصات مختلفة من طرف عياديين في أحد المستشفيات الأمريكية.⁽¹²⁾

حتى أن الفروق بين الجنسين: أين الإناث يكن أكثر احتمالا في أن يشخصن بالاكئاب مقارنة بالذكور أثير حولها نقاش حاد، من حيث أنها قد لا ترد إلى طبيعة الاضطراب وإنما للدور التقليدي للجنسين؛ ذلك أن هناك بعض السلوكات تعتبر جزءا من هذا الأخير، لكنها في DSM تعبر عن معايير لتشخيص الاضطراب.⁽¹³⁾

وهنا تطرح مسألة الاختلاف الثقافي، وتأثيرها السليبي على نتيجة التشخيص؛ أين استحث DSM-IV-R العياديين لمراعاة أثر العوامل الثقافية في كل من صياغة وتمييز الأعراض. فالغضب، مثلا، أو الحزن الشديد، قد يكونان متوقعان في ثقافة معينة، غير أنهما يدرسان كعلامة لاضطراب في ثقافة أخرى. وهنا يصبح تشخيص العيادي للاضطراب غير متوقف على عدد الأعراض الموجودة بل أيضا على مهارة العيادي في مراعاة السياق الذي ظهر فيه المشكل، أخذا بعين الاعتبار أن: المعتقدات الدينية، الأدوار الاجتماعية، الهويات الجنسية، العائلات والمجموعات الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد لها دور في إعطاء معنى محدد لهذه الظاهرة.⁽¹⁴⁾

2. النظريات المضرة للاكتئاب :

من بين ما يمكن الاستناد إليه أيضا في إبراز إشكالية تشخيص الاكتئاب النظريات المفسرة والمصنفة أحيانا له؛ ذلك أن الاكتئاب كان قاسما مشتركا بين العديد من النظريات. ليس هذا فحسب، بل أنه كان مَحَطَّ جدال بينها إذ ما لبثت كل نظرية أن اتخذت له مكانا عندها، وألزمته الخضوع لمبادئها.

ففي الاتجاه التحليلي، نجد أن كارل أبراهام Karl Abraham الذي يقر أن الاكتئاب منتشر أيضا في كل العصابات مثله في ذلك مثل الحصر l'angoisse. وأن

هاتين الحالتين الانفعاليتين تتواجدان معا أو تتعاقبان عند نفس الشخص،⁽¹⁵⁾ كان السباق في تفسير الاكتئاب كعدوانية مرتدة للدخل.⁽¹⁶⁾

أما "فرويد Freud"، فقد بقي تفسيره للاكتئاب مقرونا بمقالته حول الحداد والسوداوية التي نشرها عام (1915) أين فسر السوداوية، باعتبارها تنطوي على اتهام للذات مع نزعة إلى عقابها قد تؤدي إلى الانتحار بالإضافة للشعور بالذنب، بانشطار في الأنا إلى مَتَّهِم (الأنا الأعلى) ومَتَّهِم، ناجم عن علاقة ثنائية، تتم بفعل استدخال علاقة الأنا بالموضوع؛ بمعنى أن العدوانية أو الملامة الذاتية هي ملامة موجهة إلى موضوع الحب، عادت فانقلبت منه إلى الأنا الخاصة⁽¹⁷⁾ فالمكتئبين يظهر عداوة مرتدة تظهر كمازوشية أو كحاجة للمعانة.⁽¹⁸⁾

