

جامعة محمد بوضياف _المسيلة_

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

مطبوعة بيداغوجية بعنوان:

تقنيات التشخيص

مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة السنة الثالثة ليسانس علم النفس العيادي

إعداد وتقديم

الدكتور تومي طيب

السنة الجامعية

2023/2022

البطاقة الفنية للمقياس

كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

مقياس: تقنيات التشخيص

المستوى الدراسي: الثالثة ليسانس علم النفس العيادي

السداسي: 6

وحدة التعليم: استكشافية

الرصيد: 5

المعامل: 3

الحجم الساعي: 45 سا

طريقة التقويم: امتحان

تقديم الأستاذ المحاضر: طيب تومي

الأهداف التعليمية للمقياس:

- _ تمكين الطالب من أهم التصنيفات المستعملة في التشخيص
- _ الإطلاع على مراحل التشخيص وكيفياته.
- _ تمكين الطالب من معرفة الدور العيادي للأخصائي النفسي.
- _ تمكين الطالب من الناحية النظرية التعرف على بعض الاضطرابات العصابية والذهانية.
- _ محاولة إيصال الطالب إلى تكوين معلوماتي وتطبيقي في عملية الفحص والتشخيص

محتوى المقياس

- 1_ مفاهيم عامة حول عملية التشخيص التشخيص.
- 2_ تعريف الاخصائي النفسي ومجالاته.
- 3_المسلّمات التي يستند اليها الاخصائي النفسي في عملية

التشخيص

- 4_أنواع عملية التشخيص.
- 5_الاصول النظرية للفحص النفسي.
- 6_المقومات الأساسية لعملية التشخيص النفسي.
- 7_أدوات جمع المعلومات في عملية التشخيص.
- 8_صعوبات وعراقيل عملة التشخيص والتصنيف.
- 9_عملية تصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية .
- 10_أمثلة توضيحية عن بعض الاضطرابات العصابية
والذهانية.

تمهيد

يهدف هذا المقياس إلى تعريف طالب السنة الثالثة في شعبة علم النفس العيادي بطرق وتقنيات التشخيص، على اعتبار أن عملية التشخيص من الأساسيات التي تركز عليها علم النفس العيادي، والمتوجهين إلى هذه الشعبة في علم النفس يمكن أن يتحدد من خلالها توجههم في الفحص العيادي.

كما يجب أن يعرف الطالب من خلال هذه الوحدة أن عملية الفحص العيادي وتقنية التشخيص عملية ليست بالسهلة، بل هي عملية دقيقة ومعقدة، تحتاج وقتا كافيا، لأنها من أهم المراحل التي لا بد أن يتوقف عندها ليفهمها بالشكل المستقيم، كما رأينا في هذه المادة العلمية أنها تحتوي على عناصر أفكار أساسية تساعد الطالب بناء تكوينه العلمي والبيداغوجي.

نستلها بتعريفنا وتحديد الاختلاف بين المصطلحات المتشابهة لمصطلح تقنيات التشخيص وتوضيح أهمية عملية الفحص أو التشخيص، وبعد تحديد أنواع عملية التشخيص، ثم تبيان للطالب المقومات الأساسية التي تقوم عليها هاته العملية، وبعد ذلك توضيح الأساليب المعينة على عملية التشخيص، ثم ذكر العراقيل التي تواجه الأخصائي النفسي في عملية التشخيص، وفي الأخير توقفنا على ذكر مرجعيات الاضطرابات النفسية والعقلية مستندين في ذلك على DSM 5 .

المحاضرة الأولى

مفاهيم عامة:

جاء في كتاب: "علم النفس الإكلينيكي في التدخل العلاجي" للدكتور أديب محمد

الخالدي (2015) أن هناك تعريفات متعددة لعلم النفس العيادي وفقا لمناحي مختلفة

يُمكن عرضيا في عُجالة في ما يلي:

1_ المنحى الطبي:

تنوعت التعريفات التي تؤكد على الجانب الطبي في علم النفس العيادي واعتبرته

نقطة الارتكاز في العمل الإكلينيكي ومنها تعريف هابرمان (1951) Haberman الذي

يرى: أن علم النفس العيادي هو علم النفس الطبي أو العلاجي حيث تُوكل مهمة

التشخيص والعلاج للأخصائي النفسي وهذا ما أكده من قبل الإكلينيكي **Bisch** عندما

اعتبره بأنه علم مبني على الخبرة الإك لينيكية التي تركز أساسا ع لى الخلفية

الطبية...ورغم أن هذا المنظور متطرفا نوعا ما إلا أن هناك علاقة تلازمية بين علم

النفس العيادي والطب النفسي في رسم خطوات التشخيص النفسي الإكلينيكي للأفراد

المرضى وبالتالي تحديد الخطة العلاجية الملائمة.

2_ المنحى القياسي:

يعتبر برونر **Bronner** من الأوائل الذين دعوا إلى الاتجاه القياسي في علم النفس

العيادي حيث يعتبر أنه لا يمكن التعرف على الحالات غير العادية إلا باستعمال

الاختبارات التي والمقاييس النفسية والعقلية والشخصية التي يعتبرها أساس عملية

التشخيص والتي تسمح باقتراح العلاج المناسب ، إذ يعتبر في الوقت الراهن الأخذ بهذا

المنحى من طرف العديد من الأطباء العقلين والأخصائيين النفسيين وغيرهم في حقل
الجلسات النفسية، وكذلك من المختصين في الإرشاد النفسي والقياس النفسي ، وحتى
الإكلينيكين، حيث هنا يمكن الإدلاء بأهمية القياس النفسي في تقديم الخدمات الإكلينكية
في مجال التشخيص والعلاج.

3_ المنحى الشذوذي:

أكد جودارد Goddard أن علم النفس العيادي يهتم بالفحص الشخصي للفرد الشاذ
من حيث قدراته العقلية ، وهذا ما ذهب إليه العديد من العلماء في المجال النفسي ومنهم
والين wallin، حيث يمكن القول بأن الفحص النفسي الإكلينيكي هو في الأساس تطبيق
للطريقة الإكلينكية تشخيصا وتتبؤا وعلاجا بالاعتماد على أسس وتقنيات خاصة بهذه
التقني من أجل فحص العميل على أكمل صورة تامة ، وقد يمارس الأخصائي في هذا
المجال سواء لوحده أو ضمن فريق عمل كل في حدود إعداده وتدريبه وإمكانياته للتفاعل
مع العميل بقصد فهم ديناميات شخصيته وتشخيص مشكلاته وحتى التنبؤ عن احتمالات
تطور حالته ومدى استجابته لمختلف العلاجات، وبالتالي مساعدته للوصول إلى التوافق
الشخصي ومن ثم الاجتماعي.

1_ المفاهيم والمصطلحات المتعلقة بالتشخيص:

ينظر إلى علم النفس العيادي عادة على أنه مجال تطبيقي ، إذ يحاول الأخصائيون
العياديون تطبيق المبادئ المدعمة تجريبيا على المشكلات التكيفية والسلوك الشاذ، وهذا
يتضمن إيجاد طرق ناجعة في تغيير سلوك العميل وأفكاره ومشاعره، وبهذه الطريقة يساهم

النفساني العيادي في التخفيف من سوء التكيف أو اضطرابه الوظيفي، أو زيادة مستويات تكيفه. فقبل صياغة العياديين التدخلات العلاجية المناسبة وتطبيقها، ينبغي أولاً: تقييم أعراض الاضطراب النفسي لدى العميل ومستويات سوء التكيف لديه، مما يثير بذلك الغموض وعدم الوضوح الذي يكتنف تعريفات مثل هاته الحالات وما يتصل بها، إضافة إلى أن تطبيق هذه المصطلحات على العملاء لا تكون منهجية أحياناً؛ وهنا يجعلنا نؤكد أن علم النفس العيادي قد قطع شوطاً طويلاً ليتجاوز الآراء البدائية التي تعرف الاضطراب النفسي على أنه استحواذ شيطاني أو روح شريرة، فلم يعد سوء التكيف يعتبر خطيئة من الخطايا كما كان ينظر إليه في السابق، وتوضيحا لما سبق شهدت الساحة في القرنين (18_19) بوادر أفكار جديدة تقول إن المجانين: "أشخاص مرضى" ويحتاجون إلى الرعاية الإنسانية، لكن حتى ذلك الحين فإن أقل ما يقال عن ممارسات الصحة النفسية أنها غريبة، ومن جهات النظر المعاصرة للأخصائيين العياديين أكثر تعقيداً من تلك كان عليها أسلافهم، ومع ذلك مازال من ينظر إلى بعض العلاجات الراهنة كالعلاج بالصدمات الكهربائية _ بعين الشك واليقين، كما أنه هناك من ينظر إلى العلاجات التي تستخدم العقاقير الكيميائية النفسية مثل: (مضادات الذهان _ مضادات القلق _ مضادات الاكتئاب) على أنها أقل ما تعتبر متفردة.

والى هنا وجب عند التطرق لمفهوم التشخيص يجب التذكير بمجموعة من المفاهيم ذات الصلة المباشرة به، وقد فضلنا اختيار بعضها من أجل الإلمام بكل المصطلحات التي تعني على شرح ذلك المفهوم : كعلم النفس المرضي (pathologique)

Psychologie) عند بشري بارجوري (1979) أن علم النفس المرضي هو فرع من علم النفس يدرس تطور التحولات النفس البشرية، دون الاهتمام بالجوانب التقنية للعلاجات ، حيث تشير كلمة التحولات التي تطرأ على النفس في شكلها أو في بنيتها إلى حد يصعب فيه التعرف عليها بسهولة.

ومن خلال هذا يمكن الآن توضيح بعض المصطلحات التي لها علاقة بمفهوم

التشخيص

1_ 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

généalogie، أو انحدارها الفرعي ،ويعين العناصر المشتركة لمختلف السجلات

المرضية(عصابات، ذهانات، انحرافات وتنظيمات سيكوجسدية).

2_ التصنيف الوصفي Nosographie :

فهو وصف وترتيب للأمراض كما هي وكما توصل إليها المنهج التصنيفي، فهو يقوم

مبدئياً على معيار التمييز بين الأصناف التي يحددها بالتجميع والحذف، أي تجميع أو

حذف العلامات العيادية التي تسمح بالتوصل إلى وحدات سريرية Unités cliniques

متميزة تماماً عن بعضها البعض ومختلفة عن السواء، بهدف تدعيم فرضية ما ودحض

ورفض أخرى.

3_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 الامراض أو الاضطرابات.

4_علم الأعراض: sémiologie:

هو عموما دراسة العلامات أو المظاهر العيادية (السريرية) المشحونة بالمعاني كما أنه علم يدرس مظاهر التنظيم السيكومرضي القابلة للإدراك وللاستيعاب عند العُملاء (Patients) كما هي معروضة في عيون وحساسة وعواطف الملاحظ . المترجمة أصلا في سلوكياته.

5_العلامة: signe

هي شيء مدرك يسمح باستنتاج وجود شيء أو تحديده ومعرفته ، مثل : التباطؤ والميل إلى التثاؤب هما من العلامات الدالة على التعب ، أما العَرَض فهو علامة مرتبطة بحالة ما أو تطور مرضي معين يسمح بالكشف عن تلك الحالة، فالإحساس بالا رهاق وفقدان الشهية والحزن هي أعراض ممكنة لحالة اكتئاب.

6_ التشخيص:

مُصطلح "التشخيص" مشتق من المجال الطبي، ويعني في الأصل اليوناني "المعرفة الدقيقة"، التي تتضمن تحديداً دقيقاً لطبيعة الاضطراب؛ تحديداً يميزه عن غيره من الاضطرابات، التي تنتمي إلى الفئة التصنيفية نفسها.

أ_ مفهومه:

تعتبر إجراءات التعرف و الفحص و التشخيص عملية معقدة و تحتاج إلى جهد كبير و ذلك بسبب عدم الاتفاق التام على تعريفات الاضطرابات النفسية أو حتى بسبب تفسير التعريف بشكل مختلف ، وكذلك تختلف طرائق و إجراءات و فلسفات الذين يقومون بالفحص و التشخيص اعتمادا على اتجاهاتهم النظرية و خبراتهم في الممارسة الميدانية. والتشخيص في الطب هو عبارة عن " قراءة كمية و كيفية" للمرض الذي يعاني منه المريض، و ذلك عن طريق فحص الأعراض و استنتاج الأسباب و جمع الملاحظات و تكاملها و وضعها في فئة معينة و التشخيص في علم النفس المرضي لا يختلف كثيرا عن هذا المضمون (الفخراي، 2015)

كما يُعرف زهران (2005) التشخيص على أنه السبيل الذي من خلاله يتسنى التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض حيث تتضمن عملية التشخيص محاولة الكشف عن ديناميات الشخصية لدى المريض من خلال فهم أسبابها وأعراضها المرضية. كذلك يُعرّف التشخيص على أنه "الوصول لفهم مشكلة العميل من خلال التحديد الدقيق للسبب و تحديد العوامل التي أدت لحدوثها وذلك من أجل الوصول لتقرير وحكم

سليم لوضع العميل و بيان حالته للوصول إلى اختيار أفضل الأساليب العلاجية

"(الفخراي، 2015).

يضيف رضوان (2013) على أن التشخيص الإكلينيكي هو : " الاستقصاء أو

التحري المؤسس علميا للظواهر ذات الصلة بللناحية النفسية الإكلينيكية وبمساعدة طرق

صادقة و ثابتة و موضوعية، تستخدم فيه مستويات ومظاهر مختلفة لما ينبغي تشخيصه،

وأيضا مصادر بيارية للمساعدة على الاستنتاجات واتخاذ القرارات العلاجية، و لا يقتصر

التشخيص على التعرف على الأمراض والاضطرابات النفسية فحسب، و إنما يمتد ليشتمل

على ما ينجم عن ذلك من قرارات مصيرية تخص وضع الخطة العلاجية المناسبة . وعلى

عكس التشخيص النفسي فإن نجد منظومات التصنيف العالمية للاضطرابات النفسية

ICD-10 و DSM-IV تقوم على التصنيف فقط و ليس على التدخل".

ومما سبق، يمكن تعريف التشخيص على أنه "تلك العملية التي يقوم بها السيكولوجي،

بهدف جمع البيانات والمعلومات عن العميل ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم

صورة متكاملة لشخصية المريض، وتتضمن وصفا دقيقا لقدراته ومشكلاته و اسباب سوء

توافقه، و ذلك بهدف وضع تصور أو إستراتيجية معينة لخطة علاجية تتناسب مع مشكلة

الفرد" ويتطلب التشخيص فهما كاملا لحالة العميل من خلال نظريتين هما:

- نظرية رأسية: وهي دراسة مراحل نمو الشخص و ارتقائه منذ المرحلة الجنينية

حتى اللحظة الحالية، و ذلك من مختلف الجوانب الجسمية و الطبية و الانفعالية و

الاجتماعية و التربوية.

- نظرية أفقية: وهي دراسة التأثير المتبادل بين الفرد و بيئته الداخلية و الخارجية

للتعرف على حالات سوء التكيف و الأعراض عنده. (صالح، 2014)

وأخيرا يمكن القول بأن التشخيص هو: الفهم الكامل والقائم على المعرفة الدقيقة، ليس فقط للواقع، الذي يعيشه العميل أو المريض في الوقت الحاضر، بل وللتاريخ السابق الذي مر به؛ كما وتتصف هذه المعرفة بالشمول، لأنها لا تقتصر على جانب معين من الشخصية، بل تشمل جوانب متعددة، كالقدرات العقلية، والسمات الوجدانية، والاتجاهات الشعورية، والمضامين اللاشعورية التي تؤثر في العميل. وهنا لا يكون التشخيص لذات التشخيص، بل لهدف معين أو أهداف معينة، تفيد النفساني أثناء وضع البرنامج العلاجي.

وإذا كان التشخيص مصطلحا مشتقا من الطب، إلا أنه يختلف عنه في عدة أمور:

1_ من حيث أسباب الاضطراب أو المرض:

يمكن في المجال الطبي تحديد الأسباب بدرجة عالية من الدقة؛ أما في التشخيص النفسي، فإنه يصعب تحديد الأسباب، لذلك يُستخدم مفهوم "العوامل المساهمة"، بدلاً من الأسباب، وإذا كانت الأسباب في التشخيص الطبي محددة يمكن عزلها عن غيرها من العوامل؛ حيث إن الأسباب في التشخيص النفسي أقل تحديداً ويصعب عزلها، كما أنها تتداخل في بعضها البعض.

2_ من حيث تصنيف الاضطرابات:

ثمة شبه إجماع على فئات الأمراض العضوية والجسمية، كما أنه يسهل الاتفاق بين الأطباء على نوع المرض، الذي تعاني منه الحالة، أما في التشخيص النفسي، فتوجد درجة محددة من الاتفاق على فئات الأمراض والاضطرابات، فضلاً عن صعوبة الاتفاق بين الأخصائيين الإكلينيكين على نوع المرض أو الاضطراب، الذي تعاني منه الحالة.

3_ من حيث التنبؤ بسير المرض:

يمكن التنبؤ بمآل المرض ومساره بين من اتفقوا على التشخيص الطبي؛ أما المآل في مجال الاضطرابات النفسية، فيكون احتمالياً ومتنوعاً داخل الفئة التصنيفية الواحدة؛ بل ويكون فردياً في أكثر الحالات.

4_ من حيث العلاج:

يكون العلاج معروفاً ومحددًا للأمراض العضوية، أما الاضطرابات والأمراض النفسية، فيكون العلاج أقل تحديداً؛ بل يكون ذا طبيعة فردية تبعاً لكل حالة.

وحسب (محمد سالم بن القرني وآخرون 2016 ص 107) يجب في عملية التشخيص استخدام محددات (خفيف، متوسط، شديد) فقط عندما تتحقق المعايير الكاملة للاضطراب، وعند تقرير ما إذا كان ينبغي وصف التظاهر باعتباره خفيفاً أو متوسطاً أو شديداً، مما يجب على الطبيب أن يضع في الحسبان عدد وشدة الأعراض وعلامات الاضطراب وأي اختلال ينجم عن ذلك في الأداء المهني أو الاجتماعي، يمكن استخدام الإرشادات التالية بالنسبة لغالبية الاضطرابات:

✓ **خفيف:** عدم وجود أعراض أو وجود القليل منها، ولا ينشأ عن الأعراض أكثر من

اختلال طفيف في الأداء النفسي أو الاجتماعي أو المهني .

✓ **متوسط:** وجود أعراض أو اختلال وظيفي يقع بين الخفيف و الشديد.

✓ **شديد:** وجود الكثير من الأعراض، أو وجود بضعة أعراض شديدة، كما ينجم عن

الأعراض اختلال صريح في الأداء الاجتماعي أو المهني.

المحاضرة الثانية

_الأخصائي النفسي

1_ تعريف الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

هو شخص متخصص مطلع على حقائق علم النفس ونظرياته وطرائق وتطبيقاته العملية ويعد أيضا ذلك المتخصص الذي يستخدم الإجراءات السيكولوجية ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق ال علاجي، لكل واحد إمكاناته ، ويتم ذلك في تفاعل إيجابي بقصد فهم شخصية العميل وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ باحتمالات تطور حالاته، ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج ثم العمل إلى الوصول به إلى أقصى درجة ممكنة من التوافق الشخصي والاجتماعي ، ويعرف أيضا بأنه ذاك الشخص المتخصص الذي أكمل دراسته الجامعية في تخصص علم النفس الإكلينيكي، والذي يقوم بدور التشخيص والعلاج النفسي للإضطرابات السلوكية في المستشفيات وفي المصحات النفسية. ويعتبر الطبيب السويسري Edouard Claparède أول من أشار إلى مفهوم علم

النفس

الإكلينيكي سنة 1949 ، والفضل في اكتشافه كفرع قائم بذاته يرجع إلى دانيال لاغاش.

