

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

د. أحمد عبد الكريم حمزة

أستاذ علم النفس المشارك

جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

### المخلص :

تهدف الدراسة إلى تقديم نبذة دقيقة عن التغيرات في عملية تشخيص الدليل DSM-5 وكيف يُتوقع أن تؤثر هذه التغيرات على مهنيي الصحة النفسية والمرشدين النفسيين. مع دراسة التغيرات داخل DSM-5، ومن بين تلك التغيرات: التوقف عن ممارسة نظم تشخيص معينة «النظام متعدد المحاور multiaxial»، وما تعنيه هذه التغيرات للمرشدين أثناء أدائهم لمهامهم لمصلحة العملاء. مع إطلالة على دور ممارسي الصحة النفسية بالمدارس حول التعامل مع هيكل الدليل DSM-5 أو الافتراضات الفلسفية المبني عليه، خاصة ما يتعلق بالتشخيصات والتخطيط للعلاج. كما تم مناقشة بعض المعايير التشخيصية للاضطرابات التي كثيراً ما تشاهد لدى الأطفال في سن المدرسة. وتهدف أيضاً إلى إبراز دور التأثيرات الاجتماعية والثقافية في التقييم والتشخيص. مع عدم التركيز المفرط على علم الأعصاب حتى لا يصرف الانتباه عن الجذور الإنسانية للإرشاد، مع الأخذ في الاعتبار أن عملية التشخيص في الدليل DSM هي فقط جزء من تقييم شامل.

### الكلمات المفتاحية :

المهارات التشخيصية - المضامين الثقافية - الاضطرابات النفسية - مضامين الممارسة للمرشدين.

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

د. أحمد عبد الكريم حمزة

أستاذ علم النفس المشارك

جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

### مقدمة الدراسة:

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة، يواصل تراثه الذي امتد ٦٠ عامًا كمرجع للممارسة الإكلينيكية في مجال الصحة النفسية. كما يمثل الدليل DSM-5 ١٢ عامًا من العمل بين مئات المهنيين الطبيين ومهنيي الصحة النفسية. (Erikson et al., 2006).

ويعرف الإرشاد بأنه: "علاقة مهنية تمكن أفرادًا مختلفين، وأسراً وجماعاتٍ من تحقيق الصحة النفسية والتعليم، وكذلك الأهداف المهنية" (ACA, 2013). ولإنجاز هذا الدور، غالبًا ما يدمج الممارسون التشخيص بوصفه أحد المكونات الأساسية لعملية الإرشاد. لذلك؛ ليس مبعث دهشة أن توجيهات الممارسة الأخلاقية للمهنة، ومعايير الاعتماد لبرامج تعليم المرشدين تشجع المرشدين على استيعاب وفهم المصطلحات التشخيصية؛ على سبيل المثال: فإن قواعد الممارسة المهنية في دليل تشخيص (ACA, 2014) تتطلب من المرشدين الاهتمام - بوجه خاص - بالتدريب على التشخيص المناسب للاضطرابات النفسية والعقلية (Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs, 2009)، كما تتطلب أن يتعلم المرشدون استراتيجيات التعاون والتواصل مع سائر مزودي الخدمة الإنسانية كجزء من خبراتهم الخاصة بالمناهج الأساسية. وهكذا، فإن نتائج التعلم لمرشدي الصحة النفسية الإكلينيكية من المتعين عليهم البرهنة على امتلاكهم المعرفة بأحدث طبعة لدليل التشخيص DSM؛ حيث يتفق أيُّ مرشد مهني على أن الفهم الدقيق للدليل DSM هو جانب ضروري للتواصل بين الفروع العلمية.

وبالرغم من التوجيه واسع الانتشار الذي يشجع المرشدين على التعمد على الدليل DSM؛ فإن استخدام هذا الدليل لا يخلو من وجود التحديات والجدل، ويشعر الكثيرون من المرشدين المهنيين بأنهم غير مهنيين، أو لا يشعرون بالراحة عندما يواجهون مهمة تحديد

تشخيص للعملاء (Mannarino et al., 2007). ويختلف مهنيون آخرون حول تركيز الدليل DSM على المرض النفسي، ويشعرون بأن هذا المنهج الآلي للتشخيص يختزل "المعلومات المعقدة حول الناس إلى كلمات قليلة، واصفاً أعراض الشخص على أنها ثابتة". كذلك لا يمكن حصر العملاء في فئات محددة. وكل عميل يحضر للإرشاد مُحَمَّلاً بقضايا ثقافية واجتماعية عديدة يجب أن يدرسها المرشد مسبقاً لإصدار تشخيص وتصميم منهج العلاج (Mcloyd, 1998).

ولقد رأى بعض المرشدين - على وجه الخصوص - أن الاعتماد الزائد على تشخيصات DSM يمكن أن يُضيق محور اهتمام المرشد عن طريق تشجيعه على البحث فقط عن أوجه النموذج الطبي، فإن العديد من المرشدين يستخدمون التشخيص باعتباره جانباً واحداً لفهم العميل. ومعظم المرشدين ينظرون إلى الأفراد على أن لديهم جوانب قوة وكذلك صعوبات عبر عدد كبير جداً من المجالات الانفعالية، والمعرفية، والفسولوجية، والاجتماعية، والمهنية، والثقافية. ويتعرف المرشد على الشخص ككل ويُطبق منهجاً مبنياً على تغذية جانب القوة من أجل تحقيق الصحة، وليس مجرد خفض حدة الأعراض.

وبناء عليه، تتحدد مشكلة الدراسة في السؤال التالي: كيف يكون للمرشدين النفسيين دور فاعل في التشخيص وفقاً للدليل DSM5، معتمدين على كل من: المجالات الانفعالية، والمعرفية، والفسولوجية، والاجتماعية، والمهنية، والثقافية؟

وبناء عليه، يتحدد هدف الدراسة في: التعرف على مدى أخذ المرشدين النفسيين التأثيرات الاجتماعية والثقافية في اعتبارهم عند التقييم والتشخيص. فنجد أن الثقافة تؤثر على جوانب التشخيص والعلاج، بما في ذلك متى يجب البحث عن العلاج وكيفية؟، وتمايز القوة بين العملاء ومهنيي الصحة النفسية، من حيث السن، والنوع، والعرق، والجنس، والدين، والتوجه الجنسي، والحالة الاجتماعية والاقتصادية لكل من العملاء ومهنيي الصحة النفسية، وكيف يعرف كلاهما المرض النفسي، وكيف يتم تصور المشكلات ومعالجتها في سياق الثقافة. مع الأخذ في الاعتبار إعادة دراسة أساسيات التشخيص ودراسة التوقف عن ممارسة نظم تشخيص معينة (مثلاً النظام متعدد المحاور multiracial) وما تعنيه هذه التغييرات للمرشدين أثناء أدائهم لعملهم المهم لمصلحة العملاء. (Lewis et al., 2014)

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

كما ينبغي على المرشدين النفسيين الأخذ في الاعتبار أن التفسيرات العصبية قد تؤدي بالمستخدمين إلى تجاهل التفاعلات الضرورية بين الأفراد وبيئاتهم. (Dailey et al., 2014)؛ حيث إن التوجه البيولوجي قد يؤدي إلى تشخيصات خاطئة، وأدوية لا مبرر لها، واختيار مناهج علاج غير مناسبة. ومع أن المرء لا يمكن أن ينكر حقيقة أن خبرات الحياة لها تأثيرات قوية على الأجهزة العصبية البيولوجية (Badenoch, 2008)، فإن هناك قلقاً من التركيز المفرط على علم الأعصاب، مما يصرف الانتباه عن الجذور الإنسانية للإرشاد (Montes, 2013).

أما حدود الدراسة الحالية فإنها تتحدد في تناول مضامين وتطبيقات للمرشدين النفسيين في "التقييمات البُعدية" النظام متعدد المحاور *multiracial* ، "اضطرابات القلق والاضطراب ثنائي القطب، اضطراب الوسواس القهري، الاضطرابات المرتبطة بالصددمات / الضغوط، اضطراب هوية النوع، الاضطرابات المرتبطة بالمواد والإدمان، واضطرابات السلوك المزعج والسيطرة على الاندفاعات، والاضطرابات الذهانية، والاضطرابات ذات الأعراض الجسمية، واضطرابات الشخصية. كما يتناول التشخيص في البيئة المدرسية، والاضطرابات النفسية للأطفال في DSM5.

ومن هذا المنطلق، يرى بعض المرشدين أن إدخال التقييمات البُعدية سوف يُسفر عن زيادة إمكانية تضخم التشخيص، ويرون أن التقييمات البُعدية المعتمدة لدى APA مرهقة، وصعبة التطبيق، وتقتصر إلى إجراء التحقق من الصدق عن طريق المقاييس النفسية الدقيقة (First, 2010).

ولقد حلل (Zimmerman et al., 2008) بيانات مستمدة من التوفر الكبير لهذه التقييمات، فوجد أن أقل من ٢٠% من المشاركين استخدموا مقاييس الاكتئاب لتقويم هذا الاضطراب. وحدد المشاركون بوضوح ثلاثة أسباب لعدم تطبيقهم المقياس؛ هي: (أ) نقص الثقة في فائدة المقياس، (ب) نقص التدريب، (ج) الافتقار للوقت لإجراء التقييم. ومع أن بعض الدراسات وثقت التحسينات في مجال الرعاية الصحية نتيجة للتقييم (Trivedi et al., 2006)، فقد عبر (First, 2010) عن قلقه أن من المتوقع أن "ينظر الإكلينيكيون للمقاييس البُعدية على أنها عبء وليست أداة مفيدة إكلينيكيًا".

والقلق الأكبر لدى مهنيي الإرشاد يدور حول خفض العتبات التشخيصية. كما خفضت

## د. أحمد عبد الكريم حمزة

معايير تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD، واضطراب الضغوط الحادة، واضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه ADHD، وكذلك اضطرابات تعاطي المواد المخدرة (Frances, 2010).

وطبقاً لنيوتن وزملائه، فقد تم خفض عدد معايير انتشار اضطرابات تعاطي الكحوليات بنسبة ٦١.٧%؛ ومع ذلك فإن مصداقية هذه الدراسات لا تزال تحتاج إلى التمهيص؛ حيث وجد علماء آخرون أن لها تأثيراً منخفضاً أو ليس لها تأثير على معدلات الانتشار (Beesdo et al., 2011; Pardini et al., 2010).

بالنسبة لمعظم الاضطرابات، بما فيها اضطرابات الإدمان التي لفتت الانتباه مؤخراً، ستظل عتبات التشخيص كما هي أو ستزيد. وبخصوص الاضطرابات الأخرى، يتم حالياً صقل المعايير التشخيصية لتتناسب الخصوصية. والتحدي القائم هو الموازنة بين الخصوصية والحساسية، والتأكد من أن اللغة تصف اضطراباً معيناً بأقصى دقة ممكنة (Kupfer, 2011).

هناك أيضاً اهتمام بالصفة المرصية للنمط السلوكي العادي الذي يؤدي إلى آثار تدهور محتمل. ووصمة العار بسبب الابتداء بتشخيص مرض نفسي - بما في ذلك الآثار الثقافية والروحية - يجب معالجتها بعناية خلال المهن المعاونة. وتكلفة العلاج والأدوية قد تكون مرهقة أيضاً. ولأن الممارسات المبنية على الأدلة تعزز فاعلية العلاج النفسي، فإن الأدوية قد تكون غير ضرورية، بل قد تكون خطيرة (Olfson et al., 2010). ولكل هذه العوامل مضامين للمرشدين عبر جميع مستويات التدريب.

### مضامين للمرشدين واضطرابات القلق والاكتئاب:

إن قدرة المرشدين على التعرف على اضطرابات القلق أمر مهم؛ لأن ما يقرب من ١٠% من السكان الراشدين في الولايات المتحدة يستوفون معايير تشخيص أحد اضطرابات القلق في وقت معين. واضطرابات القلق أكثر انتشاراً لدى النساء عنها لدى الرجال، ومع أن الأشخاص من أي جنس أو أي طبقة اجتماعية يمكن أن يصابوا به، فإن هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً بين الأمريكيين من أصل أفريقي أو لاتيني، وبين الأفراد العاطلين أو العاجزين عن العمل، والأشخاص الذين كانوا متزوجين في السابق، ومن ليس لديهم تأمين صحي. والعلماء الذين لهم تاريخ أسري من الاكتئاب أيضاً يُظهرون مخاطر عالية (Centers for

(Disease Control and Prevention, 2010).

