

## محاضرات في تقنيات التشخيص

د. صباح ميمش

السنة الثالثة علم النفس العيادي

### المحاضرة الأولى:

#### التشخيص النفسي

#### 1-تعريف التشخيص النفسي:

هو تلك العملية التي يقوم بها "الأخصائي النفسي" بجمع في سياقها البيانات والمعلومات عن الفرد ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم صورة تحليلية متكاملة لشخصية هذا الفرد تتضمن وصفا دقيقا لقدراته وإمكاناته ومشكلاته وأسبابها وذلك بهدف وضع تصور أو إستراتيجية معينة لخطة عمل ملائمة تنفذ على هذا الفرد. ويقدم كل من **بيغر وبيترمان** تعريفا موسعا متفقا عليه يأخذ بعين الاعتبار تعقيد التشخيص النفسي.

التشخيص النفسي هو الجمع المنهجي للمعلومات وإعدادها بهدف تبرير القرارات وما ينجم عنها من إجراءات وضبطها وتحسينها، وهذا يعني أن استخدام الاختبارات هو جزء من التشخيص النفسي، إلا أنّ التشخيص النفسي لا يقتصر على تطبيق الاختبارات فحسب، بل إن التشخيص يمتد ليشتمل اتخاذ القرارات بناء على المعلومات المستخلصة من الاختبارات، مثل الحصول على مقعد دراسي أو الحصول على وظيفة أو استنتاج وجود مرض أو اضطراب وتقديم النصائح حول العلاج الصحيح، وإلى جانب الاختبارات يتم استخدام السير وملاحظة السلوك والمقابلة وغيرها من أدوات.

ومثل هذه القرارات والإجراءات تقوم على عملية معقدة من معالجة المعلومات.

#### تعريف آخر للتشخيص النفسي:

هو التعرف المعمق على السمات النفسية لشخص ما بواسطة الطرق والإجراءات العلمية المناسبة، وذلك بمعنى الحصول الواسع على المعرفة بغرض تدعيم القرارات التشخيصية، بالحجج في المجالات المختلفة من الممارسات النفسية، كالتعليم والتدريب المهني واتخاذ القرارات المتعلقة بالاختيار المهني والانتقاء والفرز في مجال الموارد البشرية وتحديد الاضطرابات النفسية وتحليل مجالات المشكلات الفردية والموارد من أجل انتقاء العلاج المناسب وتحديد الاستعدادات وتقديم النصائح الخاصة فيما يتعلق بإمكانات التنمية الهادفة والمفيدة فرديا وغيرها.

ويعرف أيضا التشخيص النفسي، بأنه فرع من فروع علم النفس، يساعد في الإجابة عن المسائل التي تستند إلى وصف أو تصنيف أو تفسير السلوك والخبرة الإنسانية، والتنبؤ بهما، إنه يتضمن الحصول الهادف على المعلومات حول السلوك والخبرة لشخص أو عدة أشخاص والظروف ذات الصلة المرتبطة بالسلوك والخبرة، ويتم تفسير المعلومات التي يتم الحصول عليها من أجل الإجابة عن المسائل التشخيصية، والإجراء التشخيصي توجهه المعرفة النفسية العلمية، ومن أجل الحصول على المعلومات يتم استخدام طرق تستوفي معايير علمية معينة.

## 2-أنواع التشخيص:

توجد أنواع مختلفة من التشخيص ترتبط بمجال الاستخدام داخل علم النفس:

### 2-1-التشخيص المؤسساتي: ويشتمل التشخيص المؤسساتي على:

-علم النفس العمل وعلم النفس التنظيمي: يستخدم علم نفس العمل وعلم النفس التنظيمي إجراءات تشخيصية في الانتقاء للتأهيل والتدريب والتوظيف والانتقاء المهني، وتمتد المسائل التشخيصية من انتقاء المرشحين الملائمين للتدريب المستمر أو للتأهيل وانتهاء بتشخيص عمليات العمل ووحدات التنظيم أو المنظمات الكاملة أو المؤسسات، ومن هنا تطلق على هذا النوع من التشخيص تسمية التشخيص المؤسساتي أيضا.

-التشخيص التربوي: يستخدم علم النفس التربوي التشخيص بالطريقة نفسها في إطار استنتاج الكفاءة المدرسية بالنسبة لمدارس معينة أو لأنواع معينة من الدراسة وفي تحديد القصور الخاص في الإنجاز أو الموهبة، والانتقاء بتحديد المشكلات في التربية ضمن الأسرة والمدرسة.

### 2-2-التشخيص الفردي:

-علم النفس الإكلينيكي: على عكس التشخيص المؤسساتي فإن التشخيص النفسي في ميدان علم النفس الإكلينيكي يتحرك ضمن مجال التشخيص الفردي، وذلك عندما يسأل على سبيل المثال عن ظروف وأسباب الأضرار أو الاضطرابات النفسية من أجل الحصول منها على مؤشرات (دلائل) للإجراءات التداخلية والعلاجية المناسبة.

-علم النفس العصبي الإكلينيكي: تشبه الإجراءات التشخيصية في علم النفس العصبي الإجراءات التشخيصية في علم النفس الإكلينيكي: فعلى أساس النتائج العصبية والنفسية العصبية يتم استخلاص إجراءات لإعادة التأهيل وإجراءات تدريبية وتنفيذها.

## 3-المفاهيم والمصطلحات المتعلقة بالتشخيص

قبل التطرق لمفهوم التشخيص يجب التذكير بمجموعة من المفاهيم ذات الصلة المباشرة به، وقد فضلنا اختيار بعضها من أجل الإمام بكل المصطلحات التي تعين على شرح ذلك المفهوم.

## -علم النفس المرضي psychologie pathologique:

يشير **بارجوري** (1979) بأن علم النفس المرضي هو فرع من علم النفس يدرس تطور وانمساخات (avatars) النفس البشرية، دون الاهتمام بالجوانب التقنية للعلاجات (Bergeret J) وتشير كلمة انمساخات إلى التحولات التي تطرأ على النفس في شكلها أو في بنيتها إلى حد يصعب فيه التعرف عليها بسهولة.

ولعلم النفس المرضي صلة بعلم الأمراض النفسية (Psychopathologie) الذي هو فرع من الطب العقلي (Psychiatrie)، وهو يدرس الاضطرابات العقلية سواء من حيث وصفها أو تصنيفها أو آلياتها أو تطورها، مع الاهتمام بعلاجها (Piéron H.).

وإذا كان البحث السيكومرضي (Psychopathologique) يقوم على الترتيب التصنيفي (nosologique) كمعرفة هل التكوين المحاسي مثلا يدخل في إطار حالة عصابية أو تفكك فصامي ساري أو غيرها فإن علينا التمييز بين كل من علم التصنيف والتصنيف الوصفي.

## -علم التصنيف (Nosologie):

هو فرع يدرس الخصائص المميزة للأعراض بهدف تصنيفها المنهجي (أي تقدير النقاط المشتركة والمختلفة، التقارب والانفراد من حيث الأعراض والأسباب والسياقات المستعملة)، فهو إذن يتناول وحدة أو تقارب الأعراض والسياقات ووظيفتها في الكل، أو انحدارها الفرعي (Généalogie)، ويعين العناصر المشتركة لمختلف السجلات المرضية (عصابات، ذهانات، انحرافات وتنظيمات سيكوجسدية).

-أما **التصنيف الوصفي (Nosographie)**: فهو وصف وترتيب الأمراض كما هي وكما توصل إليها المنهج التصنيفي، فهو يقوم على معايير التمييز بين الأصناف التي يحددها بالتجميع والحذف، أي تجميع أو حذف العلامات العيادية التي تسمح بالتوصل إلى كيانات عيادية (Entités cliniques) متميزة تماما عن بعضها البعض ومختلفة عن السواء، بهدف تدعيم فرضية ما ودحض (رفض) أخرى.

يقوم منطق التصنيف الوصفي حسب **ويدلوشي** (1984) على تحديد مجموعات السمات التي تسمح في أحسن الحالات بترتيب الأفراد، أو بالتحديد الحالة التي يشتركون فيها. فالقيمة الترتيبية لنموذج كهذا تكمن إذن في قدرته على تحديد مجموعات خفية من السمات التي تفصل بطريقة أفضل مجموعة من الأفراد عن الآخرين، وينتظر من مثل هذا النظام أن يقدم ليس فقط قيمة ترتيبية بل أيضا قيمة تفسيرية... إن أي ترتيب للاضطرابات العقلية يستلزم مفهوم المرض العقلي. تحدد مجموعة السمات تنوعا لاختلال النشاط العقلي يشمل مصدرا وآلية وطريقة تطويرية خاصة به... وبهذا يتبع التصنيف الطبي العقلي النموذج الكلاسيكي لكل صنافة طبية (Taxinomie médicale).

-**الصنافة (Taxinomie):** دراسة نظرية لأسس وقوانين وقواعد ومبادئ المنهج التصنيفي ، وهي ترتبط بعلم المصطلحات (Terminologie)، من حيث أنها تستلزم استعمال عبارات خاصة من أجل تحديد وتجميع أو تفريق رتب الأشياء.

-**علم الأعراض (sémiologie):** هو عموما دراسة العلامات أو المظاهر العيادية (السريرية) المشحونة بالمعاني (significations)، إنه علم يدرس مظاهر التنظيم السيكومرضي القابلة للإدراك (للاستيعاب) عند العملاء (Patients) كما هي معروضة في عيون وحساسة وعواطف الملاحظ.

يعتبر علم الأعراض بداية أو مدخلا لتجميع أو تنظيم أولي لدلالات تضع على الفور العلامة في مجموعة أشمل تكون فيها تلك العلامة كمعدل.

-**والعلامة (Signe):** هي شيء مدرك يسمح باستنتاج وجود شيء آخر أو تحديده ومعرفته ، مثل : التباطؤ والميل إلى التثاؤب هما من العلامات الدالة على التعب . أما **العرض** فهو علامة مرتبطة بحالة ما أو تطور مرضي معين يسمح بالكشف عن تلك الحالة، فالإحساس بالتعب وفقدان الشهية والحزن هي أعراض ممكنة لحالة اكتئاب.

وعليه فإن علم الأعراض هو ملاحظة دقيقة لعلامات وأعراض حالة مرضية ما . ويشترك كل من المريض والمختص في إدراك وملاحظة العرض وذلك بصفة ذاتية من قبل المريض (العرض الذاتي Sympôme Subjectif) أو بإدراك موضوعي من قبل المختص (العرض الموضوعي Sympôme Objectif)

يرى **ويدلوشي** أنه في إطار الأعراضية التحليلية، حينما نبني ارتباطا بين المحتوى الظاهري والمحتوى الباطني فإننا نعلن أن الأول هو علامة للثاني، لكن هذا الارتباط المبني هو نتاج للنشاط العقلي للشخص (المريض)، وهو الذي يشيد و يُبنى في علامة المحتوى الظاهري، وحينما نرتب أعراضا لتحديد وحدات مرضية تكون الملاحظة هي التي تبني نظام العلامة، ففي الحالة الأولى ينتمي الترميز إلى الجهاز العقلي للشخص، أما في الحالة الثانية فهو ينتمي إلى العيادي (المختص).

إذا كان الترتيب الطبي العقلي يعتمد على علامات، وعلى قيم مستخرجة من التصرفات الملموسة التي تحملها كتعبيرات عن اضطراب ما، فإن التقصي التحليلي لا يختصر التصرف في قيمة بسيطة للعلامة بل يتعامل معه كنشاط أو فعل (acte). يتبع البحث التحليلي ترابط الأفعال عبر تصرفات اللفظ، إنه يعبر تسلسلها التتابعي وتورطها في قصديات متباعدة أو متقاربة... إن ترابط الأفكار يفسر كتدفق أو فيض مستمر لأفعال معقدة مشتبكة بنوايا متعددة. والعرض مثل أي تصرف آخر يعتبر لزوما كفعل قصدي يتبع الفعل الذي يسبقه أو يقطعه.

إن نفس العرض الرهابي مثلا يستجيب لمقاصد مختلفة من مريض إلى آخر، ومن ثم فهو يلتزم بأنظمة ضغط وفعل مختلفة. فالخوف من الأماكن الواسعة قد تكون له وظيفة التلذذ العصائبي اللاشعوري، أو الحصول على فوائد ثانوية، أو تكرار حدث صدمي أو سلوك اعتيادي في الطفولة.... وتبعاً للمقصد يتدخل العرض في ظروف مختلفة ويندرج في برامج فعل متميزة (154).

