



التشخيص النفسي الإكلينيكي

جامعة دمشق / كلية التربية / سنة رابعة / علم نفس ٢٠٢٠

إعداد الدكتورة: رآفات أحمد

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي

التشخيص النفسي الإكلينيكي

الدكتورة رافات أحمد

سنة رابعة/ علم نفس ٢٠٢٠

التشخيص النفسي وأهميته في العملية العلاجية

ليس من المبالغ فيه إن قلنا أن عملية التشخيص النفسي هي فن قائم بحد ذاته: فن التعامل مع المتعالج، فهمه، التعاطف معه، تقبله في معاناته التي يعيشها، وتطبيق مجموعة التقنيات الخاصة بمهارات التشخيص والعلاج. وبالتالي ليس كل دارس لعلم النفس قادر على التشخيص الصحيح وليس كل قارئ أو مطلع أو مهتم بالعلاج النفسي أو المهارات التدريبية قادر على ممارسة التشخيص النفسي. إنها عملية متكاملة تتطلب بالإضافة إلى المعرفة النظرية بأعراض الاضطرابات والمشكلات السلوكية اللاتكيفية، خبرة تطبيقية واسعة وممارسة عملياتية يومية في مجال التشخيص المؤدي حتماً إلى خطة علاجية. إن الافتراض بأن عملية التشخيص النفسي منفصلة عن خطة العلاج وتطبيقاتها لهو افتراض مغلو، وقائم على حكم مشوه للعملية العلاجية. فالباحث لا يستطيع تقديم تشخيص دقيق للحالة إذا لم ترسم معالم العلاج في ذهنه شأنه في ذلك شأن أي نوع من أنواع المشكلات الحياتية اليومية. لنستطيع الوصول إلى فرضيات الحل _لم نقل الوصول إلى الحل_ لا بد من الشعور بالمشكلة وتحديدها وتشخيصها بشكل دقيق وإلا تحوّلت العملية التشخيصية لضرب من الجدل والتحليل الشخصي الدرامي للحالة المرضية. فلا يقال عن عملية تقييم لحالة ما أنها "تشخيص" إذا لم تُلحق بخطة علاج أو على الأقل تصوّر له، كما أنه لا خطة علاج يمكن تصوّرها دون عملية تشخيصية.

يُعرف التشخيص النفسي على أنه عملية جمع المعلومات الدقيقة عن المريض وعن الحالة التي يعيشها المريض بهدف الوصول إلى تحديد الاضطراب وتحديد الفئة التصنيفية التي ينتمي إليها المريض. كما يهدف التشخيص النفسي إلى تحديد طبيعة شخصية المريض ودراسة الواقع الذي يعيشه مما يساعد المختص على تصور البرنامج العلاجي المناسب.

إذاً تستند عملية التشخيص بالدرجة الأولى على جمع المعلومات بأساليب شتى لضمان دقة العملية وشمولها. إن الحصول على كم غزير من المعلومات والبيانات حول المتعالج لا يُعتبر هدفاً لعملية

التشخيص النفسي في حد ذاته ولكن، يجب البحث عن المعنى والدلالة التي تنطوي عليها البيانات والمعلومات التي يجمعها عن العميل. فالبيانات التي يجمعها السيكولوجي تكون مفيدة عندما يتم إخضاعها للمعالجة الدقيقة وغزارتها هي نوع من الضمان لتغطية كافة جوانب الشخصية المطلوب تغطيتها.

لا بد في التشخيص الدقيق للحالة النفسية للمريض من التركيز على:

١. تقييم مظهر المريض من ناحية جنسه، وعمره، هل المظهر العام للمريض يبدو مناسباً لعمره أم لا، ملابس المريض هل تتناسب مع سنه وجنسه، هل المريض نظيف أم لا، مع ملاحظة أي رائحة غريبة تصدر منه، كرائحة الكحول مثلاً، والانتباه لوجود أي كدمات خاصة بالأماكن المخفية وآثار الحقن، لأن هذا يرفع احتمالية تعاطي المريض للأدوية أو للمواد الممنوعة، أو لأي علامات تدلّ على محاولة الانتحار كجرح عند منطقة الرسغ.
٢. الانتباه لوجود أي حركات لا إرادية يقوم بها، بالإضافة إلى الانتباه لتجنب المريض التواصل البصري؛ فعندما يتجنب المريض التواصل البصري مع المختص ومع من حوله هل هو هادئ أم منفعل، أو هل هناك أي رعشة في اليدين.. الخ
٣. تقييم حديث المريض هل يتكلم المريض بسرعة أم ببطء أم بصورة عادية، بالإضافة إلى ارتفاع أو انخفاض صوته، وهل يتحدث بدرجة صوت عادية، وهل يتكلم كلاماً مفهوماً أم لا
٤. تقييم الحالة المزاجية العامة للمريض أثناء الاستشارة: يتم تقييم المزاج المريض من جهتين؛ المختص و المريض. فالمختص له توجهه الخاص وتقييمه للحالة المزاجية العامة بينما يمكن له طرح أسئلة محددة على المريض تتعلق بمزاجه اليومي وطبيعته أثناء اليوم وما هو المعتاد من دونه

٥. تقييم تفكير المريض وفق منحيين اثنين فحص الأفكار وفحص المحتوى: فالتفكير يتم تقييمه حول مدى منطقيته ومرونته ووظيفيته وحول مدى ترابط ووضوح الأفكار ووضوح واستيعاب العلاقات السببية ، أيضاً مدى تركيز المريض على أفكاره من عدمه.

يتم تقييم محتوى الأفكار من خلال التركيز على نوعية الأفكار هل هي غريبة شاذة غير مقبولة من المجتمع أم أنها أقرب ما تكون إلى المنطقية. هي ثابتة جامدة أم متغيرة مرنة. هل هذه الأفكار ناجمة عن طبيعة المرض أم أنها ناجمة من تقييم المحيط له وطريقة تربيته. هل توجد أفكار انتحارية. وهل هي حقيقية أم أنها طريقة للفت انتباه المحيط

كما يتم تقييم التفكير من خلال فحص قدرة المريض على الحكم السليم عن طريق إعطاء المريض حالة وتقييم طريقة حكمه عليها. من المهم جداً أيضاً تقييم مدى وعي المريض وفهمه لطبيعة مرضه وبكونه مريضاً نفسياً وأنه بحاجة لعلاج، حيث يجب على المختص معرفة مدى إدراك المريض وفهمه للآثار الناجمة عن مرضه النفسي على علاقاته مع الآخرين وعلى حياته، ومدى رغبة المريض بتغيير ذلك.

٦. تقييم الإدراك لدى المريض، وذلك عن طريق:

- i. فحص وجود الهلوسات، وهي تعني أنّ المريض يدرك حسياً وجود شيء بدون وجود مثير خارجي يحرض إدراكه هذا. تكون الهلوسة بصرية، شمّية، سمعية، حسية أو ذوقية
- ii. فحص وجود الأوهام ويعني أنّ هناك مؤثراً خارجياً، لكن المريض يتصور هذا المؤثر بصورة مشوهة غير حقيقية
- iii. الغربة عن الواقع أو تبدد الشخصية يعني أن يشعر المريض وكأنه منفصل عن محيطه أو عقله وأفكاره.