والاكتئاب هو السبب الرئيسي للعجز في الولايات المتحدة، وقد يساهم بنسبة تصل إلى ٥٠% لدى العملاء الذين يتلقون خدمات ممارسة الصحة النفسية التقليدية (Morrison, 2006).

بسبب انتشار اضطرابات القلق بين عموم السكان، فإن تشخيصها كثيرًا ما يكون محور الاهتمام الإكلينيكي للمرشدين، وهي شائعة داخل البيئات الإرشادية (ADAA, 2013). والأفراد المصابون باضطرابات القلق عمومًا يستجيبون جيدًا للتدخل الإكلينيكي بالعلاجات الفعالة، بما فيها العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والعلاج السلوكي (Hausmann, et al., 2007).

ولأن اضطرابات القلق غالبًا ما تشخص في البيئات الإرشادية، فمن المهم للمرشدين التركيز على التقييم والمتابعة المستمرة.

يخطئ المرشدون غالبًا عند إغفال أعراض الاكتئاب المهمة، ويركزون بدلاً من ذلك على الشكوى الرئيسية للمريض؛ مثل: مشكلات الحالة المزاجية وصعوبات التوافق، ويجب على المرشدين أن يسألوا دائمًا عن المشكلات الأخرى، مثل: إدمان المواد المخدرة، والشكاوى الجسمية، أو التغييرات التي حدثت مؤخرًا في الحالة الطبية، والفشل في القيام بذلك يمكن أن ينتج عنه افتراض أن أحد أنواع اضطراب الاكتئاب هو المشكلة الحاضرة الوحيدة لدى المريض.

**مضامين للمرشدين واضطراب عدم تنظيم الحالة المزاجية والاضطراب ثنائي القطب:**

يجب على المرشدين الذين يشخصون اضطراب DMDD أن يدرسوا ما إذا كانت أعراض الحالة المزاجية المتصاعدة أو الممتدة بشكل غير سوي استمرت معظم اليوم أو أطول من ذلك. إذا كان الحال كذلك، يجب على المرشدين دراسة وجود شعور متكلف بالعظمة، أو تضخم تقدير الذات، أو نقص الحاجة إلى النوم، أو الحديث المقتضب، أو تطاير الأفكار، أو قابلية لتشتت الانتباه، أو زيادة النشاط الموجه نحو الهدف، أو زيادة المشاركة في الأنشطة مع احتمال كبير لحدوث عواقب أليمة. إذا تواجدت هذه الأعراض، يكون هناك ما يبرر إصدار تشخيص اضطراب ثنائي القطب.

ويجب توخي الحذر عند التفريق بين الحالة المزاجية المتصاعدة بطريقة سوية وتصاعد

## د. أحمد عبد الكريم حمزة

الحالة المزاجية المناسبة لمرحلة النمو؛ لأن الأخيرة يمكن أن تحدث في سياق توقع أو المشاركة في حدث معين.

بسبب تأثير الاضطراب ثنائي القطب على الأفراد والأسرة والمجتمع، من الأهمية أن يكون في مقدور المرشدين التعرف على الاضطراب. والأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب أقرب إلى أن يكون لديهم مشكلات صحية أكبر، ويعانون من قضايا العلاقات، ويقعون في خطر التفكير في الانتحار ومحاولته. وبسبب مسائل الأعراض المشتركة، فإن العديد من العملاء في مراكز الصحة النفسية قد لا يُعالجون علاجًا كاملاً من أعراض الاضطراب ثنائي القطب (Manning, 2010). وبدلاً من الاهتمام فقط بالمشكلات الحاضرة (التي قد تكون اكتئابية أو قلقاً في طبيعتها) يجب على المرشدين الانتباه إلى إمكانية تواجد اضطراب ثنائي القطب عن طريق التقييم الدقيق والكامل والذي قد يتم على مدى عدة جلسات.

ونجد الأفراد المصابين باضطراب السيكلوثيميا أقرب إلى البحث عن علاج أكثر عندما يعانون من أعراض اكتئابية، ومن ثم يجب أن يكون المرشدون على وعي بأن مظاهر الحالة المزاجية يكون لها تأثير كبير على الأداء الوظيفي للعميل. وأعراض الاكتئاب يمكن أن تشمل: سرعة الاهتياج، ونوبات انفجار، وانخفاض تقدير الذات، والشعور بالذنب. وبالرغم من وصف الاضطراب بأنه خفيف، إلا أنه يكون أكثر مقاومة للعلاج من اضطراب MDD أو الاضطراب ثنائي القطب ٢ (Van meter et al., 2012).

كذلك، فإن أعراض الهوس الخفيف المرتبطة بهذا الاضطراب يمكن أن تشمل: الاندفاعية، أو الصداقة غير المنضبطة، والميل إلى الانتحار، وهي قضية بالغة الأهمية للأشخاص الذين يشخصون بالسيكلوثيميا، ويجب مراقبة هؤلاء الأفراد بدقة. وبسبب التغير المزمّن في الحالة المزاجية، يمكن أن يؤثر سلباً على الوظيفة الاجتماعية بشدة (Fava et al., 2011). وتشمل أنواع العلاجات: العلاج السلوكي المعرفي CBT أو هذا العلاج مع علاج آخر ثبتت فعاليته وأنه يخفض عدم استقرار الحالة المزاجية وزيادة نوعية النوم. والاعتبارات الثقافية للأفراد ذوي اضطراب السيكلوثيميا لا تختلف كثيراً عن تلك الخاصة بالأفراد ذوي اضطراب MDD. ومع أن معدل الانتشار هو نفسه، فإن النساء يحصلن على العلاج أكثر من الرجال (APA, 2013 a).

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

### مضامين للمرشدين واضطراب الوسواس القهري:

إن قدرة المرشدين على التعرف على اضطراب الوسواس القهري وما يرتبط به من اضطرابات - مهمة؛ لأن الدراسات أشارت إلى أن حوالي واحد بالمائة (١%) أي حوالي ٣-٢ مليون راشد حاليًا يعانون من الوسواس القهري. وأعداد الأطفال مزعجة أيضًا؛ حيث إن واحدًا من كل مائتي طفل أو نصف مليون طفل ومراهق شُخصوا بالوسواس القهري (Ruscio et al., 2008). هذه الأرقام تنطبق فقط على OCD ولا تشمل الاضطرابات المرتبطة به. ومعدلات اضطراب BOD بين عينات المجتمع هي من ٠.٧% و ١.١% من جملة السكان (Samuels et al., 2008) واضطراب التريكوثلومانيا (جذب الشعر) يؤثر على ٢.٥ مليون شخص بالولايات المتحدة (Diefenbach et al., 2000). ونسبة ٣.٨% من طلاب علم النفس بالجامعات أظهروا أعراض كشط الجلد (Misery et al., 2012).

### مضامين للمرشدين والاضطرابات المرتبطة بالصددمات/الضغوط:

من المهم أن يفهم المرشدون أن السمة الأساسية للصدمة وليس القلق تقيّد كقوة دافعة لنقل الاضطرابات المرتبطة بالصددمات/الضغوط إلى فصل منفصل. هذا التعديل يلبي مراجعات في دليل التشخيص ICD-10 الذي فصل أيضًا اضطراب الصدمات عن اضطراب القلق (WHO, 2007).

إلا أنه، على النقيض من ICD-10، الذي يحتفظ باضطراب الصدمة والقلق في الفئة الأكبر ذاتها، فإن الترتيب التسلسلي لهذا الفصل في DSM-5 عقب اضطرابات القلق، واضطرابات الوسواس القهري، وما يرتبط بها، يعكس العلاقة الوثيقة بين اضطرابات الصدمة واضطرابات القلق. فضلًا عن أوجه الشبه التشخيصية، فإن هذه الاضطرابات أيضًا جُمعت معًا في محاولة لزيادة الفائدة الإكلينيكية (First, 2010).

وفصل الاضطرابات المرتبطة بالصددمات ومسببات الضغوط سيتطلب من المرشدين أن يفحصوا عن كثب الخبرات المرتبطة بالصددمات ومسببات الضغوط، وأن يقيموا بدقة المعايير التشخيصية الجديدة لتصنيف الإعاقات المرتبطة بالصددمات ومسببات الضغوط. ومع التبعة التشخيصية الأدنى لاضطراب الضغوط الحادة واضطراب PTSD، سيلزم على المرشدين أن يكونوا بالغى الحذر للتضخم التشخيصي، خاصة مع ارتباطه بالأطفال تحت سن السادسة

(Frances, A., & Chapman, S, 2013).

ويتفق باحثو نظريات الصدمات وأصحابها على أنه باستثناء اضطراب الهوية التفككية dissociative Identity Disorder، لا توجد حالة تشخيصية أخرى في تاريخ الدليل DSM أثارت الكثير من الجدل والخلاف بشأن: حدود الحالة، والمعايير التشخيصية، والافتراضات المحورية، وكذلك الفائدة الإكلينيكية أكثر من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. إلا أن هذا التنظير للصدمات وعواقبها له مضامين مهمة لممارسة الإرشاد. مع الإصدار الأخير للطبعة الخامسة من هذا الدليل (DSM-5)، فإن تعريف الصدمة والمعايير التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تغير بدرجة كبيرة (Laura K. Jones, Jenny L. Cureton, 2014).

فضلاً عن أن المجموعة المتزايدة من الأدلة تشير إلى أن التشخيص التقليدي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD ليس كافياً لوصف مدى وشدة الأعراض التي يعاني منها ضحايا الإساءة المتكررة، خاصة تلك التي تحدث في المراحل المبكرة من النمو. وتوصلت البحوث إلى أن هذه الصدمات المبكرة لها نتائج وأعراض خطيرة على فترة بداية الرشد أو على شكل أعمال عنف معزولة (Herman, 1992).

ومع أن الدليل DSM-5 يضيف تحسينات على تشخيص اضطراب PTSD، فإنه أيضاً يعرض تحديات ملحوظة تؤدي إلى طرح أسئلة عديدة بلا إجابة للمرشدين والمهنيين الآخرين في الصحة النفسية. وخبرات المرشدين في هذا المجال، والبحوث المستمرة ستضيف المزيد من الفهم المترابط للمعايير مثل: الانفعالية السلبية والشعور بالتمثيل numbing، والتقييم الدقيق لاضطرابات TSRDs والتشعبات القانونية، وبيئات الرعاية الصحية والقانونية. ولمواصلة العمل بطريقة أخلاقية في نطاق ممارستها، فإن المرشدين يجب أن يتأكدوا أنهم مدربون في مجال الصدمات، ويواصلوا البحث عن تعليم متخصص وتوجيهات حول التطورات المستمرة في هذه المسألة.

**مضامين للمرشدين واضطراب هوية النوع:**

من المهم أن يأخذ المرشدون في الاعتبار العميل ذا اضطراب هوية النوع، وكذلك أسرته، وهذا يكون أكثر ضرورة إذا كان هذا العميل طفلاً، وقد يحتاج الوالدان إلى المساعدة حول تقرير متى وكيف يضعون حدود الملابس، والمشاركة مع أقران لعب معينين، أو

المشاركة في أنشطة أخرى، طبقاً لنوع الطفل الظاهر.

(Balleur et al., 2012)

وجلسات العلاج الأسري قد تساعد الوالدين على الاتفاق وترك الطفل يرتدي ما يريد من ملابس، وأن يستطيع استكشاف جسمه مثل معظم الأطفال في هذه المرحلة العمرية (Hein, L. C., & Berger, K. C, 2012). وهذا لن يؤدي إلى مساعدة الوالدين فحسب، بل سيساعد الطفل أيضًا إذا رأي/رأت أن والديها حريصون على القيام بدور داعم.

ويجب على المرشدين أن يراعوا الآباء والأطفال عن كثب عند مناقشة التوحد مع النوع المخالف (Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T, 2008). وقد يتخلص الآباء من القلق بوصفه مرحلة لنقص الوعي بخبرات الطفل خارج البيت، وأوصاف الوالدين قد تزود فحسب بنبذة عن سلوكهم. وللحصول على صورة واضحة للنظرة العالمية للعملاء، يجب أن يتعرف المرشدون بدقة على ما لم يقله الوالدان أو قد ينسونه.