ويعرف دانيال لاغاش: "الأخصائي النفسي الإكلينيكي بأنه الشخص الذي يهتم

بدراسة السلوك الإنساني إذ يركز أساسا على الملاحظة والتحليل العميق للحالات

الفردية عادية أو مرضية فهو يبحث عن إيجاد مفهوم Le sens و بنية La structure

الاضطراب أو المرض. (Lagache, 2004, p. p. 16- 17)

وأيضاً الأخصائي النفسي هو الشخص الذي يدرس السلوك الإنساني والعمليات العقلية ويعمل على تطبيق ما تعلمه من خلال تكوينه السيكولوجي في عملية تقويم وعلاج الاضطرابات النفسية. (Brunet, et Casoni 2009, p. 18)

والأخصائي النفسي كما يؤكد جارفيد Graffied هو قبل كل شيء عالم النفس يحتفظ بولائه لعلم النفس الذي يتلقى إعداده فيه ويلتزم بقيمه الأساسية ومنها القيم المرتبطة بالبحث العلمي إضافة إلى أنه يتلقى التدريبات العملية في المواقف العيادية. (ديراسو 2011)

ومن هنا نستطيع القول بأن الأخصائي النفسي هو شخص متخصص يجب أن تتوفر فيه سمات مميزة لتجعله شخصاً ناجحاً في عمله وذلك من خلال تلقيه إعداداً وتدريباً متكاملين في مجموعة من الدروس النفسية الخاصة بأقسام علم النفس بالجامعات ليتسنى له القيام بدور فعال وتجنب الصعوبات التي تعيقه على أداء مهام الممارسة السيكولوجية.

2_ مجالات الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

حدّد "شاكو" Schakow مجالات واهتمامات الأخصائي النفسي كالتالي:

- قد ينتظم اهتمام السيكولوجي حول استخدام الاختبارات النفسية والشخصية وذلك للكشف عن بناء الشخصية ودوافعها، وميولها واهتماماتها، وصراعاتها... وكذلك للكشف عن قدرات الفرد العقلية وإمكاناته واستعداداته الخاصة.

- قد ينتظم اهتمام السيكولوجي حول الاتجاه الدينامي في دراسة الشخصية، عبر دراسة الحالة، وتطبيق الاختبارات والمقاييس، ليكشف عن قوى الصراع والإشكالات النفسية التي يعاني منها العميل.

- يحاول السيكولوجي الوقوف على الخصائص والسمات والديناميات المختلفة التي تنتظم فيها شخصية الفرد.

ويعتقد أيضا أن كل هذه الاتجاهات هي من الأهمية بالدرجة التي تتطلب مراعاتها في تدريب الأخصائي النفسي العيادي .

-ويتصدى الأخصائي النفسي لمشكلات التوافق وسوء التوافق النفسي والاجتماعي، مستخدما أدوات القياس أو الاختبارات النفسية، بقصد الكشف عن المشكلات الانفعالية، والعقلية، والانفعالية والوجدانية، وتشخيص أنواع الاضطرابات السلوكية، والتنبؤ بمدى تطورها، ومعرفة مآلاتها.

ولا يقتصر العمل العيادي على مساعدة الأفراد داخل العيادة والمستشفيات فقط، وإنما يمتد عمله إلى داخل المؤسسات التربوية والاجتماعية، والمهنية، ومؤسسات التأهيل الاجتماعي، وهناك اتجاه جديد هو أن تنتقل مجالات السيكولوجي من العيادات إلى المجتمع، والانخراط في كافة المؤسسات ومختلف ميادين الحياة.

3_ خصائص الأخصائي النفسي العيادي

_ الاهتمام بالناس والرغبة في مساعدة الآخرين لحل مشكلاتهم.
-القدرة على إقامة علاقة فعالة مع الآخرين.

– أن يتمتع بقدر عال من الاستبصار الذاتي لدوافعه ورغباته وحاجاته ومشاعره، إذ أن العوامل الذاتية لها تأثير كبير في الممارسة الإكلينيكية وخاصة على الفرد المفحوص.

_ التحلي بال ضبط الانفعالي الذي يشكل مطلباً ضرورياً يجب توافره وخاصة على مستوى الممارسة لأن ردود فعل العميل تتأثر بشكل أو بآخر بذاتية الممارس وانفعالاته.

– يجب أن يكون مخلصاً أميناً و يسعى إلى وقاية مريضه وشفائه مستخدماً كافة مهاراته ومرونته.

– الإحساس بالمسؤولية والالتزام بالمعايير المهنية تقنياً وأخلاقياً.

ولا زال الباحثون يضيفون صفات وخصائص المرشدين أو المعالجين النفسانيين تمكنهم من أن يكونوا قادرين على المساعدة الفعالة لعملائهم، فهم أصحاب مستويات عالية من الطاقة ولديهم القدرة العالية على التركيز وتحمل الفوضى والصبر على بعض المواقف الغامضة أو الغير محددة من عملائهم، وهم مخاطرون أحياناً خاصة مع الحالات العنيفة ذات التأثير بالاضطراب الشديد.

ويشير اتحاد علم النفس الأمريكي في 2002 إلى مجموعة من الصفات التي يجب

أن يتميز بها المختصين في العلاج النفسي، وهي أربعة جوانب أساسية ورئيسية وهي:

أ_ الجانب الأول:

هو الجانب العقلي : وهو الذي يجعل المعالج النفسي مميزاً في ذكائه قادراً على

محاكمة الأمور الإنسانية ومواجهة المشكلات و متبصراً، وتشير الدراسات العديدة في

مجال العلاج النفسي أن من الصعوبة نجاح متوسطي الذكاء والقدرات في عملهم

كمعالجين نفسانيين.

ب_ الجانب الثاني:

اهتمامات وميول المعالج النفسي: فلا بد أن يكون المعالج النفسي مهتما و مُ نصتا

جيذا لفهم مشكلات الناس وخدمتهم والصبر في ذلك المجال.

ج_ المجال الثالث:

التحصيل المعرفي والثقافة: فنجاح المعالج في عمله لا يقف عند حدود الشهادة التي

تحصل عليها في دراسته، بل لا بد من امتلاك ثقافة علمية وإنسانية واسعة تحقق له

الاطلاع على كل جوانب الأمور المتعلقة بتخصصه كمعالج نفسي، ويجب أن يكون على

اتصال مستمر بمنجزات علم النفس بشكل خاص والعلوم الإنسانية بشكل عام.

د_ الجانب الرابع:

يتعلق بأخلاقيات المعالج: ويتجه هذا الجانب إلى الإلحاح على أن المتخصص في

العلاج النفسي لابد أن يحمل شعورا عميقا يجعله يراعي مصالح الآخرين ويحترمهم وأن

عمله الأساسي مرتبط ارتباطا وثيقا بتحقيق هذه المصلحة ، كما يحتاج المعالج النفسي

لكي يبدأ بعلاقة علاجية سليمة والحفاظ على سلامتها في جو نفسي وصحي وطبيعي أن

يُوفر بعض الخصائص للجلسات العلاجية التي تمكنه من خلق جو علاجي صحي

ويتضمن: مايلي (هدى سايب وآخرون: 2019)

✓ الثقة المتبادلة.

✓ الاستعداد للمساعدة.

✓ التقبل الغير المشروط.

✓ حسن الإصغاء.

✓ المسؤولية الإنسانية المشتركة.

4_ دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

إن للأخصائي النفسي الإكلينيكي الكثير من الأدوار والتي منها ما هو أساسي ومنها ما هو فرعي، وقد حدد **جولدنبرج (Goldenberg)** الأدوار التي يقوم بها الأخصائي

النفسي الإكلينيكي على النحو التالي:

-عمل الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية من أجل تشخيص الحالة.

-الإرشاد والعلاج النفسي للأفراد والأزواج والأسر والجماعات.

-عمل البحوث النفسية عن نمو الشخصية ووظائفها، وأسباب المرض النفسي وغيرها.

-اختيار وتدريب الجماعات غير المهنية كالمساعدين في مجال الصحة النفسية

والجماعات التطوعية والإشراف عليهم.

-تقديم الاستشارات النفسية للمؤسسات العلاجية من أجل وضع برامج للعلاج والوقاية

من الاضطرابات النفسية.

وفي ذات الاتجاه يحدد **جوليان روتر** دور الأخصائي النفسي العيادي في ما يلي:

–قياس الذكاء والقدرات العامة وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد،

بل يتضمن أيضا تقدير إمكاناته، وكفاءاته، وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي

تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية.

–قياس الشخصية ووصفها وتقويمها، وما يتضمنه من تشخيص وما يمكن أن نطلق

عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي.

–العلاج النفسي القويم.

و في موضوع ذات صلة نتعرف على أخلاقيات العلاج النفسي وقد حدد قاموس الألقاب

المهنية في الولايات المتحدة الأمريكية واجبات الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيما يلي :

–تشخيص اضطرابات الأفراد العقلية والانفعالية في العيادات والسجون والمؤسسات

الأخرى.

–تنفيذ برامج العلاج النفسي والعقلي.

–مقابلة المرضى ودراسة تاريخهم الطبي والاجتماعي.

–ملاحظة المرضى أثناء اللعب والمواقف الأخرى.

_ انتقاء الاختبارات الإسقاطية والنفسية الأخرى وتطبيقها وتفسيرها ليشرح

الاضطرابات.

–وضع خطة العلاج ومعالجة الاضطرابات النفسية لإحداث التوافق باستخدام أفضل

أنواع العلاج المختلفة مثل علاج البيئة، والعلاج باللعب، والسيكودراما وغيرها.

-اختيار الأسلوب الذي يستخدم في العلاج الفردي مثل العلاج الموجه والعلاج غير الموجه والعلاج المساند، ويخطط عدد مرات العلاج أسبوعيا وعمقه ومدته.
-يتعاون مع التخصصات المهنية الأخرى كالأطباء ومنهم النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين والمساعدين لتطوير برامج علاج المرضى التي تعتمد على تحليل البيانات الإكلينيكية.

-تدريب الطلبة الإكلينيكين الذين يؤدون فترات الامتياز في المستشفيات والعيادات وتطوير التصميمات التجريبية والبحوث في ميدان تطور الشخصية ونموها والتوافق.
-تشخيص وعلاج الأمراض العقلية والاشترك في الوقاية منها.
-الاستشارات في المؤسسات الاجتماعية والتربوية والترفيهية والمؤسسات الأخرى.
-تقويم وتطوير برامج الصحة النفسية والتخطيط لها.

و من نشاطات الأخصائي النفسي الإكلينيكي ما يلي:

أ_ المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية المختلفة:

وهنا يستخدم الأخصائي عددا من الاختبارات الملائمة لغرضه بجانب عدد آخر من الوسائل مثل الملاحظة والمقابلات الشخصية ودراسة الحالات وتعدد الأهداف من التشخيص فلا تقتصر على وضع المريض في فئة تصنيفية من فئات الاضطراب بل يجب أن يشمل على عملية تقويم شامله للشخصية بحيث يسمح التقرير الإكلينيكي بحالة معينة من معرفة الكثير من العوامل المسببة للمرض ومصدر الاضطراب وظيفيا أو عضويا ومن ثم وضع الخطط العلاجية المناسبة للعملاء.

ب_ العلاج:

لم تصبح هذه الوظيفة جزءا من عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلا بعد الحرب العالمية الثانية إذ بدأ الطلب الشديد عليهم وخصوصا للأمراض ذات الطابع النفسي الإكلينيكي لمواجهة الاحتياجات الإكلينيكية للمجندين مثل "عصاب الحروب" يستخدم فيها مناهج نظرية التحليل النفسي ونظريات التعلم والنظريات الإنسانية والمعرفية والعقلانية أو الجمع بين النظريات أو بعض منها في العلاج النفسي.

ج_ البحث:

يمثل القيام بالبحوث وظيفة هامة من الوظائف التي يجب أن يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وهناك خمسة أنماط من البحوث ذات الطابع الإكلينيكي التي يجب أن تتوفر لدى الأخصائي الإكلينيكي:

- إجراء التجارب السلوكية على الحيوانات ويهدف للوصول إلى فروض محددة عن الطبيعة البيولوجية في الاضطرابات النفسية والعقلية.
- التحقق من الفروض التي توضح طبيعة الاضطرابات النفسية في مختلف الجماعات والفئات المرضية.
- التفحص والتدقيق العملي في دراسة أسباب الاضطراب النفسية.
- المقارنة بين الأشكال المختلفة من العلاج.
- الكشف عن العلاقات التي يمكن الحكم بها على إمكانية شفاء مريض معين.

_ التشخيص Diagnostic،

في علم النفس وفي الطب النفسي ، يتطلب عمليات أساسية تشتمل على: الملاحظة، الوصف، تحديد الأسباب، التصنيف والتحليل الدينامي بغية التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة الفرد (ال عميل)، وبغية التنبؤ، ورسم مباشرة خطة العلاج ومتابعتها وتقويمها.

وبتعبير آخر التشخيص هو تقويم خصائص شخصية الفرد: قدراته استعداداته، إنجازاته، سماته التي تساعد في فهم مشكلاته؛ أي أن التشخيص يتطلب بعد جمع المعلومات المتاحة من وسائل ومصادر مختلفة، تحليلها وتنظيمها والتنسيق بينها بقصد التخطيط للعمل اللاحق.

العلاج :

وتشمل مصادر المعلومات على المقابلات، والفحوص الطبية، والسجلات المدرسية أو المهنية، والاستقصاء الاجتماعي، والاختبارات، أي كل الأدوات والوسائل التشخيصية المستخدمة.

والأخصائي النفسي يستعين في كل هذه العمليات بالإطار المرجعي الذي يستند إليه في نظريات الشخصية، كما أن ممارسته لهذه العمليات يمكن أن تضيق إلى فهمه لطبيعة الشخصية وصراعاتها ومشكلاتها، فهي تكون أساسية من الإطار المرجعي العلمي؛ ويمكن النظر إلى التشخيص بوصفه عملية لا بد منها تعطي للسيكولوجي الفهم

الواضح لدلالة سلوك المفحوص بالصورة التي تمكنه من الاستجابة الملائمة لمشاعر
المفحوص خلال تعامله معه، ومن التنبؤ عن سلوكه، ومن اختيار الطريقة العلاجية
المناسبة، في مرحلتين، الأولى في الوصف المبني على كل البيانات التي جمعت عن
المفحوص، والثانية في تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أو نسق له دلالة
إكلينيكي. (لويس مليكة: 1977)

المحاضرة الثالثة

أولاً_ المسلمات التي يستند إليها في التشخيص:

يستند التشخيص إلى عدة مسلمات منها:

✓ إن السلوك محدد بناءً على عوامل متعددة ومتفاعلة، منها عوامل ترجع إلى الوراثة من الآباء والأجداد أي بوجود أرضيات إنتاج مختلف السلوكات ، وأخرى مستمدة من تاريخ حياة الفرد وما مر به من خبرات، وعوامل نالته مستمدة من بيئة الفرد، التي يعيش فيها ويتعامل معها.

✓ إن السلوك محصلة فعل وردة فعل، أي محصلة مثيرات بيئية واستجابات فردية، يقوم بها الشخص للرد على تلك المثيرات؛ فالمخاوف المرضية- وفقاً للمدرسة السلوكية - نتاج للتعرض لمثيرات مرعبة في مواقف معينة؛ فيحدث ارتباط بين الخوف الشديد والوجود في مثل هذا الموقف، لذلك يتعلم الطفل الخوف الشديد من الظلام، بناءً على القصص المرعبة التي يسمعها عن العفاريت التي تعيش في الظلام، وما تفعله بالإنسان.

✓ السلوك هادف، أي يسعى نحو تحقيق هدف معين؛ فالسيدة التي تكره زوجها ولا تطيق معاشرته تصاب ببعض الأمراض العضوية، التي ترجع إلى أسباب نفسية، والتي تستخدمها للهروب من معاشرته الزوج.

✓ إن السلوك مركزي التنظيم، تنظمه ذات الفرد ويكتسب دلالاته بالرجوع إلى ذات الفرد؛ فالمريض العقلي قد يتصور أن جاره يبعث إليه بسلوكات ازعاجية ومشينة تجعل حياته جحيما، عندئذ قد يلجأ إلى محاولة قتل نفسه.

✓ تنمو الشخصية في تتابع معين موجه؛ فالنمو سلسلة متصلة الحلقات تعتمد كل واحدة منها على سابقتها، وتمهد للمرحلة التالية منها، وفي كل مرحلة يتعدل ويتغير سلوك الكائن الحي؛ فعند مدرسة التحليل النفسي - مثلا: يمر الفرد بالمرحلة الفمية والشرجية والقضيبيية والكمون... إلخ، ولكل مرحلة خصائصها التي تميزها عن غيرها؛ وإذا حدث أن توقف النمو عند مرحلة معينة وفيها سيحدث التثبيت، و يُصاب الشخص باضطرابات معينة، أو خاصة بتلك المرحلة، وتظهر في المراحل التالية.

✓ يكون سلوك الفرد توافقيا، أي يسعى الإنسان إلى تحقيق التوافق مع نفسه ومع غيره، مستخدما عدداً من الحيل؛ ومن هذه الحيل ما هو إيجابي، مثل ضبط النفس والارتباط بالآخرين؛ ومنها ما هو سلبي، أي حيل لا شعورية، يحاول بها الفرد التخفيف من القلق الناتج عن المشكلة، أو الموقف، دون أن يحل المشكلة، فيعمد إلى الإسقاط والتبرير.

✓ يتميز السلوك بالمرونة والمطاوعة، أي القابلية للتشكيل بناءً على ما يمر به الفرد من خبرات، وأحيانا يضعف مستوى المرونة لدى الفرد فيُصاب بالجمود والتصلب، كما في حالات التعصب بصوره المختلفة.

✓ لا يرجع الاضطراب النفسي إلى عامل واحد فقط يمكن تحديده؛ بل يرجع إلى عوامل متعددة، وإلى تفاعل تلك العوامل مع بعضها، فقد يُعزى الاضطراب إلى عوامل نفسية واجتماعية وبيئية، بل وجسدية أيضاً، تتفاعل مع بعضها لتولد الاضطرابات.

2_ للسلوك السوي مؤشرات أو علامات يمكن الاستفادة منها في عملية التشخيص:

2_1_1_2_1_2_ الفعالية :

أي توجيه السلوك الفردي نحو حل المشاكل والضغوط، عن طريق المواجهة المباشرة

لمصدرها.

2_2_ الكفاءة :

بمعنى استخدام الفرد لطاقاته من غير تبذير، وبصورة ناجحة توافقية وواقعية، تمكنه

من تبيان المحاولات غير الفعالة والعقبات التي أمامه، والتي لا يمكن تخطيها، والأهداف

التي لا سبيل إلى بلوغها.

2_3_2_3_2_ الملازمة :

يحمل الشخص السوي أفكاراً ومشاعر وتصرفات ملائمة، أي تعكس إدراكاته للواقع،

وتكون أحكامه واستنتاجاته مستخلصة من معلومات مناسبة، ولا تشوه الواقع أو تفسر

البيئة تفسيراً خاصاً وخاطئاً وكذلك يكون السلوك ملائماً للظروف، التي يمر بها الفرد،

ولعمره ومستوى نضجه.

2_4_ القدرة على الاستفادة من الخبرة :

فالمريض النفسي يدع نفسه تتغمس المرة تلو الأخرى في المواقف، التي تستثير القلق وتورثه الفشل، ما يجعله عاجزاً عن الانتباه للأمارات السببية، التي تمكنه من أن يتعلم أو يميز بين ما هو سبب حقيقي لمشكلته وبين ما هو توهم عابر لسبب ما في وجود مما يعاني منه .

2_5_ الفاعلية الاجتماعية : *efficacité sociale*

أي القدرة على مشاركة الآخرين والتفاعل معهم، من غير اتكالية مفرطة عليهم أو نفور، أو انسحاب مفرط منهم، بإعطاء الفرد قدر من التحرر يسمح له ألا يكون عبداً لما يقوله الآخرون أو يفعلونه، ومع ذلك فهو متأثر بللحساسية والمشاركة الوجدانية بدرجة كافية، تجعله يستجيب لمطالبه وحاجاتهم، وهو يتقبل الآخرين بوصفهم ذوات مستقلة، وهو قادر أيضاً على أن يتمتع بصحبة الآخرين، ولو أنه يدرك كذلك حاجته إلى أن يخلو إلى نفسه.

2_6_ الاطمئنان إلى الذات :

يتصف الشخص المتوافق بتقديره لذاته وإدراكه لقيمتها، وبالطمأنينة والأمن ، ويكون ذلك مرتكزاً على تقدير واقعي لنواحي قوته وضعفه.

ثانياً: أهمية التشخيص ووظيفته العيادية:

تتضح أهمية التشخيص ووظيفته في النقاط التالية:

_ تقدير درجة اضطراب الشخصية في مداها وعمقها، لتحديد ما إذا كانت خللاً بسيطاً في الشخصية أم تفككا لها؟ وما إذا كانت اختلالات ذات أصل نفسي، أم ذات أصل عضوي؟

_ الوقوف على العوامل المباشرة المُسهمّة في إحداث الاضطراب، على نحو يساعد في وضع أساليب التدخل العلاجي على أسس علمية، تخلو من التخمين المبالغ فيه؛ أي أن التشخيص يساعد في تحديد الأسس، التي يُبنى عليها اختيار منهج علاجي معين.