انطلاقاً من الوصف السلوكي العام نندرج عبر تجربة الشخص المعاشة في مجرى زمن تنظيمه الحالي، للتوصل لاحقاً إلى الاحتفاظ الأساسي بعلاقته بالموضوع وإلى تنظيمه البنيوي القاعدي. ولا ينبغي لأي تسمية بنيوية (عصائية مثلاً أو ذهانية...) أن تكون هدفاً تشخيصياً في حد ذاته كي لا نتوقف عند الملاحظة البسيطة والترتيب الآلي.

وعليه فإن التسمية التشخيصية كقاعدة انطلاق لفهم الشخص يجب أن تجتهد في توضيح وتدقيق أطر (حواف) تلك التسمية دون تحديد أو تضيق امتداداتها ودون منع الإعادة المحتملة لبنائها.

إذا كان علم النفس العيادي في منظور بيرون يهدف إلى معرفة التوظيف النفسي فهو يريد وصف طرق لذلك التوظيف، وبناء نظري لنماذج ذلك التوظيف، وحتى لو اقترب قليلاً من تناول البيولوجي الإسمي الذي يقيم سببية آلية للرتب والأصناف، فإنه يتعد عنه في إقامة ارتباط بنيوي معقول ومفهوم بين الأحداث النفسية الملاحظة والمنظمة برؤية نظرية وبوسائل تطبيقية.

**- العرض (Le symptôme):** حسب القاموس الطبي، العرض هو إشارة لتظاهرة جسمية التي يستثيرها المرض أو الإصابة و يعبر عنها المريض كما يدركها ويشعر بها، ويترجم العرض إلى مجموعة من العلامات أو الإشارات التي تختصه وتميزه عن غيره من الأعراض فتصبح الأعراض بذلك هي الوحدات التي تسمح بالتشخيص. ويرى بعض العلماء أن العرض يختلف عن العلامات الملاحظة بل يمثل الشكوى الذاتية للمريض أو الحالة (La plainte du malade) و يطلقون عليه مصطلح العرض الذاتي (Le symptôme subjectif) مثل الشعور بالألم، الشعور بالاختناق، الانقباض.... وعلى الإحصائي تحليل العرض إلى علامات موضوعية يتم اختيارها وانتقائها حسب أهمية دلالتها المرضية.

**- زملة الأعراض (Le syndrome):** يقصد بزملة الأعراض أو ما يسمى أيضاً بالتناذر مجموعة الأعراض التي تشكل وحدة تميز حالة مرضية معينة، وما يميز الأعراض في التناذر أنها متلازمة ومقتنة مع بعضها البعض لتشكل وحدة باثولوجية محددة. غالباً ما يتحدد علماء النفس والطب العقلي عن زملة الأعراض في حالة الاضطرابات النفسية والعقلية التي يصعب فيها تحديد السببية الباثولوجية للاضطراب لعدم وضوح العلاقة بين العلامات والأعراض ومن ثم عدم القدرة على فصلها.

علامات أو إشارات ← العرض ← مجموعة الأعراض ← التناذر أو الزملة

## المحاضرة الثانية:

### مراحل التشخيص:

**1-الرفع :** يمثل اول خطوة في عملية التشخيص النفسي و يقصد به رصد الاحصائي، خلال الفحص الاكلينيكي ، لكل العلامات و الاشارات التي تبديها الحالة في تصرفاتها و سلوكاتها و التي تمس الوظائف النفسية و العقلية مثل لغة الحالة من حيث طبيعتها (تناسب مع العمر الزمني للحالة ، لغة سليمة و واضحة) ومن حيث وظيفتها (لغة مفهومة و منسجمة و متناسقة مع افكار الحالة )، ايضا علامات عن طبيعة الافكار التي تدور في ذهن الحالة (خاطئة، غير متسقة، شاذة، خيالية، غير مرتبطة بالواقع...الخ) كما يبحث الاحصائي عن المؤشرات الانفعالية التي تظهر غالبا في سلوكات ملاحظة في البيت او في الاماكن العامة و من ثم الكشف عن خصائص هذه العلامات من حيث شدتها و منحائها ليتمكن من الحكم بموضوعية عن دلالتها الباثولوجية. كل هذه العلامات تشكل معلومات و بيانات تصف المشكلة النفسية المراد تحديدها. فكلما تمكن الإحصائي من رفع و حصر معلومات أكثر كلما اقترب من التشخيص الدقيق. ويجب أن تكون عملية رفع العلامات موضوعية و متحررة من الاحكام المسبقة و تستند الى اطار مرجعي يمنح الدلالة الاكلينيكية لهذه العلامات.

**2-التجميع:** حسب المقاربة السيميولوجية، العرض يترجم ( Le symptome ) الى مجموعة من العلامات الخاصة او النوعية تكون مشتركة في خاصية او سمة مثل خصائص عقلية ومعرفية، حركية، نمائية، سمات شخصية.....لذلك يحاول الاحصائي في خطواته الثانية من سيرورة التشخيص فرز الاشارات التي تم استقصائها في المرحلة الاولى حسب تشابها و تشاركها في ميزات تمس جوانب شخصية الحالة ليختار بعد ذلك العلامات الأكثر دلالة بالنسبة للاضطراب المراد تشخيصه ومن ثم يقوم بتنظيمها وتجميعها في مظاهر حسب المجالات التي ظهرت بها . كل مجموعة من الاشارات ذات دلالة باثولوجية معينة تشكل عرض.

مثال : حديث حالة خلال المقابلة عن سماعها لاصوات تناديهها ، او قيامها بحركات التخلص من شيء موجود على وجهها و هو في الواقع غير موجود أو هروبها من شيء غير مرئي علامات موضوعية تدل على مظهر مرضي هو عرض "الهلاوس".

**3- الجدولة:** تعتبر الجدولة اخر مرحلة في التشخيص النفسي للتعرف على الاضطراب النفسي حيث تظهر في أغلب الاحيان مجموعة من الاعراض مترامنة مع بعضها و تشكل جداول اكلينيكية (des tableaux cliniques) مألوفة عند احصائي الامراض النفسية. يقوم الاحصائي بادراج الاعراض التي تم تحديدها مسبقا في قائمة خاصة تشكل الجدول الاكلينيكي الذي يسمح بتصنيف وتسمية الاضطراب وتحديده بدقة.

## مراحل التشخيص النفسي من وجهة نظر أخرى:

**1-مرحلة الإعداد:** وهي تتضمن عملية الاتصال بين السيكولوجي وكافة المؤسسات العائلية والتربوية أو المهنية للتعرف على مشاكل الفرد المعين وبناء على هذا الأساس، فإنها تجمع كافة المعلومات والتقارير، ثم جمع المعلومات عن طريق المقابلة: ثم اختيار الاختبار المناسب للقياس.

**2-مرحلة التزود بالمعلومات:** وتشمل المقابلات مع الفرد المفحوص، تطبيق الاختبارات النفسية ومن ثم تصحيحها، وبالتالي تنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها.

**3-مرحلة تفسير المعلومات:** وهي تنظيم المعلومات التي تحصل عليها الفاحص، وتأويل المعاني المتضمنة فيها، وكذلك تفسير نتائج الاختبارات، واستخراج كل ما يتصل بها.

**4-مرحلة اتخاذ القرارات:** وتتضمن مناقشة نتائج الحالة، وتشخيصها وتوضيح دلالاتها.

ومن ثم اتخاذ قرارات نهائية مرتبطة بشأن كيفية العلاج لتلك الحالة، وأسلوب التعامل، كل هذه الأمور توضع في التقرير النفسي بشكل واضح.

## المحاضرة الثالثة:

### أدوات التشخيص

اعتمادا على التعريف السابق للتشخيص يمكن أن نفهم التشخيص النفسي (Psychodiagnostic) العيادي كونه سياق له خمس وظائف أو أهداف أساسية هي: الوصف (Description)، الترتيب (Classification) الشرح أو التفسير (Explication)، التنبؤ (Pronostic) والتقييم (Evaluation). وعليه فإن هذا السياق التشخيصي يعتمد على سجلات مختلفة ومصادر متنوعة. تتمثل تلك السجلات في المعطيات المجمعة في مستويات عامة هي: المستوى البيولوجي الجسدي، المستوى السيكولوجي، المستوى الاجتماعي، المستوى البيئي (المادي) أما المصادر فهي المعطيات التي نحصل عليها من الأدوات المستعملة من أجل التقييم، بداية بالطرق الأداة (Instrumentaux) كأدوات التشخيص السيكوفيزيولوجي (ECG, EMG EEG, ) واختبارات الفعالية أو الأداة (الذكاء، الذاكرة) ... ووصولاً عند اختبارات الشخصية. عموماً يمكن تلخيص أهم أدوات التقييم في وسائل متنوعة سنذكرها باختصار، مع تركيزنا بعد ذلك على الأداة الرئيسية في التشخيص وهي المقابلة العيادية. تتمثل تلك الأدوات إذن في:

- استبيانات أو سلم التقييم الذاتي (Auto-évaluation) مثل مقياس بيك للاكتئاب (Inventaire de Dépression de Beck, BDI)

- إجراءات الملاحظة الذاتية (Auto-observation).

- بروتوكول ملاحظة الآخر (Hétéro-observation) على شكل ملاحظة السلوك، مثل مقياس هاميلتون للاكتئاب (Echelle de Dépression de Hamilton, HAMD) أو تسجيل معطيات سلوكية عن طريق ترددات (Fréquences) في أجهزة.

- إجراءات المقابلة (Entretien ou Interview)

- اختبارات القدرات والفعالية (WISC, WAIS, cubes de Kohs, Figure de Rey...).

- اختبارات الشخصية (الروشاخ، تفهم الموضوع، مينيسوتا (Minnesota) المتعدد الأوجه (MMPI) اختبار الإحباط لـ (Rosenzweig...).

### 1-المقابلة:

تعتبر المقابلة تقنية أساسية في جمع البيانات واتخاذ القرارات لدى جميع التخصصات تقريبا، فسواء بالنسبة للسياسيين، أو جماعة المستهلكين، أو الأطباء النفسيين، أو الموظفين، أو الناس عموماً، تعد المقابلة دوماً أداة



مهمة، وكما هو الحال في أي نشاط يتم القيام به بشكل متكرر، فقد تعتبر المقابلة أمراً مسلماً به أحياناً، أو يعتقدون أنها لا تحتاج إلى أية مهارات خاصة، وربما يكون من السهل عليهم المبالغة في تقريرهم لفهم عملية المقابلة، وبالرغم مما بيديه بعض الأفراد من توجس إزاء الغموض الذي تنطوي عليه الاختبارات الإسقاطية، أو من إعجاب بالتعقيدات السيكومترية التي تحملها الاختبارات الموضوعية فهناك تشابه بين هذه الاختبارات وبين المقابلة.

إن المقابلة التشخيصية تقنية أساسية في العمل الإكلينيكي وهي أكثر الأدوات التي يستخدمها الأخصائيون الإكلينيكيون شيوعاً وفائدة، وعندما تُستخدم من قبل أخصائي إكلينيكي ماهر، فإن مدى تطبيقها ومرونتها يجعلان منها أداة رئيسية في عمليات اتخاذ القرارات والفهم والتنبؤ الإكلينيكي، ولكن لكي نصل إلى كل هذه المعلومات، علينا أن نتذكر أن الفائدة الإكلينيكية للمقابلة، قد لا تكون أكثر أهمية من مهارة الإكلينيكي الذي يستخدمها وحساسيته.

ويمكن الأخصائي الإكلينيكي أن يتمكن من معرفة ما تتطلبه المقابلة من مهارات وتقنيات مختلفة (التمكن من إجراء المقابلة الإكلينيكية).

كثيراً ما ينظر إلى المقابلة على أنها فن، وباستثناء المقابلات المقننة، هناك مساحة من الحرية في توظيف الأخصائي الإكلينيكي لمهاراته ومصادره الذاتية، وهو أمر لا يتوفر عادة في الإجراءات الأخرى المستخدمة في التقييم، ففقرات مثل: متى نقوم في الاسترسال في الكلام، أو متى نصمت أو متى نستخدم الأساليب الخفية غير المباشرة، كلها تشكل تحدياً لمهارات الشخص الذي قوم بإجراء المقابلة وع الخبرة والممارسة، يتعلم المرء تدريجياً كيفية الاستجابة للإشارات التي تصدر عن العميل بطريقة أكثر حساسية، الأمر الذي يخدم أهداف المقابلة في النهاية.