كما يتم فحص الإدراك من خلال تقييم وعي المريض هل هو متيقظ أم غائب وشارد الذهن أغلب الأحيان. ومن خلال تقييم توجه المريض في الزمان والمكان من خلال سؤاله عن الوقت والتاريخ كما يتم فحص الذاكرة الفورية عن طريق سؤال المريض سؤالاً يعتمد على تركيزه وانتباهه، كأن يطلب الطبيب من المريض تكرار كلمات أو أرقام معينة، ثم فحص الذاكرة الحديثة بالسؤال عن شيء حدث منذ ساعات أو أيام، وفحص الذاكرة البعيدة بسؤال المريض عن شيء حدث منذ زمن بعيد، ثم بعد ذلك يتم فحص قدرة المريض على القراءة والكتابة، وتقييم المفاهيم المجردة عند المريض؛ بحيث يتم فحص المفاهيم المجردة لديه؛ عن طريق سؤاله عن التشابه بين عدة كلمات، ومدى فهمه لمثل بسيط.

أهمية التشخيص النفسي الإكلينيكي

تكمُن أهمية التشخيص النفسي فيما يلي:

١. إن عملية التشخيص النفسي المبكرة للاضطرابات النفسية تساعد المتعالج وأسرتَه على الوعي المبكر بأعراض الاضطراب لديه والتي من الممكن وفي بعض الحالات العمل على تطويقها ومنعها من التطور بالاتجاه السلبي كما أنه من الممكن في بعض الحالات مساعدة المتعالج على التحسن أو التماثل إلى الشفاء لا سيما الحالات العصابية كلما كان التشخيص مبكراً كلما زادت فرصة التدخل للعلاج وإن لم يكن للعلاج فعلى الأقل أحداث تغيير أو تقدم في حياة المتعالج نحو الأفضل

٢. يتم في عملية التشخيص النفسي تحديد دور المحيطين بالفرد من أسرة أو جماعة أقران أو غيرهم في نشوء وتطور الاضطراب أو السلوك اللاتكفي لدى الفرد مما يساعد المعالج لاحقاً في بناء خطة العلاج واعتبار بعض القضايا المهمة المحيطة بالمريض.

٣. من خلال عملية التشخيص نتوصل إلى فهم شامل للحالة، وتحديد نوع الاضطراب ومداه وعمقه وتحديد منهج العلاج وأساليبه وأدواته وما المدة الزمنية المتوقعة اللازمة لذلك. كما يزودنا التشخيص الدقيق بنقطة البدء المناسبة للعلاج وكيف يمكن أن يتوجه وأي تقنيات يمكن أن نحتاجها لمتابعة الحالة.

٤. تزودنا عملية التشخيص بالمعلومات اللازمة عن العوامل المباشرة التي ساهمت بنشوء الاضطراب وبتعزيزه وبقائه ومن ثم استمراره وتطوره. كما تعكس لنا كل ما من شأنه أن يؤثر بشكل غير مباشر على الاضطراب الموصوف وتعزيزه وتطوره كاتجاهات الأهل، الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة..الخ وهي ما ندعوها بالعوامل غير المباشرة.

٥. التعرف على البنى المعرفية الكامنة في أساس الإضطرابات النفسية والتي يتبناها الشخص بشكل كلي ومطلق في حياته اليومية والتي تقوده للمرض النفسي أو للسلوك اللاتكيفي. سيتم تناول هذه البنى بالتفصيل في الفصل

يختلف مفهوم التشخيص عن التصنيف في أن التشخيص يعتمد على إعطاء قرار بخصوص موضوع أو إطلاق حكم مستند الى تصنيفات معينة. فعندما نذكر مثلاً الدليل التشخيصي للأمراض فنحن نطلق حكماً ما بخصوص الاضطراب الذي يعاني منه الشخص بناء على مجموعة تصنيفات. القرار التشخيصي أو الحكم المطلق يعتمد على عدة عوامل إحداها هي الفئات التصنيفية. أما مصطلح التصنيف Classification يعني حرفياً تمييز الشيء أو تعيينه. كما يحمل معنى تكوين مجموعات من تجمع أكبر لكيانات أشمل

المقومات الأساسية للتشخيص النفسي:

ثمة مقومات أساسية لعملية التشخيص النفسي تتحقق معها أهداف العملية التشخيصية وهي:

١. الفهم: أي قدرة المختص على فهم مشكلة المريض في الحالة التي يعيش بها. وقدرته على فهم محيطه ونمط علاقاته وتفاعلاتها الأفقية والعمودية في المحيط الاجتماعي للمريض. كما يشمل قدرة الأخصائي على تقييم شخصية المريض وفهم وتقييم ردود أفعاله وسلوكياته المبنية منها على رد فعل ارتكاسي أم ما جاء منها بعد عمليات عقلية متنوعة من تحليل وتركيب وربط للعلائق.

٢. التصنيف: يعد التصنيف علماً قائماً بحد ذاته وله ميادينه المختلفة. فنحن نتحدث عن التصنيف في عالم النبات والكيمياء والطب و التربية. الخ. أما هنا فيُقصد به تسمية المشكلة أو الاضطراب أو سوء التكيف الذي يعاني منه المريض ووضعه ضمن سياقه في إحدى فئات الاضطرابات النفسية أو المشكلات التربوية والتعليمية التي تم الاصطلاح عليها على أنها مرجع تشخيصي مُعتمد أو محكّات عالمية وذلك بعد أن تستوفى الأعراض التشخيصية الفارقة لاضطرابٍ دون غيره.

٣. التنبؤ: يهدف التنبؤ إلى تقدير احتمالات تطور المرض وما سيؤول إليه حال المريض

بعد مضي فترة من الزمن وثمة نوعان للتنبؤ: التنبؤ الإحصائي والتنبؤ الإكلينيكي

جدير بالذكر إلى أنه كلما كانت المعلومات المتحصل عليه دقيقة عن توقيت بدء المرض وأعراضه والبيئة المحيطة بالمريض كلما كان التنبؤ أكثر دقة ونجاحاً. لا بد من إجراءات المتابعة واللقاءات الدورية مع المريض وتطبيق مجموعة من الاختبارات للقيام بالتقييم اللازم للتحقق صدق التنبؤ.

وظائف التشخيص:

يخدم التصنيف مجموعة من الوظائف يمكن تلخيصها:

١. اختزال الأوصاف السلوكية.
٢. توحيد مصطلحات يُفترض اتسامها بالثبات وتيسير التواصل بين المهتمين بالاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية.
٣. تيسير جمع وتخزين واستعادة المعلومات الاكلينيكية مما ييسر البحث عن المعلومات المرتبطة بأعراض معينة.
٤. يخدم التصنيف في وصف أوجه التشابه والاختلافات الهامة بين المرضى السيكاتريين بحيث يقود التشخيص إلى معرفة الأعراض التي مُحتمل ظهورها لدى المريض (مليكة، ١٩٩٧).

المسلمات التي يستند اليها التشخيص النفسي:

تستند عملية التشخيص النفسي على مسلمات أساسية لا يمن إغفالها بأي حال من الأحوال تتحور حول:

- وجود عوامل مسببة للاضطرابات النفسية منها والجسدية
 - ظهور أعراض معينة تدل على مرض معين.
 - كل اضطراب له مآل ويختلف مآل المرض من حالة لأخرى
- هذ المسلمات مشتقة في أساسها من مجموعة من المبادئ التي نستند إليها كمختصين نفسيين، متعلقة بالسلوك الانساني وهي:

١. أي سلوك صادر عن العضوية وراء هدف من نوع ما. ففي كثير من الأحيان إذا ما شخصنا الهدف نستطيع أن نغير السلوك اللاتكيفي الذي يقود إليه، وبالتالي تغييره.
٢. إن السلوك هو محصلة تفاعل بين الفرد والمحيط الذي يعيش فيه، محصلة مجموعة من المثيرات والاستجابات وسلسلة من الترابطات اليومية بين الفعل ورد الفعل.