_ التعرف على العوامل غير المباشرة المؤثرة والمدعمة للاضطراب أو الخلل، ومن ثمّ تزيد من حدة الاضطراب.

_ تحديد أدوار المحيطين بالحالة، وكيفية الإفادة منهم في التدخل.

_ معرفة مقدار نمو الشخصية ودينامياتها، وما تعانيه من مشكلات توافقية مع الذات والآخر، وتحديد الاحتياجات النفسية والإرشادية والتربوية... إلخ، وكيفية مواجهتها وإشباعها.

_ محاولة التنبؤ بما ستؤول إليه الحالة، أو تقدير احتمالات تطور الخلل ومساره.

ونظراً لأهمية التشخيص أيضاً فإنه:

يتحدد هدفه في التوصل إلى فهم شامل للحالة، وتحديد نوع الاضطراب ومداه وعمقه، وتحديد المنهج العلاجي وأساليبه المناسبة، كما يزود المعالج بنقطة بدء للتدخل ولمتابعة الحالة، كلما تقدمت في العلاج بالرجوع إلى نقطة البدء الأولى.

كلما كان التشخيص مبكراً، زادت فرص النجاح التدخل والعلاج؛ فهناك كثير من الأمراض والاضطرابات يسهل التعرف عليها، ومن ثم التدخل المبكر لعلاجها، مثل التخلف العقلي الخفيف، وفي المقابل توجد اضطرابات يصعب التعرف عليها، مثل الاضطرابات التي ترجع إلى وجود اضطرابات حادة أثرت على النمو النفسي في مراحل الطفولة، وترجع إلى عوامل لا شعورية.

ثالثاً_ أهداف التشخيص:

للتشخيص هدفين أساسيين:

3-1-هدف علمي معرفي :

الحصول على المعلومات والبيانات الغزيرة هو ليس هدفاً رئيسياً لعملية التشخيص النفسي في حد ذاته، ولكن الذي يبحث عنه الأخصائي الإكلينيكي هو المعنى و الدلالة التي تنطوي عليها البيانات والمعلومات التي يجمعها عن العميل، إلا أن غزارة البيانات التي يجمعها الأخصائي تكون مفيدة عندما يخضعها لمعالجته التي يستتبط منها تشخيصه، والعملية التشخيصية تبدأ من الكثرة (كثرة البيانات والمعلومات) لا كهدف في حد ذاته، وإنما كنوع من الضمان العلمي لتغطية كافة جوانب الشخصية المطلوب تغطيتها، وينتهي الأمر باستنباط الدلالة والمعنى الذي تنطوي عليه كثرة البيانات في أقل كم ممكن من التشخيصات التفسيرية، والهدف الذي يسعى لتحقيقه الأخصائي الإكلينيكي هو رسم الصورة الإكلينيكية النهائية للشخصية. (فوزي سعيد، 2000، ص50).

3-2- الهدف التطبيقي :

ونعني به العمل على وضع إستراتيجية عامة تتضمن خططا قابلة للتنفيذ الفعلي مع الحالة التي يتعامل معها الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وكلما استطاع الأخصائي تحقيق الهدف الأول " المعرفي " بأكبر قدر من الدقة و الثراء كانت الخطة التي يرسمها أكثر قابلية للتنفيذ مع الحالة المعنية، وكانت فرص نجاحها و فاعليتها أكبر، وتتضمن الخطة اقتراح تغييرات تتراوح بين التعديلات البسيطة في بيئة العميل أو توجيه بعض النصائح لأفراد أسرته أو التوصية بإلحاق العميل بإحدى المؤسسات التي تقدم برامج مفيدة للحالة الخاصة به، أو حتى التوصية ببرنامج علاجي مكثف يقتضي العزل في مصحة أو غرفة علاج متخصصة وإذا لاحظنا تغيرات ايجابية على شخصية العميل يُهد ذلك بمثابة مؤشر دال على تقدم الحالة و استفادة العميل من البرنامج الذي وجه إليه. (فوزي سعيد،ص50)

المحاضرة الرابعة

1_أنواع التشخيص:

1_1 التشخيص الفارقي : Diagnostic différentiel

هو مصطلح شاع استخدامه في مجال الطب النفسي، ثم استعاره ال مختص النفسي لتقدير الفروق بين أعراض اضطرابين أو مرضين لتحديد أيهما الذي يعاني منه ال عميل ويحتم التشخيص الفارق على المفحوص سواء كان معالجا أو طبيبا نفسيا معرفة طرق وأساليب الآخر في الدراسة والتحليل والتشخيص والإرشاد بحيث تتكامل أدوارهما حيث أن هدفهما واحد وهو علاج العميل ومحاولة مما يعاني.

وقد يتضمن التشخيص تحديد المشكلة أو الظاهرة موضوع الدراسة والتعرف على مواطن القوة وأهميتها ونواحي الضعف وخطورتها وتعيين ذلك وتسميته، وذلك في ضوء نتائج عملية وملموسة للمعلومات التي تم جمعها بهدف الحصول على أساس إجرائي لتحديد خطوات أو إجراءات الدراسة العلاجية التي تناسب المشكلة. (حنفي محمود امام وحمدي شاكر محمود: 2006 ص07)

2_ التشخيص التصنيفي الطبي Diagnostic de classification médicale :

ويتخذ من التصنيف أداة تساعده إذ ينحصر هذا النوع من التشخيص في تسمية المرض أو شكوى المريض، ويميل بعض الأخصائيين الإكلينيكين للأخذ به رغم أنه أسلوب طبي ، وأكثر الحالات التي أثبت هذا الأسلوب جدارته فيها هي حالات المرض الذي يتطلب إجراء عملية جراحية.

3_ التشخيص السيكودينامي Diagnostic psychodynamique :

والقاعدة التي يتخذها هذا النوع من التشخيص هي فهم ديناميات المرض النفسي حيث في هذا الشكل لابد من دراسة الحالة دراسة مستفيضة من جميع جوانبها، وخاصة من ناحية القدرات والدوافع والانفعالات والقيم والاتجاهات وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها العميل فضلا عن آثار البيئة والمجال التي نشأ فيها.

4_ التشخيص الفردي : diagnostic individuel

أفاد علماء النفس فائدة كبرى من طريقة فرويد في دراسة الراشدين الذين يعانون من اضطراب نفسي أو عقلي فقد كان فرويد لا يكتفي بتشخيص أمراضهم، بل عنى عناية خاصة بدراسة تطورهم المرضي، ونموهم النفسي وتكوين صورة واضحة المعالم عن أحداث طفولتهم، ويبدو هنا أن طريقة التشخيص الفردي تستخدم على وجه الخصوص في دراسة الأطفال المضطربين نفسيا، وتتطلب هذه الطريقة إماما دقيقا بتاريخ حياة الطفل، ولا بد أن يتضمن ذلك التاريخ معلومات كافية عن أطوار نموه الانفعالي والذهني وعن ماضي علاقاته في محيط الأسرة وفي خارج ذلك المحيط، وعن الأمراض التي ألمت به، والأحداث الفريدة التي تعرض لها، وعن تطور سلوكه المرضي واتجاهاته المنحرفة، وتستخدم في الحصول على هذه المعلومات كافة السبل، فمن مقابلة لوالدي الطفل إلى إجراء لاختبارات نفسية، إلى أسئلة يجيب عليها الطفل نفسه، إلى ملاحظة له هل يلعب بمختلف أدوات اللعب، وهل يلهو مع غيره من أطفال العيادة النفسية.

5_ التشخيص الغيابي:

حسب محمد أحمد إبراهيم سعفان: (2005) هو التشخيص الذي يتم من خلال نتائج الاختبارات أو السيرة الذاتية أو دراسة حالة دون مقابلة المفحوص.

6_ التشخيص ذو النمط التصنيفي Diagnostic de style de classification :

حسب صالح حسن أحمد الداھري (2005) : هو عملية تنظيم لأعراض لحالات في مجموعة ما وهو الخطوة الأولى في الميدان الطبي العام من تقسيم الأفراد إلى مرضى ومستوى كل مرض ،ولكنه من الناحية النفسية لا يساعد في التنبؤ إلى حد كبير عن تطور الحالة أو فهم سبب المرض ،فمثال إذا وضعنا كل الفصامين في فئة واحدة ، ففي هذه الحالة قد تعالج هذه الحالات بالرغم من اختلاف مسبباتها لكن فقط من خلال تصنيفها على مرض واحد حيث يعتبر التصنيف مساعد فقط لعملية التشخيص كتقديم المعلومات وفرزها من خلال الدرجة أو النوع.

7_ التقييم متعدد المحاور: Évaluation multiaxiale

يشمل النظام متعدد المحاور تقييما على محاور عدة، يحيل منها إلى كل مجال مختلف من المعلومات التي قد تعين الخطة العلاجية لأخصائي وتتكهن المآل، إذ ثمة خمس محاور مدرجة في التصنيف السادس DSM6 على محاور متعددة

المحور الاول: الاضطرابات السريرية : تعني حالات مركزا فيها على الاهتمام السريري.

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.

المحور الثالث: حالات طبية عامة.

المحور الرابع : مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية.

المحور الخامس: تقييم شامل للأداء الوظيفي.

وهنا نقول أن التقييم متعدد المحاور يسهل استخدام التقييم الشامل والمنهجي مع الانتباه للاضطرابات العقلية المختلفة والحالات الطبية العامة والمشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية، ومستوى الأداء الوظيفي التي يمكن أن يُعْفَل عنها إذا تم التركيز على مشكلة وحيدة فقط دون آخر ، فيمنح التقييم متعدد المحاور بعدا ملائما لتنظيم وتوصيل المعلومات السريرية، ولوصف التباين في الظواهر بين الأشخاص الذين يقعون في التشخيص ذاته، فضلا عن ذلك، يعزز التقييم المتعدد المحاور تطبيق النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في المواقع السريرية والبحثية.

فائدة علمية:

منطق التشخيص:

_ إن التشخيص ليس عملية رصد للوقائع المتاحة ، بل لابد من تأويل بينها بناء صحيحا في وحدة كلية تتيح فهم دلالة السلوك، ووظيفته هي فهم الكائن في علاقته ببيئته، ويتحقق ذلك بحركة ديناميكية للفكر تمضي من الوقائع إلى الفرض التأويلي لتعود إلى وقائع أخرى تعدل من الفرض الأصلي وهكذا.

_ وأيضا هو عملية دينامية ليس لها من الناحية النظرية أن تتوقف، ولكن من الناحية العملية تحتم التوقف، عند الوصول إلى تأويل يجيب على المتطلبات العاجلة للحالة ، هذه الحركة الديناميكية للفكر يسبقها تحديد المشكلة، ويختتمها بتحديد تشخيص دقيق.

المحاضرة الخامسة

1_ الفحص النفسي: Examen psychologique

لو وددنا إعطاء تعريف للحالة النفسية فإننا نقول بأنها: هي متلازمة يصاب بسببها الشخص باضطرابات تظهر كخلل نفسيّ في مشاعر وعواطف الشخص، وعلى قدراته المعرفيّة، وفي سلوكيّاته، مما ينعكس على حياة المريض الاجتماعيّة، والعملية، والتعليميّة. وهناك العديد من الأمراض النفسية التي من الممكن أن يعاني منها الشخص، تُعرف بالأمراض النفسيّة، لعلّ أكثرها شيوعاً: اضطرابات القلق، واضطرابات المزاج بما في ذلك الاكتئاب، واضطرابات الأكل، والوسواس القهري، والاضطرابات النفسية المرتبطة بالتعرّض لضغوطات أو صدمات، والاضطرابات النفسيّة عند الأطفال ، مثل قصور الانتباه وفرط الحركة. (خديجة : 2017)

وهنا يعتبر فحص الحالة العقلية أو فحص الحالة النفسية، جزءاً هاماً من الفحص السريري للمريض في كل من الأمراض النفسية والعصبية، فهو يتضمن فحصاً منظماً للمريض في كل من النواحي التالية: المظهر العام، السلوك، الحالة المزاجية، الكلام، عملية التفكير ومحتواها، الإدراك الحسي، الاستبصار بالحالة المرضية والحكم على الأمور، كما هناك بعض الاختلافات البسيطة بين الإصدارات الفرعية للفحص من حيث الترتيب، لكأسماء أجزاء الفحص أو محتواها.

1_1 الأصل النظري للفحص النفسي:

أتى فحص الحالة العقلية من إحدى مقاربات الطب النفسي تعرف بالتوصيف النفس _ مرضي أو علم التوصيف الأسلوبي والذي أتى من عمل الطبيب النفسي والفيلسوف كارل

بإسبرس، ومن وجهة نظر هتكونت الطريقة المثلى للتعرف على حالة المريض عن طريق وصفه هو شخصيا للحالة ويتم ذلك عن طريق التعاطف مع المريض بعيدا عن التتظيرات العلمية ودون أن يؤدي الفاحص دور المراقب ويعتبر ذلك اختلاف عن الطريقة التحليلية القائمة أساسا على فهم الفاحص للتفاعلات التي لايدري بها المريض كالحيل الدفاعية أو الإنسياقات اللاشعورية، أما في التطبيق العملي فيعد فحص الحالة العقلية خليطا من النوعين؛ فقد ثار النقاش حول الأمر طويلا من حيث كون الفحص يعتمد على تجربة المريض أم خبرة الفاحص وقدرته على اكتشاف العلامات المرضية والأعراض.

وإلى هنا يُعد فحص الحالة العقلية مهارة أساسية للمشتغلين بالطب النفسي كما يعد جزءا أساسيا في الفحص النفسي سواء بالنسبة لمرضى العيادات الخارجية أو المحجوزين داخل المستشفيات، إذ أنه طريقة منظمة للحصول على المعلومات من المريض أثناء إجراء الفاحص المقابلة الطبية معه، ويتمثل الهدف الأساسي منه في اكتشاف الأعراض والعلاجات المرضية بما في ذلك احتمالية الأذى للنفس أو الغير وتحديد مدى خطورة هذه العلامات، كما يتم الاستفادة من المعلومات حول الاستبصار بالحالة والتفكير التجريدي وقدرة المريض على الحكم على الأمور في اختيار أنسب العلاجات لحالته وأفضل الخطط للتعامل مع مرضه، ويتم إجراء الفحص في صورة استبيان غير رسمي يتضمن أسئلة مغلقة وأسئلة مفتوحة مدعومة بفحوصات لقياس مدى إدراك المريض .

كما يمثل فحص الحالة العقلية جزءا من الاختبار الطبي الشامل الذي يجريه الأطباء المختصون والطاقم التمريض في إطار الفحص العام للمريض وإن كان يتم إجراؤه بطريقة

أكثر اختصار وتكثيفا في مثل هذه الحالة؛ ويتم تسجيل البيانات في صورة بيانات حرة تحت العناوين الرئيسية للفحص، ومع ذلك تتوفر قوائم فحص مصغرة وسريعة وذلك بأقسام الطوارئ ولدى بعض المساعدين الطبيين.

1_2 الفحص النفسي للمريض:

هناك طرق عديدة في الفحص النفسي للمريض بعضها مصمم لاستخدامه في مجال البحث العلمي والدراسات الماسحة، مثل جدول أعراض الحالة العقلية، وجدول أعراض الحالة النفسية، والطرق المتعددة الأوجه للمرضى المنومين في المستشفى التي تتم بالمعاينة النفسانية، وبطريقة فحص الحالة العقلية الحاضرة، التي تعمل على تسجيل ما وصلت إليه الحالة من تطور في جداول التقييم السريري العصبي النفسي، ومن بعض طرق فحص المريض النفسي مصمم لاستخدامه في مجال المعاينة السريرية التي هي نوع من التواصل اللفظي بين الأخصائي والعميل إذ يقوم كل منها على التحدث والاستماع للثاني من حين إلى آخر.

يرى فيصل عباس: 2003 أن الفحص النفسي يقوم على العلاقة المتفاعلة بين العميل والأخصائي من خلال الحوار المتبادل والتفاعل الدينامي فيما بينهما، ويرتبط بينهما أيضا فن الحديث بالموقف العيادي، وهذا بلاللتزام في كل المقابلات مع المفحوص، كما يتوقف على الفاحص من خلال العلاقة التي يبنيها من تعاطف وتفهم وتقبل للمفحوص حتى يتم مساعدته، وتتحدد مكانة العلاقة بالأمر التالية:

المكان والمجال الذي تحدث فيه العلاقة العيادية، ولهذا يجب توفير جو من الراحة والطمأنينة، وأن يكون المكان هادئاً بعيداً عن الضوضاء والمثيرات الخارجية، حتى لا ينتشت ذهن المفحوص وإثارة القلق لديه.

حرية التعبير في ترك المفحوص التعبير على مشاكله بكل حرية، خاصة فيما يريد قوله، وكيف يريده، وهذه لديها دلالة إكلينيكية تساعد الفاحص الغوص في مشاكل المفحوص وفهمها.

حسن الإصغاء يعني لا بد على الأخصائي النفسي التفاعل مع شخصية المفحوص من خلال أسلوبه في الحياة، وانفعالاته، وتخيالاته وأفكاره من خلال إدراكه للأمور وكيفية التصرف إزاءها، ويجب عليه البحث دائماً في أصول وأسباب المرض، وهذا من خلال الإصغاء التام، وهذا يساعده في نبرة صوت المفحوص، من خلال أذن موسيقية مرهفة، وأيضاً من خلال الاحساس بقلق المفحوص بأذان مفتوحة صاغية مركزة.

على النفسي التزام الحياد والاحتفاظ بذاتيته، وعدم إقحام تجاربه الشخصية العديدة، وكذلك التزام الابتعاد عن التأثير في اتجاهات المفحوص كالقيم الدينية والاجتماعية والخُلقية... الخ وخاصة تجنب الأحكام السابقة من خلال حديث المفحوص بتفضيل جزء عن آخر.

الملاحظات من قبل الأخصائي النفسي التي تتمثل في الإحساسات من حيث الصفاء أو التلبد والتوافق في عملية الارتباك أو الذهول، ونوع الانفعال من حيث

الشدة والاستمرار في تعبيرات الوجه وتوتر العضلات، والنشاط العام للحالة ،

واهتمام الحالة بالدوافع والاستعدادات والعادات التي تحدد هذا النشاط.

🚩 الاتجاه العقلي العام من: معتقدات الحالة وسلوكاتها أي المحتوى العقلي للعميل

خاصة ما يتعلق منها بأفكار تقدير الذات الزائد أو التقليل منها وأفكار توهم

المرض والإنعدامية والأفكار المرجعية، والهذاء، وعملية الإدراك التي تتمثل في

حالات الاضطراب النفسي وخاصة الهذيان، والحالات الانفعالية للحالة وخبرات

الحالة الإدراكية ومدى إدراكه أن الهلوس نوع من الاضطراب، مع التركيز على

الذاكرة من ناحية نوعيتها البعيدة أو القصيرة المدى عند ذكر البيان الزمني عن

تاريخ حياته.

1_3 وضعية الفحص النفسي:

يتطلب فحص المريض النفسي في مجال المعاينة السريرية وسائل أو اختبارات

مادية تظهر وتقيس بالأرقام أو ترسم مخططا على شاشة الحاسوب شكل المرض وتطوره

كما هو الحال في كثير من الفحوصات الطبية الجسمية، في حين أن الوسائل الأساسية

للأخصائي في الفحص النفسي في مجال المعاينة السريرية هي حواسه من سمع، ونظر

، وحكمته في استخدامه للمحاكمة السريرية، هو جمع المعلومات وتنسيقها وتحليلها، لذا

فإن الفحص النفسي في المعاينة السريرية يعتمد بشكل رئيسي على إنصات الأخصائي

إلى العميل وتركه يتكلم ويعبر عن معاناته وكل ما يجول بخاطره بعفوية تامة، وكذلك إلى

مرافقيهم من أهله وأصدقائه المقربين، إضافة إلى دقة ملاحظته لتصرفات الشخص

ومظاهر انفعالاته والعواطف التي تبدو عليه وتكوينه النفسي بشكل عام ، وقدرة الطبيب في مساعدة الشخص على استرجاع ذكرياته أو وصفه لأحاسيسه وخبراته ومعاناته، مما يساعد على الإلمام بحالته المرضية النفسانية وانفعالاته، كما أن تفهم الطبيب للعوامل البيئية والإنسانية التي تؤثر على حالة الشخص لها تدخل في عملية التشخيص أيضا، أي على الأخصائي أن ينظر إلى الشخص من خلال ثلاث مستويات: الأول هو الجانب الحيوي (البيولوجي) ، و الثاني هو تكوينه النفسي وصفاته الشخصية ودوافعه ، والثالث هو الخلفية الاجتماعية والبيئية والثقافية والأسرية ، وهذا ما يسمى بالمجال الثلاثي الحيوي -النفسي - الاجتماعي.