ويجب على المرشدين أيضاً دراسة المسائل الانفعالية الحالية والماضية فضلاً عن المسائل المرتبطة بالنوع. ولقد توصل (Parkes et al., 2009) إلى أن العديد من الأفراد ذوي مشاعر عدم تلاؤم النوع كانوا ضحايا اعتداء بدني وجنسي في الطفولة. ويمكن أن يبحث المرشدون ما إذا كان الأطفال قد عانوا من أعراض اضطراب هوية النوع قبل البلوغ أو بعده. فبعض الأطفال الذين عانوا من مشاعر التلاؤم مع نوعهم في أعمار أصغر قد لا يعانون من اضطراب هوية النوع عندما يصلون إلى سن أكبر، في حين قد يعاني أطفال آخرون من اضطراب هوية النوع في مراحل المراهقة والرشد (Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T, 2008). والفئة الأخيرة أكثر شيوعاً، خاصة عندما تكون مشاعر عدم تلاؤم النوع عالية؛ لأن الأطفال الذين يظهرون مستويات متطرفة من اضطراب هوية النوع من المتوقع أكثر أن يستمر معهم هذا الاضطراب مع نموهم. وأولئك الذين لا يظهرونها عادة يقومون بذلك عند بدء الدراسة بالمرحلة الثانوية.

(Dragowski et al., 2011)

أخيراً، فإن اضطراب هوية النوع هو قضية حساسة للعملاء والمرشدين على السواء. والمرشدون بصفتهم مهنيين صحيين عليهم أن يكونوا على وعي جيد بحساسياتهم وتحيزاتهم. ومن المتوقع أن يراجع المرشدون عملاء ذوي مشكلات مرتبطة بالنوع (APA, 2013). في

حين أن الدراسات الوبائية تفقر إلى أي استنتاجات قوية حول انتشار اضطراب هوية النوع (Zucker et al., 2009)؛ إذ إن دليل التشخيص DSM-5 يقدر بمعدل الانتشار بـ ٠.٠٠٥% - ٠.٠١٤% لدى الرجال الراشدين، وبمعدل ٠.٠٠٢% - ٠.٠٠٣% لدى النساء الراشديات. (APA, 2013)

مع ذلك، فإنه من المتوقع أن تكون هذه التقديرات منخفضة؛ لأنه ليس كل الراشدين الذين يلبون معايير اضطراب هوية النوع يبحثون عن البدائل الطبية.

(Byne et al., 2012)

من الأهمية للمرشدين أن يفهموا أن اضطراب هوية النوع يوجد على شكل متصل. ومع أن العديد من المرشدين لن تتاح لهم فرصة العمل مع العملاء الذين يستوفون المعايير التشخيصية الكاملة لاضطراب هوية النوع، إلا أن كثيرين سيعملون مع عملاء يعانون من صراعات دور النوع. لذلك، يجب على المرشدين أن يفهموا بوضوح حاجات العملاء وأن يتذكروا أسباب هذا الاضطراب وعلاجه، وبالنسبة لأي قضية مرتبطة بالإرشاد، يجب على المرشدين أن يكونوا مبالين ومنفتحين على التعاون مع المهنيين الآخرين عند اللزوم، كما يجب عليهم الرجوع إلى "قدرات إرشاد العملاء متعددي النوع". بالنسبة للممارسات التخصصية الأخرى في مجال الإرشاد، يجب أن يتأكد المرشدون من أنهم معُدون ومدربون على مستوى ملائم لمساعدة العملاء بشأن هذه الموضوعات.

**مضامين للمرشدين والاضطرابات المرتبطة بالمواد والإدمان :**

استبعاد فئات التعاطي والاعتماد يتيح للمرشدين تقييم الشدة على مستويات ثلاثة، مما يؤدي إلى خيارات علاجية معززة أو مصممة خصيصًا. والمستوى الخفيف من شدة اضطرابات تعاطي المواد (التي تلبى معيارين أو ثلاثة) تزود فرص تدخل مبكر، وذوى الأعراض المتوسطة (من ٤-١٥ عرضًا)، أو الشديدة. (سنة أعراض أو أكثر) من اضطرابات تعاطي المواد قد يتطلبون علاجات أكثر كثافة.

في دراسة تناولت إمكانية مقارنة التشخيصات بين الاعتماد على المواد في دليل التشخيص DSM-5، توصل Compton et al., (2013) إلى وجود تطابق ممتاز مع اضطرابات تعاطي الكحوليات، والكوكايين، والحشيش، وكذلك الأفيون. وتعاطي المواد مبدئيًا عادة ما يتم خلال منتصف مرحلة المراهقة لدى معظم الأفراد،

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

واضطراب السلوك غالبًا ما يكون له أعراض مشتركة مع اضطرابات تعاطي المواد لدى المراهقين. ولدراسة التأثيرات النفسية، والفسولوجية، والبيئية السلبية للاضطرابات المرتبطة بالمواد، من الأهمية البالغة التقييم بدقة والمشاركة في أنواع علاجية مبكرًا خلال مسار الاضطراب.

ومن المجالات المهمة للمرشدين عند دراسة العلاج: فحص عرض الاشتياق الشديد لمادة معينة يمكن أن يمثل تحديًا يتعلق بالوقاية من الانتكاسة للعميل. والرغبة والاشتياق الشديد إلى مادة أو مواد معينة هو عرض شائع يمكن أن يوجد بعد التوقف عن التعاطي الشديد (Sinha, 2013). وإقامة ميكانيزمات تكيف واستبدال السلوك السلبي قد يكون عنصرين مهمين للعلاج عند العمل مع بقايا الاشتياق الشديد للمادة لدى العميل. والتدريب على اليقظة ثبت أنه مفيد في علاج الاضطرابات المرتبطة بالمواد.

### مضامين للمرشدين واضطرابات السلوك المزعج والسيطرة على الاندفاعات:

المرشدون عبر البيئات الإرشادية المختلفة يعملون مع العملاء المنغمسين في سلوك يعتبر منحرفًا ومسببًا لمشكلات للآخرين. وهوس السرقة وهوس إشعال الحرائق اضطرابات نادرة، ذات معدل انتشار 0.3%-0.6% من مجموع السكان وبين الأشخاص في نظام العدالة الجنائية لبيئة الحرائق، أن 3.3% فقط قد لبوا المعايير التشخيصية لهوس إشعال الحرائق (البيرومانيا) (APA, 2013). واضطرابات السلوك المزعج مثل: ODD & CD شائعة جدًا داخل مجموع السكان (الأكاديمية الأمريكية لطب نفس الأطفال والمراهقين، والتحديات الفريدة عند العمل مع الأفراد ذوي السلوك المزعج تشمل كلاً من: ديناميات معقدة خاصة بالعمل مع الأطفال والمراهقين بوجه عام، وديناميات العمل مع الجانحين أو الأفراد غير المتمتعين بحرية الاختيار عند التصرف، وعند المشاركة في الأسرة، واعتبارات التقييم، وكذلك تعاون التخصصات العلمية المتعددة.

والقليل من المرشدين من يرون أن تطوير علاقة علاجية قوية أساس لنجاح الإرشاد. وقد يصارع المرشدون لتطوير علاقات مع المراهقين بصفة عامة، وهذا الصراع يتعقد بسبب طبيعة السلوك المزعج واضطرابات السيطرة على الاندفاعات، مما يعني توقع أن ينغمس هؤلاء الأفراد في سلوك منحرف، ويجدون صعوبة في الأخذ في الاعتبار آراء الآخرين، ولن يحضروا للإرشاد طواعية. ومعظم الشباب ذوي السلوك المزعج، شأنهم شأن العديد من

## د. أحمد عبد الكريم حمزة

الجماعات من الجناة، يرسلون عنوة إلى الإرشاد بسبب تورطهم في سلوك يعتبره الراشدون مسبباً للمشكلات، وفي حالات عديدة، فإن هؤلاء الشباب قد يجدون صعوبة بل قد يواجهون علاقات صدمية مع راشدين آخرين؛ قد يكون أمراً عادياً أن يواجهوا صعوبة في الوثوق براشدين آخرين أو الارتباط بهم. ومن الأهمية بمكان أن يدرس المرشدون طرق تطوير علاقات غير مبنية على أحكام لا تتغاضى عن السلوك المتحدي المعارض. وسوء المعاملة، والإهمال، وسائر الديناميات الأسرية غير الصحية تعد عوامل خطيرة لاضطراب السلوك المزعج، ومن الحكمة أن يدرس المرشدون بعناية ما إذا كانت الصعوبات السلوكية للفرد هي محصلة ظروف عصبية أو خطيرة داخل البيت. في الوقت نفسه، يجب أن يتوخى المرشدون الحذر حتى لا يقفروا إلى الاستنتاجات، وإضفاء الصفة المرضية، أو إلقاء المسؤولية على القائمين بالرعاية للأطفال ذوي اضطراب السلوك المزعج عن مشكلات أطفالهم. بالتأكيد، فإن المشاركة الأسرية تكون صعبة وإن كانت في غاية الأهمية لنجاح العلاج (Gopalan et al., 2010)، وهي أساس كل أنواع العلاج القائمة على الأدلة تقريباً لهذه الاضطرابات.

إن مسارات النمو بين اضطرابات ADHD, ODD, CD, ASPD والسلوك الإجرامي للراشدين (Burke et al., 2010)، وأدلة وجود أعراض مشتركة ظاهرة مع اضطرابات أخرى (de Ancos, E. T., & Ascaso, L. E, 2011) تجعل التقييم الدقيق للأشخاص ذوي اضطرابات السلوك المزعج أمراً بالغ الأهمية. ويجب أن يدرس المرشدون عوائق التقييم الدقيق، بما في ذلك احتمال قلة إخبار العميل أو إنكار قيامه بسلوك منحرف بطرق تتفق مع ما يخبر به الأفراد ذوو اضطرابات تعاطي المواد. علاوة على ذلك، فإننا نحث المرشدين على النظر إلى أبعد من السلوك المشكل لدراسة الموضوعات المهمة المرتبطة بالتعلم، والمزاج، وكذلك القلق. بالفعل، فقد أشارت نشرة المسح القومي للأعراض المرضية المشتركة إلى أن أكثر من ٩٠% من الأفراد المشخصين باضطراب ODD يستوفون معايير اضطرابات أخرى تتعلق بالمزاج، والقلق، والسيطرة على الاندفاعات و/أو اضطرابات تعاطي المواد (Nock et al., 2007).

كما أن اضطراب ADHD كثيراً ما يحدث مع اضطرابات سلوك مزعج (Pardini et al., 2010)، والسلوك المزعج بالمدرسة قد يكون نتيجة لمشكلات تعلم أو إحباطات لم يتم التعرف عليها، والتقييم الدقيق قبل العلاج يمكن أن يساعد المرشدين والأسر على فهم نمو

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

الأطفال والجوانب الدراسية، والحاجات الاجتماعية، ومشكلات الصحة النفسية المتزامنة الحدوث، وعوائق العلاج، وأفضليته (Eyberg et al., 2008). وما أن يتم تحديد السلوك المزعج، يستطيع المرشدون الاختيار من بين مجموعة من العلاجات المبنية على الأدلة للعمل مع كل من الطفل والأسرة.

أخيراً، فإن المرشدين العاملين مع أفراد يظهرون اضطرابات سلوك مزعج، يجب أن يكونوا على استعداد للتعاون مع المهنيين المنتمين إلى تخصصات أخرى. والأفراد قد يحضرون للإرشاد بأمر محكمة، على أمل خفض المسؤولية القانونية، أو عند وجود مشكلات جوهرية في بيئات المدرسة أو المجتمع. وهكذا، قد يجد المرشدون أنفسهم أعضاء في فرق علاج عديدة التخصصات أو في مواقف يجب عليهم فيها الدفاع عن طفل ما داخل سياقه.