٣. لا يمكن بحال من الأحوال فصل سلوك الفرد عن البيئة التي يعيش فيها (أسرة محيط عمل .الخ) وعن الخبرات التي مر ويمر بها سابقاً وحالياً، ولا يمكن أن ينفصل جزئياً أو كلياً عن جذوره أو تاريخه.

٤. يتميز السلوك الإنساني بالثبات النسبي وهذا الثبات هو ما يسمح لنا بالتنبؤ المستقبلي لسلسلة استجاباته. كما تسمح لنا النسبية بالتنبؤ بإمكانية التغيير التدريجي سلوك حالي لا تكيفي باتجاه سلوكيات أكثر فعالية و توافقاً مع البيئة.

٥. يتميز السلوك البشري بأنه سلوك توافقي أي يسعى للتوافق المستمر مع نفسه و مع البيئة المحيط، لتجنب سلسلة من الضغوطات المحتملة. لذلك ما يمكن أن نراه من أعراض مرضية معينة كالقلق مثلاً أو الوسواس القهري، فهي عبارة عن ردود أفعال لا تكيفية، في محاولة الفرد المستمر الوصول الى التوافق وتجنب الضغوطات المحيطة لكنها في النهاية محاولات لا تكيفية وغير فعالة.

٦. من أهم المسلمات في عملية التشخيص بأن السلوك السوي يتصف بمجموعة من المميزات التي تسمح للمختص تحكم بوجوده من عدمه:

(a) الفاعلية الاجتماعية: أي القدرة على مشاركة الآخرين والتفاعل معهم، من غير اتكالية مفرطة عليهم أو نفور كلي منهم. وان يكون لدى الفرد قدر من التحرر يسمح له أن يتفرد بشخصيته وسلوكه دون غرور و تكبر. كذلك ان يكون متمتعاً بذكاء اجتماعي وانفعالي يسمح له بالمشاركة الوجدانية مع المحيطين والتجاوب مع متطلباتهم وحاجاتهم بما يشبع حاجاته ولا يلغي متطلباته أو يحيدها.

(b) الكفاءة: أي استخدام الفرد لطاقاته في الوقت والمكان المناسبين، دون إسراف أو هدر لهذه الإمكانيات.

(c) الفعالية: بمعنى أنه يتم توجيه السلوك باتجاه حل المشكلات القائمة بطريقة ناجحة وفعالة.

(d) القدرة على نقل الخبرة والتعميم السليم: إن العقل البشري مبرمج ليقوم بعملية تعميم التعلم لتسهل الحياة البشرية. لكن يجب أن تتم عملية التعميم بشكل سويّ وصحيح بحيث ينتج عنه سلوكاً صحيحاً بمخرجاتٍ سليمة، وألا يتم التعميم بشكل خاطئ وبطريقة مطلقة بعيدة عن التفكير (كأن يتم التعميم بالحكم المسبق على الآخرين).

(e) الإطمئنان إلى الذات: يتصف الشخص المتوافق، بتقديره لذاته وإدراكه لقيمتها، وإحساسه بالطمأنينة والأمن الداخلي والسكينة الذاتية مستنداً في ذلك إلى معرفته الحقيقية بنقاط قوته التي يستثمرها، ونقاط

خطوات التشخيص النفسي

من أهم المعايير التي تحكم عملية التشخيص هو مبدأ التكامل. فالمعطيات التي تم جمعها عن المرض والمريض وعن البيئة من حوله يجب أن تُنظم وتتكامل لتعطي صورة واضحة عما يمكن أن تكون معاناة هذا الشخص.

إن درجة الاحتمالية والتخمين ومقدار الخطأ يتوقف على مدى غزارة المعلومات المُتحصل عليها عن الحالة، وعن مدى تنظيمها وتكاملها. إن الحكم أو التقييم الذي يطلقه المُشخصُ -أيّاً كان طبيباً أو معالجاً- فإنه يخضع لحكم المرونة في التشخيص وإمكانية تغيير التشخيص مع ورود معطيات جديدة فارقية.

فإذا كان التشخيص في الطب يعني التصنيف: أي تسمية المرض وتصنيفه ضمن جملة الأمراض التي ينتمي إليها، فإننا في العلاج النفسي نتعامل مع السلوك الإنساني بمجمله، نتعامل مع كائن بشري له

محيطه الذي يتفاعل معه، وردود أفعاله الصادرة كاستجابة لهذا المحيط فلا يفيد إذاً أن نصنف المرض و نسميه. بمعنى أننا بحاجة لدراسة حالة الفرد من جميع جوانبها القدرات العقلية العامة والخاصة، الدوافع والميول والاتجاهات أي نحن بحاجة لأن نصل لفهم شامل للحالة من حيث عوامل ظهورها وتطورها.

تتحدد مراحل التشخيص النفسي بالخطوات التالية:

أولاً: مرحلة الإعداد:

تتضمن تواصل المشخص _عالم نفس psychothérapeute psychologue مع كافة المؤسسات المحيطة بالفرد والتي يتواصل معها بشكل يومي و تملك عليه تأثيراً فاعلاً كالأسرة ومكان العمل وجماعة الأقران وغيرها من المؤسسات المجتمعية.

ثانياً: مرحلة التزود بالمعلومات: وتشمل المقابلات مع الحالة ومع الأشخاص المحيطين بها وتطبيق مجموعة الاختبارات النفسية الملائمة وتصحيحها واستخلاص مجموعة الأحكام الخاصة بها.

ثالثاً: مرحلة تفسير المعلومات: هي مرحلة تنظيم المعلومات وتأويلها وفهم أبعادها وتفسير نتائج الاختبارات وإعطاء صبغة نفسية ومعانٍ مفهومة ودلالات نفسية للمعطيات الرقمية لنتائج الاختبارات النفسية. إضافة إلى تحليل ما تم التوصل إليه في المقابلات المتنوعة التي كان قد أجراها المشخص.

رابعاً: مرحلة اتخاذ القرار النهائي: تتضمن مرحلة تسمية الاضطراب أو مجموعة الأعراض التي تعاني منها الحالة، إضافة إلى أسلوب التعامل معها

خامساً: إعداد التقرير النفسي.) سيتم تناوله لاحقاً بالشرح المفصل

تشخيص البني المعرفية:

لكي يصل الاختصاصي إلى تشخيص دقيق للحالة يسمح له بتوضيح معاناة المريض لا بد له من اتباع بروتوكولات تشخيصية محددة يتناولها بكثير من التنفيذ والتحديد، تسمح له بسبر الأفكار المسبقة الموجودة التي المريض والتي أوصلته إلى الأفكار اللامنطقية التي قادته بدورها إلى المرض النفسي. إن عملية التشخيص لا تقتصر فقط على اطلاق حكم أو تحديد نوع الاضطراب أو إيجاد اسم معين لسلوك غير متكيف لدى المفحوص، إنما يتعداه إلى ضرورة تشخيص البنى المعرفية الكامنة وراء السلوكيات الصادرة عن المفحوص.