على أية حال، من المهم أن نتذكر أن هناك الكثير من الأبحاث العلمية حول المقابلة، وهذا يعني علمياً أن المبتدئين لا يحتاجون إلى الاعتماد المطلق على تراكم الخبرات بطريقة قد تكون بطيئة ومضنية أحياناً، بل يمكنهم الاستفادة من هذا الكم الواسع من الأبحاث المتعلقة بالمقابلة، والذي يشكل أساساً علمياً لفنهم.

### -المقابلة الإكلينيكية وعلم النفس الإكلينيكي:

المقابلة الإكلينيكية هو أهم ما يميز عمل الإخصائي الإكلينيكي، وهي جزء لا يتجزأ من الطريقة الإكلينيكية التي توافق مايلي:

-طريقة بأيادي خاوية: "الملاحظة والمقابلة".

-طريقة ذاتية "الاختبارات الإسقاطية، المقاييس العيادية... الخ).

-الطريقة الإكلينيكية أو المنهج الإكلينيكي متعلق أو مرتبط بمواقف منهجية عامة تتعلق بدراسة نوعا ما ممتدة (prolongée) لحالات فردية، و..... هنا يعتبر الاطار المرجعي الذي يستند إليه الأخصائي .  
والمقابلة تناسب الهدف الأساسي لعلم النفس الإكلينيكي، والذي ينصب على فهم الشخص ضمن ....  
(dans sa totalité) وضمن فرديته (dans sa singularité) ضمن وضعية الحالة وتطوره " Daniel lag ache (1949).

أما " Juliette fauz- Boutonnier" (1968) فتعتبر أن الفرد هنا كائن مميز (unique) (لا يوجد من يشبهه، فردي إن المقابلة تهدف إلى الوصول إلى أكبر قدر من المعلومات حول الفرد، لكن هذه المعلومات لا يمكن أن تكون لها معنى (أو بعبارة أخرى) يجب تفسيرها إلى بالاستثناء إلى الفرد نفسه، مثلا صعوبات الفرد لا يمكن أن تكون لها معنى إلا بالاستثناء إلى التاريخ الشخصي للفرد، تاريخه العائلي، الطريقة التي من خلالها يكون علاقات مع الآخرين، وشخصيته...الخ.

-المقابلة الإكلينيكية في علم النفس الإكلينيكي عموما تقع ضمن سياق من السياقات التالية:

-المساعدة والارشاد النفسي.

- التشخيص والتقييم النفسي.

-أو البحث الاكلينيكي.

-مختلف أساليب أو تقنيات المقابلة:

-الطريقة التي من خلالها يتم إجراء المقابلة تتعلق ببعض العوامل:

-أهداف المقابلة (التشخيص، العلاج، البحث أو التوجيه).

-نماذج نظرية وتكوين الأخصائي.

-بشخصية، عمر المفحوص ومظاهر التفاعل خلال مسار المقابلة.-بحسب الطلب (هل هو حسب رغبة

العميل، العائلة، أو المؤسسة أو الباحث).

-أساسيات المقابلة وتقنياتها:

هناك العديد من العوامل التي تؤثر في حدوث وفعالية البيانات التي يتم الحصول عليها من خلال المقابلة.

بعضها يتعلق بالترتيب الفيزيقي، وبعضها الآخر يرتبط بطبيعة المريض، فالمريض الصامت أو قليل التواصل

فكلا يكون متعاوننا، وذلك بغض النظر عن مستوى مهارة الشخص الذي يجري المقابلة، وقليلون هم الذين

يكونون فعالين مع جميع المرضى، على أية حال، هناك عدة عوامل أو مهارات يمكن أن تزيد من إنتاجه القائم

بالمقابلة، ويعد التدريب العملي والخبرة تحت إشراف أخصائيين مؤهلين أمورا غاية في الأهمية في هذا السياق، كما أن ما يعتبر تقنية فعالة بالنسبة لأخصائي معين قد لا يكون كذلك بالنسبة لأخصائي آخر، فالتفاعل ما بين التقنية والأخصائي يعد من الأمور الحاسمة هنا، ولهذا السبب يعتبر اكتساب الخبرة تحت إشراف المختص ذا أهمية كبيرة، إذ ينتج للشخص الذي تجري المقابلة فرصة التوصل للوعي والمعرفة بطبيعة هذا التفاعل.

وعليه، فإن التدريب يتضمن حفظ القواعد فحسب، وإنما المعرفة المتنامية بالعلاقات ما بين تلك القواعد، والموقف الفعلي والعيالي الذي تتم مواجهته، وتأثير المرء نفسه في موقف المقابلة.

### -الشروط الفيزيقية:

يمكن إجراء المقابلة في أي موقع يمكن لشخصين أن يلتقيا فيه ويتفاعلا معا، في بعض الأحيان تحدث ذلك بطرق الصدفة، كمقابلة المريض في الشارع مثلا، ولا يختار الاكلينيكي عادة مثل هذا الموقع، ولكن احتياجات العميل أو درجة إلحاح الموقف أو ضرورته، أو حيث الصدفة المطلقة احيانا، قد تجعل حدوث مثل هذه المقابلة أمر لا مفر منه.

ومن الواضح أن هناك عددا من الشروط الفيزيقية التي ينبغي توافرها بشكل خاص أثناء المقابلة، ولعل أهم الاعتبارات التي يجب مراعاتها هي الخصوصية وتجنب المقاطعة فلا شيء يسيء إلى إستمرارية المقابلة مثل زنة الهاتف، أو سؤال من المساعد الاداري، أو طرقات باب لا تحترم خصوصية الموقف، إن مثل هذه التدخلات تعد مدمرة إلى حد كبير.

ولكن الأهم من ذلك هو الرسالة الكامنة وراء ذلك، وهي أن المريض ومشكلته يحتلان مكانة ثانوية، ففي النهاية، لا يمكن للمساعدين أن يطرقوا الباب أو يقوموا بتحويل مكالمة هاتفية للأخصائي إذا ما تم توجيه التعليمات إليهم بعدم القيام بذلك، ولأن غياب الخصوصية يؤدي إلى العديد من النتائج الضارة، فإن عازل الصوت يعد مهما جدا، فإذا ما كان الضجيج في المكاتب المجاورة مسموعا، فإن هذا ما سيقود العميل إلى الافتراض بأن صوته يمكن أن يسمع في الخارج أيضا، وقليلون هم المرض القادرون على الانفتاح والتجاوب في ظل ظروف كهذه.

ويمكن أن يكون مكتب الأخصائي أو الأثاث مستتا بقدر ما يفعل صوت عال أو ضجيج خارجي، وفي هذا المجال، نجد بعض القواعد البسيطة، التي تعتمد كثير منها على الذوق الشخصي، وعلى أية حال، فالعيد من الإكلينيكيين يفضلون المكاتب البسيطة و الأنيقة في الوقت نفسه، وباختصار فالمكتب المؤنث بطريقة تلفت الانتباه أو تثير الملاحظة أو الانتقاد ليس بالمكتب المثالي، والمعالج هنا يجب على العموم أن يكون مكتبه ليس باردا وباهتا، ولا أن يكون صارخا وملئًا بالأشياء الملفتة للانتباه.

## -تدوين الملاحظات وتسجيلها:

في النهاية ينبغي تدوين جميع أشكال الاتصال مع العميل وتوثيقها، ولكن هنالك بعض الخلاف حول وجوب أخذ الملاحظات أثناء المقابلة وعموماً، فبالرغم من قلة الشروط المتعلقة بذلك، يبدو من المرغوب به، بين الحين والآخر، أخذ الملاحظات أثناء المقابلة.

إن بعض الكلمات أو العبارات الرئيسية التي يتم تدوينها كفيلة بمساعدة الاكلينيكي على استرجاع المقابلة أو تذكرها، ومعظم الإكلينيكيين قد يساورهم الشعور أن مادة المقابلة شديدة الأهمية، بحيث أنها لا تستدعي منهم تدوينها، وأنهم يستذكرونها بسهولة.

ولك بعد مقابلة عدد من المرضى، تجد الإكلينيكي نفسه غير قادر على تذكر الكثير من المقابلات السابقة، وبالتالي يغدو تدوين قدر معقول من الملاحظات أثناء المقابلة أمراً ذا قيمة، هذا، ولن ينزعج معظم المرضى عادة من قيام الإكلينيكي يمثل هذا التدوين، وإذا ما أظهر أحدهم انزعاجاً، فينبغي مناقشة الأمر معه.

ومن حين لآخر، قد نجد مريضاً يعتبر أن ما يقوله مهم جداً مادام الإكلينيكي يقوم لكتابته بينما قد يطلب مريض آخر من الأخصائي الإكلينيكي عدم تدوين أية ملاحظات أثناء مناقشتها لموضع معين.

ويتوقع معظم المرضى على الأرجح قدراً معيناً من تدوين الملاحظات على أية حال، يجب تجنب أية محاولة لتدوين كلام المريض حرفياً (إلا عند تطبيق مقابلة مقننة)، فإحدى مخاطر التدوين الحرفي تتمثل في منع الأخصائي الإكلينيكي من تركيز اهتمامه على جوهر ما يقوله المريض، كما أن انشغاله التام بتدوين كل شيء يمكن أن يقلل من فهمه للفروق الدقيقة في تعليقات العميل ودلالاتها، إضافة إلى أن الإفراط في تدوين الملاحظات قد يمنعه من ملاحظة التغييرات الجسدية، وأية تغييرات في وضعية الجسم، علاوة على ذلك، فالمقابلة التي يتم تدوينها بالكامل سيتم قراءتها بالكامل لاحقاً، وسيصبح على الإكلينيكي أن يخوض في قراءة ملاحظات استغرقت 50 دقيقة، ليستخلص المفيد منها، في حين كان بالإمكان أن يستغرق ذلك 10 دقائق من المقابلة فقط.

ومع التعينات التي ظهرت في أيامنا هذه أصبح من السهل تسجيل المقابلة صوتياً أو بالصوت والصورة، ولا ينبغي أن يقوم الأخصائي الإكلينيكي بذلك تحت أي ظرف من الظروف دون أخذ الموافقة المسبقة من المريض، وفي أغلب الحالات، فإن دقائق قليلة من شرح مميزات التسجيل مع التأكيد على السرية التامة لهذا التسجيل (أو إنشائه فقط لأشخاص المفوضين، من قبل المريض سيؤدي إلى تعاون المريض التام مع الأخصائي الإكلينيكي، ولأن عاملنا اليوم تسوده تقنيات التسجيل الصوتي وتسجيل الصوت والصورة، فعلى الأغلب ألا تعترض المرضى عليها، وعلى العموم، فإن كثيراً من المرضى لا تزعمهم حتى الميكروفونات والمسجلات البارزة للعيان، وقد تتخيل المقابلة فترات من الحذر والرهبة إلا أنها سرعات ما تتلاشى، وفي الحقيقة، قد يتبين أن الأخصائي الإكلينيكي أكثر خشية من التسجيل مقارنة بالمريض، خاصة إذا كان من المتوقع دراسة المقابلة أو تقييمها من قبل مشرف أو

مستشار.

في بعض الحالات، يكون تسجيل بعض المقابلات بالصوت الصورة أمرًا مرغوبًا، فلغايات البحث العلمي، أو تدريب القائمين على المقابلة أو المعالجين، أو تقديم التغذية الراجعة للعميل كجزء من عملية العلاج، فإن التسجيل بالصوت والصورة يكون ذا قيمة كبيرة أحيانا، وينبغي على الأخصائي الإكلينيكي القيام به بشفافية وانفتاح ودون تطفل، وبعد الحصول على الموافقة المسبقة من العميل.

**الألفة:** ربما كان أكثر العوامل أهمية في المقابلة هو طبيعة العلاقة ما بين الإكلينيكي والمريض، وتباين نوعية العلاقة وطبيعتها وفقا لهدف المقابلة، مما يؤثر دون شك في نوع العلاقة التي تتطور أثناء التواصل.