غير أن "ميلاني كلاين Melanie Klein" وإن اتفقت معهما في أن الاكتئاب يرجع في نشأته إلى مراحل مبكرة من حياة الفرد إلا أنها اختلفت عنهما في تفسيرها له؛ أين تحدثت عن إمكانية إعادة تحريك ما يسمى بالوضعية الاكتئابية depressive position. هذه الوضعية التي أشارت إليها عام (1924) في مقالة لها بعنوان "إسهام في فهم المنشأ النفسي للحالات الاهتياجية الاكتئابية"، تنشأ في حوالي منتصف السنة الأولى، بعد الوضعية شبه العظامية paranoid position، وتتميز بقدرة الطفل على مقارنة الأم باعتبارها موضوعا كليا⁽¹⁹⁾ بعد أن كان يعتقد أنها إما أن تكون محبطة؛ إذن سيئة ومضطهدة، وإما أن تكون مغذية؛ إذن جيدة ومطمئنة.⁽²⁰⁾

إلا أن الوضعية الاكتئابية -وفقا لكلاين- إن لم تعالج بشكل ناجح في الطفولة فإن الراشد لسوف يعاني الاكتئاب بعد فقدان الموضوع.⁽²¹⁾ وهو تفسير يعكس حتمية كثيرا ما اصطبغت بها تفسيرات ذوي الاتجاه التحليلي، لكنها كثيرا ما اتخذت كحجة عليهم.

خلافًا لذلك، يشير "بيار داكلو Pierre Dacolo" إلى صعوبة مفهومه للاكتئاب وتحديد معالمه؛ ففي تصنيفه للعصابات، يُبرز الوهن، الوهن العصبي، الوهن

النفسي، الوسواس، الخوف، الحصر، الهستيريا، ويشترط لتشخيص كل منها تعدد وشدة الأعراض، ثم يلفت الانتباه إلى أن أعراض الوسواس موجودة في الحصر، وأعراض الخوف موجودة في الوهن العصبي،... ويرد قائلًا: والأكثر من ذلك هناك نزعة لتكديس الكل في سلة واحدة هي: "الاكتئاب العصبي" تحديدًا كعائم؛ أي سلة أو لحاف لكل ما يتعذر تحديده وذلك تحت جملة هائلة من الأعراض الممكنة.⁽²²⁾

هذا ولم تتوقف دراسة الاكتئاب عند التحليلين، إذ ظهرت اتجاهات أخرى اختلفت عن هؤلاء اختلافًا جذريًا؛ منها: الاتجاه السلوكي الراض ل فكرة اللاشعور والمُعتمِد أساسًا على السلوك الملاحظ الممكن إخضاعه للقياس والتجريب.

ففي دراسته للاكتئاب عام (1973)، لاحظ "فورستر Ferster وجود نمطين سلوكيين يميزان ذخيرة الشخص المكتئب، يتمثلان في؛ انخفاض نسبة السلوكات الاجتماعية المدعمة إيجابيا وارتفاع نسبة سلوكات الهرب Escape والتجنب Avoidance وأن هذه السلوكات محكومة بالزيادة في القلق أو عدم الارتياح، ونفور من النتائج الشخصية، ومثيرات منفرة أخرى.⁽²³⁾ كما لاحظ أيضا بأن الشخص المكتئب يتصف بالبكاء المفرط، وسرعة التهيج، ولوم الذات المرتبط بفقدانه لأنماط أخرى من الأنشطة.⁽²⁴⁾

من هنا، عرض "فورستر" ما يسمى بالتحليل الوظيفي للسلوكات الاكتئابية Functional analysis of depressive behaviors الذي أكد من خلاله كيف أن للعوامل البيئية في المحيط أثر على سلوك الفرد.⁽²⁵⁾ إذ بين أن سلوك الفرد بنمطيه؛ اكتئابي كان أو غير اكتئابي، متوقف على ما يحصل عليه الفرد من تدعيمات من شبكته الاجتماعية. وأن الاكتئاب ما هو إلا انخفاض في نسبة السلوكات المدعمة إيجابيا، أما التدعيم السلبي فيسند لزيادة تواتر سلوكات التجنب أو الهروب المرتبطة بمثير منفرد.⁽²⁶⁾