في نهاية الخمسينات اعتبر (١٩٥٧) و (١٩٥٨) ليعتبر أن الفرد بناء كلي ينظم مفهومه عن العالم من حوله انطلاقاً من أحكام يعيشونها داخلاً أكثر من الحدث نفسه. هذه الأحكام تأخذ طابع المعتقدات اللاعقلانية. وبناءً عليه وضع ألس نظريته الشهيرة في العلاج العقلاني. A. B. C. D. E:

- A. تشير إلى وجود حدث ما
- B. تشير إلى نظام المعتقدات اللاعقلانية
- C. تشير إلى النتائج السلوكية والمعرفية
- D. تشير إلى تغيير المعتقدات بمساعدة المعالج
- E. تشير إلى النتائج وإعادة تشكيل مفاهيم العالم من حولنا بطريقة أكثر منطقية. (Eliss, 1958)

جاء بعد ألس، كارل روجرز ليؤسس العلاج المتمركز حول العميل حيث تأخذ العلاقة العلاجية أهمية خاصة. يتجلى دور المعالج في هذه المعالجة في تشجيع المتعالج إلى الاستماع إلى صوته الداخلي ليحرر دوافعه وليبعد آليات الدفاع النفسي المميزة للمرض.

في بداية الستينات كانت أول معالجة معرفية للاكتئاب اقترحت من قبل آرون بيك Aron Beck ليأتي تحقيق خطواتها العلمية والعملية في السبعينات. بيك تحول سريعاً من مصطلح البناء المعرفي إلى مصطلح الطريق المعرفي Shemas

اعتبر بيك Beck أن المعارف والمعتقدات تشابه الخطوات العقلية لمعالجة المعلومات إذ أن التفكير يتضمن عدة مستويات:

- i. التفكير الإرادي: الذي هو إرادي ويطيء ومباشر ويمكن الوصول إليه بالوعي المباشر به.
- ii. التفكير الأتوماتيكي (غير الإرادي): و يقع في محيط الوعي وهو تفكير جزئي سريع يمكن الوصول إليه عن طريق جهود الإنتباه والتركيز ومجموعة الخطوات العلاجية.
- iii. التفكير غير الوظيفي: الذي يتوسط النوعين السابقين ويأخذ صيغة (إذا أنا ..إذاً سيكون)
- iv. الطريق (schémas) مستوى عميق من التفكير وهو عبارة عن جملة من قواعد الحياة ونقاط انطلاق تبدو مشروعة للفرد (الحاجة لأن يكون محبوباً ..الرغبة بأن ينال الرضا.. الخ) ولكن تظهر المعاناة النفسية مع التطبيق القاسي والشديد لهذه القواعد الحياتية والتي تكمن في الدماغ لفترة طويلة ويتردد صداها في العمق إلى أن تخرج في مواجهة مع مثير ما.
- v. الطريق (schemas) ينتظم في شكلين من التفكير المترجم وفق صيغ معينة:
 - التفكير الذي يعطي معنى العمومية ويأخذ شكل: (لا أستطيع أبداً...) و (لا يمكن نهائياً..)
 - التفكير الذي يعطي معنى الشرط (إذا...فإن...).

محتويات ال (schémas) داخلية باطنية بطيئة صعب الوصول إليها لا تقع ضمن إطار الوعي، تقوى من خلال الحديث الداخلي المتكرر الذي يطبعها في الذاكرة الطويلة الأمد بشكل لا يمحي. هذه ال

(schémas) تقوى أيضاً من خلال الخبرات والتجارب اليومية التي تثبت صحة هذه المعتقدات بالنسبة للشخص.

في مرحلة لاحقة من الستينات، طُرح دور ال schémas في اضطرابات الشخصية، واعتُبر أن كل شخصية تتبع استراتيجية معينة يقودها ال schémas أي طريق معرفي مرضي معين. كما اعتُبر ال schémas بحد ذاته غير كافٍ لتفسير أعراض اضطراب ما وإنما نضيف إليه استراتيجية التكيف القائمة على المشاعر أو السلوك الذي يتبعه الفرد.

في نهاية السبعينات طرح باندورا (Bandura) (1977) نظريته القائلة بأن تغيير السلوك يتضمن حتماً تغييراً معرفياً، ومن أجل تغيير السلوك لا بد من العمل على المستوى المعرفي. اقترح باندورا أن يتم تصحيح التشوه المعرفي من خلال عدة طرق للوصول إلى السلوك المرجو:

١. عن طريق الفعل.
٢. عن طريق الملاحظة المعرفية.
٣. عن طريق تقليل النشاط المشاعري (أي تقليل السلوك المتعلق بالاستجابة للأحاسيس والمشاعر).

في مرحلة الثمانينات إلى منتصف التسعينات، طرح هايز رؤية جديدة في المعالجة المعرفية أسماها استراتيجية السياق أو الخبرة حيث تحدث في آن معاً عن العلاج بالقبول والانخراط والعلاج بالوعي الكامل.

بالنظر إلى الفرق بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل هو ان الهدف الرئيسي للوعي الكامل في اللحظة الراهنة يتعلق أكثر بتغيير اتجاهات الفرد حيال محتوى تفكيره كما يخبره (هنا والآن)، وليس فهم أو تحليل أو محاولة تغيير محتوى الأفكار كما في العلاج السلوكي

المعرفي. إذاً العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل يعزز فهم الذات وتقبلها بشكل كلي، من خلال تطبيق تقنيات العلاج المعرفي مستنداً إلى فهم ومعرفة المشاعر التي يعيشها الفرد والتي خبرها في اللحظة الراهنة أكثر من كونها معرفة قائمة على تحليل الأفكار أو استدلالها أي معرفتها من خلال التعرف عليها.

التحليل الوظيفي:

يُعتبر التحليل الوظيفي الخطوة الجوهرية في عملية التشخيص لا سيما في المدرسة المدرسة المعرفية حيث يتم من خلالها تحديد الموقف الأكثر إزعاجاً للمريض والأكثر استثارةً للسلوك المرضي ليتم في ضوءه تحديد متى وكيف وأين بدأ الموقف، وما هي العوامل التي تزيده أو تخفضه، وما هي العوامل المرتبطة به والمُعززة له.

فيما يلي مجموعة من النماذج أو ما اصطلح على تسميتها شبكات Grilles التي يمكن اعتبارها بروتوكولات للتطبيق في الجلسات العلاجية تسمح للمعالج بالتحليل الوظيفي لحالة المريض للوصول إلى وضع خطة علاج فعالة.

١. أنموذج (باسيك ايديا) Grille BASIC- IDEA:

طرح هذا النموذج لازاروس (1977) (LAZARUS) وحدده بالعناصر التالية:

. B السلوك المُشكِل

A . الأثر المرافق للسلوك المُشكِل (النتائج)

S . الإحساس

I . التفاعل والعلاقات التي يمارسها المريض والعوامل التي تُبقي على السلوك المُشكِل

C . المعارف أي (الأفكار)

I . الصورة العقلية لحظة وقوع السلوك المُشكل

D . الأدوية التي يمكن أن يكون قد تناولها المريض

E . التوقع من جانب المريض اي ما يمر في ذهنه من أفكار وصور وأحاسيس ومشاعر فُيبل وقوع

الحدث

A . اتجاهات المعالج نحو المتعالج ونحو عمله العلاجي

٢ . شبكة سيكا (SECA Grille)

طرح هذا النموذج كوترو (Cottraux 1995) الذي يتضمن قسمين مكملين لبعضهما البعض غير

منفصلين. يختص الأول بالعناصر الآتية للسلوك المُشكل، بينما يتعلق الثاني بالعناصر التاريخية له.