**-تعريف الألفة:** الألفة هي الكلمة التي تستخدم عادة لوصف العلاقة ما بين المريض والإكلينيكي، وتشمل الألفة توفير جو مريح وفهم متبادل لأهداف المقابلة، ويمكن للألفة الجيدة أن تكون أداة أساسية، يحقق الإكلينيكي من خلالها هذه الأهداف، فالعلاقة غير الدافئة أو العدائية أو التي تتسم بالمخاصمة لذا تكون بناءة على الأرجح وبالرغم من أن الجو الإيجابي ليس العنصر الوحيد في المقابلة البناءة (فالإحصائي الدافئ غير المؤهل لن يجري أفضل المقابلات)، إلا أنه يكون عنصرا ضروريا عادة، ومهما كانت المهارات التي يمتلكها الإكلينيكي، فإنها ستؤدي إلى فعالية أكبر إذا ما كانت لديه القدرة على تكوين علاقة إيجابية فعالبا ما يأتي المرض إلى معظم المقابلات وهم على درجة من القلق من حيث أن يكتشف الأخصائي بانهم "مجانين" غير أسوياء، أو الخوف من أن ما يذكرونه أثناء المقابلة سيصل إلى أصحاب العمل، ومهما كانت طبيعة هذه المخاوف، فإن وجودها كفيل بتقليل فعالية الأخصائي الإكلينيكي.

**-خصائص الألفة:** يكون تحقيق الألفة بطرق عديدة، وتعدد هذه الطرق بتعدد الإكلينيكيين أنفسهم، وعلى أية حال، لا يوجد صندوق "حيل الألفة" بطرق عديدة، وتعدد هذه الطرق بتعدد الإكلينيكيين أنفسهم، وعلى أية حال، لا يوجد صندوق من "حيل الألفة"، التي يمكنها أن تحل محل التقبل والتفهم، واحترام العميل، ومثل هذا الاتجاه لا يتطلب من الإكلينيكي مصادقة جميع المرضى أو استلطافهم، كما لا يتطلب منه أن يتقن من السلوكيات ما يضمن له تكوين الألفة بشكل فوري، إن ما يتطلبه فعلا هو أن لا يصدر حكما مسبقا على المريض، بناء على المشكلات التي يطلب المساعدة في حلها.

فالتهم والصدق والتقبل والتعاطف ليست بالتقنيات العلاجية، واعتبارها كذلك، يعني أننا فقدنا أهميتها الحقيقية، فهي اتجاهات يتعذر تعلمها، ومجرد التفكير تتعلم كيفية الظهور بمظهر صادق ومتقبل ومتعاطف، يعني الاعتراف بغياب هذه المميزات، والافتقار إليها.

وعند ما يدرك المريض أن الإكلينيكي، تحاول فهم مشكلات بهدف مساعدته، يصبح بإمكان الإكلينيكي أن يقوم بمدى واسع من السلوكيات، فالتحري والمواجهة وعمليات التوكيد من قبل الأخصائي تصبح أمورا مقبولة

متى ما تم تكوين الألفة، وإذا ما تقبل المريض أن الأخصائي الإكلينيكي يهدف أولا وأخيرا إلى مساعدته، فإن مسألة الود المتبادل لن تكون ضرورية، إذ سيدرك المريض أن الإكلينيكي لا يسعى إلى تحقيق الرضا الشخصي من المقابلة.

والألفة ليست حالة تستدعي من الأخصائي الإكلينيكي أن يكون دائما ذلك الشخص المحبوب أو الرائع (كما يعتقد الطلبة المبتدئون عادة)، بل هي علاقة يتم تأسيسها على الاحترام والثقة المتبادلة والإيمان والتسامح بعض المرضى لديهم من الخبرات السابقة ما يمنعهم من تقبل حيث مجرد التمهيد المخلص والصادق العلاقة مهنية، ولكن في معظم الأحيان إذا ما ثابر الإكلينيكي على القيام بدوره الصحيح، وحافظ على احترامه للعميل، بينما يسعى لفهمه، سيجد أن العلاقة تتطور شيئا فشيئا، ومن الأخطاء الشائعة التي يقع فيها الأخصائيون المبتدئون في مقابلاتهم الأولى، قولهم عبارات مثل: هذا هو، نعم هذا هو، لا تقلق، أنا أعرف تماما ما يشعر به فبالرغم من كل شيء، سيتساءل العميل: "كيف يمكن لهذا الغريب أن يعرف ما اشعر به؟ سيأتي الألفة حتما، ولكنها ستأتي من خلال توجهات هادئة، تنم عن الاحترام والتقبل والكفاءة، لا من خلال التعليقات أو الحلول السريعة.

**-الاتصال:** لا بد من أن يكون هناك اتصال عند إجراء أية مقابلة، فسواء كنا نساعد أشخاصا في ضائقة ما، أو نعاون مرضى على إدراك إمكانياتهم، فإن الاتصال هو أذاتنا لتحقيق ذلك، والمشكلة الحقيقية، في هذا السياق، تكمن في التعرف على المهارات والتقنيات التي تضمن لنا أقصى درجات التواصل مع العميل.

#### **-بدء الجلسة:**

من المفيد غالبا أن نبدأ الجلسة التقييمية بمحادثة عرضية بإشارة بسيطة إلى صعوبة إيجاد موقف للسيارة، أو تعليق عادي حول حالة الطقس (قد يضيفي على الإكلينيكي صفة أنه شخص حقيقي، وبالتالي يبعد أية مخاوف قد تساور العميل حول التعامل مع ال "نفساني"، ومهما يكن محتوى المحادثة، فالحوار البسيط الهادف إلى تهدئة الموقف قبل الشروع بالحدث عن أسباب قدوم المريض، عادة ما يجعل تحقيق المقابلة الجيدة أمرا سهلا أو ممكنا.

**اللغة:** يعد استخدام لغة يفهمها العميل أمرا ذا أهمية قصوى في المقابلة، ولذلك ينبغي إجراء تقييم أولى لخلفية العميل ومستواه التعليمي وثقافية العامة، إذن فإن اللغة المستخدمة يجب أن تأخذ بعين الاعتبار هذه الأمور جميعا، فمن المهين مثلا الحديث إلى امرأة في الأربعين من عمرها تحمل درجة الماجستير في التاريخ وكأنها طالبة في الصفقة الثامن.

وفي سياق مماثل ليس ضروريا أن يتعامل الإكلينيكي مع الأشخاص الذين يطلبون المساعدة بطريقة طفولية، فطلب المساعدة لا يعني القصور أو عدم قدرة الشخص على الفهم، في الوقت نفسه، قد يكون من الضروري التخلي عن المصطلحات العلمية النفسية، التي ربما لا يفهمها سوى قلة قليلة من المرض، وربما يكون مدى فهمنا

موضعا للتساؤل إذا كنا لا نستطيع التواصل مع المرضى دون اللجوء إلى كلمات من أربعة مقاطع، وإذا ما وجدنا أنفسنا-دون قصد- نستخدم مثل هذه اللغة الفخمة لانتزاع إعجاب المرضى، فثمة خلل بالتأكيد وكذلك الحال بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي الذي يستخدم لغة "المراهقين" عند مقابلته لعميل في الخامسة عشرة من عمره، فهذا لن يؤدي إلى شعور العميل بالاعتزاز فحسب، بل وإلى ظهور الأخصائي بمظهر سخي أيضا.

باختصار شديد، إذا كان احترامك للعميل حقيقيا فإنك لست بحاجة إلى اللجوء لتقنيات سطحية وفي مجال ذي صلة، من المهم استخدام كلمات أو عبارات يفسرها المريض وفقا لما تعينه أنت، فعلى سبيل المثال كثيرا ما يقود سؤالك للأمر عن سلوك إنبنها إلى اجابة مثل: أوه إنه ولد جيد، أنه يفعل ما أطلبه منه بالضبط، بمعنى أن تركيز الأخصائيين الإكلينيكيين أحيانا على مفاهيم مثل "السلوك"، يكون بدرجة تنسيهم ما تعنيه هذه الكلمة بالنسبة لمعظم الناس.

- كما أنه من المهم أن يستوضح المعاني المقصودة من الكلمات أو المصطلحات التي يستخدمها العميل إذا كان هناك بعض الشك في فهمه لها، أو إذا كان للكلمة أكثر من معنى، فعلى سبيل المثال، لا ينبغي على الأخصائي الإكلينيكي أن يفترض بأنه يعرف ما يعنيه العميل بعبارته إنها مسيئة، فقد تشير العبارة إلى أن المرأة التي يتحدث عنها العميل تعامل الآخرين بفظاظة، ولكنها قد تعني أيضا أن تلك المرأة تلحق إساءة جسدية به أو غيره، وفي هذه الحالة يستدعي الأمر تدخلا فوريا.

**استخدام الأسئلة:** لاحظ مالوني ووارد (Maloney Ward) أن أسئلة الأخصائيين الإكلينيكيين قد يصبح بالتدرج أكثر تقنيا أثناء سير المقابلة، ويميز هذا العاملان بين عدة أنواع من الأسئلة، بما فيها الأسئلة المفتوحة، والأسئلة التسهيلية، والاستيضاحية، وأسئلة المواجهة، والأسئلة المباشرة، وكل من هذه الأسئلة مصمم بطريقة خاصة لتعزي الإتصال، كما يخدم كل منها هدفا معينا، أو ينفذ نمطا من المرضى دون غيره، ويوضح لنا الجدول التالي أنواع هذه الأسئلة.

نوعها	أهميتها	مثال
المفتوحة	-منح المريض شعورا بالمسؤولية والحرية في الاجابة	"هل يمكنك أن تحدثني عن تجربتك في الجيش".
التسهيلية	-تشجيع المريض على استئناف المحادثة	"هل يمكنك أن تخبرني المزيد عن ذلك".
الاستيضاحية	-تشجيع التوضيح أو الإسهاب	"أظن أن ذلك جعلك تشعر ب...؟"
المواجهة	-تستخدم في تحدى حالات التناقض أو عدم الاتساق.	"قبل ذلك، عندما قلت إن...؟"

المباشرة	- ما إن يتم تكوين الألفة، سيتولى المريض مسؤولية الاجابة.	-ماذا قلت لوالدك عندما انتقد اختيارك هذا؟
----------	--	---

**الصمت:** لا شيء يمكن أن يشير الضيق لدى الأخصائي المبتدئ أكثر من الصمت، لكن فترات الصمت قد تعني أشياء كثيرة، والمهم هو تقييم معنى الصمت ووظيفة في اطار المقابلة، كما أن استجابة الإكلينيكي لموافق الصمت ينبغي أن تكون مبررة ومنسجمة مع أهداف المقابلة، وليست إستجابة لحاجات شخصية أو شعور بعدم الأمن، فرمما يكون العميل في صمته بصدد لتنظيم فكرة ما، أو تحديد الموضوع التالي الذي يريد مناقشته، وربما يدل الصمت على وجود شيء من المقاومة، ولكن مثلما أنه من غير الملائم القفز للمليء كل لحظة صمت بالكلام، فمن غير الملائم أيضا انتظار العميل في كل مرة، بغض النظر عن طول مدة صمته.

وسواء أنهى الإكلينيكي فترة الصمت بالتعليق عليها أو قرر البدء بسلسلة جديدة من الاستفسارات فعلى استجابته أن تعزز الاتصال والفهم، وألا تكون حلا يائسا لتجاوز لحظة حرجة.

**-الإصغاء:** إذا ما أردنا الاتصال بفعالية ضمن دورنا كأخصائيين إكلينكيين، فينبغي على هذا الاتصال أن يعكس فهمنا وتقبلنا، ولا أمل لنا بذلك ما لم لكن نحدد الإصغاء، فمن خلال الإصغاء، نستطيع تقدير المعلومات وتفهم الانفعالات التي يفصح عنها العميل.

وإذا كنا مشغولين بنيل إعجاب العميل، أو كنا لا نشعر بالأمن في القيام بدورنا، أو إذا كانت هناك دوافع أخرى تحركنا غير الحاجة للفهم والتقبل، عندها فمن المرجح ألا نكون مصغيين فاعلين، وعموما فالإكلينيكي الماهر يعرف متى يكون مصغيا فعالا ونشطا.

(الفشل في الإصغاء قد يكون مشتتا، أو مشغول الفكر، أو ربما مهتما بمظهره الشخصي، تجاهل المعلومات الجديدة المهنية).