غير أن ما توصل إليه فورستر Ferster لم يكن دقيقاً؛ فهو نفسه كان مرتاباً بشأن تفسيره للاكتئاب، فقد لاحظ أيضاً أن مقاومة سلوكيات التجنب والهروب وإلحاحيتها قد تكون سبباً في غياب التدعيم الإيجابي.⁽²⁷⁾

وفي نموذجه حول الاكتئاب عام (1974) افترض لوينسون Lewinsohn وجود علاقة بين الاكتئاب وتواتر التدعيم؛ أين وصف الاكتئاب كتميز في المقام الأول بالنسبة المنخفضة للاستجابة المتوقفة على التدعيم response-contingent positive reinforcement التي تؤدي وفقاً لقانون الانطفاء إلى: انخفاض المعدل النسبي لاجتماعية الفرد⁽²⁸⁾، وإلى انخفاض مستوى سلوك الفرد وكذا انطفاء السلوكيات التكيفية السوية.⁽²⁹⁾ كما تظاهر كمثير مستنبت لسلوكيات اكتئابية إضافية كعدم الارتياح، والتعب، وأعراض جسدية أخرى⁽³⁰⁾، إضافة إلى السلبية التي كثيراً ما تميز الاكتئاب.⁽³¹⁾ هذا ويرى lewinsohn بأن الأعراض المعرفية للاكتئاب كإنخفاض تقدير الذات، والتشاؤم، ومشاعر الذنب ما هي إلا امتدادات ثانوية لأعراض أخرى كانت قد استحضرت كنتيجة لانخفاض RCPR.⁽³²⁾

من جهة أخرى أقر أن الاكتئاب نتيجة، ليس لأي سبب، بل لنقص المهارة الاجتماعية Social skills. فإذا كان الاكتئاب ينشأ من انعدام أو نقص الاستجابة التالية للتدعيم الإيجابي. وكان المصدر الأساسي والوحيد هو محيط الفرد الاجتماعي. فإن المهارة الاجتماعية حسبها، قدرة أو مهارة ضرورية للحصول على التدعيم الإيجابي من الآخرين⁽³³⁾

أين تتأثر الـ RCPR بعدد الأحداث التدعيمية الممكنة أو المحتملة للفرد، بمتاحية الأحداث التدعيمية في المحيط وكذا بالسلوك الأدوات أو الوسائلي للفرد instrumental behavior of individual.⁽³⁴⁾ أو بمعنى آخر مستوى مهارات الفرد الضرورية للحصول والحفاظ على التدعيم.⁽³⁵⁾

غير أن نموذج "Lewinsohn" وإن خضع لاختبارات تجريبية عديدة إلا أنه لم يلقَ دعماً صريحاً... فمن الواضح أن هناك علاقة بين المهارة الاجتماعية والاكْتئاب، إلا أن الدليل على سببية العلاقة ضعيف. (36) أما فكرة أن الـ RCPR وراء كل أعراض الاكْتئاب بما فيها الأعراض المعرفية، فهي غير مقبولة تماماً في الاتجاه المعرفي الذي ينظر للاتجاه السلوكي بوصفه "سيكولوجية العضوية الفارغة" لإهماله للعامل المعرفي في تفسير الظاهرة النفسية.

فالنموذج المعرفي لبك (Beck, 1979)، وهو أحد أبرز النماذج المعرفية في تفسير الاكْتئاب، افترض ثلاث مفاهيم لشرح الطرح السيكولوجي للاكْتئاب؛ هي: الثالث المعرفي cognitive triad، المخططات Schemas والأخطاء المعرفية Cognitive errors. (37)

يشير المفهوم الأول منها إلى ثلاث نماذج معرفية سلبية تستميل العميل للنظر إلى ذاته، ومستقبله، وخبراته بطريقة سلبية. ممثلة بذلك دوراً أساسياً في ظهور علامات Signs وأعراض المتلازمة الاكْتئابية من أعراض دافعية (شلل الإرادة paralysis of the will، رغبات التجنب والهروب... إلخ)، رغبات انتحارية، الإعاقة الحركية النفسية Psychomotor inhibition، وحتى الأعراض العضوية كفتور الشعور وفقدان الطاقة. (38)