١ . التحليل الوظيفي الآتي ويشمل:

S . الموقف أو الحدث حيث يشعر المريض بأعلى درجات الانزعاج

E . المشاعر لحظة حدوث الموقف

C. المعارف أي الأفكار التي تمر في الفكر لحظة حدوث الموقف أو حتى لحظة توقعه

A . التوقع لدى المريض عقب حدوث الموقف لأول مرة

٢ . التحليل الوظيفي التاريخي ويتضمن:

i . معطيات بنيوية ممكنة: قد تكون مرض جيني أو مرض في الشخصية

ii . عوامل تاريخية (قديمة) مُحافظَة على السلوك غير التكيفي

- .iii عوامل محرّضة للسلوك المرضي
- .iv حدث سابق مباشرة للسلوك المرضي
- .v مشاكل أخرى (إعاقات، مشكلات زواجية)
- .vi معالجات سابقة دوائية نفسية
- .vii أمراض جسدية

٣. الدائرة المفرغة :

تبدأ هذه الدائرة بالموقف أو الحدث الذي يسبب أعلى درجة ضغط نفسي للمريض ليتم بعدها تحديد الأفكار اللاعقلانية والصور اللامنطقية التي تمر في الذهن لحظة الموقف، والتي ستؤدي بدورها إلى مجموعة من المشاعر والأحاسيس السلبية التي تؤدي في النهاية إلى جملة من السلوكيات غير المتكيفة مع الموقف.

أدوات التشخيص النفسي:

أولاً: المقابلات الابتدائية

قلنا المقابلات الابتدائية وليس مجرد مقابلة واحدة. يخطئ من يعتقد أن المقابلات الابتدائية تأتي كيفما اتفق أو خبط عشواء أو أنها فقط لجمع جملة البيانات عن المريض. بل تمثل هذه المقابلات الأساس الذي ستبنى عليه العملية العلاجية برمتها. ويتوقف نجاح العلاج على المهنية والحرفية في تنفيذ المقابلات الابتدائية.

قبل الخوض في خضم هذا المضمار لابد من الحديث وبشكل مطول عن العقد العلاجي الذي لا يُمكن لأي عملية علاجية أن تتطلق دون تأسيس هذا العقد.

- العقد العلاجي: في كثيرٍ من الأحيان لا يحقق العلاج أهدافه، ولا يصل المريض لأي تحسن وتكون الجلسات العلاجية عبارة عن تضييع وقت، والسبب يكمن في عدم وجود عقد علاجي واضح ومحدد بين طرفي العلاج المتعالج / المعالج .

يؤسس العقد العلاجي لعلاقة علاجية قوية تقوم على أساس من الثقة المتبادلة والتقبل اللامشروط للحقيقة التي يعيشها المريض. فالعقد العلاجي هو عقد بين المعالج والمتعالج، يقوم على قبول المتعالج اللامحدود وغير المشروط وفهمه في كليته، وفي حقيقة ما يعيش من مشكلة. للعقد العلاجي وجهان اثنان، يشكلان دعائمه الرئيسية. يتجلى الأول بالمهنية والثاني متعلق بالأحاسيس والمشاعر .

يُقصد بالجانب المهني للعقد العلاجي؛ أن يكون المعالج قادراً على استقبال المعلومات المهمة والضرورية من المتعالج، وأن يكون قادراً على تنظيم هذه المعلومات ضمن شكل عملياتي قابل للتلخيص والفهم وتأطير المشكلة بإطار علمي مبسط (تحليل وظيفي). يتضمن مصطلح "مهني" أيضاً؛ أن يكون المعالج قادراً على تطبيق تقنيات العلاج المناسبة ومن ثم تقييم نتائج البرامج المطبقة.

يُقصد بالجانب الثاني المتعلق بالمشاعر Émotionnelle ؛ أن يكون المعالج قادراً على فهم حقيقة ما يعيشه المريض في معاناته، وقادراً على وضع نفسه في مكانه وتفهمه بشكل غير مشروط. وفي ذات السياق، يعنى الجانب العاطفي بتحديد المعالج لمشاعره وقيمه ومنظومته الأخلاقية في تصديه لمشكلة المتعالج بحيث يستطيع الشعور بأنه هو نفسه المتعالج ويشعر بأحاسيسه ويتناول بأريحية عالية مشكلة المتعالج، دون الدخول بصراعات وتناقضات على الصعيد الشخصي.

❖ المقابلات الابتدائية:

تُعرف المقابلة على أنها علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجهاً لوجه بين المختص والمراجع في جو يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين يتخللها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل للمعلومات والخبرات والمشاعر والاتجاهات. وهي نشاط مهني هادف وليست محادثة عادية أو علاقة شخصية.

اصطُح على أنه من أهم وظائف المقابلة الابتدائية هي الحصول على البيانات التعريفية بالمريض، من اسم وعُمر وتاريخ ولادة ووضع الأسرة والتاريخ المرضي. الخ قبل أن يفصل المريض مشكلته التي يعانيتها. ولكن كيف يحصل هذا الأمر وكيف يتم اللقاء بالمريض وكيف يتم تسجيل هذه البيانات وتنظيم عملية المقابلة.

بدايةً، إن كان المريض قد تم تحويله من جهة أخرى، لابد للمعالج أن يطلع بشكل مسبق على المعلومات الواردة في الملف وأن يحيط تماماً بمشكلة المريض والجو العام الذي يعيشه في الأسرة والعمل. ومع كل هذا الاطلاع والتعمق عليه أن يسمح للمريض بعرض مشكله والحديث عن معاناته في جو مهني مبني على أسس: التقبل والتعاطف والاستماع الفعال لكل ما يصدر عن المريض.

في حال لما يكن المريض محولاً تقوم عاملة السكرتاريا بملئ بيانات التعريف المطلوبة دون الخوض في تفاصيل المعاناة التي يعيشها المريض ومن ثم اطلاع المعالج عليها قبل بدء المقابلة.

الركيزة الاساسية التي ينطلق منها العلاج هي إقامة العلاقة المهنية مع المتعالج في المقابلات الابتدائية وهذا يعتمد بشكل اساسي على خبرة المعالج وقدرته على تأسيس هذه العلاقة فكيف يتم بناء العلاقة العلاجية؟

يتم تأسيس العلاقة مع المريض، في أي نوع من أنواع المقابلات النفسية بغرض التشخيص أو العلاج أو الإرشاد وفق طريقة الرءات الأربعة

(4R) والتي ذكرها (Cungi 2006) في كتابه L'alliance Thérapeutique نقلاً عن (1992) Miller حيث قدمها كطريقة فعالة لا بد منها في تأسيس علاقة علاجية مهنية قائمة على التعاطف مع المريض، والثقة وقبوله على ما هو عليه كما يعيش مشكلته. أنت تسمية هذه الطريقة من الأحرف الأولى المُشكّلة للمفاهيم الأساسية التي تتضمنها، على حد سواء في اللغتين الانكليزية والفرنسية واليك المفاهيم المُكوّنة لهذه الطريقة:

١. العودة إلى السياق Recontextualiser:

يحاول المريض عادة في حديثه عن مشكلته أن يتحدث بشكل عام وأن يصف بشكل غير محدد وربما يحاول أن يبتعد عن المشكلة المحورية بقصد أو دون قصد فهنا يقصد بالعودة إلى السياق أي مساعدة المريض بإعادة التركيز في الحديث على مشكلته. يتعلق مصطلح "العودة إلى السياق" بالتفاصيل اليومية الدقيقة التي يعيشها المريض. هنا يطرح المعالج سؤاله انطلاقاً من حديث المريض حول ما يختبره ويعيشه المريض في مشكلته. لا يشير هذا المصطلح إلى فهم المشكلة أو اكتشاف أشياء كانت غامضة، ولكن ببساطة تعني حمل المريض على التركيز على مشكلته من ناحية، ومساعدة المعالج على زيادة التعاطف مع ما يعيشه المريض من ناحية أخرى.