المحاضرة السادسة

المقومات الأساسية للتشخيص النفسي ومراحله:

حدّد كل من "ساندبيرغ و تيلر" نقلا عن ياسين (1986) مراحل التشخيص في

الخطوات الأربع التالية:

1-1- مرحلة الإعداد *étape de préparation* : و تشمل بدورها على أربع

خطوات فرعية:

- الاتصال بين الأخصائي و كافة المؤسسات لتعرف على تفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض و تجمع كافة التقارير.

- المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي في المقابلة الأولية.

- القرارات الأولية في قبول الحالة أو عدم قبولها، و أهداف التقييم الإكلينيكي.

- اختيار أدوات التشخيص، من اختبارات و وسائل قياس و زيارات وغيرها.

1-2- مرحلة التزود بالمعلومات *Étape d'information* : و تتضمن خطوتين

فرعيتين:

- المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي و المريض، و التي قد تستلزم تعديلات

في أهداف التشخيص ووسائله، كما تشمل كذلك على استخدام الاختبارات التي يراها

الأخصائي متناسبا والحالة.

- تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما

تتضمن أيضا مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

1-3- مرحلة معالجة المعلومات *étape de traitement d'information* :

يقوم فيها الأخصائي بتنظيم المعلومات التي حصل عليها و توضيح المعاني المتضمنة لها وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات وتفسيرها تمهيدا للاستفادة منها.

1-4- مرحلة اتخاذ القرارات *étape de prise décision*: و تتضمن كتابة التقارير

و اجتماعات مناقشة الحالة، ثم اتخاذ قرارات نهائية ترتبط بشأن العلاج و أسلوب العمل.

(ياسين، 1986، ص 127-128)

وتحقيقا لأهداف التشخيص في اختيار نوع التدخل أو العلاج المناسب لكل حالة ثمة

مقومات أخرى قد تكون أساسية للتشخيص أيضا وهي:

أ_ الفهم:

وهو القدرة على إدراك علاقات الفرد بالآخر، والمعاني التي يقصدها، ومحتوى سلوكه

وأفعاله وتكوينه، ولا يتوقف فهم العميل أو المريض على إدراك حقائق الموقف؛ إنما

يتوقف الفهم على قدرة الأخصائي على أن يشعر بشعور العميل، ويحس بخبراته من

وجهة نظره فكأن الفهم يتوقف بالقدرة على الإحساس بالآخر، والقدرة على وصف أفكاره

ومشاعره.

ويعني ذلك قدرة الأخصائي على الدخول في حياة العميل ورؤيته من الداخل، كما

يراهم العميل نفسه، وكأنها حياة الأخصائي من حيث إنسانيتها ودون أن تذوب نفسه فيها؛

إذ يجب على الأخصائي أن يحس بمخاوف العميل وغضبه واضطرابه، وكأن هذه

المشاعر مشاعره هو نفسه؛ ولكن دون أن يخاف أو يغضب أو يضطرب، أو يتعاطف

معها، فإذا اتضحت للأخصائي دون العميل، وتمكن من التحرك فيها بحرية، تمكن من التعبير عن فهمه لهذه الحياة، والتعبير عن معاني خبرات العميل بمعنى آخر، يعني فهم القدرة على إدراك الإطار المرجعي الداخلي للعميل بدقة.

والشرط الضروري الذي يجب مراعاته، هو أن يرى الأخصائي حياة العميل وكأنها حياته. والتأكيد هنا على كلمة "وكانها"، وإلا تحولت العملية إلى عملية تقمص لا عملية فهم وحتى يستطيع الأخصائي فهم العميل، لابد من إجراء فحص دقيق لشخصيته، وهدف الفحص هو فهم شخصية العميل دينامياً ووظيفياً، والوقوف على نواحي قوته وضعفه، وتحديد اضطرابات الشخصية، التي تؤثر على سعادته وهنائه وكفايته، وتوافقه النفسي الاجتماعي، وعلاقاته بالآخرين، وفهم حياته الحاضرة والماضية، وعلاقتها بمشكلاته ومرضه. ويتضمن الفحص جمع المعلومات من مصادر مختلفة، مثل المحيطين بالعميل أو المريض، واستخدام وسائل متعددة، كالملاحظة والمقابلة، وتطبيق الاختبارات النفسية، والرجوع إلى السيرة الشخصية للعميل والسجلات الخاصة به، وتقارير الأخصائي الاجتماعي والطبيب، ويؤكد في هاته المرحلة بعض الباحثين أن التشخيص يكون على مرحلتين:

أولهما: وصف المعلومات التي نحصل عليها أثناء عملية الفحص.

وثانيهما: تفسير هذه المعلومات وفهمها.

وتكون عملية التفسير في التشخيص عن طريق فرض عدد من الفروض المتعلقة بالأسباب، ومحاولة إثبات كل منها أو استبعادها؛ ويدخل في عملية التفسير الاستناد إلى

نظرية أو أكثر، من نظريات الشخصية، والعلاج النفسي، مثل: التحليل النفسي، أو النظرية السلوكية، أو النظرية المعرفية وغيرها.

2_ التصنيف.

هو وضع العميل في فئة معينة من الاضطرابات، تجمع بينها خصائص مشتركة، أي أن التصنيف هو تحديد وضع العميل لباقي الأمراض، وتُعد الأعراض_ التي تظهر لدى العميل خصائص ذاتية أو موضوعية_ إمارات على المرض، وقد شغل تصنيف الأعراض اهتمام الباحثين، لكي يصلوا إلى تصنيف يمكن أن يزود الأخصائيين بوسائل ناجحة لتحديد الأنماط المختلفة من الاضطرابات، وأن يوصي بطائفة من الإمارات الدالة على الأسباب المحتملة والعلاج المناسب لكل اضطراب، وقد ظهرت تصنيفات متعددة للأمراض والاضطرابات النفسية، ويُشترط في فئات كل تصنيف أن تكون كل فئة مستقلة عن الأخرى، وأن تتصف بالموضوعية، وتظهر الأعراض في كل فئة كُرمالات (تتأذرات)، وأن تشتق الفئات من مصادر متعددة المعلومات. (فادية عمر الجولاني 2003 ص83)

ويحفل التراث النفسي بعدة تصنيفات للاضطرابات؛ ومنها تصنيفها بناءً على النظريات المفسرة للاضطرابات:

2_1_ التحليل النفسي:

يستند إلى المنظور الطبي لعملية التشخيص، ومن ثم يقصد به فحص الأعراض النفسية المرضية واستنتاج نوع المشكلة النفسية وأسبابها، وتجميع المعلومات حولها في

صورة متكاملة تساعد على تحديد نوع المشكلة الفعلي والمرض النفسي الذي يعاني منه

الشخص. (فادية عمر الجولاني 2003 ص83)

*يرى صالح حسن أحمد الداھري: (2005) أن الاتجاه التحليلي يتجاوز دراسته

بوصف الشخصية، على أنها مجموعة من السمات أو القدرات المتراسة فوق بعضها،

وبالتالي هذه السمات وحدة متكاملة وتتفاعل مع بعضها فهو يهتم بدراسة الطبيعة

الديناميكية للشخصية، والصراع بين الدوافع هو أساس المرض النفسي فالأخصائي

النفسي يشخص مواطن الصراع في الشخصية في عملية التشخيص ،وعن أنواع ودرجات

القلق والقوة الحالية لأننا كما أنها تكشف عن الآليات الدفاعية التي يتخذها المريض

للتخفيف من حدة التوتر والمعاناة.

2_2_المدرسة السلوكية:

يرى السلوكيون أن التصنيف هو: أول خطوة لتحديد طبيعة المرض ونوعه وتحديد

أسلوب المعالجة المناسب لمشكلة لإضعاف الرابطة بين المثير وبين الاستجابة كالخوف

والقلق، وإزالة الحساسية الانفعالية والتقليل منها، وبالتالي يؤدي ذلك إلى انطفاء تدريجي

لقوة الفعل المنعكس الشرطي المرضي وتكوين استجابة مضادة سوية، ويستخدم المعالج

السلوكي في مرحلة التشخيص أساليب وفنيات علاجية تتفق مع طبيعة المشكلة كعرفة

تاريخ الحالة ومعرفة استجابة المريض لاختبارات القلق وغيرها واستجابات المريض

للاستجواب الذي يقوم به المعالج. (يوسف مدن 2006 ص 184)

2_3_ المدرسة المعرفية والنموذج الطبي:

هناك الكثير من المعالجين يختارون مقارنة تعتمد على النظرية المعرفية وعلى النموذج الطبي ويهتمون كثيرا بدور التقييم كمقدمة للعملية العلاجية ، و التفسير المنطقي لذلك ، إن تصميم أهداف العلاج لا يتم إلا عند ما يعرف تاريخ المريض الماضي منه والحاضر ، ومن وجهة نظر أخرى نرى المقاربة التي تختص بمعالجة النساء تنظر إلى الممارسات التشخيصية على أنها جائزة غير عادلة ومبنية على خلفية ثقافية الرجل الأبيض ، وعلى التركيز على الذكورة ، وعلى مفاهيم الصحة العقلية والمرضية للرجل الأبيض ، وهذه المقارنة تتفق مع المقاربة ما بعد الحداثة على أن التشخيص يتجاهل المضامين الاجتماعية.

2_4_ المدرسة البنيوية الفزيولوجية:

يرى محمد جاسم العبيدي: 2009 أن الإنسان شأنه مثل كل الكائنات الطبيعية الحية ويتألف جسمه من السوائل والعظام والجلد والعضلات والأوتار، والتي تكون مجتمعة فيما يسميها العلماء بفزيولوجية الكائن الحي، هذا ما جعل العلماء إلى القول بارتباط الظاهرة النفسية والشخصية بالظاهرة العضوية بنية وظيفية وهذا من خلال دراسة العلاقات بين البنى والوظائف العضوية من جهة ، وبين ما يعتقد أنه مقابل من صفات شخصية كسمة وغيرها ، وهذا ما جعل علم التنبؤ الفرضي المبدئي الذي قابل أن يكون حقيقي أو خاطئ ، أي وظيفة العلم التحقق من التصورين أو الافتراضين بمعنى أن العلاقة بين الجانب العضوي وبين علم النفس السمة قد تأكد ولا يزال بعضها غير قابل للتحقيق وينتظر ذلك

من طريقة التشخيص البنيوي الوظيفي ،وتبقى الوقائع وتصورات الفلاسفة ومزج نتائج الدراسات العلمية من خلال فرضياتها التنبؤية حول ماذا كانت علاقة بين العضوية وصفات الشخصية، وهذا من خلال اختبار الفرضيات مع تصاميم تناسب طبيعة العلاقة المفترضة.

2_5_ علم النفس الإكلينيكي:

يرى علم النفس الإكلينيكي التشخيص أنه دراسة معمقة لفهم الشخص أي التفرد ، أو المساعدة في حل مشكلة ما ، فهو من الواضح عملية البحث عن معلومات لوصف أو فهم مشكلة على الحد السواء، والتشخيص ليس عنصرا أساسيا يتبعه الطبيب ، فهو يعتمد على تحليل هذا النشاط بالتركيز على الحالة و ليست عملية وصف شخص في تفرد ، وإنما إيجاد حلول للمشكلة ، وهنا يمكن أن نقول أن التشخيص الإكلينيكي هو تقييم وعملية معقدة يقوم خلالها علم النفس الإكلينيكي بالبحث عن المعلومات لشخص ما ، وأسباب المشكلة ووضعها في تقرير وكيفية التدخل وتقييم التدخلات وآثارها ، ففي الممارسة العيادية تتضح عملية البحث أكثر خاصة في العيادة النفسية و التي تتمثل في إعداد الفرد ومشكلته، وتحليلها ومعرفة أسبابها ووضع التشخيص الفارقي، وهنا يتضح نوع الاضطراب ووضع المؤشر، وتقييم الآثار المترتبة على التدخل. (Huber Winfrid 1987 p110)

2_6_ علم النفس التكاملية : يشير التشخيص في علم النفس التكاملية إلى الحالة

النفسية التي يطلق عليها ثورن الوضع العقلي في وقت الدراسة، ولما كانت الحالات

النفسية في تغير دائم مرة وثبات في مرات أخرى، فإن التشخيص الإكلينيكي يجب أن يطور مناهج قادرة على التعامل مع كل من حالي الثبات والتغيير هذه، حيث يرى ثورن أن الحالة النفسية محددة بالوسط التكاملي ولذا يجب أن يتضمن التشخيص دراسة الوسط التكاملي والعوامل المنظمة له، ومن ثم فإن التشخيص عملية مستمرة ويجب ألا ينتهي أو يتوقف قبل بدء المعالجة فضلا على أن الاستبصارات التشخيصية جزئية هامة لا بد أن تتوفر لدى المعالج ليتمكن من اختيار طرق العلاج ومناهجه على أساس الأعراض وذلك لتقليل احتمالات خطأ التشخيص، وفي بعض الأحيان قد يكون من الضروري أن يتم تناول الحالة على أساس المحاولة أكثر من أن يقوم على أساس عقلائي، وقد قدم ثورن تصنيف تشخيصي يتضمن الحالات التي تهملها أساليب التشخيص التقليدي.

(نادر فهمي الزيود: 2008 ص331)

3_التنبؤ: Prévion

يتضمن التنبؤ أو المآل بما سيحدث، أو ما سيكون عليه المرض في المستقبل، ويهدف التنبؤ إلى تقدير احتمالات تطور المرض أو المشكلة، ومدى الاستجابة لعلاج معين؛ أي أن عملية التنبؤ أو تحديد المآل، تهدف إلى توجيه وتحسين عملية العلاج، في ضوء ما هو متوقع، وتحديد أنسب طرق العلاج لتحقيق أكبر قدر من النجاح، وتحديد حد من للنجاح، يساعد في تقييم عملية العلاج.

وثمة نوعان من التنبؤ، هما التنبؤ الإحصائي، والتنبؤ الإكلينيكي. وتمثل مشكلة

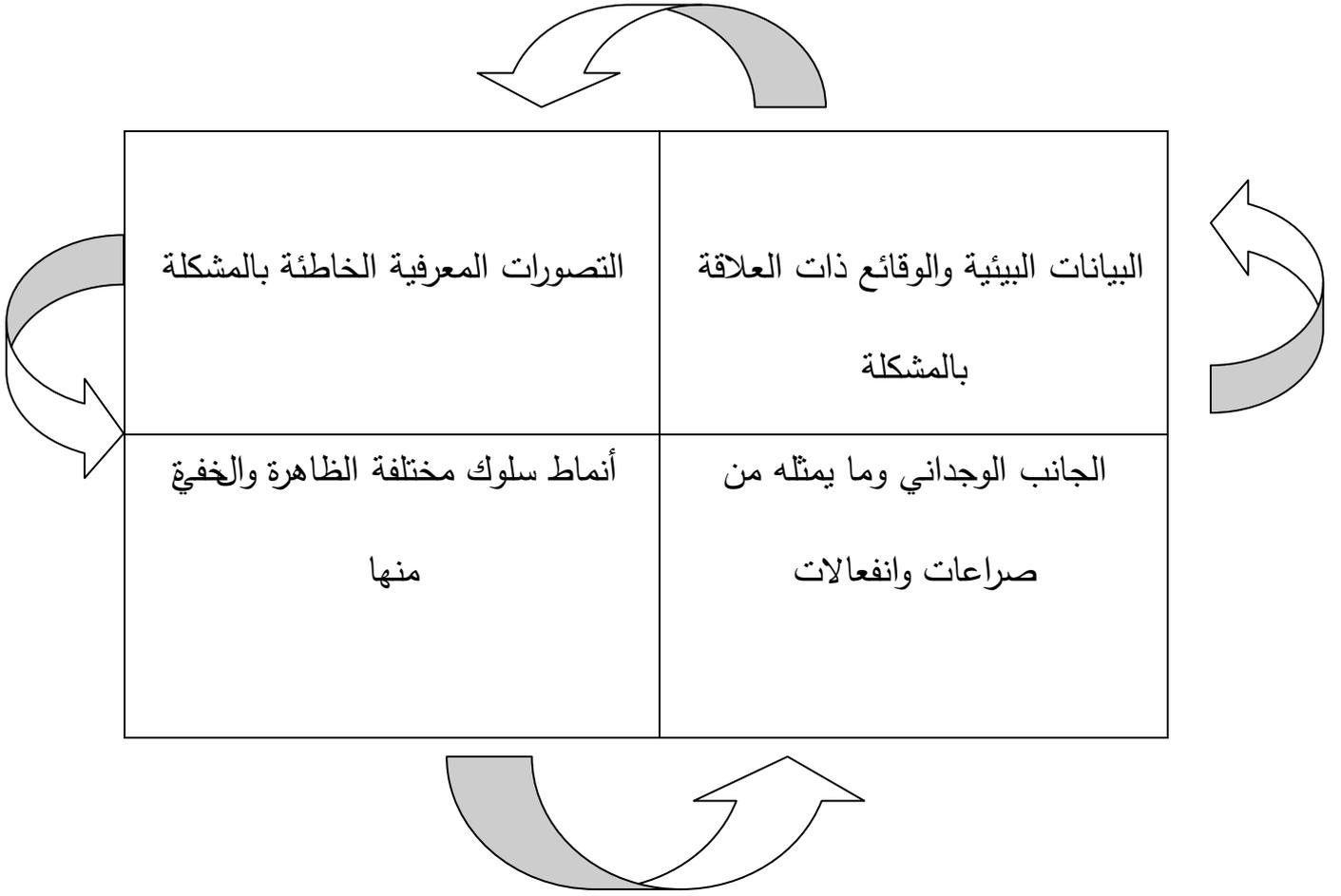
التنبؤ ميدانا يزداد فيه الاعتماد على جهود الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وهو في هذه

الحالة يعتمد على حسه الإكلينيكي، وعلى تقيّمه لقوة" أنا "العميل، وعلى عدد من المؤشرات المشتقة من النظرية التي تبناها، ويهتدي بها في عمله وفي تحليله للصحة النفسية، التي يتنبأ بأن صاحبها قابل لعلاج نفسي من نوع معين، كما أن مجموعة من العوامل تجعل التنبؤ أفضل ومنها: طلب العلاج مبكراً عند بدء ظهور الأعراض، ودون تأخير؛ فإذا كان التشخيص دقيقاً، وبدأ العلاج مبكراً، ولم يحدث تدهور في الشخصية، وعندها تكون بصيرة العميل أفضل.