أما المفهوم الثاني، المخططات، فقد استعمله في تحديد الكيفية التي ينظم بها الفرد خبراته المختلفة. حيث تتميز المخططات، بكونها نماذج معرفية ثابتة نسبياً، وبكونها تشكل قاعدة للتفسيرات النظامية للفرد. حتى أنه في حالات المرض النفسي مثل الاكْتئاب، يفترض بيك حدوث تشوه في مفهومة، أو إدراك، العميل لمواقف معينة تلاؤماً مع المخططات المهيمنة والمختلة وظيفياً. (39)

ذلك التشوه يعبر عنه بيك بمفهومه الثالث، ألا وهو الأخطاء النظامية في تفكير الشخص المكتئب، التي تساعد العميل على الاعتقاد بصحة مفاهيمه السلبية رغم وجود الدليل المناقض؛ والمتمثلة أساساً في: الاستدلال التعسفي Arbitrary

inference، التجريد الانتقائي Selective abstraction، التعميم المفرط، Overgeneralization، التعظيم والتصغير Magnification and minimization، الشخصية Personalization، الحكم المطلق، التفكير ثنائي التفرع Absolutistic، dichotomous⁽⁴⁰⁾.

غير أن هذه النظرية هي الأخرى لم تكن فاصلة ونهائية في تفسير الاكتئاب بل تلتها العديد من الاتجاهات النظرية.

3- الأمراض النفسية والعضوية المعيشة للاكتئاب:

تشير العديد من الدراسات إلى أن الاكتئاب يتعايش مع أمراض عديدة ومتنوعة؛ قد تليه أو تسبقه، يسببها أو ينتج عنها. ففي استقصاء حول الصحة العقلية العامة، ورد أن ما يقارب ثلثي الأشخاص الذين يعانون من نوبة اكتئابية depressive episode يُظهرون معاناة من اضطراب القلق، أو اضطراب استعمال الكحول أو المخدرات، أو اضطرابات أكثر ندرة مثل النوبات الهوسية أو الاضطرابات الذهانية.⁽⁴¹⁾

وفي نفس السياق، قدم الدكتور "جولانت F. Jollant" معلومات مفادها أن الاكتئاب الجسيم يتعايش مع اضطرابات نفسية مثل: سوء استعمال أو الإدمان على الكحول أو المواد، اضطرابات القلق واضطرابات القنوات الهضمية. إضافة إلى أنه يتواجد مع العديد من الأمراض العضوية وبنسب متفاوتة (الأمراض القلبية، الأمراض القلبية العرقية، مرض الزهايمر، مرض باركنسون، الصرع المتكرر، الصرع المراقب، السرطان، السيدا، مرض السكر، الألم).⁽⁴²⁾

وقدم الدكتور "محمود عطوف ياسين" في كتابه: "الأمراض السيكوسوماتية" معلومات مفادها أن هناك دوافع لا شعورية قوية تدفع الإنسان لتناول المزيد من الطعام في حالات الاكتئاب والضيق، تجعل من الاكتئاب سببا من الأسباب المباشرة للسمنة المفرطة أو العكس تماما.⁽⁴³⁾ أما آرون بيك، في كتابه "Cognitive Therapy Of Substance Abuse"، فقد أفاد أن اضطرابات المزاج ملازمة بتواتر

لاضطرابات استعمال المادة، مؤكدا، تبعا لذلك، على أهمية معرفة ما إن كان العميل يعاني، بالإضافة إلى اضطرابه، من الاكتئاب.⁽⁴⁴⁾ وفي كتابه " Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective"، أشار إلى أن المصابين باضطراب القلق المعمم غالبا ما يكونون مكتئبين، والمكتئب، بدوره، غالبا ما يكون قلقا.⁽⁴⁵⁾