٢. إعادة صياغة جمل المريض (Reformuler):

تحدث Cungi (2006) عن ثلاثة أنواع من إعادة صياغة جمل المريض:

i. التكرار أو طريقة البيغاء كما أسماها

" Méthode du Perroquet": حيث يقوم المعالج بتكرار جملة المريض

كلمة كلمة ولفظاً لفظاً مع حركات وجه و تعابير متزامنة سواء تعابير حزن

أو فرح الأمر الذي يجعل المريض محافظاً على تركيزه على المشكلة التي

يعيشها أكثر من تركيزه على المعالج أو العلاقة العلاجية

ii. تحديد المصطلحات: تساعد هذه التقنية المريض الذي تعوزه الكلمات للتعبير أو الذي يخونه التعبير ولا يستطيع إيصال إحساسه لنا في كلمات. بمعنى آخر مساعدة المريض على تحديد أفكاره والتعبير عنها.

يجب أن يكون المصطلح المُستخدم في التعبير بسيطاً، وقريباً جداً في معناه مما يقوله المريض عن مشكلته التي يعيشها. هذا الإجراء يترافق دوماً مع الطلب إلى المريض أن يؤكد لنا ما إذا كنا فعلاً قد ساعدناه في الوصول إلى التعبير الصحيح أو أنه فعلاً هذا ما قصده.

ii. طرح الفرضيات: أي أن يطرح المعالج فرضية على شكل سؤال يتم اشتقاقه مما قاله المريض. طبعاً، يجب أن تكون الفرضية واضحة، بسيطة، مُحددة وأن نطلب موافقة المتعالج على ما طرح في الفرضية.

٣. التلخيص (Résumer)

يتم اللجوء إلى التلخيص :

- في بداية الجلسة العلاجية: لتلخيص الجلسات السابقة.
 - في نهاية الجلسة الواحدة: للوقوف عند أهم النقاط التي تم التطرق إليها في الجلسة.
 - في نهاية الجلسات التشخيصية، وقبل البدء بالجلسات العلاجية، يتم تلخيص المشكلة المعروضة وتحديد المشكلة وتحديد ردود فعل المريض على ما يعيشه ويمر به.
- يكون النظر إلى التلخيص هنا وكأنه إعادة صياغة موسعة للمشكلة، يُسمح فيها للمريض والمعالج معاً، بالعودة لما قيل وشرح في الجلسة، وتحديد قائمة بالمواقف التي يمكن للمعالج أن يعمل عليها بالاتفاق مع المريض.

٤. التعزيز (Renforcer)

يُستخدم التعزيز بغزارة في العلاجات المعرفية السلوكية. وهو يتحدد بما يريد المعالج تطويره من سلوكيات لدى المريض. أي أنه يزيد احتمالية تكرار السلوك المراد من المريض.

نميز هنا نوعين من التعزيز المُقدّم في الجلسات العلاجية:

○ تعزيز سلوك المريض: (ما قام ويقوم به في مواجهة للمشكلة، تعزيز استراتيجياته

التي طورها سابقاً في مواجهة ما يزعجه في حياته اليومية..الخ)

○ تعزيز شخصية المريض: بما يحمله من صفات أو ما طوره من صفات أو ما تخطى

عنه

لا بد من الإشارة هنا إلى أن التعزيز، يختلف عن المديح والتشجيع المجاني الذين قد يُزعجا

المريض، ويؤديا أحياناً إلى انخفاض ثقة المريض بنفسه وبالمعالج. (Gungi, 2006)

أنواع المقابلة:

❖ من حيث الهدف:

١. المقابلات الابتدائية وتهدف الى التعرف العام على المريض والتحصل على البيانات الضرورية

عن المريض

٢. المقابلات التشخيصية وتهدف إلى تشخيص مشكلة المريض من جهة وتحديد أي الجوانب

النفسية والسلوكية التي يجب البدء في العمل عليها مع المريض من جهة أخرى

٣. المقابلات العلاجية: ويتم فيها تطبيق فنيات المدرسة العلاجية التي تم اختيارها من قبل المعالج

والمعالج للوصول إلى الخروج من المشكلة.

في كل من هذه الأنواع. لابد ومن الضروري ومن نافلة القول أن نشير إلى اعتماد المعالج على

طريقة الرءاءات الأربعة 4R

في بناء العلاقة المهنية مع المراجع والتي سيتم تناولها بالتفصيل في مهارات المقابلة

❖ من حيث أسلوب التطبيق:

١. مقابلة مقيدة مباشرة ويستخدم فيها المعالج أسئلة محددة ومقننة. وعادة ما تكون الأجوبة

على هذه الأسئلة ب نعم أو لا ، أو إجابات واضحة محددة بعيدة عن الشرح التفصيلي

والسرد الطويل

٢. مقابلة حرة غير مباشرة يستخدم فيها أسئلة غير مقيدة تسمح للمراجع بالشرح التفصيلي

والسرد المطول عن مشكلته. (عبد الهادي، ٢٠١٢)

مهارات المقابلة:

مهارة طرح السؤال:

يجب أن يتقن المعالج أساليب طرح الأسئلة على المُتعالج بحيث يجنبه الشعور بالإحراج والخجل من التطرق لمواضيع ذات طابع حميمي في حياته الشخصية مثلاً وتبقيه في حالة من الأريحية والقبول لمجريات الجلسة. كما يجب عليه إتقان مهارة طرح الأسئلة واختيار نوع الأسئلة وفي أي توقيت يتم طرحها. كالأسئلة المفتوحة التي لديها نهايات غير مقيدة تسمح للمتعالج بالسرد والشرح والتفصيل. والأسئلة المغلقة التي لديها إجابات محددة واضحة أو إقرار و رفض. مهم جداً عند طرح الأسئلة مراعاة ثقافة المتعالج وبيئته المحيطة وطريق التفكير السائدة. كما يجب على المعالج اختيار الأسلوب المناسب لطرح السؤال وتوقيت الطرح.

في مهارة طرح الأسئلة يجب أن تكون الأسئلة:

(a) سهلة وواضحة ومفهومة

(b) أن يتضمن الاستفسار سؤال واحد فقط مطلوب الإجابة عنه.

- (c) استخدام مصطلحات بسيطة مفهومة من قبل المريض
- (d) أن يحتمل السؤال المطروح معنى واحد ولا يقبل التأويل
- (e) أن تكون الأسئلة باتجاهين اثنين لتأسيس عملية تفاعل سليمة في الجلسة وليس باتجاه واحد
- من المعالج للمتعالج
- على المتعالج تجنب:

- (a) الأسئلة الاتهامية للمتعالج التي توحى إليه بأنه يتحمل وحده المسؤولية كاملة عن المشكلة التي يعاني منها وتزيد لديه الشعور بالذنب جراء السلوكيات المتعلقة بذلك
- (b) لأسئلة الغامضة التي تحوي مصطلحات علمية أو تلميحات غير مفهومة من قبل المتعالج أو تلك التي تحتمل عدة أوجه للتفسير
- (c) الأسئلة الصريحة المباشرة لاسيما تلك التي تعلق بالحياة الحميمة للمتعالج في العلاقات البين شخصية
- (d) الأسئلة التي تتضمن عدة استفسارات في آن معاً لأنها تسبب ارتباكاً كبيراً للمتعالج وتوحى إليه بأنه في موضع اتهام
- (e) الأسئلة ذات الطابع التحقيقي وكأن الهدف من الجلسة فقط أن يحصل المعالج على أكبر قدر ممكن من المعلومات الخفية التي يمكن أن تدين المتعالج أو أي فرد آخر من المحيطين به.

ii. مهارة الإنصات:

تعتبر مهارة الإنصات من المهارات المهمة جداً في عملية المقابلة والتي لا غنى عنها في مرحلة تأسيس العلاقة العلاجية مع المتعالج. وتأتي أهميتها من كونها لا تعتمد فقط على حاسة السمع إنما أيضاً على

قدرة المعالج على تقبل الآخر في أفكاره وسلوكه واتجاهاته وحياته التي يعيشها. غير المتقبل لا يستطيع الإنصات إطلاقاً

تشير هذه المهارة إلى الفهم العميق والجيد وغير المشتت وغير القابل للبس لما يقوله المتعالج. هي مناسبة مهمة لتفريغ الانفعالات التي تعتمل داخل المتعالج وفرصة جد كبيرة ليشعر أنه في المكان الصحيح ومع الشخص الصحيح القادر على تقديم المساعدة له. يؤسس الإنصات الجيد والدقيق والقائم على احترام المتعالج لأساس متين من الثقة المتبادلة بين طرفي العلاقة العلاجية، بعيداً عن الغوغائية والعشوائية والمقاطعات المستمرة والاندفاع في طرح الأسئلة لإنهاء الجلسة بسرعة

iii. مهارة المواجهة:

هي استجابة لفظية يقوم بها المختص كرد فعل على ما قاله المفحوص ليظهر له تناقضه في القول والسلوك والمشاعر وعدم تطابق ما قدمه من معطيات. تعتبر المواجهة أداة جد مناسبة لتركيز انتباه المفحوص على مشاعره وسلوكه وعلى مجريات الجلسة. كما أنها تعبر عن الاهتمام الحقيقي القائم على التفهم والتعاطف مع المفحوص. تكون المواجهة عادة سلبية ومؤلمة للطرفين المختص و المفحوص في حال لم تُطبق بطريقة مهنية مدروسة. بمعنى إذا لم تكن المواجهة وسيلة لإظهار التفهم المتعاطف مع المفحوص أو أنها كانت وسيلة لتفريغ مشاعر الغضب ضد المفحوص فإن النتيجة هي حاجز نفسي صعب الاختراق بين الطرفين يوصل عادة إلى توقف عملية العلاج أو الإرشاد.

قواعد استخدام المواجهة:

١. لا نبدأ المواجهة دون التأكد من أن العلاقة وصلت لمرحلة من الثقة تسمح لنا باستخدامها
٢. لا تكون المواجهة في الجلسات الأولى.

٣. التأكد من مستوى وعي المفحوص لما يريد المختص إيصاله وإيضاحه. فقد يشعر المختص أن المفحوص غير مستعد أو لا تناسبه المواجهة كمهارة للاستخدام فعليه عندئذٍ إيجاد مهارة أخرى أكثر مناسبة كالتفسير والإيضاح أو طرح الفرضيات.
٤. لا نقوم بتطبيق عدة محاور للمواجهة في حال تأكدنا من قدرة المفحوص على تقبل وتفهم هذا السلوك من المختص. ففي حال تضمن حديث المفحوص عدة تناقضات، يقوم المختص بتناولها كلاً على حدة أو أنه ينوع في المهارات التي يتناول من خلالها هذه التناقضات. فقد يجد أنه يمكن استخدام المواجهة في التناقض الأول وطرح الفرضيات في الثاني وطلب الاستفسار مع الثالث ليعود لمهارة المواجهة مع الرابع وهكذا دواليك، مع الحفاظ على جو الثقة والتعاطف والتقبل مسيطراً على مجريات الجلسة.
٥. لا تستخدم الأسلوب الهجومي النقدي اللاذع أو كلمات جارحة إنما يجب البقاء ضمن إطار المصطلحات التي استخدمها

الغرض من المواجهة:

١. تركيز انتباه المفحوص لما يقوله عن مشكلته أثناء سير الجلسة.
٢. حماية المفحوص من دوامات التناقض الفكري الذي قد يكون قد دخل فيها دون وعي منه أو انتباه مما قد يساعد المفحوص لاحقاً في إضاءة بعض الاحتمالات حول مشكلته الذي يعيشه مما قد يساعده في الخروج منها.
٣. حماية المفحوص من اتجاهات شخصنة العلاقة العلاجية مع المختص من ناحية شعوره بمهنية هذا الشخص، الذي يحدثه وينتبه لكل تفاصيل الحديث ويربط الأحداث مع بعضها البعض بعيداً عن اللغو أو الشرود أو المحاباة.

ردود فعل المفحوصين حيال المواجهة:

في بعض الحالات يفشل المختص بإيصال إحساس الثقة والأمان للمفحوص ليقوم بالتشخيص المناسب. وبالتالي فإن مهارة المواجهة تُقرأ من قبل المفحوص كحالة هجوم أو رفض لما يعيشه من مشكلة واتجاهات مما ينبئ بفشل التشخيص وإيقاف عملية العلاج أو الإرشاد

(١) ردود فعل انفعالية غاضبية رافضة

(٢) إنكار صحة ما قدمه المختص من معطيات تثبت التناقض

(٣) محاولة إهانة المختص وتوجيه أسئلة اتهامية توحى بقله خبرته في المجال

(٤) تسخيف ما طرحه المختص من تساؤلات بخصوص التناقض الحاصل لدى المفحوص.

مهارة التفسير:

تعتبر مهارة الاستفسار بالدرجة الأولى عن عمق تأهيل المختص، وعن قدرته على إدارة جلسة المقابلة ومدى تمكنه من فهم واستخلاص وتلخيص العلاقات والمعاني التي تنطوي عليها وتحويها المعلومات التي قدمها المفحوص. وهي تعني تقرير شفهي من قبل المختص يوضح للعلاقة السببية الممكنة بين طريقة تفكيره ومعالجته للموقف من جانب وسلوكه من جانب آخر. كما تعني تقديم توضيح وشرح علمي أكاديمي مبسط، عن ذات المفحوص وسماتها وعلاقتها مع المحيط.

أهميه مهارة التفسير:

١. التفسير المنطقي البسيط والمفهوم يزيد من ثقة المفحوص بالمختص مما يقوي العلاقة المهنية بين طرفي المقابلة.
٢. زيادة استبصار المفحوص بذاته وسلوكه، والقيام بعملية تعميم لشرح وتفسير سلوكيات مستقبلية لاحقة خارج إطار جلسة العلاج أو الإرشاد.
٣. تشجيع المفحوصين على تعديل سلوكياتهم غير التكيفية في ضوء اطلاعهم على مدى قدرة الآخر على فهم السلوكيات غير المتكيفة والحكم عليها.

شروط تقديم التفسير:

- (١) الابتعاد عن العبارات القطعية واستخدام عبارات من قبيل : (قد يكون. لربما، من الممكن) حتى لا نستثير دفاعية المريض ولا نجبره ليتحول لموقع المدافع امام هجوم القطعية المطلقة في الحكم.
- (٢) أن تكون التفسير والشروحات المقدمة للمريض مستندة إلى ما قدمه من معلومات، وليس بناء على افتراضات أو مقدمات أو معلومات لم يدلي بها إنما توقعات مستندة لأفكار المرشد.
- (٣) لا نفاجئ المريض بالتفسير المُقدم إنما يأتي في الجلسات اللاحقة بعد عملية بناء الثقة.
- (٤)

iv. مهارة عكس المشاعر:

يُقصد بهذه المهارة أن يقوم المعالج بالتعبير لفظياً عما يعيشه المتعالج نفسياً أثناء المقابلة يجب هنا أن يتقن المختص توقيت استخدام عكس المشاعر واللحظة المناسبة لممارسة هذه المهارة مع المواعمة في طريقة طرح السؤال.