ويعتمد التنبؤ على المعلومات المتوافرة عن العميل، مثل حالته الجسمية والعقلية وذكائه وتعليمه وعمره، وعلى بيئة المريض ودرجة تعاونها، والظروف التي حدث فيها الاضطراب، وقوة دافعه للعلاج، وقدرته على المواءمة لمواجهة المواقف الجديدة في الحياة، ويعتمد صدق التنبؤ على ما تسفر عنه المتابعة، والتقويم المستمر للحالة، من بداية العلاج وأثنائه وفي نهايته. (حامد عبد السلام زهران:1978)

4_ نموذج سايس لوصف المشكلة النفسية على أساس جوانبها الأربعة: 1978

يشير أن عملية التشخيص تسير وفق خطوات هي تحديد المشكلة والإعداد للتشخيص، والتزود بالمعلومات، ومعالجة المعلومات وتفسيرها، وتكوين الفرض التشخيصي، وتكوين فرض تنبؤي، والمشكلة النفسية عند سايس تتم بوضع الفرض على محك الاختبار النهائي بالتركيز على أربعة جوانب هي:



المحاضرة السابعة

1_الأساليب المعينة في التشخيص النفسي :

إن الغرض من التشخيص النفسي الإكلينيكي هو اكتشاف أسباب معاناة الفرد وصعوبة توافقه الشخصي والاجتماعي، وكيفية حدوث الاضطرابات النفسية أو العقلية أو الشخصية التي دفعته للمراجعة الطبية، وطلب التدخل الإكلينيكي، وهنا تبدأ المهارة في انتقاء الأسلوب الأفضل الذي يناسب دراسة الحالة المرضية من بين الأساليب التشخيصية المتعددة، حيث لكل منها مقوماتها ومميزاتها وتعليماتها وطريقة وصولها لأهدافها أي إمكانية تشخيص نوع من الاضطراب النفسي ليتسنى تحديد العلاج الملائم، ومن بين الأساليب التشخيصية مايلي:

دراسة الحالة، الملاحظة، والمقابلة التشخيصية، والاختبارات النفسية المقننة كالاختبارات الاسقاطية مثلا، والتقارير الطبية، والملفات المدرسية، والعائلية والمهنية هذه كلها هي مجرد وسائل تمهيدية ومعينة في عملية التشخيص النفسي والإكلينيكي، وأن التقرير النفسي التشخيصي الدقيق عن الحالة المرضية هو الذي يعكس صورة المريض من حيث سماته ودوافعه، ونواحي عجزه ومتاعبه والمرض الذي يعاني منه، ويعتبر التاريخ الشخصي هو ما يتضمنه من معلومات عن المريض من حيث مكان الولادة وتاريخها، والمعلومات الأخرى التي يمكن جمعها من المصادر المختلفة عن حياته منذ ولادته حتى وقت التدخل العلاجي الإكلينيكي، كل هذه تعتبر من أهم المصادر التي تساعد على التشخيص الدقيق، و من أهم الوسائل التي تحقق التشخيص الإكلينيكي

الدقيق للوصول إلى العلاج الصحيح : منهج دراسة الحالة ،والملاحظة، و المقابلة
التشخيصية ،الاختبارات النفسية الإكلينيكية.

1_1 الملاحظة:

إن الملاحظة الإكلينيكية ليست أساسية في عملية التشخيص فحسب، بل في ترشيد
العلاج سواء أكان فرديا أو جماعيا أو عن طريق اللعب ؛ إذ تعد الملاحظة أحيانا الأداة
الوحيدة المتاحة للأخصائي، وذلك في الحالات التي لا تكون هناك أدوات أخرى تساعد
في قياس السمة، أو في الحالات التي يكون هناك من الأسباب ما يدعو إلى توقع مقاومة
الأفراد لما توجه لهم من أسئلة، أو عدم إدراكهم لحقيقة اتجاهاتهم ودوافعهم، لذلك يولي
العلماء للملاحظة اهتمام كبيرا حت تبقى أذهانهم عالقة بها، كالسائق تبقى عيناه عالقة
بالطريق أثناء السياقة.

والملاحظة أداة عملية في الحالات التي لا يتوفر فيها لدى الإكلينيكي الوقت الكافي
أو التي لا تتطلب أكثر من تقديرات تقريبية، فهي تسجل السلوك في الوقت الذي يحدث
لهم، فيقل بذلك تدخل عامل الذاكرة لدى الملاحظ، إلا أن الملاحظة يصعب استخدامها
في بعض المواقف مثل ملاحظة بعض الحالات العائلية أو السلوك الجنسي.
لعل ملاحظات الإكلينيكي خلال عمله، لا تقل في قيمتها عن أي معلومات يمكن أن
يحصل عليها من الاختبار السيكولوجي، بل إن الاختبار نفسه، يصعب تقديمها بغير
ملاحظة ظروف الاستجابة والتعبيرات الانفعالية للعميل، وهذا فضلا أن الملاحظة تكشف
الكثير من الخصائص الشخصية للعميل، والتي يحتمل أن تؤثر في نتائج الاختبار.

1_1_2 أنواع الملاحظة في البحث العلمي:

هناك العديد من التصنيفات التي وضعها خبراء الأبحاث العلمية للملاحظة، ومن أهمها ما يلي:

أ_ التصنيف وفقاً لمدى انضباط عملية الملاحظة:

• الملاحظة الطبيعية:

وهي تعتمد على مراقبة الظاهرة دون أي إعدادات مسبقة، ومن ثم الحصول على الصور لما يراه الأخصائي من أحداث تتعلق بالظاهرة، ويسمى البعض ذلك النوع بالملاحظة البسيطة التي تعد ممهدة للبحث والتقصي وجلب المعلومات.

• الملاحظة المضبوطة:

وهي تتطلب إعدادات مسبقة من جانب الأخصائي مثل: تجهيز أدوات التصوير أو التسجيل، وقد يقوم الأخصائي بتهيئة ظروف معينة؛ من أجل إظهار ما يرغب في دراسته بوضوح.

ب_ التصنيف وفقاً لاشتراك الباحث:

• الملاحظة بالمشاركة:

وفيها يقوم الأخصائي بمشاركة أفراد العينة، عن طريق الاندساس فيما بينهم دون أن يعرفهم بالهدف من ذلك، كأن يتعايش مع مجموعة من المرضى النفسانيين لوقت معين على أنه مريض، والتعرف على مشكلاتهم، أو أن يدخل السجن لدراسة سلوكيات المسجونين... إلخ، وتتميز تلك الطريقة بجودة البيانات التي يحصل عليها الأخصائي

ودقتها، فهو يتعايش مع الموقف عن قرب، غير أن ذلك النوع من الملاحظة قد يعرض

الأخصائي للمخاطر الجسام، في ظل إمكانية التعدي عليه من جانب بعض الأفراد.

• الملاحظة دون المشاركة:

وعن طريق ذلك النوع يلاحظ الأخصائي عينة الدراسة من بعيد، وينظر إلى المواقف

الطبيعية التي يحدثها الأفراد؛ عن طريق كاميرات المراقبة أو من وراء الحواجز الزجاجية.

ج_ التصنيف وفقاً لطريقة الاتصال بالمبحوثين:

• الملاحظة بصورة مباشرة: وتتم من خلال المشاهدة المباشرة للظاهرة أو للأفراد محل

الدراسة.

• الملاحظة بصورة غير مباشرة: وتكون من خلال الاطلاع على التقارير والسجلات التي

يقوم بإعدادها المشرفون أو الأخصائيون عن المكان الموجود في عينة الدراسة، غير أن

ذلك النوع يعاب عليه إمكانية وجود أخطاء في التقارير المعدة، ومن ثم لا تخرج

المعلومات التي يسوقها الأخصائي بشكل إيجابي.

3_1_1 المراحل المتعلقة بإجراء الملاحظة في البحث العلمي:

أ_ المرحلة الأولى:

✓ تحديد الأهداف من بطاقة الملاحظة: ويتم تحديد الأهداف في ضوء طبيعة

موضوع البحث العيادي المراد تنفيذه، فعلى سبيل المثال: في حال دراسة مشكلات

الأطفال في المرحلة ما بين سن الخامسة والعاشرية، فيكون الهدف هو التعرف على

السلوكيات السلبية في تلك المرحلة، وجمع المعلومات عن ذلك.

ب_ المرحلة الثانية:

✓ تحديد عينة الدراسة: ويجب أن تُمثل العينة مجتمع الدراسة بأكمله، حتى يمكن أن

يتم تعميم النتائج في النهاية، فعلى سبيل المثال في حالة الدراسة السالف ذكرها في الفقرة السابقة والمتعلقة بدراسة مشكلات الأطفال خلال فترة عمري محددة، يجب أن يقوم الأخصائي باختيار أطفال في سنوات متنوعة حسب ما تقتضيه الدراسة.

ج_ المرحلة الثالثة:

✓ تصميم بطاقة الملاحظة: وتتمثل في إعداد النموذج، والذي يختلف في البيانات

المدونة به حسب طبيعة ال تقصي، وهو عبارة عن صفات وتوجهات يتوقعها الباحث، ويقابلها درجات قياسية معينة؛ لتسهيل تبويبها وتحليلها فيما بعد.

د_ المرحلة الرابعة:

✓ اختبار بطاقة الملاحظة: من المهم أن يقوم الأخصائي بتجربة بطاقة الملاحظة

قبل الشروع في الملاحظة الشاملة، والهدف من ذلك هو التأكد من مدى جدواها في منح النتائج المنضبطة التي يتطلع إليها الأخصائي.

هـ_ المرحلة الخامسة:

✓ التطبيق الشامل على العينة: وفيها يقوم الأخصائي بإجراء الملاحظة على عينة

الدراسة، وتدوين جميع المعلومات المرتبطة بذلك، وفقاً لبطاقة الملاحظة التي تم تصميمها سلفاً.

1_1_4 مزايا استخدام بطاقة الملاحظة :

- استخدام بطاقة الملاحظة في البحث العيادي يؤدي للحصول على معلومات وبيانات دقيقة على عكس الأدوات البحثية الأخرى مثل: الاختبارات والاستبيانات... إلخ، ومن ثم الإجابة عن أسئلة البحث، أو الفرضيات العلمية المدونة من جانب الأخصائي.
- يمكن عن طريق بطاقة الملاحظة دراسة الظاهرة بتعمق، وكذلك يمكن دراسة أكثر من ظاهرة في الوقت نفسه.
- تساهم بطاقة الملاحظة في البحث العيادي في الحصول على كم كبير من المعلومات والبيانات، وفقاً للمجهود الذي يقوم به الأخصائي، دون الانتظار لحين عودة استثمارات نماذج الإجابة مثل الوسائل الأخرى.
- دراسة السلوكيات والتوجهات المرتبطة بالظاهرة موضوع البحث العلمي بصورة طبيعية دون تصنع من المفحوصين.

1_1_5 عيوب استخدام بطاقة الملاحظة:

- يحتاج أسلوب الملاحظة إلى وقت زمني طويل في مراقبة الظواهر أو الإشكاليات المرتبطة بالتقصي العيادي على عكس أدوات جمع المعلومات الأخرى، ومع كبر حجم عينة الدراسة فقد يمتد الأمر لسنوات طويلة لدراسة العينات.
- تعد التكلفة المادية المرتبطة باستخدام بطاقة الملاحظة في البحث العيادي أعلى من نظيراتها في أدوات جمع البيانات الأخرى، مما يؤدي إلى عزوف الكثيرين من

الأخصائيين عن استخدام تلك الطريقة، وخاصة في حالة وجود ظواهر تحتاج إلى تقنيات علمية متقدمة لا تتوفر لدى الأخصائي مثل: أجهزة التصوير الدقيقة... إلخ.

• يتطلب استخدام بطاقة الملاحظة في التقصي العيادي مهارات وخبرات علمية وعملية من جانب الأخصائي ، وفي حالة عدم توافر ذلك أو وجوده بشكل غير كافٍ فإن ذلك يؤدي إلى الحصول على بيانات ومعلومات يشوبها القصور والسلبية.

• في حالة رغبة الأخصائي في مراقبة المفحوصين والتعرف على سلوكياتهم في ظل ظروف مصطنعة من جانبه لقياس أحد جوانب الظاهرة، فينبغي أن يتم أخذ موافقة المفحوصين على ذلك، مع عدم إبلاغهم بوقت التجربة؛ حتى تظهر توجهاتهم بشكل طبيعي، مع مراعاة عدم الإضرار بالمفحوصين مادياً أو صحياً.

• قد يكون للعوامل الخارجية تأثير على النتائج التي يحصل عليها الأخصائي من استخدام بطاقة الملاحظة في التقصي العيادي.

• في حالة توقع الأخصائي الذي يقوم باستخدام بطاقة الملاحظة لحدوث أمر معين، فقد لا يحدث ذلك الأمر وقت وجود الأخصائي على الرغم من وجوده فعلياً وحدثه في وقت آخر.

• في حالة معرفة عينة الدراسة أو المفحوصين بوجود الأخصائي لإجراء الملاحظة فقد يعطون انطباعات وتوجهات مخالفة للحقيقة، وبالتالي يشوب المعلومات والبيانات التي يجمعها السلبية بما يؤثر في النهاية على نتائج التقصي العيادي.

1_2 المقابلة:

أ_تعريفها:

تعتبر المقابلة إحدى التقنيات العلاجية وهي بصورتها البسيطة تقابل فردين وجها لوجه في مكان ما لفترة زمنية معينة، كما نعرفها أيضا بأنها علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجها لوجه بين الأخصائي والعميل في جو آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين وذلك لحل مشكلة ما.

كما تعرف المقابلة على أنها اتصال مزدوج لتحقيق هدف سبق تحديده، متضمنة أسئلة وأجوبة عليها، وباختصار نصف التشخيص يهدف للكشف عن العوامل المرسبة أو الكامنة والعوامل المهيئة لظهور المشكلة والحقائق الموجودة في بؤرة الشعور أو القابعة في اللاشعور.

ب_ أهداف المقابلة:

إن الذي يحدد نوع المقابلة هو الهدف والغرض الذي تقام من أجله المقابلة، و تهدف المقابلة إلى:

- 1- إقامة علاقة وطيدة بين العميل و الأخصائي.
- 2- مساعدة العميل على أن يعبر عن نفسه و عن مشاكله.
- 3- نقل المعلومات التي تساعد على حل المشكلة.
- 4- مساعدة العميل على الكشف عن حلول لمشكلته و علاجها أو التخفيف من حدتها.
- 5- استرجاع الذكريات السابقة و جمع البيانات (التحقيق العرضي).

جـ_ أهمية المقابلة:

- كونها أداة أو الوسيلة الأساسية التي يستخدمها الأخصائيون في العلاج و التشخيص .
- تهيئ للأخصائي فرصة القيام بدراسة متكاملة عن طريق المحادثة المباشرة مع المريض و التشخيص ليس هو الغاية أو الغرض و لكن مشكلة المريض هو الهدف الأساسي و ذلك

للتخطيط لحلها بعد معرفة السبب.

- تكوين صورة واضحة وكاملة لشخصية العميل للمساعدة للوصول إلى التشخيص إذن
- المقابلة هي علاقة مساعدة و التي لا يقصد بها علاقات غيرية إنما علاقات مهنية
- تتطلب العديد من المهارات و الكفاءات غير العادية منها الشروط و الظروف التي تساعد
- في بناء علاقة علاجية في تكوين مناخ علاجي و الذي يسمح بصيرورة الحركة العلاجية
- حيث يمكن للعميل أن ينمي إمكانياته و أن يتطور نحو الأفضل ويحقق النضج و الاستقلالية.

د_ أنواع المقابلات الإكلينيكية:

للمقابلة الإكلينيكية أنواع نذكر منها:

✓ **مقابلة الاستقبال:** يكون الاهتمام موجهًا نحو مواضيع مشكلة العميل والخطوات

التي اتخذها سابقًا وتوقعاته الحاضرة ، وتعريفه بالإمكانات المتاحة.

✓ **المقابلة المقننة:** من المقابلات التي يلاحظ فيها المفحوص في ظروف غير

عادية تستثير الانفعال، إلا أن مثل هذه المقابلات يغلب أن تكون قليلة الفائدة في

معظم المواقف الإكلينيكية التي يكون تعاون المريض فيها أمر بالغ الأهمية،

وتكون معلوماتها وبياناتها في الكثير من الأحيان خاضعة للدراسة الكمية.

✓ **المقابلة الحرة (التشخيصية):** تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه

ممكن، وبأكبر قدر من التلقائية، ولذلك فهي تستثير قدرا من مقاومة العميل،

وتيسر الكشف عن خصائصه الفريدة والفهم الأكمل والأعمق لدينامية شخصيته،

إلا أنه عند تحقق هذه الأغراض تتطلب خبرة معمقة.

وأثناء المقابلة العيادية يستعين الفاحص بدراسة تاريخ الحالة التي تطلب إجراءات

دراسية خاصة تتفق مع ظروف الحالة وقدراتها العقلية، ومكانتها الاجتماعية، ومستواها

الاقتصادي، وعمرها الزمني والتعليمي لتكون ملائمة لها لتحقيق أغراض محددة، تتبلور

في رسم صورة واضحة للحالة المدروسة، بغية اتخاذ القرار بشأنها وتقديم العلاج المناسب

لها، ودراسة الحالة يعتبر الطريق المباشر إلى جذور الاضطرابات النفسية، وتتضمن كل

المعلومات التي تجمع عن الحالة والتي يجب فيها تحديد ما يلي:

✚ تحديد البيانات الأولية عن المفحوص.

✚ تحديد السوابق الوراثية.

✚ تحديد معطيات عن طفولة المفحوص ومواقفه.

✚ تحديد الصدمات النفسية في حياة المفحوص.

✚ الأمراض الجسدية التي يعاني منها المفحوص.

وإضافة إلى هذا إن دراسة الحالة تهدف إلى الإحاطة المعرفية الشاملة بتفاصيل شخصية الحالة من حيث المنظور الدينامي والترابطي والعلائقي والتاريخي، فنجد العديد من العلماء أكدوا على منحى دراسة الحالة من حيث الأهمية والشمولية في عملية التشخيص؛ ويؤكد **جوليان روتر** بأن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للفاحص جمع أكبر قدر من المعلومات حتى يتمكن من المناقشة المباشرة مع المريض، والمتضمنة طبيعة المشكلة، ظروفها، ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته، وكذا الخبرات المؤلمة التي تعرض لها، والمعلومات عن الأسرة والرفاق والمربين وتساهم الاختبارات النفسية في الكشف عن القدرات والمهارات وكذا الميول المرضية ؛ وهنا يؤكد روتر على ضرورة الحصول على المعلومات في دراسة الحالة من جميع المصادر المتاحة دون استثناء أو تفضيل مصدر على آخر، لأنها لا تصب كلها في تحقيق الهدف المطلوب، وهو تكوين صورة إكلينيكية متكاملة عن الحالة كي يتحقق الفهم الشامل لها؛ أما عن دور الأخصائي الإكلينيكي في المقابلة العيادية التشخيصية فيتبلور في مدى قدرته على تجنب الأخطاء التي باتت تتكرر في العمل التشخيصي، حتى أطلق عليها "الأخطاء الشائعة" مما يؤثر على دقة التشخيص وقرار العلاج، ومن الأخطاء الشائعة نذكر منها:

- _ خطأ الإسراف في الحديث وكثرة الكلام.
- _ خطأ محاولة إعطاء أكثر من سؤال في وقت واحد وكذا خطأ التوجيه أسئلة مغلقة .
- _ خطأ قلة الاهتمام بالعلاقة مع الحالة.
- _ خطأ في فنيات التساؤل.

_ خطأ فهم التخيلات وأحلام اليقظة.

_ خطأ في مواجهة أو احتواء العجز اللفظي.

_ خطأ ضعف الاهتمام بتفسير الأحلام.

_ خطأ في تفسير فترات الصمت.

هـ_ العوامل التي تؤثر على سير المقابلة:

1_ الزمان و المكان :

يلزم للعميل أن يكون في جو هادئ و مطمئن و في هدوء تام لا نطبق المقابلة في مكان فيه ضجيج ، مكان يجب أن يكون لا بارد و لا حار ، الجدية التامة من طرف الأخصائي و يجب أن يكون لديه الوقت الكافي و الضروري للإصغاء كما أن العميل لابد أن يعرف أنه حاضر لمدة معينة و أن يشعر أن الأخصائي حاضر من أجله و معه فقط

2_ بداية المقابلة:

يبدأ الأخصائي ببعض كلمات الترحيب بالعميل لبناء جو هادئ و مطمئن قبل المقابلة الإكلينيكي يجب أن يكون واعيا بالتأثيرات التي تؤثر عليه اتجاه العميل (مثل دراسة الملف أو قد يكون قد سمع كلاما عنه أو قد إنتقاه بالمستشفى أو في أي مكان أو قد سمع عنه من أشخاص معينين في بداية المقابلة وعناصر أخرى قد تؤثر على الإكلينيكي مثلا : مظهر العميل، اللباس، الوضعيات : وضعية الجسم ، الشعر ،العمر ، الجنس ،

المستوى الاجتماعي ، اللهجة .. لكي يستطيع أن يستقبل كل إنسان و كل الشخصيات بنفس النمط و نفس المعايير و الرؤى دون تمييز في المعاملة.

ويدافع الإكلينيكي عن نفسه ضد هذه التأثيرات التي من الممكن أن يكتب كل هذه الانطباعات لكي يكون واعيا بكل هذه التأثيرات و لكي يستطيع أن يستقبل كل الأشخاص دون شرط، وساعتها يمكن له الدخول في المقابلة يستعمل عبارة مفتوحة تماما أو سؤال مفتوح مثلا : أريد أن أعرف ماذا يشغل بالك أو هل يمكنني معرفة ما بك ...وتكون الكلمات المختارة لبقة متبوعة بابتسامة لأن بداية المقابلة لها أهمية كبيرة لكي يتكيف العميل مع المحيط و المكان الذي يوجد فيه رفقة الإكلينيكي .