### مضامين للمرشدين واضطرابات سلوكية:

أدخلت الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM-5) فصلاً بعنوان "اضطرابات التغذية والأكل" "Feeding & Eating Disorders" (5) إضافة إلى التغيرات على اضطرابات التغذية والأكل تشمل: مراجعات تشخيصية، إضافة إلى اضطرابات جديدة عديدة، تشمل: اضطراب تناول الطعام التجنبي/ التقيدي واضطراب الأكل بنجي Binge ، وفي حين أن اضطراب بيكا "Pica" (أكل أشياء لا تؤكل عادة) والاجترار rumination ظل بلا تغيير، واضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي bulimia nervosa (الخفيف، والمتوسط، والشديد)، والتركيز على مؤشر كتلة الجسم لتشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي anorexia nervosa. وحاول الدليل DSM-5 أيضاً تناول عدة حالات لاضطرابات الأكل التي لا تلي المعايير في أي فئة (مثلاً اضطراب الأكل غير المذكور في موضع آخر). (Maureen C. Kenney et al., 2014) نظراً لمعدلات الانتشار العالية لاضطرابات الأكل والتغذية، من المتوقع أن يواجه المرشدون عملاء مصابين باضطرابات الأكل، والأكل المضطرب (APA, 2013). ويجب أن يُعنى المرشدون بوجه خاص بمعدلات الوفيات: ٤% لاضطرابات الأكل، و٣.٩% لاضطراب الشره العصبي، و٥.٢% لاضطراب الأكل غير المصنف في فصل آخر. وبناء على النتائج الطبية لأنواع

السلوك هذه، من الضروري أن يتعاون المرشدون مع المهنيين الطبيين. فضلاً عن ذلك، ونظراً لأن اضطرابات الأكل معقدة من حيث الأسباب والعلاج، من المتوقع أن يتعاون المرشدون مع الأطباء، وإخصائيي التغذية، والأطباء النفسيين، وغيرهم من المهنيين الطبيين الآخرين عند اللزوم للتزويد بأفضل خدمة علاجية ممكنة (Berg et al., 2013). وبالرغم من عدم وجود سبب واحد لاضطرابات الأكل، من الضروري أن تُدرس من مجموعة مناظير مختلفة، بما فيها الاهتمام بالمؤثرات الاجتماعية والثقافية التي قد تكون قد تسببت في ظهور اضطراب صورة الجسم، واضطرابات الأكل بمرور السنوات (Striegel et al., 2011). والتقييم المناسب ضروري للتعرف بدقة على الأفراد ذوي اضطرابات الأكل (Berg, K. & Peterson, C. B., 2013). واختيار خطط العلاج الفعالة (APA, 2013). والأفراد ذوو الوزن السوي أو الذين لم يعانون من تغييرات وزن كبرى قد لا يزالون يعانون من اضطرابات الأكل أو يكونون في خطر تطوير اضطراب أكل. لذلك، من الأهمية للمرشدين عمل مسح لاضطرابات الأكل حتى بين الأفراد الذين يبدون في وزن سوي. وطرح أسئلة عامة حول العديد من أنواع السلوك في ضوء رعاية الذات يمكن أن يساعد المرشدين على عمل مسح لاضطرابات الأكل حتى بين الأفراد الذين يبدون في وزن سوي. وطرح أسئلة عامة حول العديد من أنواع السلوك في ضوء رعاية الذات يمكن أن يساعد المرشدين على الحصول على فكرة أفضل عما إذا كان فرد ما قد يكون في خطر الإصابة باضطراب أكل (Berg et al., 2012).

والأفراد ذوو اضطرابات الأكل من المتوقع أن يكون لديهم أعراض طب نفسية متزامنة، هؤلاء الأفراد يكونون في خطر متزايد للانتحار، أو إيذاء أنفسهم. ويجب أن يكون المرشدون على وعي بهذه المخاطر، كما يجب أن يقضوا وقتاً أطول في إجراء تقييم دقيق لمخاطر الانتحار (Berg et al., 2012). والأفراد ذوو اضطراب فقدان الشهية العصبي، أو الشره العصبي غالباً ما يكون لديهم تقدير منخفض للذات، ومفهوم ذات منخفض، واكتئاب وقلق (Blank, S., & Latzer, Y, 2004).

والتقييمات المستخدمة يجب أيضاً أن تدمج أسئلة المسح المتعلقة بتقدير الذات (Berg et al., 2012).

ويمكن أن يعاني المراهقون والراشدون أيضاً من اضطرابات الأكل بطرق مختلفة، بما

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

فيها: استدماج رسائل الأم، وفكرة أن يكون الفرد نحيفًا، واجتماعيًا، وإجراء مقارنة مع الزملاء، فضلاً عن قضايا الترتيب في مواليد الإخوة. من المهم للمرشدين أن يأخذوا هذه العوامل في الاعتبار عند تقويم عملائهم وتطوير خطط للعلاج (Fisher et al., 2011). ولأن اضطرابات الأكل معقدة وقد تشمل في الغالب قضايا طبية، من المهم أن يطور المرشدون علاقات عمل مع مزودي الخدمة الطبية. (Berg et al., 2012)

والأفراد الذين يعانون من اضطرابات أكل قد يشعرون بوصمة عار ولوم من الذين لا يفهمون سبب عدم استطاعتهم إدارة سلوكهم في الأكل. وقد توصلت إحدى الدراسات إلى أن فئة من بين الجمهور العام الذين حصلوا على معلومات حول العوامل البيولوجية والوراثية لاضطراب فقدان الشهية العصبي لم يلوموا الأفراد المصابين بهذا الاضطراب مثل الذين زدوا بمعلومات خاصة تفسر كيف تؤدي العوامل الاجتماعية الثقافية إلى هذا الاضطراب. (Crisafulli et al., 2008).

قد تكون اضطرابات الأكل ضارة بصحة الفرد البدنية، وصحته الانفعالية وعلاقاته بالآخرين. هذه العوامل التي تقارن مع النتائج الطبية المتوقعة ونسبة الوفيات المحتملة بسبب بعض اضطرابات الأكل، تلقي الضوء على حاجة المرشدين إلى العمل مع هؤلاء العملاء للحصول على تدريب متخصص. إذا لم يكن لدى المرشد الخلفية المناسبة عن اضطرابات الأكل، لا بد أن يحيل/ تحيل العميل إلى أخصائي اضطراب أكل. كذلك فإن الأفراد ذوي اضطرابات الأكل يجب أن يستشيروا طبيبًا للحصول على التقييم الفيزيقي الشامل والتدخل (Piran, 2013). ونظرًا لتعدد مظهر الأعراض، من المتوقع أن يشمل العلاج فريق عمل متعدد التخصصات multidisciplinary team يقوم بعلاج اضطرابات الأكل، ومن الحكمة للمرشدين أن يتعودوا على موارد العلاج المتوفرة في مجتمعهم.

والأفراد ذوو اضطراب الإخراج من المتوقع أن يكون هؤلاء الأفراد صغار السن، في سن المدرسة، والكثير منهم يحضرون أولاً إلى بيئة الإرشاد المدرسية. ومن المهم أن يتأكد المرشدون من خضوع العملاء للفحص الطبي وغيره من التشخيصات، أو لعملية استبعاد الظروف الطبية، وعلاجها. ويجب أن يتعرف المرشدون على الأحداث المترسبة عن طريق التقييم الدقيق وعلاجها في الوقت المناسب.

وبسبب الخجل، والمشكلات الأسرية، والانسحاب الاجتماعي، والحرص المرتبط

باضطرابات الإخراج (APA, 2013) فإنه يجب أن يحرص المرشدون على توفير بيئات آمنة ومقبولة فيها يستطيع الأطفال بدء التعبير عن انفعالاتهم المرتبطة بهذه الاضطرابات، والتي قد تشمل المشكلات السلوكية والانفعالية. هؤلاء الأطفال قد يعانون من قضايا تقدير الذات، وكذلك الخوف من الرفض من القائمين برعايتهم أو زملائهم. فضلاً عن تشجيع التكيف الإيجابي، ويجب أن يركز المرشدون على أنواع العلاج التي ثبتت فاعليتها مع الأطفال. كذلك، يستطيع المرشدون علاج نظام الأسرة وتزويد معلومات حول أنواع العلاج الإضافية المبنية على الأدلة مثل العلاجات السلوكية والإحالات للأطباء (Geroski, A. M., & Rodgers, K. A, 1998)

وأكثر اضطرابات الانحرافات الجنسية شيوعاً هي أيضاً أكثر الجرائم الجنسية شيوعاً، وفي الغالب لا يحضر مرتكبوها للعلاج بسبب الخوف من الوقوع تحت طائلة القانون (Comer, 2013)، وهي تشمل: اضطراب الولع بالأطفال، واضطراب الاستعراضية (كشف الأعضاء التناسلية أمام الغرباء)، والنظرية (مشاهدة أغراب عراة، أو أثناء ممارستهم الجنس)، واضطراب الاحتكاك (لمس شخص بدون رضاه). ويجب أن يلاحظ المرشدون أن كل الأفراد ذوي هذه الانحرافات الجنسية الأربعة - تقريباً - من الذكور (Morrison, 2006). وأكثر أشكال العلاج النفسي شيوعاً هي الطرق المعرفية/ السلوكية. وبسبب احتمال إلحاق الضرر بالآخرين، يتحمل المرشدون مسئولية المعرفة والالتزام بقوانين الولاية المتعلقة بالإبلاغ الإجمالي وقواعد الممارسة المهنية الأخلاقية لدى (ACA, 2014) عند العمل مع هؤلاء العملاء.

ويجب على المرشدين فهم أن الأضرار النفس اجتماعية شائعة بين الأفراد المشخصين بالبارافيليا (Paraphilia). وفي مقارنة بين أفراد ذوي اضطرابات بارافيليا وأفراد ذوي اضطرابات النشاط الجنسي المفرط من غير أشكال البارافيليا (مثلاً، الاستمناء القهري وإدمان الصور الإباحية) وجدت معدلات عالية على نحو دالٍ للاعتداء البدني، ومستويات التعليم المنخفضة، ومعدلات عالية للاحتجاز للعلاج بالمستشفى بسبب مشكلات تعاطي مواد، ومعدلات أعلى للعجز أو البطالة، ومشكلات قانونية أكثر لدى ذوي اضطرابات البارافيليا. والأفراد المشخصون باضطرابات بارافيلية لديهم معدلات أعلى من التعرض للمخاطر الطبية مثل العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً (Comer, 2013) والمرشدون في الوقت الذي يجب

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

عليهم الحرص على عدم إصاق الصفة المرضية بالأفراد المشخصين بهذه الاضطرابات، يجب عليهم دائماً الاستفسار حول التاريخ الطبي وما إذا كان العميل قد خضع لفحص بدني حديث (Crooks, R. L., & Baur, K, 2013). يضم الجزء التالي كلاً من: الأوصاف، والسمات الأساسية، والتشخيص الفارق، وأمثلة لحالات بغرض التدريب. وفي محاولة لعدم وصم الأفراد المشخصين بالبارافيليا بالعار، اخترنا عدم ضم شهادات العملاء الزائفة.

ويجب أن تسبب المسميات المختارة للمرشدين العاملين عبر البيئات الشعور بالراحة بخصوص اضطرابات النمو العصبي. وأعراض هذا الاضطراب- حسب التعريف- تبدأ في الطفولة وتؤثر على المهارات الوظيفية في المنزل، والبيئات المدرسية، يؤكد ذلك على أهمية التقييم والتدخل الإكلينيكي للعملاء وأسره (Addington et al., 2012).

من اللازم أن يتحلى المرشدون بمعرفة قوية بمعايير التشخيص والتشخيصات الفارقة لاضطرابات النمو العصبي، يصدق ذلك بوجه خاص بسبب الخلاف الدائر حول التغيرات التي لحقت باضطراب ASD، وتكرار تشخيصات اضطراب ADHD، وأثر كل اضطراب من اضطرابات النمو. وهناك العديد من المجالات المهمة الواجب على المرشدين التركيز عليها وهي: التعرف على الدلائل للأعراض التي تشير إلى الحاجة للإحالة بغرض التقييم، وتزويد خدمات العلاج الإكلينيكية المناسبة، وتسهيل تثقيف العميل والأسرة، والعمل مع العملاء الذين كانوا يُشخصون من قبل بحالة طبية مختلفة في دليل التشخيص DSM-IV-TR (مثلاً: اضطراب اسبرجر، واضطراب PDD غير المصنفين في فصل آخر).

ولقد أوضحت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013) أن الفئة الجديدة لاضطراب الاتصال (البراجماتي) الاجتماعي يمكن أن يشرح على نحو أكثر دقة الأعراض والأسباب لدى الأفراد الذين كانوا يُشخصون في السابق باضطراب PDD-NOS. وأيدت البحوث هذا التشخيص من أجل إمكانية التعرف المناسب على هذه الفئة، مما يمكن من تزويد منهج علاج مبني على أساس قوى .

ويستمر اضطراب ASD مع الفرد في مراحل حياته المختلفة، ومعدلات التشخيص لدى الراشدين في تزايد؛ لذا يجب التركيز على التدخلات الإكلينيكية، وتقديم الدعم للأطفال، والشباب، وكذلك الراشدين. ومن المفيد للمرشدين استخدام طريقة مجموعة الأعراض حسب مستوى قدرة العميل، ويمكن تصميم تدخلات إكلينيكية حسب حاجات خاصة للعميل.