**قيمة الأخصائي الإكلينيكي وخلفيته:** يتفق الجميع تقريبا حول الفكرة القائلة بتأثير قيم الفرد وخلفيته وتحيزاته على إدراكه، على الأخصائيين الإكلينكيين أن يتفحصوا خبراتهم الخاصة، وأن يسعوا إلى معرفة الأسس التي تقوم عليها افتراضاتهم الشخصية، وذلك قبل إصدار الأحكام الإكلينيكية على الآخرين، فما يمكن أن يبدو للأخصائي الإكلينيكي دليلا على وجود اضطراب نفسي شديد، قد يعكس في الواقع ثقافة المريض ليس إلا، ولنأخذ المثال التالي: امرأة في الثامنة والأربعين من عمرها من أصول صينية، تلقت أدوية مضادة للذهان وأخرى مضادة للإكتئاب، لإصابتها باضطراب الاكتئاب الذهالي، وإثر هذا البرنامج العلاجي، فقدت المرأة الكثير من وزها، كما فقدت الأمل وأصبحت شبه عاجزة، ولعل أحد العناصر المهمة في تشخيصها بالذهان، كان اعتقادها بأن والدتها المتوفاة، التي تظهر لها في الأحلام، قد جاءت من عالم الموتى لحث إبنتها المريضة على الموت، واحضارها إلى العالم الآخر، ولم يتم تفسير هذا العرض على أنه معتقد هذالي، وإنما هو في الأساس معتقد ثقافي



لامرأة مكتتبة، بدأت مؤخرًا ترى أمها المتوفاة في أحلامها (وهو نذير شائع للموت لدى بعض المرضى الأسيويين) وقد استجابت هذه المريضة للعلاج بشكل جيد بعد توقفها عن تلقي مضادات الذهان كما تم تخفيف جرعات مضادات الاكتئاب، والبدء معها بجلوسات أسبوعية من العلاج النفسي.

وتوضح لنا هذه الحالة، كيف أن الإشارات السلوكية التي يعتمد عليها الإكلينيكي عادة في تشخيصاته قد تفقد معناها، عندما يتم تطبيقها على مرضى ينتمون إلى ثقافات مختلفة، كما بدأنا ضدرك أن قدرة الإكلينيكي على فهم كلام المريض وسلوكه تعتمد إلى حد بعيد على الخلفية المشتركة لهما.

### أنواع المقابلات: للمقابلة بمختلف أنواعها بعدان أساسيان للتمييز بينهما:

أولاً: تختلف المقابلات باختلاف هدف إجرائها، فقد يكون هدف إحدى المقابلات مثلاً تقييم العميل الذي يأتي إلى العيادة الجراحية لأول مرة (مقابلة الإدخال أو القبول)، بينما يكون هدف مقابلة أخرى هو التوصل إلى تشخيص للعميل وفقاً للدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-IV) (المقابلة التشخيصية).

أما البعد الثاني في التمييز بين المقابلات، فيتعلق بما إذا كانت المقابلة مقننة أو غير مقننة (ويشار إليها غالباً بالمقابلة (الإكلينيكية) *staurée*).

وفي المقابلات غير المقننة يسمح للأخصائي الإكلينيكي بطرح أي سؤال يخطر بباله، وبأي ترتيب يراه مناسباً، وعلى العكس من ذلك، فالمقابلات المقننة تتطلب من الإكلينيكي أن يطرح مجموعة من الأسئلة المقننة، بصورة حرفية، وبترتيب محدد.

المهارات المطلوبة للمقابلة فهي واحدة، بغض النظر عن المقابلة أو نوعها، فالألفة، ومهارات الاتصال الجيدة، وأسئلة المتابعة المناسبة، ومهارات الملاحظة الجيدة، كلها ضرورية حتى عند إجراء المقابلة المقننة، هذا، وينبغي أن يتذكر الإكلينيكي أن أية مقابلة تقييمية قد تكون لها مدلولاتها العلاجية المهمة، وفي النهاية فإن تصور المرض للعيادة، ودافعيتهم، وتوقعاتهم بتلقي المساعدة، كل ذلك قد يتأثر بدرجة كبيرة بخبراتهم أثناء جلسات مقابلة الإدخال أو التشخيص.

**-المقابلة التشخيصية:** يقوم الأخصائي الإكلينيكي بتشخيص المرضى وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي الرابع (DSM-VI) فقد تقوم بعض الهيئات، مثل هيئة المحاكم، بطلب إعادة تقييمات تشخيصية.

أما كيفية توصل الأخصائي الإكلينيكي إلى مثل هذه التشخيصات، فهذا أمر يعود إليه على أية حال وتاريخياً، فقد تم استخدام المقابلة الإكلينيكية في التشخيص، وهي مقابلة حرة غير مقننة تختلف محتواها بشكل كبير من إكلينيكي إلى آخر.

وكما هو متوقع، فإن هذا الأسلوب من المقابلة كثيراً ما ينتج تقديرات غير ثابتة، وذلك لأن قيام اثنين من

الإكلينيكيين بتشخيص المريض نفسه بهذه الطريقة قد يقود إلى صيغ تشخيصية مختلفة.

كما أن الأبحاث المتعلقة بثبات التشخيص باستخدام المقابلات الإكلينيكية غير المقننة، لم تدعم استخدام مثل هذا التوجه.

ولحسن الحظ، تغيرت الأمور عما كانت عليه، فقد قام الباحثون بتطوير المقابلات التشخيصية المقننة التي يمكن لأخصائيين الإكلينيكيين استخدامها في أبحاثهم أو عملهم، وتتألف المقابلة التشخيصية المقننة من مجموعة محددة من الأسئلة وأسئلة ... اللاحقة، يتم طرحها بتسلسل محدد، ويتضمن استخدام المقابلة التشخيصية المقننة أن يتم سؤال جميع المرضى أن المفحوصين الأسئلة ذاتها مما يزيد من احتمال أن يتوصل إكلينيكيان يقومان بتقييم المريض نفسه إلى الصيغة التشخيصية نفسها (ثبات عال بين المحكمين).

وهناك عدد من المقابلات التشخيصية المقننة المتاحة للأخصائيين الإكلينيكيين، وبين الشكل 16 جزءا من المقابلة الإكلينيكية المقننة لاضطرابات المحور الأول من الدليل التشخيصي الرابع المعدل.

ويساعد هذا الجزء من المقابلة في التعرف على وجود محكات الدليل التشخيصي الرابع للفوبيا المحددة، وتظهر الأسئلة التي يتم سؤالها في العمود الأيمن، أما المحكات الفعلية في الدليل التشخيصي الرابع فتظهر في العمود الأوسط.

#### -المقابلة المهنية (من أجل التوظيف):

تهدف إلى تحديد مدى ميلان وتناسب الشخص في مهنة إن تم إنتقاؤه من أفضل مرشحين لهذه المهنة وتسعى هذه المقابلة إلى جمع المعلومات عن بعض الجوانب الاجتماعية والانفعالية التي يتطلبها العمل.

من المفروض في هذه المقابلة أن يكون لدى القائمة بالمقابلة شروط:

-بيانات واضحة عن مطالب العمل والخصائص العقلية والنفسية التي يجب أن تتوفر في الموظف.

-أسباق المقابلة باستمرار الاستحقاق بالوظيفة تفيد المقابل ببعض المعلومات عن المفحوصين.

**ملاحظة:** إن هذه المقابلة يقوم بها أخصائي مختص في علم النفس المهني.

-المقابلة المقننة: توجه نفس الأسئلة ونفس الطريقة والترتيب لكل مفحوص وتقتصر الاجابة أن تكون محددة عن طريق استمارة البحث تحديدا مسبقا، كما تقدم الملاحظات الخاصة بالتمهيد للمقابلة أو إنهاؤها بانتظام واضح.

ويتميز هذا النوع من المقابلة بأنه يتيح فرصة المقارنة بين فرد وآخر، كما يستعمل الحصول على المعلومات المطلوبة دون إعطاء فرصة للمفحوصين للتهرب منها، كما يحدث أحيانا في المقابلة الحرة ويعاب عليها بأنها لا توفر حوا طبيعيا للمفحوص.

-المقابلة العلاجية: تهدف هذه المقابلة إلى استبصار الفرد لذاته ولسلوكه ودوافعه ومدى تحكمه من المخاوف والصراعات النفسية التي تؤرقه، كما تعمل على تخفيف ذاته وحل صراعاته... في هذه المقابلة تتم العلاج الموقف تبعاً لمعتقدات وظروف واقتناعات المفحوص.

#### -المقابلة البحثية:

المقابلة البحثية غير مقترنة بأغراض شخصية ولها خصائص عديدة:

-مستوى حرية المفحوص وعدم التنفيذ بنظام الأسئلة ويحتوي هذا التحديد أنماط معينة:

-المقابلة غير موجهة أو غير مباشرة (Entretien non Directif).

-المقابلة المقننة أو شبه مقننة.

-المقابلة البحثية ترتبط بتعيين محددات أخرى.

-زمن اجراء البحث.

-نوع البحث والمعلومات المستهدفة.

-أسلوب الاستجابة الفورية أو الاسقاطية للمستجوب.

-أسلوب الاستجابة الرجعية للقائم بالاستجواب.

-المواقف الذاتية والدفاعات.

وتخص المقابلة البحثية دراسة مواضيع الحالة الفردية أو العائلية وكذلك ظروف الأزمات الإيمائية، أساليب التكيف والتنظيمات المرضية.

تتطلب المقابلة البحثية التحكم في مختلف محاور الموضوع (علاقاته مع مواقف المفحوص حول أساليب الإدراك للواقع، الانفعال).

وتستدعي المقابلة البحثية التحكم في اجراءات تحليل المضمون وتطبيق طبقات الأجوبة وفق جداول المواضيع وبطاريات الأسئلة المعروضة.

تستهدف المقابلة البحثية الوصول إلى معلومات دالة حول التصميم الذهني والإدراكي للظواهر كما يقدمه المستجوب يتبلور هذا البعد في مراحل مترابطة:

1-المستجوب يدرك دوافع أفعاله وأساليب استجاباته.

2-المستجوب لا يدرك تماماً أسباباً أفعاله ويستدعي هذا الوضع استعمال طرق إعادة التعبير والتوضيح.

3- استعمال المقابلة حتى يتسنى للمستجوب الوصول إلى التحكم في الإجراءات والعلاقات الموجودة بين المعلومات والاتصال الأول تخص التصميم الظاهري والثانية تخص الداخلي.

## 2- الملاحظة:

-**التعريف العام للملاحظة:** هي الانتباه المقصود والمنظم والمضبوط للظاهرة أو حادثة بغية اكتشاف أسبابها وقوانينها.

### التعريف الخاص:

هو الانتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين بقصد متابعته ورصد تغيراته حتى يتمكن الباحث من وصفه أو تحليله أو تعديله.

هي أداة من أدوات الفحص وجمع المعلومات، من خلال ملاحظة الفاحص أو الأخصائي أو الباحث للظاهرة أو العميل وتسجيل كل ما يلاحظه، بشرط الالتزام بالدقة والموضوعية ودون أن يتدخل في مسار الأحداث بغية تغيير أو حذف أو إضافة أو تعديل أي أحداث تنتج عن العميل أو الظاهرة التي نحن بصدد دراستها.

### -أساليب الملاحظة:

**الملاحظة الطبيعية:** لكي تقيم السلوك ونفهمه، علينا أن نعرف أولاً ما لذي تتعامل معه، لذلك، فليس من المفاجئ أن يقوم التقييم السلوكي بتوظيف الملاحظة كتقنية اساسية، فقد يحاول الأخصائي الإكلينيكي فهم شخص ما يعاني من رهاب الأماكن المرتفعة، أو طالب يتجنب مواقف الامتحان، أو شخص يميل إلى تناول الطعام بصورة مفرطة.

ويمكن مقابلة هؤلاء الأشخاص، لكن العديد من الإكلينيكيين قد يرون أنه ما لم تتم ملاحظة هؤلاء الأشخاص في بيئتهم الطبيعية، فيتعذر علينا الفهم التام لمشكلاتهم، ولتحديد مدى تكرار السلوك المشكل ومقدار شدته ومدى تغلغه في حياة الفرد، أو العوامل التي تعمل على بقاءه واستمراره، نجد أن الإكلينيكيين من السلوكيين يؤيدون استخدام أسلوب الملاحظة المباشرة.