وفي دراسة أخرى لوحظ أن المصابين باكتئاب جسيم يقابلون أيضا معايير القلق المعمم بنسبة 62%، و52% للخوف الاجتماعي، و50% لاضطراب إجهاد ما بعد الصدمة، و48% لاضطراب الرهاب، و43% للخوف المحدد Specific phobia، و44% لاضطراب الوسواس القهري.⁽⁴⁶⁾

بالتالي فالمشكلة لا تقتصر على ما سبقت الإشارة إليه فقط بل تتعداه إلى صعوبة في فرز الأعراض الاكتئابية، تحديد فترة ظهورها، مدتها، حدتها، وكذا طبيعة علاقتها بـ"الاختلال الوظيفي" للحالة، وذلك بسبب تداخلها مع المرض أو الأمراض المعيشة.

الخاتمة:

من هنا، يتضح أن الإقرار بوجود اضطراب اكتئابي؛ بتأكيد أسبقته السببية في العجز أو الاختلال وتحديد نوعه، أمر في غاية الصعوبة وذلك في ظل تعدد واختلاف الأنظمة التصنيفية وتنوع الاضطرابات الاكتئابية والمزاجية، وفي ظل الأمراض المعيشة للاكتئاب، ناهيك عن الاختلافات الجذرية بين النظريات السيكلوجية، وكذا الهوة الموجودة بين النظرية والنظام التصنيفي؛ ففي حين يُبرز هذا الأخير أصنافاً عدة للاكتئاب، تعكس الأولى بمفهومها الأحادي-حسب ما تم عرضه- الاضطراب الاكتئابي كوحدة واحدة. وهي مؤشرات لضرورة إعادة النظر في تشخيص الاضطرابات الاكتئابية، بمحاولة إيجاد إطار نظري تكاملي سواء بين النظريات، أو بينها وبين الأنظمة التصنيفية بحيث تشرح أو تفسر جميع أصناف الاكتئاب، وأن تسطر مجموعة متنوعة، وشاملة، وموحدة من الأدوات والأساليب التشخيصية، ليس فقط للاضطرابات الاكتئابية، بل وحتى الاضطرابات المعيشة لها.

❖ هوامش البحث:

- (1) Oltmans, Thomas F., and Emery, Robert E.. **Abnormal Psychology**. The United States of America: PEARSON, 2012.ed. 7. p. 11.
- (2) Ibid, p. 108.
- (3) Ibid, p. 48.
- (4) Cave, Susan . **Classification and Diagnosis of Psychological Abnormality**. New York: ROUTELEDGE, 2005.ed. 2. p.30.
- (5) Oltmans, Thomas F. Op. Cit. p. 108.
- (6) Cave, Susan. Op. Cit. p. 63.
- (7) زيزي السيد إبراهيم. العلاج المعرفي للاكتئاب أسسه النظرية وتطبيقاته العملية وأساليب المساعدة الذاتية. القاهرة: دار غريب، 2005. ص. 34 – 35.
- (8) تيسير حسون. المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل. دمشق، 2007. ص. 15.
- (9) American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition DSM-5**. American Psychiatric Association, 2013. p. 155.
- (10) Cave, Susan . Op. Cit. p. 63.
- (11) Ibid, p. 63.
- (12) Ibid, p. 64.
- (13) Ibid, p. 65.
- (14) Oltmans, Thomas F. Op. Cit. p. 81.