وتشخيص اضطراب ASD تم الإبقاء عليه، حتى عند عدم تلبية المعايير الحالية؛ بحيث تعكس التدخلات السلوكية الناجحة أو التغييرات البيئية، ويتيح ذلك تزويد خدمات علاج متواصلة للعملاء (Greaves – Lord et al., 2013).

بالنسبة لاضطراب ADHD واضطرابات التعلم، يجب أن يحقق المرشدون مستوى راحة حول التغييرات والترميز التشخيصي. والممارسة المسترشدة بالبحوث تتيح للمرشدين الدفاع عن العملاء وتنفيذ تدخلات مستهدفة في بيئاتهم الإكلينيكية. ويستجيب اضطراب ADHD جيداً لطرق العلاج المنظمة، بما فيها العلاج السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي (CBT)(Ghanizadeh, 2013).

وتمثل الاضطرابات المعرفية العصبية التشخيصات التي تصدر في بيئات طبية مع المرشدين العاملين غالباً كجزء من فريق علاج للأفراد المصابين وأسرهم. بالنسبة للاضطرابات المعرفية العصبية الخفيفة، يعاني الأفراد من صعوبات في أداء أنشطة الحياة اليومية التي يمكن تخفيف حدتها عن طريق تقنيات سلوكية وإرشاد داعم. وإتاحة وقت للتكيف والتكيف يمكن أن يساعد الأفراد وأسرهم والإمداد بنافذة في غاية الأهمية يمكن بواسطتها تحديد مسار العمل، ودعم الخدمات المزودة، والتخطيط للمستقبل (Mitchell, 2013).

وبفضل نظام التصنيف الجديد، هناك فرصة كبيرة للمرشدين لمساعدة العملاء طوال تطور المرض. ونحن نشجع المرشدين الذين يعملون مع عملاء ذوي اضطرابات معرفية كبيرة وخفيفة للتشاور مع المهنيين الطبيين، وإخصائي علم النفس العصبي، وإخصائي أسباب الأمراض، فضلاً عن البحث عن تدريب متخصص؛ لأن الاضطرابات المعرفية العصبية لا تعالج عادة في مجال تعليم المرشدين. ومن المتوقع أن يزود المرشدون خدمات لأشخاص يحبونهم، وللقائمين برعاية أفراد مشخصين بهذا الاضطراب؛ ويجب أن يتحلوا بالفهم لخبراتهم، من أجل تزويد الدعم الأمثل.

#### مضامين للمرشدين والاضطرابات الذهانية:

من غير المتوقع أن يكون المرشدون ملتمين بمعايير التشخيص الرئيسية عند العمل مع العملاء الذين لديهم اضطرابات ذهانية. مع ذلك، قد يواجه المرشدون العملاء ذوي الاضطرابات الذهانية في بيئات الخدمة ممن يعانون بدرجة كبيرة؛ مثل: خدمات الأزمات

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

الصحة النفسية وخدمات الطوارئ. وقد يزودون أيضًا برعاية أطول أجلاً كجزء من عملهم مع بيئات الصحة النفسية المجتمعية وكلتا البيئتين تزود تحدياتٍ وفرصًا فريدة.

عندما يحضر عملاء بأعراض ذهانية نشطة، يجب أن يهتم المرشدون عن كثب بتسهيل وسائل الاتصال العلاجي، وفي الوقت نفسه ربط العملاء بمستويات الرعاية، والمهنيين اللازمين للاستجابة للأعراض ذات الطور الحاد. وقد يصارع المرشدون لتسهيل تقديم وسائل الاتصال العلاجي عندما تعني طبيعة الأعراض الذهانية أن العملاء غير متصلين بالواقع، ويصارعون للاتصال بطرق ذات مغزى، وقد يكونون فاقدي الثقة في المرشدين والأفراد الآخرين في حياتهم، وغير مهتمين بالعلاقات الاجتماعية. حتى عندما لا تكون الأعراض مبنية على الواقع، من الضروري أن يضع المرشدون نصب أعينهم أن الهلاوس والضلالات واقعية للغاية بالنسبة للعملاء، وقد يشعر العملاء بالاختلاط، وسرعة الانفعال أو بالرعب بسبب هذه الأعراض (Walsh, 2011). لهذه الأسباب، أوصى "الش" مهنيي الصحة النفسية بأن يهتموا بالحاجات الفريدة للعملاء الذين يعانون من الذهان عن طريق المشاركة في استراتيجيات اتصال علاجية خمس هي: (أ) تذكر أن العلاقة قد تزود حلقة اتصال بين العميل والإحساس بالسلامة في عالمه/عالمها، (ب) استكشاف الأفكار والمشاعر بدلاً من الكلام عن الواقع، (ج) معالجة مشاعر الكرب، (د) التزويد برفق وبيطه لتفسيرات بديلة للخبرات، (هـ) إدخال بدائل داخل الواقع الاجتماعي. وقد يستخدم المرشدون مهارات التواصل لمساعدة العملاء على فهم الحاجة إلى علاج في المستقبل والارتباط بالخدمات الضرورية. وخلال الطور الحاد، من المتوقع أن تشمل هذه الخدمات العلاج داخل المستشفى التي فيها يمكن أن يبدأ العملاء التثبيت على تناول الأدوية، وإقامة ارتباطات ضرورية لدعم شفائهم على المدى الطويل (APA, 2004). وعملية العلاج داخل المستشفى يمكن أن تكون مرعبة بوجه خاص للعملاء وأسرهم الذين لم يخبُرُوا هذه العملية داخل المستشفى في الماضي، ويمكن أن يُسهّل المرشدون هذا التحول عن طريق تأمل المريض والمناقشة مع العملاء وأعضاء أسرهم بخصوص ما هو متوقع في الأيام التالية.

عند تزويد الخدمات في بيئات طويلة الأجل، سيكون المرشدون في وضع أفضل لخدمة عملائهم إذا طوّروا فهمًا قويًا بخصوص اضطرابات مجموعة الفصام، والعلاجات المبنية على الأدلة للاضطرابات، ووجهات نظر التخصصات المختلفة المشتركة. في الوقت نفسه،

من المهم للمرشدين أن يدرسوا كيف أن تدريبنا الفريد ووجهة نظرنا تهيئنا للمساهمة في فريق العلاج. على سبيل المثال، فإن تركيز المرشدين على نواحي القوة، والمرونة، والفهم لنظم الأسرة والنمو البشري، ومهارات التيسير العامة - قد يكون فريداً بين أعضاء الفريق المعالج. إنه على وجه الدقة هذا التوجه، مع الإبداع الذي غالباً ما يصاحبه، وهو ما يجعل المرشدين في وضع أنسب للدفاع عن حاجات العملاء وتنظيم فرص النجاح.

#### مضامين للمرشدين والاضطرابات التفكيرية:

قد يصارع المرشدون لاكتشاف أو تشخيص الاضطرابات التفكيرية؛ لأن العملاء قد لا يكونون واعين بالتفكك أو قد يقللون من أهمية الخبرات الانفعالية. والعلماء المهتمون بهذه الاضطرابات يحذرون من أنها من أكثر الاضطرابات التي يتم إغفالها في الممارسة الإكلينيكية. وباستخدام أدوات التقييم التشخيصية المقننة، توصل (Voigt et al., ٢٠١٢) إلى أدلة على الاضطرابات التفكيرية بين أكثر من ربع العملاء في عيادات العلاج الخارجية، ٥% منهم فقط لبوا معايير الاضطرابات التفكيرية عند تشخيصهم من قبل. وقد يجد المرشدون أدوات تقييم ومسح جديدة معينة على اكتشاف الخبرات التفكيرية في الممارسة (Brand et al., 2012).

فضلاً عن ذلك، فإن جمعية ISSTD " International society for the study of trauma and dissociation " (٢٠١١) أوصت بأن يقوم جميع المرشدين بمسح روتيني لنوبات النسيان المرضي، والإجهاد، والإحساس بالانفصال عن الجسم أو الإحساس بعالم غير واقعي، واختلاط الهوية، وكذلك تغير الهوية. وقد يرغب المرشدون العاملون مع الشباب في التشاور حول معايير ISSTD (٢٠٠٤) للحصول على توصيات عملية تتعلق بتقييم الأعراض التفكيرية لدى الأطفال المراهقين.

وفرص الانتباه للخبرات التفكيرية من المتوقع أن تنشأ خلال مناقشة خبرات الصدمات، أو سوء المعاملة والاعتداء، وخلال المسوح التي تجرى في الممارسة الإرشادية اليومية. ويجب أن ينتبه المرشدون كثيراً إلى علامات التفكك عند المناقشة المبدئية لتاريخ العميل المتعلق بالصدمات أو الاعتداء، عندما يزود العميل بتفاصيل ترتبط بها، أو عندما يشعر العميل بتغيرات قد تعمل كمحفزات لظهور الخبرات السابقة.

والخبرات المرتبطة بالمناقشة قد تحدث خلال المسار العادي للظروف العصبية الأخرى

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

(APA, 2013) والأفراد من بعض الثقافات قد يخبرون تفكُّكًا مرتبطًا بصراعات، أو مسببات ضغوط عالية الكرب. ونصحت (APA, 2013) بالدراسة المتأنية للتشخيصات المبنية على حالات الاكتناز المرضي؛ لأن هذه الخبرات هي في الغالب جزء سويٍّ من الممارسات الروحية.

### مضامين للمرشدين والاضطرابات ذات الأعراض الجسمية:

في دليل التشخيص DSM-5 يُشار إلى الاضطرابات جسمية الشكل الآن على أنها اضطرابات الأعراض الجسمية وما يرتبط بها. ويقلل تصنيف DSM-5 عدد هذه الاضطرابات والفئات الفرعية subcategories لتجنب التداخل. وتشخيصات الاضطراب جسيمي الشكل، وتوهم المرض hypochondriacs، واضطراب الألم، والاضطراب جسيمي الشكل غير المتمايز أزيلت (APA, 2013). كما في كل جوانب الإرشاد، فإن العلاقات العلاجية القوية أساسية عند العمل مع الأفراد الذين لديهم أعراض جسمية وما يرتبط بها من اضطرابات خاصة بناء على وصمة العار، ونقص الفهم الذي قد يواجهه مزودو رعاية صحية محبطون (Taylor et al., 2005). ولأن الأفراد يشعرون بالحزن بسبب أعراضهم، فإنهم سريعًا ما ينقطعون عن العلاج إذا أحسوا أنهم لا ينظر إليهم بعين الجد (Sharma et al., 2013). ولقد شجّع (Magarino et al., 2002) التعاطف من خلال فهم الأعراض كصورة من الاتصال الانفعالي.

وعبر (Frances, A., & Chapman, S, ٢٠١٣) عن قلقهم من أنه عند استخدام فئة تشخيصية بالغة الشمول، فإن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA تفتح الباب أمام فيضان من التشخيص المفرط للاضطرابات النفسية، ودعم إغفال تشخيص الاضطراب الطبي. والمرشدون يمكن أن يخدموا العملاء على أفضل وجه من هذه الفئة عن طريق ضمان حصولهم على التقييم والدعم الطبي المناسبين، وبأن يظلوا يقظين للأضرار المحتملة لهذا التشخيص في ضوء الحصول على الخدمات، والاعتراف بأن العملاء ذوي الأعراض غير المفسرة إكلينيكيًا يمكن أن يطوروا مشكلات طبية أخرى، والمرشدون المهنيون سيكون عليهم الحذر عند تحديد أنواع مستويات التعبير المتعلقة بالمشكلات الصحية "الزائدة"، و"السيئة التكيف" بما يسوّغ إصدار هذا التشخيص (Voigt et al., ٢٠١٢).

ولقد اقترح Hurwitz (٢٠٠٤) أن يكون لدى مهنيي الصحة النفسية تصور نظري عن

الأعراض الجسمية في مجالات ثلاثة، هي: المرض (المشكلات الطبية الممكن ملاحظتها)، والسلوك المرضي (الخبرات الشخصية، والنتائج والأعراض)، والمآزق (النتائج النفس اجتماعية). ويمكن أن يركز المرشدون على التدخلات حول السلوك المرضي والمشكلات المرضية، بصرف النظر عن الأسس الطبية للمشكلات (Dimsdale, 2013). قد يشمل ذلك: الخبرات المعرفية، والانفعالية، والفيزيائية، والسلوكية، والطبية، وكذلك الاجتماعية. مثلاً، ترتبط الأعراض الجسمية بمشكلات مثل: الوقت المفقود من العمل، الاستعادة من الرعاية الصحية، اليقظة المفرطة عند اكتشاف الأعراض والتعبير عنها، وعدم الرضا عن العلاج (Sharma, M. P., & Manjula, M, 2013). وأكثر الطرق فائدة للفرد ذي اضطراب الأعراض الجسمية قد تكون خدمات ذات أطر مثل: التركيز على المساعدة على التكيف مع الضغوط المرتبطة بمشكلاتهم الطبية (Magarinos et al., 2002).