هناك عدة أسباب تجعل أنه من غير السهل القيام بالملاحظة الطبيعية في الممارسة الإكلينيكية، ولهذا الأسباب، لم يستخدم هذا الأسلوب (الملاحظة الطبيعية) بالقدر الذي ينبغي استخدامه وفي الواقع، ماتزال الملاحظة تحظى بأهمية أكبر في مجال البحث منها في مجال الممارسة.

على اية حال، لسنا بحاجة لأن نكون متعصبين للتوجه السلوكي لكي نقر بأهمية البيانات التي يتم الحصول عليها عن طريق الملاحظة، وليس بعيدا عن الاحتمال أن يتوصل الأخصائيون الإكلينيكيون، بمختلف مذاهبهم

إلى صورة غير مكتملة عن عملائهم، فرغم كل شيء، قد لا يرى الأخصائيون عملاءهم إلا في الدقائق الخمسين من ساعة العلاج، أو من خلال صفحة نفسية لاختبار موضوعي أو إسقاطي ولكن نتيجة للطبيعة المرهفة للعديد من اجراءات الملاحظة، فإن العديد من الأخصائيين الإكلينيكين يفضلون طرق التقييم التقليدية الأيسر والأكثر كفاءة وفعالية.

**-أمثلة على الملاحظة الطبيعية:** هناك العديد من أشكال الملاحظة الطبيعية التي استخدمت في مواقع محددة على مر السنين، وقد شملت هذه المواقع الصفوف المدرسية، ساحات اللعب، المستشفيات العامة والنفسية، البيئة المنزلية، مؤسسات الإعاقة العقلية، وجلسات العلاج في العيادات الخارجية، ونأخذ كمثال "الملاحظة المدرسية".

**-الملاحظة المدرسية:** كثيرا ما يتعامل الأخصائي الإكلينيكي الذي يعني بالأطفال مع المشكلات السلوكية التي تحدث في المدارس، فهناك من الأطفال من يكون مشاغبا في الصف، أو عدوانيا في ساحة اللعب، أو خائفا بشكل عام، أو منتسبا بالمعلمة، أو ضعيف التركيز في الدرس... الخ، وعلى الرغم من فائدة التقارير اللفظية للوالدين والمدرسين، إلا أن أكثر اجراءات التقييم مباشرة هي ملاحظة السلوك المشكل في بيئته الطبيعية، وفي هذا السياق، ثم تطوير عدد من أنظمة الترميز على مر السنين لاستخدامها في الملاحظة المدرسية.

ومن الأمثلة على أنظمة الملاحظة المدرسية المستخدمة في المدارس، نموذج الملاحظة المباشرة لقائمة سلوك الأطفال، والذي وضعه أحنينباخ.

ويستخدم هذا النموذج لتقييم أنماط السلوك المشكل، والتي يمكن ملاحظتها في الصفوف المدرسية أو في مواقع أخرى، ويتكون هذا النموذج من 96 فقرة تمثل كل منها مشكلة، إضافة إلى فقرات مفتوحة تتيح للمقيم تحديد تلك السلوكات المشكلة التي لا تشملها هذه الفقرات، وتنص التعليمات على إعطاء درجة واحدة لكل فقرة، حسب تكرارها وشدتها، وذلك خلال عشر دقائق من الملاحظة، ومن الجند القيام بست فقرات من الملاحظة، مدة كل منها 10 دقائق، بحيث يمكن إيجاد معدل للدرجات عبر مناسبات مختلفة، وبهذه الطريقة، يمكننا الحصول على تقدير أكثر ثباتا واستقرار لمستوى المشكلات السلوكية التي تحدث في الصف.

**-الملاحظة المضبوطة:** تحتل الملاحظة الطبيعية قدرا كبيرا من الحكم الحدسي، فهي تزودنا بفكرة حول كيفية تصرف الأشخاص فعليا، فكرة لا تشوهها تقارير ذاتية، أو استدلالات، أو أية متغيرات أخرى قد تؤثر عليها، ومرة أخرى، فالأقوال أسهل من الأفعال، أحيانا قد لا يحدث السلوك الذي يكون الأخصائي الإكلينيكي بصدد ملاحظته، بشكل طبيعية، إضافة إلى ذلك يمكن إهدار الكثير من الوقت والجهد والموارد، في انتظار حدوث هذا السلوك أو الموقف المطلوب، فتقييم تولي زمام المسؤولية، مثلا قد يحتاج إلى يوم تلو الأخر من الملاحظة المكلفة، قبل حدوث الموقف المطلوب، ثم بعد ذلك، وما إن يشرع الإكلينيكي بالتسجيل، قد يطرأ

بشيء آخر على البيئة، ويفسد الموقف برمته بمجرد إحداث تغيير بسيط فيه، فضلا عن أن العميل، أثناء المواقف التلقائية الحرة، قد يتعد مسافة يتعذر معها الاستماع إلى المحادثة، أو قد ينتقل المشهد كله إلى مكان آخر بسرعة تمنعنا من اللحاق به، وباختصار، يمكن القول إن هذه المواقف الطبيعية كثيرا ما تضع الأخصائي الإكلينيكي تحت رحمة الأحداث، التي قد تدمر أية فرصة متاحة للتقييم الموضوعي الدقيق، لذلك يلجأ الإكلينيكيين أحيانا إلى الملاحظة المضبوطة، للتعامل مع هذه المشكلات وتفاديها.

ويشار أحيانا إلى الملاحظة المضبوطة بالملاحظة السلوكية التناظرية، ويمكن القيام بمثل هذه الملاحظة في المواقف الإكلينيكية أو في البيئة الطبيعية، والمهم هنا، هو أن البيئة "مصممة"، بحيث من الممكن للمقيم أن يلاحظ السلوك أو التفاعل المطلوب، كأن يطلب من الزوجين في المختبر مناقشة مشكلات ذات صلة بعلاقتهم، وذلك لإتاحة الفرصة للباحث لملاحظة أنماط التفاعل بينهما.

وقد استخدم الباحثون لعدة سنوات تقنيات لاختبار عينات مضبوطة من السلوكيات، وهي في حقيقتها اختبارات موقفية، تضع الأفراد في مواقف شبيهة إلى حد قريب أو بعيد بتلك المواقف التي تحدث في واقع الحياة، وبعد ذلك، تتم أخذ الملاحظات المباشرة، والمتعلقة بردود فعلهم إن هذا المنحى في أحد وجوهه، نوع من أنواع منحى عينه العمل، حيث يكون الموقف الاختباري للسلوك مشابها إلى حد كبير للسلوك المحكى المتنبأ به، وهذا كفيلا بتقليص الأخطاء المتعلقة بالتنبؤ والتي قد تحدث عند تطبيق اختبارات نفسه، تكون فيها المثيرات مثلا بعيدة جدا عن المواقف المتنبأ بها.

### 3- الاختبارات النفسية:

هو عملية تقيس جانبا واحدا من جوانب الفرد، أي تقيس مدى كفاية الفرد في إحدى النواحي، ويعرف بأنه مجموعة من المثيرات تُعد لتقيس قدرات أو صفات أو سلوكا ما بطريقة كمية، فهي من وسائل القياس التي يستخدمها الباحث للكشف عن الفروق بين الأفراد والجماعات.

إذن الاختبارات النفسية هي إحدى الوسائل الهامة في التشخيص النفسي، إذ تشخص حالة الفرد المفحوص: قدراته العقلية وخصائص شخصيته. وعن طريق التشخيص يمكن التنبؤ عن تطور سلوك الفرد في المواقف الحياتية، كما تكشف أيضا للسلوكيات عن أفضل الوسائل الملائمة لعلاج الحالة المعينة، ومتابعتها وتقويمها.

وكمثال عن هذه الاختبارات النفسية، نذكر الاختبارات الإسقاطية التي تُعرف على أنها وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد، كالخصائص المتميزة، وهذا ما يجعلها مناسبة لأن يسقط عليها الفرد حاجاته ودوافعه ورغباته وتفسيراته الخاصة دون أن يتفطن لما يقوم به من تفرغ وجداني. ومن هذه الاختبارات الإسقاطية نذكر: اختبار تداعي الكلمات، اختبار تكملة الجمل الناقصة، اختبار تفهم الموضوع (T.A.T)، اختبار روزنزفايج للإحباط المصور، اختبار الروشاخ، اختبار رسم الشجرة.

## المحاضرة الرابعة:

### المعايير المعتمدة في تشخيص الاضطرابات النفسية

#### 1- مفهوم المشكلات أو الاضطرابات النفسية:

هي اضطراب وظيفي في الشخصية في صورة مظاهر نفسية وجسمية، يؤثر في سلوك الشخص وفي توافقه النفسي ويعيق حياته السوية في المجتمع.

#### 2- معايير التشخيص في DSM-V و DSM-IV-TR

بدأت جهود كبيرة لتصنيف الاضطرابات العقلية في سنة 1952 عندما نشرت الرابطة الأمريكية للطب النفسي الدليل الإحصائي الأول لتشخيص الأمراض العقلية. هذا النظام التصنيفي المنهجي يوفر المعلومات عن الأعراض واحتمال حدوثها إحصائياً ومعايير التشخيص.

يحتوي تنقيح عام 1994 الرابع على أكثر من 250 مرضاً ومع أن الأخصائيين النفسيين غالباً غير راضين عن المصطلحات الطبية والتعقيد وموثوقية وسلامة هذا التصنيف، إلا أنه أفضل نظام تصنيف متاح حالياً ويسمح ببناء نظريات علماء النفس عن بداية الاضطرابات العقلية، تقدمها وعلاجها.

لعل أكبر مشكلة في نظام التصنيف هذا هو أن الذي يطلب العلاج إذا حُبل لقب "مصاب باضطراب عقلي" ينظر إليه باعتباره "مريض عقلي". وهنا يمكن للعلامات النفسية أن تجرد الناس من إنسانيتهم وقد تدفع الآخرين إلى الانطواء والخوف والشك.

يحتوي الدليل الرابع على الأعراض والمعايير المضبوطة التي يجب استيفاؤها لعمل التشخيص، ويعطي العياديون لغة مشتركة لتمييز الاضطرابات العقلية ومبادئ توجيهية شاملة لتشخيص الاضطرابات النفسية.

يشمل التشخيص حالياً نظاماً متعدد المحاور يأخذ بعين الاعتبار خمسة محاور مختلفة للسلوك:

- المحور الأول: اضطرابات سريرية ووضعية أخرى قابلة للفحص العيادي.

- المحور الثاني: اضطراب الشخصية (المعادية، النرجسية، الاعتمادية والمتجنبة) والتخلف العقلي.

- المحور الثالث: الاصابات الطبية (الجسدية) العامة وظروف مثل مشاكل القلب والسكري والربو التي

قد تتفاعل مع الظروف النفسية أو تعجل بظهورها.

- المحور الرابع: المشاكل النفسية الاجتماعية والبيئية. تجمع المعلومات عن الحياة الحالية للمريض وماضيه

لتحديد مستوى الضغوط النفسية والمحيطية التي يعاني منها هذا الشخص.

- المحور الخامس: تقييم شامل لمستوى الأداء والسير النفسي.

حدثت بعض التعديلات في النسخة الخامسة للدليل التشخيصي (DSM-V) يشدد على وجوب مراعاة معايير هامة مثل : دراسة الاضطرابات في شموليتها وظروف أو شروط أخرى تستدعي فطنة عيادية، كما تشدد على عناصر مثل التقييم، الثقافة، نماذج لاضطرابات الشخصية، والظروف التي تتطلب دراسات موسعة.

يمكن الاحتفاظ عموماً ببعض المعايير المعتمدة في حذف (exclusion) أو تجميع (inclusion) الأعراض أثناء ضبط التشخيص الفارقي من أجل تجاوز اللبس التشخيصي (Incertitude Diagnostique) أهمها:

- التسلسل والتناسق الطولي للاضطرابات المؤسسة على سوابق العميل، أي عدم ظهور سابق لاضطراب

غير متجانس مع الأعراض الحالية، مثل ظهور حلقة (فترة) هوسية يلغي تشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم (Trouble Dépressif Majeur) ويطرح ضرورة التأكد من تشخيص الاضطراب الدوري 1 .

-التناسق العرضي بين الاضطرابات والأصناف الفرعية فيما بينها، مثل تخصيص صفة " قهر التكرار "

يتماشى مع صفة " النموذج الهجاسي "، لكن سمة " الشك " لا تتناسب حتماً في كل الحالات مع " النموذج

القهري أو الهجاسي ". فالحالة الأولى قابلة للتجميع أما الثانية فهي قابلة للحذف.