3_ حرية التعبير:

حيث يتقبل الإكلينيكي كل ما يقوله له العميل من الأفكار و المشاعر و العواطف حتى الترددات والتعليقات على الكلام ال م تبادل بينهما، إذ يتقبل كل هذا باهتمام كبير وبصفة متسامحة، كما يتجنب إصدار الأحكام سواء بالموافقة أو عدم الموافقة، و يحترم الحرية الكاملة للعميل مع البقاء في موقف وسط لا حنان وعطف زائد ولا قسوة ، كما يتطلب أيضا من العميل توضيح الهدف من المقابلة ودور الإكلينيكي في المقابلة لا يجيب في مكان العميل ولا يؤول تعبيراته حسب وجهة نظره، و لا يأخذ القرارات في مكانه بل يجب عليه احترام الحرية الكاملة للعميل.

4_ التركيز حول معاش العميل:

الأخصائي لا تهمه الأعراض فقط ، و لا يصغي فقط إلى مضمون أقوال العميل و لكن يهم أيضا المعاش الذاتي النفسي للعميل يعني كيف يشعر تجاه وضعية ما لأن هذا الأخير لا يقدم أعراضا فقط بل آلامه و صراعاته و صعوباته و توتره و يعكس للعميل هذا المعاش فالمقابلة مرحلة من الحياة أين يعيش العميل من خلالها تجربة أساسية شيئا فشيئا يتوقف العميل أن يلعب دورا بحيث يخفي نفسه وراء قناع، ولكن يبدأ بالعيش بزيه الطبيعي والحقيقي في علاقاته مع الآخرين وبذلك يظهر الهيكل العميق عن شخصيته.

5_ تجنب التفسير :

إن التفسير الغير الناضج أو الجارح أو المبكر قد يسد الطريق أمام مزيد من التقدم على سبيل المثال : قد يقتنع المعالج منذ الجلسة الأولى أن صراعات العميل يثيرها نزاعاته مع أمه في السيطرة و حب التملك و لكن إذا بدأ في مثل هذه المرحلة هذا التفسير دون الاهتمام أكثر بالعمل هنا هذا الأخير يرفضه و يصر أن أمه امرأة رائعة، ومن الأخطاء الشائعة في عملية التفسير الاعتقاد أن الاستبصار الفعلي لمشاكلنا يقود أوتوماتيكيا لتغيير اتجاهاتنا و انفعالاتنا وسلوكنا وهو ما يدفع بنا إلى تفسير ذلك للعميل، ولكن المطلوب هو أن نجعل العميل يفهم أسباب صراعه حتى يعدل لا إراديا سلوكه، فهناك فرق بين الوعي العقلي المنطقي وبين الحياة الانفعالية ولا ينبغي أن نتعجل المعالم بإعطاء تفسيرات حتى نفسح المجال للعميل أن يكشف تدريجيا هذا الغموض الذي يعيشه والحلول المناسبة لوضعيته و الخطوات التي تساعد أن يتقدم نحو النضج.

6_ إعادة التشكيل :

ينتبه الإكلينيكي إلى كل ما يقوله العميل وإلى كل ما يشعر به ودوره الأساسي أن يكرر أو يعود للتعبير عن أقواله أو يعكس مشاعر العميل بصفة أوضح أو أقصر إذا أمكن.

7_ نهاية المقابلة :

في الواقع ليس هناك نهاية المقابلة لأنها مرحلة من مراحل الحياة وهي لا تنتهي حتى لو كان الإكلينيكي لا يرى مرة أخرى العميل، فالمقابلة تبقى مفتوحة لأنها تعبر عن مرحلة من مراحل الحياة.

8_ أخذ النقاط :

ليست المقابلة استفتاء أو استجواب، وليس المهم أن يجمع الإكلينيكي كل المعطيات و لكن هدف المقابلة أن يكتشف العميل نفسه أكثر فأكثر وأخذ النقاط يتعلق بهدف المقابلة و نوعها.

9_ مشكلة السكوت:

يلزم الإكلينيكي أن يتحمل السكوت، ويتجنب أن يملأ السكوت بسرعة، لابد له أن يفهم معنى السكوت وهل هذا السكوت مثمر أم غير مثمر ومن الممكن في بعض الأحيان السكوت يعبر عن صراع داخلي وشعور داخلي مصحوب بالألم وهنا على الأخصائي أن يتفهم ذلك وأن يتعلم أن لا يطيل السكوت.

1_3 الاختبارات النفسية :

يرى المختصون في القياس النفسي أن الاختبارات هي أدق الوسائل في جمع البيانات

والمعلومات حول الفرد لفهمه، ودراسة سلوكه، وهي تمتاز عن غيرها من وسائل تحليل

الأفراد بميزتين أساسيتين هما: درجة كمية، ودرجة موضوعية.

وتعرف الاختبارات بكونها "مجموعة من الظروف المقننة أو المضبوطة، تقدم بنظام

معين للحصول على عينة ممثلة للسلوك، في ظروف أو متطلبات بيئية معينة، أو في

مواجهة تحديات تتطلب بذل أقصى جهد أو طاقة، غالبا ما تأخذ هذه الظروف أو

التحديات بشكل أسئلة لفظية " فالاختبارات " وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية

الفرد، ولمادة الاختبار خصائص مميزة تجعلها مناسبة لأن يسقط عليها الفرد حاجاته

ورغباته وتفسيراته الخاصة دون أن يتفطن لما يقوم به من تفريغ وجداني."

كما أن الاختبار أداة من أدوات القياس المنظمة اللازمة للمقارنة بين وحدات معينة

بشأن خاصية محدودة ونخلص بأن الاختبار أداة للحصول على معلومات تساعدنا في

اتخاذ القرارات بشأن موضوع الاختبار.

ويعرف **بيشو Pichot** الاختبارات النفسية على أنها مجموعة من مواقف تجريبية موحدة

تستخدم كمثير للسلوك ، وتقسم الاختبارات النفسية إلى ثلاث مجموعات:

اختبارات الشخصية ، اختبارات اسقاطية ، واختبارات أدائية."

1_3_1 خصائص الاختبارات :

تتميز الاختبارات بمجموعة من الخصائص أهمها:

✚ الموقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير متشكل نسبيا وناقص التحديد

والانتظام، مما يؤدي إلى التقليل من التحكم الشعوري للسلوك.

✚ غالبا ما تكون لدى الفرد معرفة عن كيفية تقدير الاستجابات، ودلالاتها، ومن ثم

فإن استجاباته لن تتأثر بالإرادة إلى حد بعيد.

✚ يعطي الفرد حرية التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته ورغباته دون أن تكون

هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة تحكم الاستجابة.

✚ الاختبارات الإسقاطية لا تقيس نواحي جزئية في الشخصية بل ترسم صورة

ديناميكية كلية لها.

وجدير بالذكر أن الاختبارات تقدم للأسوياء مثلما تقدم للمرضى، فبالنسبة للأسوياء

فتقدم لهم بهدف استبانة واقع النشاطات السلوكية لديهم وكذا استقراء واقع وطبيعة

شخصياتهم ، أما تقديمها للأفراد المرضى فيهدف من خلالها التعرف على مقدار ما تفكك

لديهم من شخصياتهم وما تدهور فعلا من قواهم العقلية ومدى اضطراب ذاكرتهم.

1_4 دراسة الحالة:

على الرغم من أن دراسة الحالة من الوسائل المفضلة في التشخيص النفسي وذلك

لشموليتها وموضوعيتها في جمع المعلومات، إلا أنه لا يستخدم أسلوب دراسة الحالة مع

كل فرد يحتاج إلى إرشاد نفسي، ولا يتم استخدامها إلا متى دعت الحاجة إلى دراسة

متعمقة توجب الضرورة إليها، ووفقا لحالات خاصة لا يجدي معها إلا التعرف على كافة جوانب الشخصية وهي غالبا ما تستخدم مع الاضطرابات السلوكية الشديدة وحالات الأفراد الجانحين وغيرها أسلوب دراسة الحالة مع كل مسترشد فليس معنى ذلك أنها لها سلبياتها في التطبيق ولكن تحتاج إلى وقت وجهد مبذول وتكاليف لذا يفضل أن تستخدم في أضيق الحدود.

ويعرف مصطلح دراسة الحالة أو تاريخ الحالة: " بأنها تحتوي على معلومات مفصلة وبيانات عن الوضع الحالي وتاريخها حول شخص معين مغطية عددا من سنين عمره ومشملة على:

- 1_ حقائق محددة ووثائق شخصية عن المسترشد
- 2_ تاريخ الأسرة وأسلوب تنشئة المفحوص.
- 3_ خبرات الطفولة المبكرة ومذكرات يومية.
- 4_ التاريخ التربوي والمهني للمفحوص.
- 5_ التاريخ الصحي وخبرات التطور الاجتماعي والمشكلات السلوكية.
- 6_ الاختبارات والميول والأهداف والمذكرات اليومية.

1_4_1 عوامل نجاح دراسة الحالة:

تتناول طريقة دراسة الحالة الوصف الدقيق لمستوى الاداء العام للمسترشد في المجالات الارشادية المتعلقة بالبيانات الاساسية بالجانب الشخصي والجانب الاجتماعي والجانب التربوي والجانب المهني من شخصيته حيث إنها تشير الى البناء الكلي لها

ودينامياتها، ونقاط الضعف وموطن القوة التي تتميز بها، ومظاهر التنمية التي طرأت على خصائصها احتمالات النمو المستقبلية لأبعادها، والتوصيات لتعديل بنائها. وحتى يتحقق ذلك فإنها تستثمر كل المعلومات التراكمية المتجمعة عن المفحوص من مصادرها المختلفة والممثلة في السجلات الصحية والدراسية والمهنية الشاملة، والمقابلات الإرشادية الفردية والجماعية، ومن المقاييس والاختبارات النفسية، ووسائل التسجيل الكتابي والسمعي والمرئي، والتفاعلات الشخصية والاجتماعية داخل المنزل وخارجه. ومن ثم فإن طريقة دراسة الحالة تعد المرآة الصادقة التي تعكس الصورة التراكمية المتجمعة لجوانب الشخصية لكل الفرد خلال ذلك الوصف الدقيق الذي تقدمه في إطار الدراسة المتكاملة المستخلصة حوله في صورة ملخصة.

1_4_2 صعوبات نجاح دراسة الحالة:

- تواجه دراسة الحالة صعوبات تعرقل من ممارستها بطريقة مضبوطة تتمثل فيهايلي:
- أ_ عامل الوقت الذي يستنفذ في جمع المعلومات المكثفة حول المفحوص والذي يفوق الفترات الزمنية المحددة للمقابلات الإرشادية بأكملها، الامر الذي يجعلها بلا جدوى.
 - ب_ المعلومات المستهلكة بسبب تعذر الحصول عليها إذا كانت مرتبطة بخبرات الطفولة المبكرة وأحداثها أو بسبب تداولها بين الأفراد في الاماكن المتباينة وعبر الازمنة المختلفة مما يشوبها ويجعلها موضع شك في صدق محتواها.
 - ج_ المعلومات المجردة حول المفحوص والمستخدم في تشخيص حالته بعيدا عن مشاعره وأحاسيسه وانفعالاته وتصوراته حول نفسه وحول مشكلاته مما يجعلها جوفاء لا يرجى منها أي نفع.

د_ لا تكون النتائج عادة مرتبطة بعامل أو متغير واحد يمكن عزله بل غالباً ما تكون مرتبطة بشبكة متفاعلة من العوامل.

ه_ من الصعب في بعض الحالات العلة والمعلول.

1_4_3_1_ الاعتبارات الموجب الأخذ بها في دراسة الحالة:

يجب مراعاة عدة اعتبارات هامة عند تنظيم المعلومات والبيانات وتسجيلها في دراسة الحالة مثل:

_ الابتعاد عن استخدام ضميري المتكلم والمخاطب واستبدالهما بضمير الغائب.

_ الابتعاد عن استخدام الجمل الطويلة والصياغة والانشائية .

_ عدم تسجيل مشاعر المرشد حول المفحوص على أنها حقائق.

_ عدم التنبؤ بحالة الفرد أو المفحوص مستقبلاً بناءً على حالة أخرى مشابهة لفرد أو مفحوص ثانٍ.

_ تسجيل المشكلات الفرعية المرتبطة بالمشكلة الرئيسية

_ تسجيل ما اقترح م خيارات وبدائل.

_ الإشارة الى أية معلومات تساعد على حل مشكلات المفحوص.

_ عدم وضع أسئلة تتطلب اجابات قد تشعّر المفحوص بالحرج.

1_5_1_ التقرير النفسي:

التقرير النفسي جزء مهم و أساسي من التشخيص النفسي، و فيه تتجلى العملية

التشخيصية بخطواتها، أي تلك الإجراءات التي قام بها الفاحص بدءاً من طرح الأسئلة و

انتهاء بالإجابات التشخيصية و اقتراح الإجراءات أو التدخلات العلاجية، كما يمكن تعريف التقرير النفسي بأنه التوثيق المنهجي لنتائج الفحص النفسي بمجمله، وهو بوصفه كذلك جزء من العملية التشخيصية.

المحاضرة الثامنة

1_ صعوبات وعراقيل عملية التشخيص والتصنيف:

1_1_ مقارنة تمهيدية:

على الرغم من التقدم المذهل الذي اجتاح البحث العلمي خلال السنوات الأخيرة، إلا أن بعض الأمراض وقفت في طريق العلماء لم تنزل في طور التشخيص أو العلاج ولم يزعم أحد الوصول إلى حلول أو وقاية منها حتى الآن، تتساوى في ذلك بعض الأمراض الجسدية والنفسية، وعلى الرغم من بساطة الأعراض التي تظهر على بعض المرضى النفسيين إلا أنها ربما تكون مقدمة لمرض خطر لا يدرك أبعاده الأطباء إلا بعد حدوثه بالفعل، وعلى العكس من ذلك يمر البعض منا بأعراض القلق النفسي والوساوس القهرية لفترات طويلة أو قصيرة، ثم لا يلبث أن يعود لسابق عهده ويشفى من دون اللجوء إلى الطبيب، وربما من دون إدراك حقيقة أنه كان مريضاً بمرض نفسي.

كما تشترك الثقافة المجتمعية في تطور المرض النفسي إلى الأسوأ، حال إهمالها أو عند استشعار الحرج من اللجوء إلى الطبيب النفسي، ففي مجتمعات محددة يندرج ذلك تحت بند العيب إذ يوصف من يتخذ قراراً باستشارة الطبيب النفسي بالجنون، خاصة في المجتمعات التي لم تحصل على القدر الكافي من الثقافة الطبية، بينما يتفاهم وضع المريض بالاكنتاب مثلاً إذا أهمل علاجه ليصاب بمضاعفات خطيرة ربما تصل إلى الفصام العقلي الذي يؤدي بموجبه المريض أقرب المقربين مثل أبنائه أو والديه.

ولأن المرض النفسي يبدي أعراضاً لا يدركها المريض بذاته، ولا يفهم أبعاده أحد من ذويه، توجب استشارة الطبيب النفسي للوقوف على مدى خطورة الحالة أو بساطتها، ومن

أهم الأعراض التي تستوجب اصطحاب أي فرد من أفراد الأسرة إلى الطبيب ظهور تغيرات على العادات اليومية للمريض مثل عادات النوم والاستيقاظ، أو عدم النوم لفترات كافية أو بالعكس، النوم أكثر من المعدل المعتاد يومياً، كما يعتبر تناول الطعام بنسبة أعلى من المعدل اليومي بصورة تقضي إلى زيادة الوزن بصورة ملحوظة خلال فترة قصيرة ربما من العوامل المشيرة إلى وجود خلل نفسي.

واجتمع المختصون على اعتبار الصدمات العاطفية كفقدان الشريك سواء بالانفصال أو الوفاة، وكذلك المشكلات المادية المترتبة على فقدان الوظيفة أو الخسائر المالية بشكل عام من أدق الفترات التي يكون الشخص عرضة خلالها للأمراض النفسية كما اعتبروا المشكلات الاجتماعية وظواهر عدم الاستقرار العائلي من أسباب الإصابة بالقلق النفسي والمخاوف الهستيرية، أما أهم ما ذكره الباحثون في مجال الاكتشاف المبكر للأمراض النفسية فكانت المعاملة السيئة من جانب الوالدين للطفل بصرف النظر عن نوعه، ذكراً كان أو أنثى، ودورها في إصابة الطفل بالعقدة التي تظهر آثارها مع البلوغ، لأنه يصاب أحياناً بالرغبة في إيذاء من هم أضعف منه بنية أو أقل منه مكانة اجتماعية.

ومن المسلمات التي يؤيدها اختصاصيو الطب النفسي وجود علاقة وثيقة ما بين السلامة الجسدية والنفسية، إذ من المعروف أن قوة الجسد تعكس سلامة الحالة النفسية، ومن الغريب كذلك تشبيه المختصين لقوة البناء النفسي بالجسدي، إذ يتفاوت الناس في قواهم النفسية تماماً كما يختلفون في إمكاناتهم الجسدية، كذلك يتفاوتون في قوة التحمل، فهناك من يتسم بالقوة النفسية التي تؤهله لتحمل المشكلات والصدمات العنيفة التي ربما

تمر به خلال رحلة حياته، بينما لا يتحمل البعض ممن يتسمون بهشاشة البناء النفسي توبيخ المدير لأحدهم أو المرور بضائقة مالية أو الدخول في خلافات زوجية وربما يتخذ أحدهم قراراً خاطئاً بالانتحار وينفذه أو يتراجع عنه في اللحظة الأخيرة، غير أن التكامل بين الجانبين يعني الشعور بالرضا عن الذات والوقاية من الأمراض النفسية والعضوية معاً.

ويؤكد العلماء أن انهيار المنظومة النفسية نتيجة وجود ضغوط خارجية أكبر من احتمال الشخص يعتبر الصورة السائدة للمرض النفسي، وضربوا على ذلك مثلاً لرب أسرة لديه عدد من الأبناء لكل منهم طلب مختلف عن الآخر بينما لا تتسع موارده للوفاء بكل متطلبات الأسرة التي يعتبر نفسه مسؤولاً عنها، كذلك يصاب الشخص بالإحباط عندما لا يستطيع تحقيق أحلامه وتطلعاته نتيجة الظروف المعاكسة، ويعتقد العلماء أن للمرض النفسي أصل بعملية نمو العقل، إذ يتأثر ذلك النمو بالصفات الوراثية الخاصة بالشخص وتفاعلاتها مع الظروف المحيطة به، ولعل ذلك الأمر يوضح انتشار مرض عقلي أو نفسي محدد في عائلة واحدة، وبالطبع تختلف كل حالة عن غيرها ولكن يبقى ذلك الارتباط سبباً لمعظم ذلك النوع من الأمراض.

ومما يستوقف أيضاً الباحثين في مجال الطب النفسي أن حالات المرض أو عدم الاستقرار من الحالات الشائعة حول العالم لدرجة جعلت أحد الخبراء يشير إلى أن 33% من الناس حول العالم تعرضوا لمرض نفسي دام لفترة ثم شفي من دون الحاجة إلى استشارة الطبيب، ولا تناول أي عقاقير مساعدة، وهذه الحالات لا يمكن وصفها

بالمرضى، إذ إنهم شفوا من دون اكتشاف علتهم، والأمر شبيه كما يقول عالم أمريكي متخصص في علاج الإدمان، بأن نسبة من الشباب أقيمت على تجربة نوع ما من المخدرات خلال فترة من حياتها، هذه النسبة توقفت بعد أول تجربة، وبالتالي لا يمكن وصفها بالمدمنة.

كما حذر الأطباء المختصون في الطب النفسي من سرعة التشخيص أو وصف العلاج لمريض قبل التحقق من درجة الإصابة أو من طبيعة الشخص ذاته ويمكن الاستدلال على حالته الطبيعية بدقة من أفراد أسرته، ويؤكد البعض من الأطباء على أن وصف العلاج يعتمد على حقيقة المرض ودرجته وليس على الأعراض الظاهرة فقط، وضربوا مثلاً بمريض ظل لسنوات طويلة معتاداً على ارتفاع طفيف في ضغط الدم، ويدرك طبيبه المعالج أن ذلك الارتفاع المعتاد لا يمثل أي ضرر عليه لأنه طبيعي ومستمر لسنوات طويلة، لكن إذا بادر طبيب مختلف إلى فحص المريض ذاته ولم يدرك تلك الحقائق فربما يصف له عقاراً لخفض الضغط، إلا أن ذلك العقار سوف يصيبه بأعراض غير طبيعية نتيجة محاولة تغيير المعدل الذي اعتاده المخ وأنسجة وخلايا الجسم، وقد يسبب له ضرراً بالغاً على الرغم من حسن هدفه.