أخيراً، فإن المشكلات الجسمية قد تكون ظواهر عامة، وهناك أدلة على أن الأعراض النوعية التي يخبرها هؤلاء الأفراد تختلف حسب الثقافة. كذلك، قد تكون الأعراض سوية من ناحية الثقافة والاستجابات المتوقعة (Broun et al., 2011). وظهور الأعراض الجسمية تعتبر وصمة في نظر الثقافات العريقة التي تركز على ثنائية العقل/الجسم، مع ذلك فإن درجة خبرات الأعراض الجسمية شائعة تماماً في ثقافات فيها شمولية العقل/الجسم مقبولة ومتوقعة (So, 2008). ويجب أن يكون المرشدون على حذر ألا يقيموا الطرق المرتبطة بالثقافة للتعبير عن الحزن أو الصعوبات التي تميز المشاعر عن الإحساسات الجسمية باعتبارها أقل تطوراً أو أقل مصداقية. ولهذا أهمية خاصة بناء على المعدلات العالية للمشكلات هذه بين الفئات الأسهل تعرضاً للضرر، بما فيها تلك ذات الأحوال الاجتماعية والاقتصادية الدنيا، والتعليم الأقل، وظروف العمل البائسة، والتعرض للعنف (Tofoli et al., 2011).

#### مضامين للمرشدين واضطرابات الشخصية :

يُمر تشخيص اضطرابات الشخصية بثلاث خطوات؛ أولاً: يجب على المرشدين تقييم العناصر الأساسية لوظيفة الشخصية نحو الذات (تحديداً تقويم الهوية تجاه الذات) والوظيفة للعلاقات بين الشخصية (تحديداً تقويم التعاطف والحميمية، APA, 2013). ثانياً: يجب على المرشدين تقييم خمس وعشرين سمة شخصية مرضية، مجمعة في خمسة مجالات

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

عريضة هي: الوجدانية السلبية، التعلق، الخصومة، عدم الكبت، وكذلك الذهانية. أخيرًا: باستخدام المعلومات المجموعة من تقييم وظيفية الشخصية (الخطوة ١) وسمات الشخصية المرضية (الخطوة ٢) سوف يحدد المرشدون أحد اضطرابات الشخصية الستة: السلوك المضاد للمجتمع، السلوك التجنبي، الاضطراب البيئي، النرجسي، الوسواسي القهري، أو اضطراب الشخصية فصامية النمط. للأفراد الذين لا يتلاءمون مع أحد اضطرابات الشخصية الستة هذه، يمكن اختيار تشخيص اضطراب شخصية - محدد بالسمة (PD-TS).

كما ترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠١٣) أن اضطرابات الشخصية هي حالات مرضية مزمنة تبدأ في الغالب في مرحلة المراهقة. وبناء عليه، يجب ألا يُستقطَب المرشدون في تفكيرهم حول وظيفية الشخصية. فهذه الاختلالات الوظيفية هي أنماط متكررة لا تتغير، مع وجود بعض القابلية للتغير في مظهرها (APA, 2013).

### التشخيص ومهنة الإرشاد **Diagnosis and the counseling profession**

"إن الإرشاد النفسي بصفته مهنة، يتركز بصورة فريدة على استخدام منهج مبني على التمكين؛ لتحقيق الصحة النفسية، والعافية، والتعليم وكذلك الأهداف المهنية". ويجب أن يتعود المرشدون المهنيون على الأسس الفلسفية التي تشمل الالتزام بالنمو البشري السوي، والصحة كنموذج أساسي (Myers, 1991)، والفهم المتكامل بخصوص الأسس للمنظمة الاجتماعية والثقافية. والقلق حول درجة اتفاق التشخيص مع الهوية القوية لمهنة الإرشاد ليس بجديد على DSM-5. كانت تلك الحالة سائدة أيضًا داخل DSM-5 (APA, 1994).  
.IV

تساءل (Ivey et al., 1998) قائلاً: "إننا نريد تعريف أنفسنا كمهنيين مهتمين بالنمو السوي، لكن كيف يمكننا مواجهة واقع النماذج المرضية لنمو الطفل، وإدارة الرعاية الصحية"، مع الأخذ في الاعتبار أن هذا التصنيف التشخيصي يمثل نموذجًا طبيًا يتعارض بشدة مع العديد من القيم الأساسية للمرشدين ومعتقداتهم. والنموذج الطبي يعالج قلق المرشدين، وأعراضهم السلوكية كمؤشرات للأمراض المهمة، ويركز على أوجه عجز العميل، ويؤدي إلى اتجاه مهني يتحرك من أعلى إلى أسفل، ويضع العميل في موقف سلبي (المتلقي)، ويركز على أصل الأعراض الفردية، ويزود أدوية كنمط عام للعلاج. وعلى

النقيض، فإن نموذج الإرشاد، يعالج الأعراض كاستجابات لتحديات الحياة، ويركز على جوانب القوة والميزات لدى العميل، ويضع العميل في موقف نشط (الوكيل) في عملية العلاج، وتوجيه الاهتمام للعوامل البيئية التي قد ترتبط بأعراض الفرد، وتزود العلاج غير النفسي الدوائي (zalaquet et al.,2008)

ولقد حدد (Erikson et al., 2006) المحددات، والمزايا المحتملة للتشخيص داخل DSM-5، والتناقضات الرئيسية في القيم، والافتراضات، والفلسفات والاستراتيجيات والمقترحة التي يمكن أن يستخدمها المرشدون لتعزيز فهم اعتبارات النمو والسياسات بطريقة مهنية. بالمثل، طرح وايت وآخرون (٢٠٠٥) سلسلة أسئلة تتعلق بالاعتبارات الثقافية والصياغة داخل DSM-IV-TR، ومؤخرًا تناول (Kress et al., 2010) الأبعاد الأخلاقية للتشخيص داخل إرشاد الصحة النفسية الإكلينيكية. هذه الآراء المتوازنة تعالج قضايا الهوية المهنية ومضامين الممارسة جيدًا ويستمر المرشدون في استخدامها، وأولئك الباحثون عن التوازن في العملية. ومع أن معظم القلق المتعلق بالتشخيص والهوية المهنية سيظل مستمرًا، فإن دليل التشخيص DSM-5 يعرض تحديتين جديدتين عندما يربطونها بهوية الإرشاد المهني: الأسس العصبية والتحرك نحو التشخيص اللامحوري.

#### مضامين للمرشدين والاضطرابات النفسية للأطفال:

أما ما يتعلق بالاضطرابات النفسية للأطفال فقد أضيف إلى الدليل DSM-5 اضطراب عدم تنظيم المزاج المعطل (DMDD) Disruptive – mood deregulation disorder ، وهو يتسم بانفجارات شديدة ومتكررة للمزاج لا تتناسب جدًا مع الموقف في الشدة والمدة. وتحدث هذه الانفجارات outbursts في المتوسط ٣ مرات أو أكثر أسبوعيًا لمدة عام واحد أو أكثر. وتحتم السمات الفريدة لاضطراب DMDD وجود تشخيص جديد لضمان حصول الأطفال المتضررين بهذا الاضطراب على المساعدة الإكلينيكية المناسبة. تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط Attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD)) هذا الاضطراب حاليًا يتطلب وجود أعراض لدى الفرد قبل سن ١٢ سنة، مقارنة بسن ٧ سنوات بداية في دليل التشخيص DSM-IV. ولم تتوصل البحوث المهمة المنشورة منذ ١٩٩٤ إلى فروق إكلينيكية بين الأطفال ذوي بداية أعراض مبكرة وذوي الأعراض المتأخرة في ضوء مسار الاضطراب لديهم symptom onset والشدة، والنتائج، وكذلك

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

الاستجابة للعلاج. اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ( Posttraumatic stress Disorder (PTSD) يشمل نوعاً فرعياً جديداً للأطفال أصغر من ٦ سنوات. وهذا التغيير مبنى على البحوث الحديثة التي شملت بحث أعراض PTSD لدى الأطفال الصغار. وقد كانت اضطرابات الأكل Eating Disorders تذكر في السابق في العادة بين الاضطرابات التي تُشخص أولاً في الطفولة المبكرة، أو الطفولة أو المراهقة، والآن تذكر في فصل اضطرابات التغذية والأكل Feeding & Eating Disorders. (APA, 2013).

### التشخيص والبيئة المدرسية:

أما ما يتعلق بدور الأخصائي النفسي المدرسي في التشخيص وفهم الفروق بين البيئات الإكلينيكية والمدرسية، وزيادة تعوّد الممارسين المدرسيين على استخدام DSM-5 ودعم ثقتهم في استخدامه في البيئات المدرسية (Tobin et al., 2017)، فنجد أنه في البيئات الإكلينيكية، تتم التشخيصات النفسية باستخدام الدليل DSM-5 وهي ليست بالضرورة مرتبطة بالخدمات المدرسية أو المجتمعية، وبصرف النظر عن طبيعة الاضطرابات فإن هذه الثنائية من التشخيص في المدرسة وفي البيئة الإكلينيكية قد تكون مصدرًا للخلط وسوء التفسير لمهنيي الصحة النفسية العاملين في بيئات عامة أو خاصة، أو مسؤولي المدارس وكذلك الأسر. وأكبر نقطة قوة في تشخيص DSM-5 في المدارس هي فائدته العملية الشاملة لمهنيي الصحة النفسية في البيئة المدرسية؛ نظراً لأن الأخصائيين النفسيين المدرسيين قد يكونون أقل خبرة في إصدار التشخيصات وفهمها طبقاً لصورة الدليل DSM-5. ويعتبر تشخيص DSM-5 في المدارس الآن أكثر صلة وفائدة من ذي قبل للمساعدة في تلبية حاجات الطلاب من الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات النفسية في البيئات المدرسية؛ لكون التشخيصات النفسية أصبحت على نحو متزايد جزءاً من مهمة الأخصائيين النفسيين المدرسيين (Tobin et al., 2017).

من أجل فهم مضامين استبعاد النظام متعدد المحاور، فإن المرشدين المهنيين لا بد أن يتحلوا بالفهم المبدئي للعلاقة المعقدة بين الإرشاد المهني و DSM. وبمرور الوقت، فإن نظام الدليل DSM الأكثر عمومية تعرض لمراجعة نقدية خاصة على يد المرشدين الذين شككوا في كيفية تلاؤم العملية التشخيصية مع هويتنا المهنية والالتزامات الأخلاقية (Erikson et al., 2006).

يجب أن يعي المرشدون أن عملية التشخيص في الدليل DSM هي فقط جزء من تقييم شامل، وما يذكره فرد في ضوء التشخيص هو مجرد نبذة متعلقة بالعمل، ولا يشمل كلية فهم المرء لنواحي القوة لدى العميل ولقيوده، ولا يشير إلى كيفية بناء المرشدين لفهمهم. وأي تقييم دقيق يجب أن يأخذ في الاعتبار فهم كل العوامل ذات الصلة، ويشمل ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - العوامل النفس اجتماعية مثل: الأعراض النفسية، والتفاعلات الأسرية، وعوامل النمو، والعوامل السياقية، والقدرات الوظيفية، وكذلك المعلومات الطولية/التاريخية. وتوجد عدة نماذج يمكن استخدامها لتوجيه عملية تشخيص المرشدين، وقدراتهم، وقيودهم وسائر العوامل الشخصية، ومن هذه النماذج: نموذج "I Can Start" (Kress et al. 2014).