-عدم تزامن وتداخل التشخيص لاضطراب ما مع ظهور اضطراب آخر ( مشابه أو لا ) خلال تطورها .

فلا نستطيع مثلاً تشخيص اضطراب التحول (conversion) من زاوية التجسيد فقط عند ظهوره في حالات الشلل الجسمي النصفية.

-التأكد من عدم تأثير إصابات طبية عامة أو مواد كيميائية خلال ظهور الاضطراب النفسي أو العقلي،

يجب مثلاً حذف كل الأسباب الطبية التي تشكك في ظهور اضطراب الاكتئاب الجسيم.

-توافق الحكم العيادي في تحديد التشخيص من خلال القدرة على تمييز الاضطراب المدروس عن باقي

الاضطرابات التي لديها مظاهر أو أعراض مشابهة ( التشخيص الفارقي ). لذا على المختص أن يدعم ويثبت العناصر المميزة لاضطراب ما من أجل تفريقها عن أعراض اضطراب آخر . كالتمييز مثلاً بين الشخصيات الهزلية (المستيرية) (Histrionique) والشخصيات النرجسية.

## مواصفات الشدة (sévérité) والتطور (évolution) في DSM- 4<sup>4</sup> DSM-5<sup>5</sup>

يطبق تشخيص ال DSM-5 عموماً على الحالة الراهنة للفرد ولا يستخدم بصورة نموذجية لتنقيط

الاضطرابات القديمة التي تعافى منها الفرد . يمكن إدراج المواصفات التالية للإشارة إلى الشدة والتطور بعد التشخيص : خفيف، متوسط، شديد، في هدأة جزئية، في هدأة تامة، والسوابق المرضية.



ينبغي استخدام محددات، خفيف ومتوسط وشديد فقط عندما تتحقق المعايير الكاملة للاضطراب وعند تقرير ما إذا كان ينبغي وصف التظاهر باعتباره خفيف أو متوسط أو شديداً، يجب على العيادي أن يضع في الحسبان عدد وشدة أعراض وعلامات الاضطراب أو أي اختلال ينجم عن ذلك في الأداء المهني أو الاجتماعي . يمكن استخدام الإرشادات التالية بالنسبة لغالبية الاضطرابات:

-خفيف: عدم وجود أعراض أو وجود القليل منها زيادة على ما هو مطلوب لوضع التشخيص، ولا ينشأ

عن الأعراض أكثر من اختلال طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني.

- متوسط: وجود أعراض أو اختلال وظيفي يقع بين "الشديد" و"الخفيف".

-شديد: وجود الكثير من الأعراض التي تزيد عما هو مطلوب لوضع التشخيص، أو وجود بضعة أعراض

شديدة على نحو خاص، كما ينجم عن الأعراض اختلال صريح في الأداء الاجتماعي أو المهني.

-في هدأة جزئية (Rémission Partielle): تحققت المعايير التامة للاضطراب سابقاً ، لكن ما تبقى

حالي هو بعض أعراض وعلامات الاضطراب فقط.

-في هدأة تامة (Rémission Complète) لم يعد هناك أية أعراض أو علامات للاضطراب ولكن يبقى

مناسباً لتدوين الاضطراب، على سبيل المثال، عند فرد لديه نوبات سابقة من الاضطراب ثنائي القطب ظل

خالي من الأعراض لمدة 3 سنوات وهو يعالج بالليثيوم .بعد فترة من الهدأة التامة، يمكن للطبيب أن يقدر أن

المريض تعافى، وبالتالي لا يعود بعدها ليرمز الاضطراب كتشخيص راهن .يتطلب التفريق بين الهدأة التامة

ولشفاء اعتبار عوامل كثيرة، بما في ذلك السير المميز للاضطراب وطول الزمن بعد آخر فترة من الاضطراب، والمدة

الكلية للاضطراب والحاجة إلى تقييم مستمر ومعالجة وقائية.

-السوابق المرضية (القصة السابقة): من أجل أعراض محددة، قد يكون مفيداً تدوين قصة المعايير التي

تحققت لاضطراب ما، حتى لو اعتبر الشخص شافي منه .مثل هذه التشخيصات الماضية سيشار إليها باستخدام

المحدد سوابق مرضية (مثال، اضطراب قلق الانفصال، قصة سابقة لفرد لديه قصة اضطراب قلق الانفصال لم يعد

لديه اضطراب حالي أو تتحقق لديه حالي المعايير اضطراب الملح).

أعدت معايير نوعية لتحديد خفيف ومتوسط وشديد بالنسبة للاضطرابات التالية: التخلف العقلي

واضطراب المسلك (conduite) والنوبة الهوسية والنوبة الاكتئابية الجسيمة .وتوجد معايير نوعية لتحديد الهدأة

الجزئية والهدأة التامة بالنسبة لما يلي: النوبة الهوسية والنوبة الاكتئابية الجسيمة والاعتماد على المواد.

## المعاودة (الرُّجعة) (Récidives)

ليس نادرا في الممارسة السريرية، بعد فترة لم تعد تتحقق فيه المعايير الكاملة للاضطراب (أي في حالة هدأة جزئية أو تامة أو حالة شفاء)، أن يظهر بعض الأشخاص أعراضا توحى بعودة الاضطراب الأصلي دون أن تتحقق رغم ذلك العتبة المطلوبة لذلك الاضطراب حسب المعايير التشخيصية. إن الطريقة الفضلى للإشارة إلى وجود هذه الأعراض هي المحاكمة السريرية، لذا توجد خيارات متاحة وهي:

\*إذا اعتبرت الأعراض نوبة جديدة لحالة معاودة، يمكن تشخيص المرض على أنه حالي (أو مؤقت) حتى قبل أن تتحقق المعايير الكاملة (مثال: بعد تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة لمدة 10 أيام فقط عوض 14 يوم المطلوبة عادة).

\*إذا اعتبرت الأعراض مهمة سريريا ، ولكن ليس واضح ا ما إذا كانت تشكل معاودة للاضطراب الأصلي، فمن الممكن أن تكون الفئة "غير محدد" في مكان آخر مناسبة لذلك.

إذا لم تُعتبر الأعراض مهمة سريريا ، فلا ضرورة لوضع تشخيص حالي أو مؤقت إضافي، بل يمكن تدوين سوابق مرضية.

## التشخيص الرئيسي /دافع الاستشارة

إذا ما أعطي لشخص ما داخل المستشفى أكثر من تشخيص، فإن التشخيص الأساسي، بعد الدراسة، يتمثل في الإصابة التي تكون هي السبب الأساسي في قبول الشخص بالمستشفى .وعندما يعطى لشخص ما خارج المستشفى أكثر من تشخيص، فإن دافع الاستشارة هو الحالة التي تكون مسؤولة أساسا عن خدمات الكفالة التي يتلقاها أثناء الزيارة .في معظم الحالات، يكون التشخيص الأساسي أو دافع الزيارة هو المحور الأساسي للفحص والمعالجة .من الصعب غالبا وأحيانا من الاعتباطي تقرير ما هو التشخيص الأساسي أو دافع الاستشارة، خاصة حينما يتعلق الأمر بتشخيص مزدوج متعلق باستعمال مادة مثل التبعية للأمفيتامين مترافق بتشخيص غير متعلق باستعمال مادة كما في حالة ال فصام فعلى سبيل المثال قد يكون اختيار التشخيص "الأساسي" إشكاليا لدى شخص أدخل إلى المستشفى من أجل ف صام ومن أجل تسمم بالأمفيتامين في نفس الوقت، لأن كلا الحالتين قد تتطلبان نفس المستوى من القبول والمعالجة في الوسط الاستشفائي .

يمكن تسجيل تشخيصات متعددة في عدة محاور أو لا .عندما يكون التشخيص الأساسي مندرجا في المحور I، يستدل عليه بإدراجه أولا . أما بقية الاضطرابات فت درج بالترتيب حسب أهميتها السريرية والعلاجية .عندما يحصل شخص ما على تشخيصات في المحورين II و I ، سيفترض أن التشخيص الأساسي أو دافع الزيارة يناسب ما، هو مسجل في المحور I ما لم ي تبع التشخيص في المحور II بعبارة وصفية "تشخيص أساسي" أو "دافع الزيارة".

## التشخيص المؤقت

يمكن استخدام العبارة "مؤقت" عندما تكون هناك دواعي قوية للتفكير بأنه ستستوفي المعايير الكاملة لاضطراب ما، بيد أنه لا تتوفر معلومات كافية لوضع تشخيص جازم. يمكن للعيادي أن يشير إلى اللبس في التشخيص بعد التشخيص. على سبيل المثال، يمكن أن يبدي مريض ما تظاهرات اضطراب "مؤقت" بإضافة عبارة اكتئابي جسيم، لكنه عاجز عن تقديم قصة وافية تؤكد تحقق المعايير الكاملة.

ثمّة استخدام آخر لتعبير "مؤقت" وذلك للحالات التي يعتمد فيها التشخيص الفارقي حصراً على مدة المرض.

فعلى سبيل المثال، يتطلب تشخيص الاضطراب ذا الشكل الفصامي مدة تقل عن الستة أشهر ولا يمكن تسجيله إلا بصورة مؤقتة طالما لم تحدث الهدأة.

## استخدام الفئات "غير محددة (Non spécifique)

بسبب تنوع التظاهرات السريرية، هناك استحالة أن تغطي الاصطلاحات التشخيصية كل الحالات المحتملة، لهذا أو عدة "السبب فإن كل صنف تشخيصي مزود بواحد على الأقل من فئة "غير محدد" (NS: non spécifique) فئات غير محددة في مكان آخر.

بعد هذا الشرح لمختلف المعايير التي يحاول العيادي مراعاتها في تشخيص الاضطرابات النفسية في ظل الدليل التشخيصي، يمكن عرض الاضطرابات التي أحصاها الدليل في طبعته الأخيرة (ترجمة أنور الحمادي) لأخذ نظرة شاملة عن التصنيف المستنتج من تطبيق كل تلك المعايير.

## فهرس الاضطرابات المصنفة في (DSM-V)

### I - اضطرابات النمو العصبية:

1-الإعاقات الذهنية

-اضطراب النمو الذهني

-تأخر النمو الشامل

-الإعاقاة الذهنية غير المحددة

2-اضطرابات التواصل

-اضطراب اللغة

-اضطراب صوت الكلام

-البدء الطفلي لاضطراب الطلاقة -التأتأة

-اضطراب التواصل الاجتماعي -العملي

-اضطراب التواصل غير المحدد

3 -اضطراب طيف التوحد

4-اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة

-اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة (المحدد الآخر)

- (اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة) غير محدد (NS)

5-اضطراب التعلم (المحدد)

6-الاضطرابات الحركية

-اضطراب التناسق التطوري

-اضطراب الحركة النمطي

- (Tics)اضطرابات العنرة

1-اضطراب توريت (Gilles de la Tourette)

2-اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المستمر -المزمن

3-اضطراب العرات التمهيدي

4-اضطراب العرات (المحدد الآخر)

5-اضطراب العرة (غير محدد)

-اضطرابات النمو العصبي الأخرى

1-اضطرابات النمو العصبي (المحددة الأخرى)

2-اضطراب النمو العصبي (غير المحدد)

## II - طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

1-الاضطراب التوهيمي (Trouble Délirant)

2-الاضطراب الذهاني الوجداني

3-الاضطراب الفصامي الشكل

4-الاضطراب الفصامي

5-اضطراب الفصام الوجداني

6-الاضطراب الذهاني المحدث بالمواد

7-اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى

8-الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر -محدد الكاتاتونيا

9-كاتاتونيا بسبب حالة طبية أخرى

10-الكاتاتونيا غير المحددة

11-اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية المحددة الأخرى

12-اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى غير المحددة

## III -ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

1-اضطراب ثنائي القطب I

2-الاضطراب ثنائي القطب II

3-اضطراب المزاج الدوري

4-ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة/دواء

5-ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى

6-ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

7-ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

8-محددات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

-مع انزعاج قلبي

- نوبة هوس أو تحت هوس، مع مظاهر مختلطة
- نوبة اكتئاب، مع مظاهر مختلطة
- مع دوران سريع
- محدد المظاهر السوداوية
- مع مظاهر لا نموذجية
- مع مظاهر ذهانية
- مع كاتاتونيا
- مع بدء حول الولادة
- مع النمط الفصلي
- تحديد الهدأة
- تحديد الشدة الحالية