2_1_ صعوبات التشخيص:

تغير التصنيفات التي تستند إلى منطلقات (بسيكاتيرية) طب نفسية، كما يظهر ذلك في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية، إلا أن هذا يقدم دليلاً على النمو العلمي، في مجال التشخيص النفسي.

_عدم وجود التصنيفات الشاملة، التي يمكن أن تستند إلى منطلقات طبية وثقافية واجتماعية، تأخذ في اعتبارها دور العوامل الثقافية في الإصابة، والتعرف على الاضطراب، وفي نجاح العلاج.

_الاعتماد على الخبرة الإكلينيكية في عملية التشخيص، وفي تحديد مآل الاضطرابات النفسية؛ إلا أن

تلك الخبرة الذاتية يمكن صقلها ودعمها بتطوير وإعداد أدوات واختبارات مقننة، تساعد في التشخيص

وتحديد الاضطراب.

_تشابه وتداخل بعض أعراض الاضطرابات؛ فمثلاً التوحدية تتداخل مع التخلف العقلي، ومشكلات اللغة والكلام، واكتئاب المسنين، يتداخل مع الزهايمر أو الخرف، مما يساعد في دقة التشخيص، ووجود معايير محددة وفارقة خاصة بكل اضطراب، على نحو يؤدي إلى التوصل إلى تشخيص فارق لكل حالة على حدة. وكذلك يزداد التشخيص دقة إذا أمكن الاستعانة بالمتخصصين، في مجالات

الاضطرابات المتشابهة.

_ لا يرجع الاضطراب النفسي إلى عامل واحد؛ بل يرجع إلى عوامل متشابكة ومتفاعلة . وهذا يؤدي

بالأخصائي النفسي إلى استخدام أنواع مختلفة من التشخيص، مثل التشخيص الإكلينيكي، الذي يعتمد على استخدام الاختبارات والمقاييس المختلفة، والتشخيص الدينامي الذي يقوم على البحث والدراسة المتعمقة لكل حالة فردية.

_ الاقتصار في التشخيص النفسي على الرجوع إلى ماضي العميل وما مر به من خبرات، إن ما يجب ملاحظته أن الشخصية يمكن فهمها، إذا نظر إليها على أنها تتحرك نحو المستقبل؛ ففهم الشخص لنفسه يتوقف على رؤيتها في حركة إلى الأمام؛ فالخبرات لا معنى لها إلا برؤيتها في ضوء الحاضر، وما يمكن أن يحدث في المستقبل، وما يسعى إليه الفرد في المستقبل يحدد ما يمكن أن يتذكره من ماضيه، فإذا كان على الأخصائي أن يفهم عميله، فعليه أن يتخطى حدود الموقف الحالي ويرى بدقة، ما يمكن أن يكون عليه عميله في المستقبل، وهذا الفهم يستلزم أن يقوم التشخيص الدقيق على وفرة المعلومات الدقيقة عن العميل، ثم وضع وحدات المعلومات وتنسيقها على نحو يقدم صورة شاملة دقيقة عن الشخصية، في ماضيها وحاضرها وتطلعاتها المستقبلية.

(حامد عبد السلام زهران: 1978)

_ ضعف الانتباه للاعتقادات الخاطئة عن المرض النفسي والعقلي، التي يتبناها العميل والمحيطين به، ومن هذه الاعتقادات وراثية المرض العقلي، وأن المرض العقلي غير قابل للشفاء، وأن المرض العقلي يهاجم الإنسان دون إنذار، وأن الجنس هو سبب المرض العقلي، إن الانتباه لمدى سيطرة هذه

المعتقدات، إضافة إلى الأعراض الأخرى، التي تظهر على المريض، تيسر عملية

التشخيص بالدقة

المطلوبة.

_ اعتقاد الأخصائي النفسي بأن تشخيصه صحيح صحة مطلقة، في حين أن التشخيص هو حكم مؤقت قابل للتعديل، بناءً على ما يُستجد من معلومات، وما تكشف عنه الوقائع. ويعاني الأخصائي من مشكلات تتعلق بتذكر المعلومات وحفظها، وانتقاء الأدوات المناسبة، وبالتشنت في تجميع احتياجات كل حالة، وتقديم الاختبارات والمقاييس وتصحيحها، وللتغلب على هذه المشكلات، صُممت برامج للحاسب الآلي يستخدمها الأخصائي النفسي، ليس فقط للتشخيص، بل وأيضاً في الوقوف على بعض الوصفات العلاجية الجاهزة، والإستراتيجيات العامة، وفي زيادة موضوعية الأخصائي أثناء التشخيص والعلاج.

وثمة مجموعة من الصعوبات النوعية، التي تواجه الأخصائي مع بعض الحالات. ويظهر هذا واضحاً عند تشخيص الاضطرابات، التي يعاني منها الأطفال، وذلك لأن الطفل ما يزال ينمو، ولم يصل بعد إلى تمام نضج الشخصية، جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً.

✓ أن السلوك العادي وغير العادي عند الأطفال، يختلف عنه لدى الكبار.

✓ أن المشكلات النفسية الخاصة بالأطفال تختلف مع النمو.

✓ أن مرض الطفل يكون أحياناً عرضاً لمرض أحد الوالدين، أو كليهما.

✓ إذا كان اللعب أداة تشخيصية وعلاجية ذات قيمة كبيرة عند الأطفال، فإن الأمر

يختلف لدى الكبار.

وأخيراً، لكي يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي أداء دوره في التشخيص والتنبؤ

والإرشاد والعلاج بفاعلية، فيتعين عليه أن يكون واعياً بديناميات شخصيته هو،

واحتمالات انعكاساتها على عمله.

المحاضرة التاسعة

1_مرجعية التصنيف:

1_1 مقارنة تمهيدية:

إن إحدى أهم مزايا التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 هي تقديمه لمعايير تشخيصية من أجل تحسين موثوقية الأحكام التشخيصية، ومن أجل مرجع معجّل، قد يرغب الطبيب النفسي أن يكون بين يديه كتيّب صغير ومريح يتضمن فقط التصنيف (أي، لائحة الاضطرابات والأنماط الفرعية والمحددات والروايمز التشخيصية) والفصول التي تصف استخدام الكتيّب والتقييم متعدد المحاور وزمر المعايير التشخيصية. وُضعنا هذا التصنيف لكي يستخدم موجزا ؛ والذي يتطلب الاستخدام المناسب للألفة مع توصيفات النص لكل اضطراب يرافق رمز المعايير؛ كما ينبغي لفت الانتباه إلى أنمراجعة ال DSM-5 القائم على الأدلة، قد صدر في عام 2014. (جهاد حمد محمد: د.سنة 5)

إن غرض ال DSM-5 هو تقديم توصيفات دقيقة للفئات التشخيصية لكي يمكن الأطباء النفسيين والباحثين من تشخيص ودراسة ومعالجة الناس ممن لديهم اضطرابات عقلية مختلفة والتواصل بشأنهم، لأغراض سريرية وبحثية، على فئة تشخيصية مثل الذهانات المرضية أو العصابات، و لا يعني أن الحالة تحقق معايير قانونية أو غير طبية أخرى مجيزة لتحديد مفاهيم المرض العقلي أو الاضطراب العقلي أو العجز العقلي، حيث إن الاعترافات السريرية والعلمية التي ينطوي عليها تصنيف هذه الحالات على أنها

اضطرابات عقلية، قد لا تكون متصلة كلياً بالأحكام القانونية، مثلاً، تلك التي تأخذ في اعتبارها قضايا مثل مسؤولية الفرد وتقرير العجز والأهلية.

1_2 مفهوم التصنيف:

التصنيف بمعناه العام هو تقسيم مجموعة من الأشخاص أو الأشياء إلى أقسام أو فئات وفقاً لأساس معين كتصنيف المواد الكيميائية مثلاً. و التصنيف في علم النفس هو إدخال نوع من النظام و الترتيب على مجموعة من الاضطرابات النفسية و وضعها في فئات بحيث يتيسر التعامل معها و التقليل من تعقدها ما يسمح لنا بمزيد من الفهم.

يعتبر ياسين (1986) التصنيف عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي يفرز بها الأخصائي الأعراض، أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات إلى أنواع مشابهة، و الأفراد المرضى إلى مستويات محددة أو درجات مرضية ، ومن الخطورة بمكان أن يستخدم الأخصائيون التصنيف كبديل لعملية التشخيص فيصبح عنونة و تسميات تصنيفية للناس.

يعرف الحجاوي (2004) التصنيف بأنه تخفيض عدد الأعراض و تحديدها على أساس خواص مشتركة بين مفردات الصنف الواحد، بحيث يسهل إخضاعها لقوانين عامة تُسهل فهمها و التعامل معها.

1_3 أهداف التصنيف:

- اختزال الأوصاف السلوكية.
- توحيد المصطلحات التي يفترض اتسامها بالثبات، و تيسير التواصل بين الإكلينيكين في البحوث و الممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية.
- عمل أساسي للبحث في الوبائيات لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقلية عبر الثقافات و الأعراق و الطبقات الاقتصادية و الاجتماعية المختلفة.
- وصف أوجه الشبه والاختلاف الهامة بين المرضى السيكاتريين بحيث يؤدي معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يُحتمل ظهورها لدى المريض (صالح، 2014، ص 110).

1_4_1 ضوابط التصنيف التشخيصي النفسي:

- حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي قواعدا مهمة للتشخيص جاءت كما يلي:
- ✚ أن يكون بداية العَرَض عند الطفل بداية قبل سن السابعة.
- ✚ وجود العَرَض لمدة ستة أشهر فما فوق.
- ✚ وجود العَرَض في بيئتين مختلفتين، حيث أن تأثير المناخ المعيشي والاجتماعي له أثر في ذلك.

كما توجد ضوابط أخرى لابد أن يدركها النفساني: منها

✚ **مبدأ التكامل:** فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تنتظم ضمن الشخصية ككل

في وحدتها التاريخية وفي علاقتها بالبيئة الراهنة.

✚ **وفرة المعلومات:** إن درجة الاحتمال أو اليقين في التشخيص تتوقف إلى حد كبير

على ثراء وجدية البيانات والمعطيات التي جمعها.

✚ **التريث:** إن التشخيص لا يعدو أن يكون حكما مؤقتا، ومن ثمة يظل النفساني في

حالة انفتاح عقلي تتيح له أن يعدل حكمه أو تشخيصه إذا ما برزت له أي وقائع

طارئة.

1_5 طرق التصنيف:

بينما يشير التشخيص لسيرورة أخذ القرار لنسب شخص ما إلى فئة نو رولوجية

(تصنيفية) محددة وفقا لمجموعة من المعايير الخاصة، فإن التصنيف يشير إلى الترتيب

في فئات نورولوجية في علاقاتها ببعضها البعض ، و قد قامت العديد من المحاولات في

فرنسا و ألمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية، توالى بعدها التصنيفات

العالمية في سعيها لتوحيد هذه التصنيفات، وعموما توجد مقاربتين وصفيتين: السيميولوجيا

(الأعراضية) التحليلية (عصابات، ذهانات، شذوذات لابنائية) و السيميولوجيا اللانظرية

مثل التصنيفات DSM, ICD

أ_ التصنيفات النفسومرضية:

هي ذات منحى تحليلي، كانت تميز بين العصابات، الذهانات والشذوذات ، و يعتبر

الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الإخفاء، فنحن في سجل العصابات. و

إن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوذ، و إن تم رفضه فهذا سجل الذهانات. أما " كارل

ابراهام" فقد قدم تصنيفا نمائيا ينتظم حول تكامل مراحل النمو و المراحل الفرعية ، حيث

تظهر الباثولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو و يرتكز على التثبيتات و

النكوصات، و ساهمت منطلقات "إبراهام" لظهور باحثين آخرين مثل "كيرنبرغ"

KERENRNBERG من المدرسة الأمريكية الذي أضاف توضيحات عن البنية الحدية، و

أعمال "بيرجيري" حول البنيات من المدرسة الفرنسية. (حافري، 2015: ص 19).

4-2- التصنيفات العرضية:

ترتكز هذه التصنيفات على الأعراض فهي موضوعية و لا تستند إلى نظرية محددة ،

و يعتبر التصنيف الدولي للأمراض ICD والتصنيف التشخيصي الإحصائي DSM من

أهم التصنيفات العالمية.

ويُعد "كريبيلين" أول من ابتكر نظاما تصنيفيا للسلوك الشاذ عام 1883 والذي شكل

الأساس للجانب النفسي من نظام تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD؛ كما أدمج هذا

النظام أيضا في الدليل التشخيصي والإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM،

و الذي يمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية و العقلية:

الأعصاب Neuroses، الذهان الوظيفي Functional Psychosis، الذهان العضوي

Organic Psychosis، اضطرابات الشخصية Personality Disorders، التخلف

العقلي Mental Retardation

4-3 التصنيف الدولي للأمراض و المشاكل المتعلقة بالصحة ICD:

هو تصنيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره، يتم فيه تصنيف الأمراض والأعراض

والعلامات والمسببات على شكل رمز يتكون من أحد الحروف الهجائية اللاتينية وعدد من

رقمين (مثلا: A23). فكل مرض (أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف برمز فريد. و ينشر هذا الدليل بشكل دوري كل 10 سنوات . (صالح، 2014؛ منظمة الصحة العالمية، 1996).

ولم يتم التطرق للأمراض العقلية حتى عام 1936، عندما صدرت القائمة الخامسة (ICD.5) التي أدرجت الأمراض العقلية ضمن أمراض الجهاز العصبي، و قد ذُكر منها وقتئذ أربع مجموعات فقط (النقص العقلي، الفصام، ذهان الهوس و الاكتئاب، كل الأمراض العقلية الأخرى). و صدرت القائمة السادسة (ICD.6) عام (1947) و التي اشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية (الفصل الخامس F) متضمنة أسباب المرض و الوفاة.

أما القائمة السابعة (ICD.7) عام 1955 لم تضيف جديدا بخصوص الأمراض العقلية و النفسية. و بمساعدة منظمة الصحة العالمية (WHO) صدرت القائمة الثامنة (ICD.8) عام 1965، حيث تضمنت وصف الأعراض و التشخيص الفارق و علاج الاضطرابات العقلية، و توالى القوائم حيث شملت إضافات و تصنيفات عديدة حتى صدور القائمة العاشرة (ICD.10) عام 1992 (الحجاوي، 2004؛ منظمة الصحة العالمية، 1996).

ويتضمن الفصل الخامس الاضطرابات العقلية والسلوكية من المراجعة العاشرة (ICD.10) على عشر مجموعات رئيسية و تشمل كل مجموعة تصنيفات فرعية معينة. (F00–F09): الاضطرابات العقلية العضوية بما في ذلك الاضطرابات الأعراضية.

(F10-F19): الاضطرابات العقلية و السلوكية نتيجة استخدام مواد نفسانية المفعول.

(F20-F29): الفصام و الاضطرابات فصامية النمط و الاضطرابات التوهمية.

(F30-F39): اضطرابات المزاج- الاضطرابات الوجدانية (العاطفية).

(F40-F48): الاضطرابات العصائية و المرتبطة بالكرب و الاضطرابات جسدية

الصور.

(F50-F59): المتلازمات السلوكية المرتبطة باضطرابات وظيفية و عوامل بدنية.

(F60-F69): اضطرابات في شخصية و سلوكيات البالغ.

(F70-F79): التخلف العقلي.

(F80-F89): اضطرابات التطور النفسي.

(F90-F98): اضطرابات سلوكية و عاطفية (انفعالية) تكون غالبا بدايتها في الطفولة

أو المراهقة.

(F99): الاضطرابات العقلية غير المحددة. (منظمة الصحة العالمية، 1996)

لقد أصدرت منظمة الصحة الدولية النسخة الحادية عشر (ICD.11) في 18 جوان

2018 و التي سوف تُعرض على مجلس الصحة الدولي في ماي 2019 للموافقة من

قبل الدول الأعضاء ثم تدخل حيز التنفيذ في 01 جانفي 2022. World Health

(Organization, 2018)

4_4 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM:

في عام 1952، قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA بنشر نظامها التصنيفي

الخاص والمتمثل بالدليل التشخيصي و الإحصائي Diagnostic and Statistical

Manual، و قد احتوى هذا الدليل على مصطلحات تصف كل فئة من الفئات التشخيصية التي يتضمنها. و قد أُتبعَت الطبعة الأولى (DSM-I) بعدة مراجعات ظهرت في الأعوام 1968 (DSM-II)، 1980 (DSM-III)، و في هذا النظام التشخيصي أُدخلت أكثر التغيرات ثورية، حيث تضمن استخدام محكات تشخيصية واضحة للاضطرابات النفسية، و نظاما تشخيصيا متعدد المحاور، و منحى وصفيا للتشخيص يميل إلى الحيادية في ما يتعلق بالنظريات التي تبحث في أسباب الأمراض، و تركيز متزايدا على الفائدة الإكلينيكية للنظام التشخيصي. ثم تم تعديل هذا الدليل عام 1987 (DSM-III-R)، و في 1994 صدرت الدليل الرابع (DSM-IV) (ترول، 2007، ص 218)، والذي وُزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية...الخ. و اختفت فيه تسميات عصاب الفوبيا والقلق، واستبدل مصطلح عصاب الهستيريا التحويلية بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية.

تمت مراجعته، و صدر الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM-4-TR) عام 2000، الذي يعتبر نظام التصنيف الأكثر استخداما ، وهو تقييم متعدد المحاور multiaxial assessment. إذ يتم فيه تقييم المرضى وفقا لخمسَة محاور أو مجالات من المعلومات. و كل محور من شأنه أن يساعد في التخطيط للعلاج و التنبؤ بالنتائج. و تزودنا هذه المحاور مجتمعة بوصف شامل لمشكلات المريض الأساسية، و ضغوطه النفسية و مستواه الوظيفي (ترول، 2007، ص 220).

أخيراً صدر النظام التشخيصي الخامس (DSM-5) في 2013، وهو نتاج عمل

14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الأمراض في هذا الدليل. يحتوي على

تعليمات كيفية الاستخدام والاحتياطات الواجب اتباعها، يليها معايير التشخيص وقائمة

الرموز وفئات خاصة بكل مرض و يدرج كذلك رموز التصنيف الدولي للأمراض (ICD-

10) بين قوسين، يلي ذلك وصف للنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ويقدم

المحكات التي يجب توافرها لدى المريض من أجل تصنيفه في فئة معينة أم لا، ثم يقدم

شرحاً مصغراً لكل اضطراب ، و بعدها محور يخصص لإدماج القياس و بعض النماذج

كالنموذج الثقافي و غيرها ؛ يشتمل الدليل التشخيصي الخامس 297 فئة تشخيصية و

يتوفر على خمسة محاور تسمح بتقييم شامل للاضطرابات العقلية: المحور الأول خاص

بالاضطرابات الإكلينيكية، المحور الثاني يتعلق باضطرابات الشخصية و التخلف العقلي،

المحور الثالث بأمراض الطب العام، و المحور الرابع خاص بالمشاكل النفس اجتماعية و

البيئية، و المحور الخامس التقييم العام للتوظيف

4_5 التصنيف الفرنكفوني للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق CFTMEA:

في الثمانينات من القرن الماضي، قام فريق فرنسي مكون من أطباء أطفال نفسيين

تحت رئاسة " روجر ميزيه " Roger Misès بتأسيس تصنيف فرنسي للاضطرابات

العقلية خاص بالطفل و المراهق CFTMEA، وفي سنة 2013، تم إضافة البالغين لهذا

التصنيف بعد سعي كل من "ميزيه" Misès و "جون جاربيه" Jean Garrabé. يتجنب

هذا التصنيف الاعتماد على افتراضات نظرية معينة للسببية المرضية بل يركز على علم

النفس المرضي لتصنيف الاضطرابات العقلية دون إنكار فائدة المنهج الوصفي للسلوكيات
الملاحظة في الطب النفسي التي يتبناها كل من DSM 5 و ICD 10.