- أنا: أمثل المرشد الفرد وخبراته/خبراتها الفريدة، وقدراته وقيوده، وسائر العوامل الشخصية،
- C (السياق): يرتبط بفهم سياق العميل الفريد (مثلاً الثقافة، النوع، والتوجه الجنسي، ومستوى النمو، والدين، والجوانب الروحية).
- A (التقييم والتشخيص): يمثل تقييم العميل وأعراضه/أعراضها، وتشخيص DSM-5 المصاحب،
- N (المستوى الضروري للرعاية): يشير إلى المستوى المطلوب للرعاية (مثلاً العلاج مع الإقامة، العلاج خلال العيادة الخارجية، الإرشاد الفردي، والعلاج لأسرى)،
- S (نواحي القوة): يرمز لنواحي القوة لدى العميل، والموارد، والقدرات الممكن استخدامها في العلاج لمساعدته على التغلب على مشكلاته.
- T (العلاج): تمثل استخدام طريقة العلاج المبني على الأدلة لعلاج الاضطرابات أو المشكلات الموجودة،
- A (أهداف العلاج وغاياته): تشير إلى تطور مشكلات محددة بطريقة واضحة، مع أهداف قابلة للقياس وغايات إرشاد سلوكي واضحة،
- R (التدخلات المبنية على البحوث): تشير إلى استخدام تقنيات الإرشاد المبنية على البحوث،

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

- T (خدمات الدعم العلاجي) تشمل استخدام خدمات الدعم التي قد تكون مكملة لتدخلات الإرشاد وأنواع العلاج (مثلاً إدارة الحالة، وإعطاء الدواء، والإرشاد حول التغذية، وبرنامج التمرينات الفيزيائية، وتدريب الوالد، واليوجا، وكذلك التأمل).

### الاستنتاج : Conclusion

إصدار الدليل DSM-5 هو فرصة لمراجعة واستخدام مهارات الإرشاد والدفاع لمساعدة العملاء على تطوير فهم دقيق وصحيح لتشخيصهم، ومقاييس الأعراض الفاصلة تزود محفزات للمشاركة في حوار حول أعراض العميل وحاجات العلاج. واستخدام هذه الأدوات يؤدي إلى جمع معلومات قيمة ويساعد العملاء على امتلاك شعور وفهم أفضل (Clarke, 2013). والمرشدون يمكن أن يكون لهم تأثير هائل على كيفية تصور العملاء لصحتهم النفسية؛ لذا ينتهزون فرصة المشاركة بطريقة إيجابية لتشكيلها لتزويد أفضل خدمة للعملاء. كذلك فإن التحول لمعايير ومصطلحات DSM-5 ضروري لتحقيق هدف توفير لغة مشتركة تلهم عملية إيجاد الدليل DSM. لكن التحول المستمر للمصطلحات الجديدة لا يحدث عند الممارسة؛ مثلاً: اضطراب الهوس والاكتئاب أصبح يسمى الاضطراب ثنائي القطب في المراجعة التالية للدليل DSM منذ حوالي ٣٥ عامًا (APA, 1980)؛ إلا أن البعض لا يزالون يستخدمون مصطلحات مهجورة الاستعمال حتى اليوم. والاهتمام بالتغيرات ومناقشتها مع الزملاء والعملاء سوف يجعلهم يسارعون في تطبيق لغة مشتركة جديدة. ومحاكاة الممارسات الأخلاقية، قد يكون لها أثر إيجابي على الزملاء أيضاً. وإذا استخدم المرشدون، والمشرفون، ومعلمو المرشدين المصطلحات والمعايير المحددة في الدليل DSM-5، يمكننا التواصل بسهولة داخل مهنتنا وعبر فرق العلاج.

والدليل DSM-5 هو فحسب دليل موجه للتشخيص - وليس كتاباً مقدساً أو دليلاً رسمياً للتشخيص. ورموز أو أكواد الدليل DSM التي يستخدمها الإكلينيكيون للحصول على مدفوعات هي في الواقع كل التصنيف الدولي للأمراض وتعديلاته (ICD-CM) المتوفرة مجاناً على الإنترنت. والدليل DSM-5 هو دليل اقترح طريقة للوصول إلى أحد تشخيصات (ICD-CM)، لكن ليس هو الطريقة الوحيدة أو أفضل طريقة. وثمة أدلة أكثر موثوقية أخرى للتشخيص النفسي المتوفر. ولا يضطر المعالجون إلى استخدام الدليل DSM-5 ما لم يكونوا يعملون لصالح مؤسسة تتطلب ذلك.

إن حصول مريض على أحد التشخيصات الطب نفسية يمكن أن يكون نقطة تحول في حياة المريض. ويمكن أن يؤدي التشخيص الدقيق إلى خطة علاج فعالة، والتشخيص غير الدقيق يمكن أن يؤدي إلى آثار جانبية، ووصمة عار، وتكاليف عالية، وقلّة الفرص، ومعاناة لا لزوم لها. والأعراض الشديدة والكلاسيكية تتطلب تشخيصًا سريعًا وتدخلاً مباشرًا، عادة يشمل الأدوية والمظاهر المرضية الأخف والتي تتيح وتتطلب تبني نهج أكثر حذرًا. لذلك، فإن الانتظار بحرص للحصول على إرشاد مختصر هو الأفضل عادة. (Frances, 2014)

بعد نشر الطبعة الخامسة من الدليل (DSM-5) (APA, 2013) ظهرت من جديد قضايا مرتبطة بالهوية المهنية للمرشد، والتشخيص واستخدام الدليل DSM-5 داخل مهنة الإرشاد. والاهتمام بالتركيز على الدليل DSM-5 لمهنيي الإرشاد الذين يدافعون عن الوقاية والصحة للأفراد، وأثر عملية التشخيص على الممارسة الأخلاقية الإرشادية (Kress et al., 2013). أيضًا قد تتعرض اعتبارات التعدد الثقافي والسياق للإهمال عند الالتزام بتطبيق النموذج الطبي المتضمن في نظام DSM. وبالرغم من هذه الانتقادات، توجد قلة من النماذج لدمج التشخيص باستخدام DSM-5 إلى التوجه نحو الصحة والوقاية، وهي إجراءات محورية لمجال تدريب وممارسة الإرشاد المهني. إن هدفنا هو دراسة استخدام الدليل DSM-5 في جهود التدريب والممارسة الإرشادية، واقتراح سبل دمج تشخيص DSM-5 في إطار عمل تدريب المرشد وفي الوقت نفسه الحفاظ على التوجه نحو الصحة.

إن تعليم عملية التشخيص باستخدام DSM-5 للمرشدين المتدربين ليس بالمهمة السهلة. والدليل DSM-5 الذي طور كأداة لدعم اللغة للاستخدام في نظام صحة نفسية أكبر، مطلوب تدريسه للمرشدين المتدربين، وإثبات المعرفة المهنية والمهارات والممارسات المطلوبة للمرشدين المهنيين. وتعليم المفردات الأساسية والمعايير المرتبطة بالاضطرابات هي على المستوى الأول من المناقشة فحسب. والتدريس للتشخيص المستنير بوجهات النظر المبنية على التعدد الثقافي تشمل الاعتراف بغرض وقيود الدليل DSM-5، ودراسة المعتقدات حول المساعدة، ودور سلوك مزودي المساعدة. ويجب أن يدرس المرشدون مفاهيم السلوك السوي مع التحلي بالقدرة على تحديد السلوك غير السوي، وكذلك العوامل المؤثرة على النمو والتغير.

ولقد ذكر Paterson (2013) قائلاً: "لقد طورنا مفردات رائعة تشرح ما يجري بطريقة

## مضامين وتطبيقات (DSM-5) للمرشدين النفسيين

خاطئة مع العملاء وتقريباً ليس لدينا شيء نقوله حول ما هو صواب". وتعليم التشخيص واستخدام الدليل DSM-5 مع اعتبارات مبنية على القوة والتعدد الثقافي يساعد المرشدين على فهم ما هو في صالح العملاء. وعن طريق هذا الفهم، فإن نواحي القوة لدى العملاء والشخصية والمزايا، تصبح دعماً للنمو والتغيير داخل العلاقة الإرشادية، وبدلاً من التركيز على المرض والعيوب أو أوجه العجز، يجب أن يتعرف المرشدون والعملاء على نواحي القوة واستخدامها لمساعدة العملاء في حل مشكلاتهم الحياتية. وإحاطة عملية التشخيص بالاعتبارات المبنية على التعدد الثقافي تدعم تبني وجهة نظر شاملة للعملاء وتعزز دفاع المرشد عن وظيفة بشرية مثلى. ويجب على المرشدين دراسة الثقافة، والسياق ونواحي القوة من أجل عملية التشخيص كي تكون مفيدة في العمل مع العملاء من منظور وتوجه نحو الصحة (Adams & Quartirdi, 2010).

كذلك، فإن اعتبارات الممارسة المبنية على التعدد الثقافي والقوة تشجع على التأمل من جانب المرشد، مما يحد من الافتراضات المتميزة ثقافياً التي تؤثر سلباً على أحكام المرشد حول العملاء والعملية التشخيصية. نتيجة لذلك، فإن مهنيي الإرشاد لا ينظرون إلى العملاء على أنهم محصورون في تشخيص محدود، بالأحرى يعتبرونهم أشخاصاً مرتبين ومتطورين (Adams et al., 2010). والاعتراف بقيود وإمكانيات الدليل DSM-5 والترحيب بتبني توجه شامل نحو الصحة، وفهم العملاء من خلال سياقاتهم الثقافية والموقفية مع التركيز على جوانب القوة- هو عامل حاسم يقلل من حدة الأزمات الأخلاقية ويدعم استخدام DSM-5 في التدريب الإرشادي والممارسة. ودمج الاعتبارات المبنية على التعدد الثقافي والقوة في التدريب الإرشادي والممارسة يزيد من احتمال أن يرحب المرشدون بهوية مهنية متلائمة مع توجه نحو الصحة عند استخدام دليل التشخيص DSM-5 كأداة في عملية التشخيص (Mannarino et al., 2007). ويشكل المرشدون المهنيون إحدى أكبر مجموعات مستخدمي الدليل DSM (Frances, 2011). وبصرف النظر عن الخلفية، والتدريب، والتوجه النظري، فإن المرشدين مسؤولون عن فهم الممارسات التشخيصية واستخدامها بطريقة مسؤولة (ACA, 2014). والمرشدون الواعون هم الذين يلمون بالتعديلات الحديثة في DSM والتطور المستمر في نظم الرعاية التي تدعم الأفراد والأسر والمجموعات المتنوعة لتحقيق الصحة النفسية، والسعادة، والتعليم، وكذلك الأهداف المهنية (Kaplan et al., 2019).

المراجع :

- Adams, J. R., & Quartiroli, A. (2010). Critical considerations of the diagnostic and statistical manual: Importance of the inclusion of cultural and contextual factors. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 49, 84–97. doi:10.1002/j.2161-1939.2010.tb00089.x
- Addington, A. M., & Rapoport, J. L. (2012). Annual research review: Impact of advances in genetics in understanding developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 510–518.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 720–732. doi:10.1037/a0034004
- American Counseling Association (2014). *ACA code of ethics*. Alexandria, VA: Author.
- American Counseling Association. (2013). *What is professional counseling?* Retrieved from <http://www.counseling.org/learn-about-counseling/what-is-counseling>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia* (2nd ed.). Retrieved from <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=1665359>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5Thed.)*. Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association.(2013) *DSM-5 and Diagnoses for Children*.
- American Psychiatric Association.(2013) *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. <https://www.psychiatry.org/>
- Anxiety and Depression Association of America. (2013). *Facts and statistics*. Retrieved from <http://www.adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>
- Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist: A practical guide to interpersonal neurobiology*. New York, NY: W.W. Norton.

- Balleur-van Rijn, A., Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). *Self-perception in a clinical sample of gender variant children*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18, 464–474. doi:10.1177/1359104512460621
- Beesdo, K., Winkel, S., Pine, D., Hoyer, J., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2011). The diagnostic threshold of generalized anxiety disorder in the community: A developmental perspective. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 962–972. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.12.007
- Berg, K. C., & Peterson, C. B. (2013). Assessment and diagnosis of eating disorders. In L. H. Choate (Ed.), *Eating disorders and obesity: A counselor's guide to prevention and treatment* (pp. 91–117). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., & Frazier, P. (2012). Assessment and diagnosis of eating disorders: A guide for professional counselors. *Journal of Counseling & Development*, 90, 262–269.
- Blank, S., & Latzer, Y. (2004). The boundary-control model of adolescent anorexia nervosa: An integrative treatment approach to etiology and treatment? *American Journal of Family Therapy*, 32, 43–54. doi:10.1080/01926180490255756
- Brown, R. J., & Lewis-Fernandez, R. (2011). *Culture and conversion disorder: Implications for DSM-5*. *Psychiatry*, 74, 187–206.
- Burke, J. D., Waidman, I., & Lahey, B. B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 739–751. doi:10.1037/a0019708
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E., Tompkins, D. A. (2012). Treatment of gender identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169, 875–876.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Current depression among adults, 2006 and 2008*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 59, 1229–1235. \
- Clarke, D. E. (2013, May). *DSM-5 Adult Patient-Rated, Cross-Cutting Dimensional Measures: Reliability, Sensitivity to Change, and Association With Disability in the DSM-5 Adult Female*. In W. Narrow & N. Sartorius (Chairs), *Symptoms and Disability Measures in DSM-5*. Symposium conducted at the meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, CA.