#### IV- الاضطرابات الاكتئابية

- 1-اضطراب المزاج المتقلب المشوش
  - 2-الاضطراب الاكتئابي الجسيم
  - 3-اضطراب اكتئابي مستمر -سوء المزاج
  - 4-اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث
  - 5-الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء
  - 6-اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى
  - 7-اضطراب اكتئابي محدد آخر
  - 8-اضطراب اكتئابي غير محدد
  - 9-محددات الاضطرابات الاكتئابية
- مع انزعاج قلقي
  - مع مظاهر مختلطة
  - مع المظاهر السوداوية
  - مع مظاهر لا نموذجية
  - مع مظاهر ذهانية

-مع بدء حول الولادة

-مع النمط الفصلي

-تحديد الهدأة (Rémission)

-تحديد الشدة الحالية

## V - اضطرابات القلق

1-اضطراب قلق الانفصال

2-ال صمات الانتقائي

3-الرهاب النوعي

4-اضطراب القلق الاجتماعي -الرهاب الاجتماعي

5-اضطراب الملح

6-رهاب ال ن ساح (Agoraphobie)

7-اضطراب القلق المعمم

8-اضطراب القلق المحث بمادة/دواء

9-اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى

10-اضطراب قلق محدد آخر

11-اضطراب قلق غير محدد

## VI - الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة

1-اضطراب الوسواس القهري

2-اضطراب تشوه شكل الجسم

3-اضطراب الاكتناز

4-هوس نتف الشعر اضطراب نتف الأشعار-

5-نزع الجلد اضطراب نزع الجلد-

6-الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحث بمادة/دواء

7-الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى

8-الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

9-الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

## VII- الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد

- 1-اضطراب التعلق التفاعلي
- 2-اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل
- 3-اضطراب الكرب ما بعد الصدمة
- 4-اضطراب الكرب الحاد
- 5-اضطرابات التأقلم
- 6-الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة الأخرى
- 7-الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد غير المحددة.

## VIII- الاضطرابات التفارقية

- 1-اضطراب الهوية التفارقية (dissociative).
- 2-النسوة التفارقية (Amnésie Dissociative).
- 3-اضطراب تبندد الشخصية/تبندد الواقع.
- 4-اضطراب تفارقي محدد آخر.
- 5-اضطراب تفارقي غير محدد.

## IX- العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة

- 1-اضطراب العرض الجسدي
- 2-اضطراب قلق المرض
- 3-اضطراب التحويل اضطراب العرض العصبي-الوظيفي
- 4-العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى
- 5-الاضطراب فتعلا لم
- 6-اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى
- 7-اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

## X- اضطرابات التغذية والأكل

- 1-شهوة الطين
- 2-اضطراب الاجترار
- 3-اضطراب تناول الطعام التحنبي/المقيد



4-فقدان الشهية العصبي القمه -العصبي

5-النهم العصبي

6-اضطراب الشراهة للطعام

7-اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر

8-اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد

## **XI- اضطرابات الإفراغ**

1-سلس البول

2-سلس الغائط

3-اضطراب الإفراغ المحدد الآخر

4-اضطراب الإفراغ غير المحدد

## **XII- اضطرابات النوم واليقظة**

1-اضطراب الأرق

2-اضطراب فرط النعاس

3-النوم الانتيابي

4-اضطرابات النوم ذات الصلة بالتنفس

-توقف التنفس أو قصور التنفس الانسدادي أثناء النوم

-توقف التنفس وسط النوم

-نقص التهوية المتعلق بالنوم

5-اضطراب وتيرة النوم اليقظة الي ومي-

6-حالات النوم المضطرب

-اضطرابات الاستثارة خلال نوم حركة العين غير السريعة

-اضطراب الكابوس

-اضطراب السلوك خلال نوم حركة العين السريعة

-متلازمة الساقين المتتململتين

7-اضطراب النوم المحدث بمادة/دواء

8-اضطراب الأرق المحدد الآخر

- 9- اضطراب أرق غير محدد
- 10- اضطراب فرط النعاس المحدد الآخر
- 11- اضطراب فرط النعاس غير المحدد
- 12- اضطراب نوم يقظة محدد آخر.
- 13- اضطراب نوم يقظة غير محدد.

### XIII- اختلالات الوظيفة الجنسية

- 1- تأخر القذف
- 2- اضطراب الانتصاب
- 3- اضطراب النشوة الجنسية الأنثوي
- 4- اضطراب الاهتمام/الاستثارة الجنسي الأنثوي
- 5- اضطراب ألم الإيلاج الحوضي التناسلي
- 6- اضطراب نقص النشاط والرغبة الجنسية الذكري
- 7- القذف المبكر
- 8- خلل جنسي محدث بمادة/دواء
- 9- خلل وظيفة جنسية محدد آخر
- 10- خلل وظيفة جنسية غير محدد

### XIV- الانزعاج من الجندر (Identité sexuelle)

- 1- الانزعاج من الجندر عند الأطفال
- 2- الانزعاج من الجندر لدى المراهقين والبالغين
- 3- انزعاج من الجندر محدد آخر
- 4- انزعاج من الجندر غير محدد

### XV- اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك

- 1- اضطراب التحدي الاعتراضي
- 2- الاضطراب الانفعالي المتقطع
- 3- اضطراب المسلك (Actes)
- 4- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

5- هوس إشعال الحرائق

6- هوس السرقة

7- اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك محدد آخر

8- اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك غير محدد

## XVI- الاضطرابات المتعلقة بمادة الإدمانية

1- الاضطرابات المتعلقة بالكحول

- اضطراب استعمال الكحول

- الانسمام بالكحول

- سحب الكحول

- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالكحول

- اضطراب متعلق بالكحول غير محدد

2- الاضطرابات المتعلقة بالكافيين

- الانسمام بالكافيين

- سحب الكافيين

- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالكافيين

- اضطراب متعلق بالكافيين غير محدد

3- الاضطرابات المتعلقة بالحشيش

- اضطراب استعمال الحشيش

- الانسمام بالحشيش

- سحب الحشيش

- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالحشيش

- اضطراب متعلق بالحشيش غير محدد

4- الاضطرابات المتعلقة بالمهلوسات

- اضطراب استعمال فينيسكلدين

- اضطراب استعمال المهلوسات الأخرى

- الانسمام بفينيسكلدين

- الانسمام بمهلوس آخر
- الاضطراب الإدراكي المستمر بالمهلوسات
- الاضطرابات الأخرى المحدثه بفينيسكلدين
- الاضطرابات الأخرى المحدثه بمهلوس آخر
- اضطراب متعلق بفينيسكلدين غير محدد
- اضطراب متعلق بمهلوس غير محدد
- 5-الاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات
- اضطراب استعمال المستنشقات
- الانسمام بالمستنشقات
- الاضطرابات الأخرى المحدثه بالمستنشقات
- اضطراب متعلق بالمستنشقات غير محدد
- 6-الاضطرابات المتعلقة بالأفيون
- اضطراب استعمال الأفيون
- الانسمام بالأفيون
- سحب الأفيون
- الاضطرابات الأخرى المحدثه بالأفيون
- اضطراب متعلق بالأفيون غير محدد
- 7-الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق
- الانسمام بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق
- الاضطرابات الأخرى المحدثه بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- اضطراب متعلق بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق غير محدد
- 8-الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات
- اضطراب استعمال المنشطات
- الانسمام بالمنشطات

- سحب المنشطات
- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالمنشطات
- اضطراب متعلق بالمنشطات غير محدد
- 9- الاضطرابات المتعلقة بالتبغ
  - اضطراب استعمال التبغ
  - سحب التبغ
  - الاضطرابات الأخرى المحدثة بالتبغ
  - اضطراب متعلق بالتبغ غير محدد
- 10- الاضطرابات المتعلقة بمادة أخرى أو غير معروفة-
  - اضطراب استعمال مادة أخرى أو غير معروفة-
  - الانسمام بمادة أخرى أو غير معروفة-
  - سحب مادة أخرى أو غير معروفة-
  - الاضطرابات الأخرى المحدثة بمادة أخرى أو غير معروفة-
  - اضطراب متعلق بمادة أخرى أو غير معروفة غير محدد- -
- 11- الاضطرابات غير المتعلقة بالمواد
  - اضطراب المقامرة

## XVII- الاضطرابات العصبية المعرفية

- 1- الهذيان
- 2- هذيان محدد آخر
- 3- هذيان غير محدد
- 4- الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم
- 5- الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل
- 6- الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء الزهايمر
- 7- اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل جبهي صدغي
- 8- اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب جسيمات ليوي.
- 9- اضطراب عصبي معرفي وعائي جسيم أو معتدل

- 10- الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب أذيات الدماغ الرضية
- 11- الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المحدث بمادة/دواء
- 12- الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب خمج فيروس نقص المناعة البشري HIV
- 13- الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء بريون
- 14- اضطراب عصبي معرفي معتدل أو جسيم بسبب داء باركنسون
- 15- اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب داء هنتغتون
- 16- اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب حالة طبية أخرى
- 17- الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل الناتج عن تعدد الأسباب المرضية
- 18- اضطراب عصبي معرفي غير محدد

## XVIII- اضطرابات الشخصية

- 1- اضطراب الشخصية العام
- 2- المجموعة A من اضطرابات الشخصية
  - اضطراب الشخصية الزوراني
  - اضطراب الشخصية الفصامانية
  - اضطراب الشخصية الفصامي النمط
- 3- المجموعة B من اضطرابات الشخصية
  - اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع
  - اضطراب الشخصية الحدية
  - اضطراب الشخصية الهيسثريونية
  - اضطراب الشخصية النرجسية
- 4- المجموعة C من اضطرابات الشخصية
  - اضطراب الشخصية التجنيدية
  - اضطراب الشخصية الاعتمادية
  - اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.
- 5- اضطرابات الشخصية الأخرى
  - تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى

-اضطراب شخصية محدد آخر

-اضطراب شخصية غير محدد

## **XIX- اضطرابات الولوج الجنسي**

1-اضطراب التلصص

2-اضطراب الاستعراء

3-اضطراب الاحتكاك

4-اضطراب المازوخية الجنسية

5-اضطراب السادية الجنسية

6-اضطراب الولوج بالأطفال

7-اضطراب الفيتشية

8-اضطراب لبس ملابس الجنس الآخر

9-اضطراب الولوج الجنسي المحدد الآخر

10-اضطراب الولوج الجنسي الغير المحدد

## **XX- اضطرابات عقلية أخرى**

1-اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى

2-اضطراب عقلي غير محدد ناتج عن حالة طبية أخرى

3-اضطراب عقلي محدد آخر

4-اضطراب عقلي غير محدد

## **XXI- اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية**

1-الباركنسونية المحدثة بمضادات الذهان

2-الباركنسونية المحدثة بأدوية أخرى

3-متلازمة مضادات الذهان الخبيثة

4-خلل التوتر العضلي الحاد المحدث بالأدوية

5-الزئزئ الحاد المحدث بالأدوية

6-خلل الحركة الآجل

7-خلل التوتر العضلي الآجل

8-الزلز الآجل

9-رعاش الوضعة المحدث بالأدوية

10-اضطراب حركة آخر محدث بالأدوية

11-متلازمة قطع مضادات الاكتئاب

12-تأثير جانبي آخر لدواء.

## XXII- حالات أخرى قد تكون محور ا للاهتمام السريري

1-مشاكل العلاقات

-مشاكل متعلقة بالتنشأة الأسرية

-مشاكل أخرى ذات صلة بمجموعة الدعم الأساسية

2-سوء المعاملة والإهمال

-مشاكل إساءة معاملة الطفل وإهماله

-مشاكل سوء المعاملة والإهمال للبالغين

3-مشاكل تعليمية و مهنية.

4-مشاكل السكن والمشاكل الاقتصادية

5-مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية

6-مقابلات الخدمات الصحية الأخرى للنصح والمشورة الطبية

7-مشاكل ذات صلة بالظروف الأخرى النفسية، الشخصية، والظروف البيئية.

8-المشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الطبية وأشكال الرعاية الصحية الأخرى.