كما يتناول CFTMEA مفهوم "البنىات" structures الذي يمكن أن يوضح بعض
المشكلات الإكلينيكية التي ليس لها حل في الطب النفسي الوصفي، وهي العصابات،
والذهانات والحالات الحدية ، ويضع تصنيف CFTMEA في الاعتبار سياق المريض
وتنظيمه النفسي و تاريخه من اجل الابتعاد على المبالغة في التشخيص غير الملائم ، كما
يرتكز هذا التصنيف على محورين: المحور الأول يخص التصنيفات الإكلينيكية
الأساسية، أما الثاني يتعلق بالعوامل السابقة ذات العلاقة أو المحتملة للسببية المرضية.

(Landman & Portelli, 2017)

5- صعوبات و مآخذ التصنيف في علم النفس المرضي:

يلخص جفري و زملائه (2009) بعض المآخذ عن التصنيف في علم النفس

المرضي:

- لا يمكن للتصنيف أن يضم مجمل البيانات الخاصة بالمريض و الأسباب المؤدية
للاضطراب، فهو لا يعكس تعقد و فردانية الشخص.

- قد يؤدي استخدام التصنيف إلى تغير نمط حياة المريض و الحكم على سلوكياته
السوية و غير السوية بهذا التصنيف، بالتالي قد يعرقل ذلك عملية العلاج.

- تكون عملية التنبؤ بالسلوك على أساس التصنيف التشخيصي و ليس على أساس
السلوك الملاحظ للمريض.

- يركز التشخيص بالتأكيد على جوانب الضعف أكثر من جوانب القوة و هذا ما يؤثر سلبيا على علاقة المريض بالآخرين.

- قد يؤدي استخدام الاسم التصنيفي إلى إيهام المختص بفهم حالة المريض و لكنه في الواقع هو بعيد عن معاناته الحقيقية (حافري، 2016/2015، ص 18).

6_ نماذج مرضية تصنيفية وفق الجدول المعياري لـ : DSM 5

1 6 العصاب: ويتضمن مايلي:-

أ_ القلق وانواعه التالية:

✓ القلق الحاد

✓ القلق الصدمي

✓ قلق التوتر الحاد

✓ عصاب القلق

✓ المخاوف المرضية أو الفوبيا

✓ الهستيريا التحويلية

✓ الهستيريا الانشاقية أو التفككية: مثل التجوال النائم_ فقدان الذاكرة_ ازدواج

الشخصية.

ب_ الاكتئاب ويشمل على:

✓ الكآبة

✓ مشاعر الغم

✓ اكتئاب القلق

✓ اكتئاب النجاح

✓ التعب العام

✓ التعب الوجداني

✓ الوهن العصبي " السيكاثينيا": السيكاثينا اصطلاح أطلقه "جانيه" على عدة اضطرابات ذات طبيعة قهرية، ومعناه حرفياً نقص الطاقة النفسية للإبقاء على التكامل العادي.

✓ توهم المرض الجسمي والعضوي

جـ. الوسواس القهري ويشمل على مايلي:

✓ الافكار الوسواسية

✓ الاندفاعات: هناك من الأفعال ما يستبعد أن يفكر الإنسان في القيام بها.. كأن يقذف الإنسان نفسه من مكان مرتفع أو يلقي بنفسه أمام سيارة مسرعة وذلك لعدم وجود أي رغبة في الانتحار.. أما المكتئب الذي تسيطر عليه الرغبة في التخلص من الحياة فهو الوحيد الذي تطراً له هذه الأفكار تأتي بصورة رغبة اندفاعية، ولكن مريض الوسواس القهري قد تأتي له مثل هذه الاندفاعات ويشعر كأنه يهمل بفعلها ولهذا يتحاشى الأماكن المرتفعة وقد يتحاشى المشي في الشارع خشية أن يحقق هذا الاندفاع بأن يلقي نفسه أمام السيارة المسرعة.

دـ أعصاب الصدمات:

✓ الحوادث

✓ الانتهاكات

✓ الحروب

✓ الضغوط

هـ _ اضطرابات الطبع:

✓ الشخصية الهستيرية

✓ الشخصية الاكتئابية

✓ الشخصية التوهمية

✓ الشخصية الوسواسية

✓ الشخصية الخوافية

✓ الشخصية الشبه ضلالية " البرانويا

6 2 الاضطرابات النفسية العضوية: وتشمل مايلي

✓ اضطرابات ضبط الذات

✓ التحولات العضوية

✓ الأمراض النفسية الجسمية

6 3: اضطرابات الشخصية: وتشمل مايلي:-

✓ الشخصية شبه فصامية

✓ الشخصية النوابية

✓ الشخصية غير المستقرة انفعاليا

✓ الشخصية العدوانية

✓ الشخصية السلبية

✓ الشخصية الهوجاء

✓ الشخصية المضادة للمجتمع

✓ الشخصية الانحرافية

✓ الشخصية المدمنة

✓ شخصية متعاطي المخدرات

6 4: الاضطرابات الذهانية وتشمل مايلي:-

أ_ الذهان الوجداني ويشمل:-

✓ الهوس و الاكتئاب

✓ الاكتئاب الذهاني

✓ الاكتئاب المنهيج

✓ الذهان الفصامي:

-البسيط

-التصلبي

-الخامل

-الضلالي

-الفصام الوجداني

-الفصام الحاد

ب_ذهان موقفي ويشمل:-

✓ ذهان مابعد الولادة

✓ ذهان لا إرادي

المحاضرة العاشرة

1_ أمثلة تعريفية عن بعض الاضطرابات العصابية:

➤ القلق :

تتفاوت حالات القلق التي يمر بها الإنسان زيادة ونقصانًا تبعًا لأحداث الحياة،

وللقلق نوعان: طبيعي صحي خُلِقنا به، لا يعطل الحياة بل باختفائه أو فقدانه يصبح

الإنسان متبلدًا مريضًا، ونوع آخر مرضي مسيطر على الإنسان، أساسه الخوف من

المجهول وبصاحبه التوقع السيئ للأمور . يمكن لأي إنسان أن يصاب بحالة من القلق

حين يكون لديه الاستعداد له، ثم يتعرض بعد ذلك لضغوط تفوق قدرته على التحمل .

➤ الوسواس القهري:

ولعله من أكثر الأمراض العصابية إيلامًا وتعذيبًا لصاحبه، ويأتي على شكل فكرة أو

صورة أو رغبة اندفاعية أو طقوس حركية تسيطر على ذهن المريض وتفتحمه ضد

إرادته، وهو على يقين تام بتفاهتها، ولذا فهو يحاول التخلص منها بطردها عن ذهنه

وتوقف التفكير فيها، لكنه لا يستطيع .

➤ المخاوف:

إن الخوف شعور طبيعي، تختلف أسبابه من شخص لآخر لكنه يبقى شعورًا

مشتركًا، وما يقصده الكاتب هنا تلك المخاوف غير المبررة من أشياء لا تشكل خطورة

أو تهديدًا تصل بالمريض إلى حد الهلع والذعر والصراخ ، والمعرفة الكاملة بطفولة

المريض، والأحداث التي مرت به، ومعرفة نوع شخصيته والظروف التي يعيش فيها،

وإلى أي مدى تبقى هذه المخاوف حياته كل ذلك يجعل الطبيب قادرًا على تحديد

أسلوب العلاج.

➤ الهستيريا:

مصدرها العقل الباطن، وقد تأتي في صورة شلل للأطراف، أو في صورة فقدان

للذاكرة أو البصر أو الوعي، أو في أي صورة تعبيرية أخرى كوسيلة للهروب من مواقف

تفوق قدرة الإنسان على مواجهتها والتعامل معها . وهناك نوعان من الاستجابات الناتجة

عن الهستيريا :

_النوع الأول: الاستجابة التحويلية :

وفيها تتحول المتاعب النفسية إلى مرض عضوي، فبدلاً من أن يقول المريض أنا

قلق أو أعاني كثرة المشكلات، أو أنا خائف أو مهزوم يقول ذراعي تؤلمني، أو أنا لا

أرى، أو يداي ترتعشان، وكل جزء من الجسم يمكن أن تلبسه الهستيريا فيشكو منه

المريض، وينسى تمامًا مشكلته النفسية بفعل عرض المرض العضوي المخترع من قبل

العقل الباطن، ولكل عرض معنى، والمعنى يكشف عن السبب وراء هذه الأعراض .

_النوع الثاني: الاستجابة الانشقاقية :

وفيها ينشق الإنسان وينفصل عن نفسه وجسمه ويتحول إلى إنسان آخر تمامًا لا يعرف

شيئاً ولا يتذكر شيئاً عن الإنسان الأول كأنه ولد من جديد، ولذا فهو يبدو كالتائه .

هناك عرض آخر يصف هذا النوع ألا وهو فقدان الذاكرة لساعات أو لأيام، لكل

الماضي أو لفترة معينة، وتعدُّ الشخصيات أيضاً يعدُّ عرضاً لهذا النوع من

الاستجابات، وإزالة هذه الأعراض ليس الحل الأول والأفضل في العلاج، وإنما تأتي في

الدرجة الثانية بعد التحدث مع المريض ومحاولة فهم أسباب اللجوء لهذه الأعراض .

➤ الاكتئاب:

وله أنواع كثيرة: أبسطها الاكتئاب التفاعلي أو العصبي؛ تفاعلي بمعنى أنه يحدث

نتيجة لضغوط أو أزمات حادة يتعرض لها المريض ويتفاعل معها بالاكتئاب. وتتمثل

الأعراض في الشعور بالحزن، وعدم القدرة على الاستمتاع مع فقدان الأمل والإحساس

بالضعف واضطراب النوم والطعام . إن تغيير البيئة وتحسين الظروف وانفراج

المشكلات أو حتى عامل الزمن كفيل بشفاء حالة الاكتئاب .

2_ أمثلة تعريفية عن بعض الاضطرابات الذهانية :

• طيف الفصام واضطرابات ذهانية أخرى:

تسبب الاضطرابات الذهانية انفصالاً عن الواقع — مثل الأوهام والهوسة والتفكير

والكلام غير المنظمين. وأبرز مثال على ذلك هو الفصام، وذلك على الرغم من أن هناك

فئات أخرى من الاضطرابات يمكن أن ترتبط بالانفصال عن الواقع في بعض الأحيان.

• الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات المرتبطة:

تتضمن هذه الفئة اضطرابات مع نوبات متناوبة من الهوس — فترات النشاط المفرط

والطاقة والإثارة — والاكتئاب.

• اضطرابات اكتئابية:

وهي تشمل هذه الاضطرابات التي تؤثر على شعورك عاطفياً، مثل مستوى الحزن

والسعادة، ويمكن أن تعطل قدرتك على العمل. ومن الأمثلة على ذلك اضطراب الاكتئاب

الشديد واضطراب الانزعاج السابق للحيض.

• اضطرابات القلق:

القلق هو عاطفة تتميز بتوقع الخطر أو المحنة في المستقبل، إلى جانب القلق المفرط.

يمكن أن يشمل سلوكاً يهدف إلى تجنب المواقف التي تسبب القلق. تتضمن هذه الفئة

اضطراب القلق العام واضطراب الهلع والرهاب.

• الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة:

تنطوي هذه الاضطرابات على الانشغال أو الهواجس وأفكار وأفعال متكررة. ومن

الأمثلة على ذلك، اضطراب الوسواس القهري واضطراب الاكتناز واضطراب ننف الشعر

(هوس الننف الحاد).

• الصدمات والاضطرابات المرتبطة بمسببات الإجهاد:

هذه هي اضطرابات التكيف التي يكون لدى الشخص مشكلة في التأقلم أثناء أحداث

الحياة المجهدة أو بعدها. وتشمل الأمثلة اضطراب الكرب التالي للصدمة (PTSD)

واضطراب الإجهاد الحاد.

• الاضطرابات الفصامية: وهي الاضطرابات التي يتعطل فيها إحساسك بالذات، مثل

اضطراب الهوية الفصامي وفقدان الذاكرة الفصامي.

• الأعراض الجسدية والاضطرابات المرتبطة بها:

قد يكون لدى الشخص المصاب أحد هذه الاضطرابات من أعراض جسدية تسبب

اضطرابات عاطفية كبيرة ومشاكل في العمل ، وقد يوجد أو لا يوجد حالة طبية مشخصة

أخرى مرتبطة بهذه الأعراض، لكن رد الفعل على الأعراض غير طبيعي ، وتشمل

الاضطرابات اضطراب الأعراض الجسدية واضطراب القلق المرضي والاضطراب

المفتعل.

• اضطراب التغذية واضطراب الشهية:

تشمل الاضطرابات المتعلقة بالأكل التي تؤثر على التغذية والصحة، مثل فقدان

الشهية العصبي واضطراب الأكل الحاد.

• اضطرابات التخلص:

تتعلق هذه الاضطرابات بالتخلص غير السليم من البول أو البراز عن طريق الصدفة

أو عن قصد. يُعد تبلل السرير (سلس البول) مثالاً.

• اضطرابات النوم والاستيقاظ:

اضطرابات النوم هذه شديدة بما يكفي لتتطلب عناية سريرية، مثل الأرق وانقطاع

النفس النومي ومتلازمة تملل الساقين.

• اضطراب الهوية الجنسية:

يشير إلى الضيق الذي يصاحب رغبة الشخص المعلن في أن يكون جنسًا آخر.

• الاضطرابات السلوكية والمسيطرة على الدوافع والمعرقة:

تتضمن هذه الاضطرابات مشاكل في التحكم العاطفي والسلوكي، مثل هوس السرقة

أو الاضطراب الانفجاري المتقطع.

• اضطرابات الإدمان والمرتبطة بتعاطي المواد:

وتشمل المشاكل المرتبطة بالإفراط في استخدام الكحول والكافيين والتبغ والمخدرات.

تتضمن هذه الفئة أيضًا اضطراب القمار.

• الاضطرابات المعرفية العصبية:

تؤثر الاضطرابات المعرفية العصبية على قدرتك على التفكير والإدراك. تشمل هذه

المشكلات المعرفية المكتسبة (وليس التنموية) الهذيان، بالإضافة إلى الاضطرابات

المعرفية العصبية بسبب حالات أو أمراض مثل إصابة الدماغ الرضحية أو داء الزهايمر.

• اضطرابات الشخصية:

ينطوي اضطراب الشخصية على نمط دائم من عدم الاستقرار العاطفي والسلوك غير

الصحي الذي يسبب مشاكل في حياتك وعلاقاتك. ومن الأمثلة على ذلك، اضطرابات

الشخصية الحدية والمعادية للمجتمع والنرجسية.

• اضطرابات الخطل الجنسي:

تشمل هذه الاضطرابات الاهتمام الجنسي الذي يسبب الضيق الشخصي أو العجز أو

يتسبب في ضرر محتمل أو فعلي لشخص آخر ومن الأمثلة على ذلك اضطراب السادية

الجنسية واضطراب التلصص والاضطراب المتعلق بعشق الأطفال.

• اضطرابات العقلية الأخرى:

تتضمن هذه الفئة الاضطرابات العقلية الناجمة عن حالات طبية أخرى أو التي لا تفي

بالمعايير الكاملة لواحدة من الاضطرابات المذكورة أعلاه.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- 1_ ايمان فوزي سعيد(2000) :التشخيص النفسي ،كلية عين شمس.
- 2_ ارنست هرفمان: 1982، عمر علم النفس ، ترجمة محمد ابراهيم زايد - الهيئة المصرية - القاهرة ، مصر
- 3_ الخالدي أديب محمد: 2006، مرجع في علم النفس الاكلينيكي ، دار وائل للنشر ، عمان الاردن.
- 4_ تيموث ، ج ترول : 2007، علم النفس الاكلينيكي ، ترجمة فوزي شاكر داود، دار الشروق، عمان.
- 5_ حامد زهران1978، "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- 6_ حسن أحمد الداھري:(2005)علم النفس الارشادي نظرياته وأساليبه الحديثة ، ط 1 ،دار وائل للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن.
- 7_ حسين فايد(2004) علم النفس المرضي) السيكوباتولوجي ،ط1 ،مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- 8_ حافري، زهية غنية (2015/2016). مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي. جامعة سطيف2.
- 9_ جوليان روتر:ترجمة عطية محمود هنا،محمد عثمان نجاتي(1971علم النفس الإكلينيكي،ب ط،ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر.

- 10_جيرالد كوفي:(2011) ترجمة سامح وديع الخفش النظرية والتطبيق في الإرشاد
والعلاج النفسي ، ط ،1دار الفكر ،عمان ،الأردن.
- 11_ دبراسو فطيمة : 2010،مصادر الضغط النفسي وأثره على مهنة الأخصائي
النفساني، دراسة ميدانية بمدينة بسكرة، مداخلة في ملتقى وطني حول: الضغط النفسي
واستراتيجيات التكفل والوقاية، جامعة سطيف، الجزائر.
- 12_ زهران، حامد عبد السلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط 4.
القاهرة: عالم الكتب.
- 13_ عبد الستار ابراهيم ،عبد الله عسكر:(2008) علم النفس الاكلينيكي ،ط4 ،مكتبة
الأنجلو المصرية، القاهرة
- 14_ عباس، فيصل (1996).الاختبارات النفسية: تقنياتها و إجراءاتها .بيروت: دار
الفكر العربي.
- 15_ علي عبد الرحيم صالح: (2014).علم نفس الشواذ: الاضطرابات النفسية و
العقلية.عمان: دار صفاء للنشر و التوزيع.
- 16_ فادية عمر الجولاني:(2003) تشخيص وعلاج المشكلات الاجتماعية والنفسية ،
ب ط ،المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع ،الإسكندرية.
- 17_ فالح بن صنهاة الدلبحي العتيبي : (2011) ، دور الاخصائي النفسي الاكلينيكي
من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض . رسالة
الماجستير في العلوم الاجتماعية . جامعة نايف العربية.
- 18_ الفخراني، خالد إبراهيم: (2015). أسس تشخيص الاضطرابات السلوكية.القاهرة ،
دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع

- 19_ القمش، مصطفى نوري و المعاينة، خليل عبدالرحمن: (2009). الاضطرابات السلوكية و الإنفعالية. ط 2. دار المسيرة، الأردن.
- 20_ لويس مليكه - علم النفس الإكلينيكي - الجزء الأول - الهيئة المصرية العامة - القاهرة - ١٩٧٧ - ص 11. _ ترجمة نور الحمادي، اعداد و توزيع جهاد محمد حمد: د.سنة، مصر
- 21 _ مصطفى فهمي: 1997- علم النفس الإكلينيكي - مكتبة مصر - القاهرة.
- 22_ محمد جاسم العبيدي:(2009) علم النفس الإكلينيكي ، ط 1 ،دار الثقافة للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن
- 23_ محمد أحمد ابراهيم سعفان:(2005) العملية الارشادية ، ب ط ،دار الكتاب الحديث ،القاهرة ،مصر
- 24_ محمد سالم بن القرني وآخرون: 2016: التشخيص الاكلينيكي والممارسة العلاجية ، ط 1، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر،السعودية.
- 25_ مليكة لويس كامل: 2010، العلاج النفسي، دار الفكر، عمان. الاردن.
- 26_ محمد أحمد ابراهيم سعفان:(2005) العملية الارشادية ، ب ط ،دار الكتاب الحديث ،القاهرة ، مصر
- 27 _ هدى سايب و اخرون: 2019 .دراسة لبعض عوامل التردد على العيادات النفسية و النفسية العصبية من وجهة نظر المتعالجين . مذكرة ليسانس علم النفس العيادي . جامعة محمد بوضياف مسيلة . الجزائر.
- 28_ يوسف مدن:(2006) العلاج النفسي وتعديل السلوك الانساني بطريقة الأضداد دراسة تربوية تحليلية في ضوء سيكولوجية الأخلاق ونسق القيم الاسلامية ، ط 1 ،دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع والطباعة عمان ،الأردن.
- المراجع الاجنبية:

29__ Brunet, Louis, casoni : 2009, profession psychologue . canada , presse de l universite de monterial

30_ Huber Winfrid (1987):**La Psychologie Clinique**,puf,France

31__ - Landman, P., & Portelli, C. (2017, February). Pourquoi une classification française des troubles mentaux chez l'adulte (CFTMA)? In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 175, No. 2, pp. 163-164). Elsevier Masson

32__ lagache daniel 2004 :L unite de la la psychologie ,7 edition . France , PUF

33_ www.acofps.com/vb/90543

34_ <https://www.alkhaleej.ae>