- Comer, R. J. (2013). *Abnormal psychology* (5Thed.). New York, NY: Worth.
- Compton, W. M., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2013). *Crosswalk etween DSMIV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, annabis, cocaine, and alcohol*. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 387–390.
- Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs.(2009). *standards*. Retrieved from:
- Crisafulli, M. A., Von Holle, A., & Bulik, C. M. (2008). Attitudes towards anorexia nervosa: Theimpact of framing on blame and stigma. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 333–339. doi:10.1002/eat.20507
- Crooks, R. L., & Baur, K. (2013). *Our sexuality* (11Thed.). Belmont, CA: Cengage Learning. Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S.,
- Dailey, S. F., Gill, C. S., Karl, S. L., & Barrio Minton, C. A. (2014). *DSM-5 learning companion for counselors*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- de Ancos, E. T., & Ascaso, L. E. (2011). *Sex diff erences in oppositional defiant disorder*. *Psicothema*, 23, 666–671.
- Diefenbach, G. J., Reitman, D., & Williamson, D. A. (2000). *Trichotillomania: A challenge to research and practice*. *Clinical Psychology Review*, 20, 289–309.
- Dimsdale, J. E. (2013). Somatic symptom disorder: An important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 223–228.
- Dragowski, E. A., Scharron-del Rio, M. R., & Sandigorsky, A. L. (2011). Childhood gender identity . disorder? Developmental, cultural, and diagnostic concerns. *Journal of Counseling & Development*, 89, 360–366. doi:10.1002/j.1556-678.2011.tb00100.x
- Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342–1346.
- Eriksen, K., & Kress, V. E. (2006). The DSM and professional counseling identity: Bridging the gap. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 202–217.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based

- psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 215–237. doi:10.1080/15374410701820117
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). *The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 136–143. doi:10.1159/000321575
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). *The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 136–143. doi:10.1159/000321575
- First, M. (2010). *Clinical utility in the revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 465–473. doi:10.1037/a0021511
- Fisher, M., Schneider, M., Burns, J., Symons, H., & Mandel, F. S. (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal of Adolescent Health*, 28, 222–227.
- Frances, A. (2010, February 11). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*, 1–3.
- Frances, A. (2014). *DSM, psychotherapy, counseling and the medicalization of mental illness: A commentary from Allen Frances*. *The Professional Counselor*, 4, 282–284. doi:10.15241/afm.4.3.282
- Frances, A. J. (2011, June 3). *Who needs DSM-5? A strong warning comes from professional counselors*. *Psychology Today*. Retrieved from <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201106/who-needs-dsm-5>
- Frances, A., & Chapman, S. (2013). DSM-5 somatic symptom disorder mislabels medical illness as mental disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 483–489. doi:10.1177/0004867413484525
- Geroski, A. M., & Rodgers, K. A. (1998). *Collaborative assessment and treatment of children with enuresis and encopresis*. *Professional School Counseling*, 2, 128–135.
- Ghanizadeh, A. (2013). *Agreement between Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition and the proposed*

- DSM-V attention deficit hyperactivity disorder diagnostic criteria: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 7–10.
- Gopalan, G., Goldstein, L., Klingenstein, K., Sicher, C., Blake, C., & McKay, M. M. (2010). Engaging families into child mental health treatment: Updates and special considerations. *Journal of Canadian Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 182–196.
- Greaves-Lord, K., Eussen, M. L., Verhulst, F. C., Minderaa, R. B., Mandy, W., Hudziak, J. J., Hartman, C. A. (2013). Empirically based phenotypic profiles of children with pervasive developmental disorders: Interpretation in the light of the DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1784–1797.
- Hausmann, A., Hortnagl, C., Muller, M., Waack, J., Walpath, M., & Conca, A. (2007). Psychotherapeutic interventions in bipolar disorder: A review. *Neuropsychiatry*, 21, 102–109.
- Hein, L. C., & Berger, K. C. (2012). Gender dysphoria in children: Let's think this through. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 237–240. doi:10.1111/jcap.12014 <https://www.psychiatry.org/>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- <http://www.cacrep.org/doc/2009%20Standards.pdf>
- Hurwitz, T. A. (2004). Somatization and conversion disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 172–178.
- International society for the study of trauma and dissociation* " 2011" <https://www.isst-d.org/>
- Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (1998). Reframing DSM-IV: Positive strategies from developmental counseling and therapy. *Journal of Counseling & Development*, 76, 334–350. doi:10.1002/j.1556-6676.1998.tb02550.x
- Kaplan, D. M., Tarvydas, V. M., & Gladding, S. T. (in press). 2019: A *Vision for the Future of Counseling: The new consensus definition of counseling*. Retrieved from <http://www.counseling.org/docs/david-kaplan's-files/consensus-definition-of-counseling.docx?sfvrsn=2>
- Kress, V. E., & Paylo, M. J. (2014). *Treating those with mental disorders: A comprehensive approach to case conceptualization*

- and treatment. Columbus, Ohio: Pearson.
- Kress, V. E., Hoff man, R. M., & Eriksen, K. (2010). *Ethical dimensions of diagnosing: Considerations for clinical mental health counselors*. *Counseling and Values*, 55, 101–112.
- Kress, V. E., Hoffman, R. M., Adamson, N., & Eriksen, K. (2013). Informed consent, confidentiality, and diagnosing: Ethical guidelines for counselor practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 35, 15–28.
- Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2011). Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 168, 672–674.
- Laura K. Jones, Jenny L. Cureton, 2014 *Trauma Redefined in the DSM-5: Rationale and Implications for Counseling Practice*, The Professional Counselor Volume 4, Issue 3, Pages 257–271 <http://tpcjournal.nbcc.org> © 2014 NBCC, Inc. and Affiliates doi:10.15241/lkj.4.3.257
- Lewis-Fernández, R., Krishan Aggarwal, N., Bäärnhelm, S., Rohlof, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G. . . Lu, F. (2014). *Culture and psychiatric evaluation: Operationalizing cultural formulation for DSM-5*. *Psychiatry*, 77, 130–154. doi:10.1521/psyc.2014.77.2.130
- Magarino, M., Zafar, U., Nissenson, K., & Blanco, C. (2002). *Epidemiology and treatment of hypochondriasis*. *CNS Drugs*, 16, 9–22.
- Mannarino, M. B., Loughran, M. J., & Hamilton, D. (2007, October). *The professional counselor and the diagnostic process: Challenges and opportunities for education and training*. Paper based on a program presented at the conference of the Association for Counselor Education and Supervision, Columbus, OH.
- Mannarino, M. B., Loughran, M. J., & Hamilton, D. (2007, October). *The professional counselor and the diagnostic process: Challenges and opportunities for education and training*. Paper presented at the Association for Counselor Education and Supervision Conference, Columbus, OH.
- Manning, J. S. (2010). Tools to improve differential diagnosis of bipolar disorder in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12, 17–22. doi:10.4088/PCC.9064su1c.03

- Maureen C. Kenny, Mérode Ward-Lichterman, Mona H. Abdelmonem.(2014). *The Expansion and Clarification of Feeding and Eating Disorders in the DSM-5*, The Professional Counselor Volume 4, Issue 3, Pages 246–256 <http://tpcjournal.nbcc.org>© 2014 NBCC, Inc. and Affiliates doi:10.15241/mck.4.3.246
- McLoyd, V. C. (1998). *Socioeconomic disadvantage and child development*. American Psychologist,53, 185–204.
- Misery, L., Chastaing, M., Touboul, S., Callot, V., Schollhammer, M., Young, P Dutray, S. (2012). *Psychogenic skin excoriations: Diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles*. Acta Dermato-Venereologica, 92, 416–418.
- Mitchell, A. J. (2013). Redefining the syndrome of cognitive impairment in DSM-5. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 79–81.
- Montes, S. (2013, November 1). *Facing a rising tide of personality disorders*. Counseling Today, 56(5), 33–39.
- Morrison, J. (2006). *DSM-IV made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York, NY: Guilford Press.
- Myers, J.E. (1991). *Wellness as the paradigm for counseling and development: The possible future*. Counselor Education and Supervision, 30, 183–193. doi:10.1002/j.1556-6978.1991.tb01199.x
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703–713. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1456–1463.
- Pardini, D. A., & Fite, P. J. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 1087–1088.
- Parkes, G., Hall, I., & Wilson, D. (2009). Cross dressing and gender dysphoria in people with learning disabilities: A descriptive study. *British Journal of Learning Disabilities*, 37, 151–156.

doi:10.1111/j.1468-3156.2008.00538.x

- Peterson, C. (2013). *The strengths revolution: A positive psychology perspective*. *Reclaiming Children and Youth*, 21, 7–14.
- Piran, N. (2013). Prevention of eating disorders in children: The role of the counselor. In L. H. Choate (Ed.), *Eating disorders and obesity: A counselor's guide to prevention and treatment* (pp. 201–219). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2008). *The epidemiology of obsessivecompulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. *Molecular Psychiatry*, 15, 53–63.
- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Nestadt, G. (2008). *Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community based sample*. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 836–844.
- Sharma, M. P., & Manjula, M. (2013). *Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: An overview*. *International Review of Psychiatry*, 25, 116–124. doi:10.3109/09540261.2012.746649
- Sinha, R. (2013). The clinical neurobiology of drug craving. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 1–6.
- So, J. K. (2008). *Somatization as cultural idiom of distress: Rethinking mind and body in a multicultural society*. *Counseling Psychology Quarterly*, 21, 167–174. doi:10.1080/09515070802066854
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2011). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 519–529.
- Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Coons, M. J. (2005). Current directions in the treatment of hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 285–304.
- Tfoli, L. F., Andrade, L. H., & Fortes, S. (2011). *Somatization in Latin America: A review on the classification and somatoform disorders, functional syndromes, and medically unexplained symptoms*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 570–580.
- Tobin, R. M., & House, A. E. (2011). *DSM-5 diagnosis in the schools*. New York, NY: The Guilford Press.

- Trivedi, M., Rush, A., Wisniewski, S., Nierenberg, A., Warden, D., Ritz, L., Fava, M. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR\*D: Implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163, 28–40.
- Van Meter, A. R., Youngstrom, E. A., & Findling, R. L. (2012). Cyclothymic disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 32, 229–243. doi:10.1016/j.cpr.2012.02.001
- Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Längs, G., & Löwe, B. (2012). Predictive validity and clinical utility of DSM-5 somatic symptom disorder: Comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 345–350. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.08.020
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender- dysphoric children. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Walsh, J. (2011). Therapeutic communication with psychotic clients. *Clinical Social Work Journal*, 39, 1–8.
- World Health Organization. (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2010). *WHO Disability Assessment Schedule 2.0–WHODAS 2.0*. Geneva, Switzerland: Author.
- Zalaquett, C. P., Fuerth, K. M., Stein, C., Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (2008). Reframing the DSM-IV-TR from a multicultural/social justice perspective. *Journal of Counseling & Development*, 86, 364–371. doi:10.1002/j.1556-6678.2008.tb00521.x
- Zimmerman, M., & McGlinchey, J. (2008). Why don't psychiatrists use scales to measure outcomes when treating depressed patients? *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1916–1919.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11, 8–18.

**Implications and Applications of DSM-5 for counselors**  
**Ahmed Hamza, Princess Nora Bint Abdul Rahman University,**  
**Saudi Arabia**

**Summary :**

This study aimed to provide a precise brief on changes in diagnosis of DSM-5 and how they are likely to affect mental health professionals & counselors, together with changes in DSM-5 such as stopping the practice of certain diagnosis systems "multi-axial" system and their implications for counselors during their practice for the customers benefit, and looking at the role of school mental health providers about dealing with this manual DSM-5 structure or its philosophical bases, in particular, what are related to diagnoses, planning and treatment. Also, some disorders diagnostic standards were discussed, which care often seen among school children. The study also sought to highlight the part of social and cultural effects in assessment and diagnosis, without over focusing on neurology, so as not to be distracted and stress the human roots of counseling, taking into consideration that DSM-5 diagnosis is only a part of a comprehensive assessment.

**Keywords :**

Diagnostic – Skills – Cultural – Implications – Psychological-Disorders – Implication For Counselors.