- (15) Nicole Stryckman (mars 2009) : Deuil, Mélancolie et Dépression . Le Bulletin Freudien n° 53. www.association-freudienne.b/pdf/bulletins/ 3-01_stryckman_53.pdf. p. 7.
- (16) Steven D. Hollon; Michael E. Thase; and John C. Markowitz. "treatment and prevention of depression". **psychological science in the public interest**_2 (November 2002): 39-77. p. 59
- (17) جان لابلاتش وج. ب. بونتاليس. معجم مصطلحات التحليل النفسي. ترجمة: مصطفى__حجازي. بيروت-لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 1985. ص. 193.
- (18) Alford, Brad A., and Beck, Aaron T. **The Integrative Power of Cognitive Therapy**. New York: The Guilford Press, 1997.ed. 9. p.13.
- (19) جان لا بلاتش. ص. 286-287.
- (20) Marty, François . **Les Grands Concepts de La Psychologie Clinique**. Paris: DUNOD, 2008, p.255.
- (21) Bailey, Linda . "Today's women and depression". **Journal of religion and health** 1(spring 1983):30-38. p.34.
- (22) Pierre Daco . **les Triomphe de La Psychanalyse,du Traitement Psychologique a L'equilibre de La Personnalite**. Belgique : marabout, 1977. p.44.
- (23) Jonathan W. Kanter, Glenn M. Callaghan, Sara J. Landes, Andrew M. Busch, and Keri R. Brown." Behavior analytic conceptualization and treatment of depression: traditional models and recent advances". **The Behavior Analyst Today** 3 (2004):255-274 . p. 258.

- (24) Paulo Roberto Abreu & Carlos E. Santos. "Behavioral Models of Depression: A Critique of the Emphasis on Positive Reinforcement". **International Journal of Behavioral Consultation and Therapy** 2 (2008):130-145 .p. 131.
- (25) Ibid, p. 131.
- (26) Ibid, p. 131.
- (27) Jonathan W. Kanter. Op. Cit. p. 259.
- (28) Ibid, p. 258.
- (29) Rachel C. Manos, Jonathan W. Kanter, Andrew M. Buschv. "A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression". **Clinical Psychology Review** 5 (July 2010). p. 548.
- (30) Jonathan W. Kanter. Op. Cit. p. 259.
- (31) John P. Carvalho, Derek . R. Hopko. " Behavioral Theory Of Depression: Reinforcement As A mediating variable between avoidance and depression" **ELSEVIER** .(June 2011). p.155.
- (32) Jonathan W. Kanter. Op. Cit. p. 259.
- (33) David A. Cole and Matthew Milstead."Behavioral correlates of depression: Antecedents or consequences?". **Journal of Counseling Psychology** 4(1989): 408-416. p. 408.
- (34) Jonathan W. Kanter. Op. Cit. p. 259.
- (35) Rachel C. Manos. Op. Cit. p. 548.
- (36) David A. Cole and Matthew Milstead. Op. Cit. p. 409.

- (37) Beck, Aaron T.; Rush, A. John; Shaw, Brian F.; and Emery, Gary .
Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press, 1979.
- (38) Ibid, p. 131.
- (39) Ibid, p. 131.
- (40) Ibid, p. 131.
- (41) Thomas Morin : mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites,
n.9- janvier 2010.p. 20.
- (42) F. Jollant (2008) : les trouble de l'humeur, service de psychologie médicale
et psychiatrie, université montpellier i, f-jollant chu-montpellier.fr
- (43) عطوف محمود ياسين. الأمراض السيكوسوماتية. بيروت-لبنان: منشورات بحسون
الثقافية، 1988. ص.69.
- (44) Beck , Aaron T.; Wright, Fred D.; Newman, Cory F.; and Liese, Bruce S..
Cognitive therapy of substance abuse. New York: The Guilford Press,
1993.ed. 9. p.266.
- (45) Beck, Aaron T., and Emery, Gary. **Anxiety Disorders and Phobias a
Cognitive Perspective**. United States of America.:1985. p.103.
- (46) Gelenberg, Alan J.; Freeman, Marlene P.; Markowitz, John C.; Rosenbaum
, Jerrold F.; Thase, Michael E.; Trivedi, Madhukar H.;and Van Rhoads,
Richard S.. **PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of
Patients With Major Depressive Disorder**. Ed. 3. American Psychiatric
Association, 2010. p. 63.