قد تمر بعض اللحظات في سير المقابلة يجب على المعالج تجنب استخدام هذه الطريقة كأن تكون درجة انفعالية المتعالج مرتفعة ويعبر عنها بوضوح.

مهارة الإيضاح : قد يتحدث المتعالج بقصص متداخلة ويذكر تفصيل كثيرة لا يستطيع لمعالج الإحاطة بها وتلخيصها حتى وإن استخدم تقنيات الرءاءات الأربعة. هنا لا بد أن يطلب المعالج إيضاحات وتفسير من المتعالج مركزاً على الجمل البسيطة القابلة للفهم والتي لا تحتل عدة معاني

ثانياً: الاختبارات النفسية:

بحسب كرونباخ فإنه لا يوجد تعريف محدد واضح للاختبار فكلمة اختبار عادة ما توحي في الذهن أنه عبارة عن سلسلة من الأسئلة المقننة التي تعرض على شخص معين ويطلب منه الاجابة عنها كتابة أو شفهيًا، إلا أن هناك بعض الاختبارات التي لا تتطلب من المفحوص إجابة معينة وإنما تتطلب أداء حركياً أو مجموعة من الأداءات الحركية على موقف معين.

يعرف Bean (١٩٥٣) الاختبار النفسي بأنه مجموعة من المثيرات التي أعدت لتقيس بطريقة كمية أو بطريقة كيفية العمليات العقلية أو السمات أو الخصائص النفسية. قد يكون المثير هنا أسئلة شفوية أو كتابية أو قد تكون سلسلة من الأعداد أو الأشكال الهندسية أو صوراً أو رسوماً تشكل مثيرات للفرد ستثير إجابات من قبل الفرد.

ورد في قاموس English & English (١٩٥٨) بأن الاختبار النفسي هو مجموعة من الظروف المقننة أو المضبوطة تقدم بنظام معين للحصول على عينة ممثلة للسلوك، وفي ظروف او متطلبات بيئية معينة، أو في مواجهة تحديات تتطلب بذل أقصى جهد أو طاقة وغالباً ما تأخذ هذه الظروف أو التحديات شكل الأسئلة اللفظية.

عرفت اناستازي Anastasi (١٩٧٦) الاختبار النفسي بأنه مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك، وكلمة سلوك هنا تعكس قدرة الفرد اللفظية أو الميكانيكية أو قد تعكس سمة من سماته الشخصية كالانطوائية والانبساطية، أو قد تعكس مجموعة من الأداءات الحركية على اعمال أو أجهزة معينة.

إذاً، فإن الاختبار النفسي هو موقف مقنن صمم خصيصاً للحصول على عينة من السلوك وفق طريقة منظمة لمقارنة سلوك شخصين أو أكثر. هو شكل من أشكال القياس النفسي والذي يمتاز عن غيره من وسائل تحليل الفرد كالمقابلات والملاحظات بمايلي:

١. إعطاؤه للخاصية النفسية التي يقيسها درجة كمية، تحدد مدى توافر الخاصية موضع القياس، ما يمكن من دقة المقارنة بين الأفراد.

٢. يوفر الاختبار درجة أعلى من الموضوعية في القياس.

جدير بالذكر أن هناك تداخلاً في المعنى بين الاختبار والمقياس، إلا أنهما ليسا مترادفين. فمصطلح المقياس يستخدم في ميادين كثيرة من البحوث النفسية التي لا يكون استخدام مصطلح "الاختبار" مناسباً. فإذا كان موضوع الدراسة هو البحث عن الحد الأدنى والحد الأعلى لقوة السمع عند الإنسان، فإن الباحث السيكولوجي سيقاس التردد أي أن القياس الفيزيائي يستخدم للإجابة عن البحث السيكولوجي (Tyler, 1982)

وعليه فإن مصطلح الاختبار حين يستخدم أساساً لتقدير بعض خصائص الفرد العقلية أو الانفعالية أو الشخصية، فهو عبارة عن أسئلة أو مهام تُقدّم للفرد والدرجات التي يحصل عليها لا يعبر عنا بوحدات فيزيائية لذلك فالمقاييس ليست بالضرورة اختبارات والعكس صحيح

شروط الاختبار الجيد:

يذكر بلام ونايلر Blum & Nyler (١٩٦٨) ثلاثة شروط للاختبار الجيد:

١. أن يكون الاختبار منقناً: وهذا يعني أنه حتى وإن طبق الاختبار من قبل أفراد مختلفين فإنهم سيحصلون على نتائج مماثلة ويتطلب هذا بالطبع توحيد إجراءات تطبيق الاختبار وتصحيحه.
٢. أن تكون عينة السلوك التي أسس الاختبار وفقها عينة التقنين واسعة بدرجة كافية للسلوك المراد قياسه حتى تمكنا النتائج التي نحصل عليها من التعميم والتنبؤ.
٣. أم يكون الاختبار على درجة مقبولة من الصدق والثبات. فالصدق يعني أن الاختبار يقيس ما افترض أن يقيسه. والثبات يعني استقرار الدرجات التي يحصل عليها نفس الأفراد في عدد مرات الإجراء بنفس الصورة أو بصورة مكافئة من نفس الاختبار.

تصنيف الاختبارات:

تصنف الاختبارات على أساس:

• الإجراء:

(a) الاختبارات الفردية: هي الاختبارات التي تطبق على مفحوص في مرة واحدة بمعنى موقف القياس يكون فردياً (فاحص ومفحوص) من أمثلتها روشاخ، ستانفورد بينيه، اختبار وكسلر.

(b) الاختبارات الجمعية: وهي التي تطبق على عدد من الأفراد في وقت واحد.

• كيفية التطبيق:

نقصد بكيفية التطبيق التنوع في اختيار الاستجابة التي تصدر عن المفحوص أثناء إجاباته على مختلف فقرات الأداة حيث يمكن أن تأخذ على الأقل شكلين اثنين

أ. اختبارات الورقة والقلم: هي التي تُنفذ يدوياً وتحتاج لتسجيل الاستجابات في صحيفة الإجابة مثل اختبارات التحصيل والميول والاتجاهات

ب. الاختبارات ذوات الأدوات العملية: يشمل هذا الصنف مجموعة الأدوات التي يقوم فيها المفحوص بتناول المواقف (البنود) التي تتكون منها الأداة تناولاً عملياً مباشراً مثل اختبارات القدرة الخاصة

• اللغة:

تصنف الاختبارات النفسية على أساس اللغة إلى اختبارات لفظية وأخرى غير لفظية.

الاختبارات اللفظية: هي التي تعتمد على اللغة باستخدام الرمز اللفظي سواء أكان هذا الرمز حرفاً أو رقماً وتطبق لفظياً سواء كتابة أو شفويًا. كما قد تكون فردية و جماعية. وعادة ما تكون متحيزة لثقافة اللغة التي صممت لها لأول مرة.

الاختبارات غير اللفظية: هي الاختبارات التي تعتمد في تكوينها على الصور والأشكال والتي تستخدم خاصة مع الحالات غير القادرين على القراءة.

التقرير النفسي:

يُعتبر التقرير النفسي الختامي الواجهة العريضة التي تدل على محتوى المعلومات المتباينة التي حصل عليه المختص من مصادرها المختلفة، مشتملةً على كل ما يتعلق به من دراسات وفحوصات واختبارات ووسائل تقويمية غير اختبارية في صورة ملخصة تعكس نتائج المقابلات الإرشادية والعلاجية لمحصلة نهائية لمهاراتها وفنياتها وأهدافها التي تحققت. إذًا، هو ملخص لحالة العميل حتى لو كان عدد مرات المقابلة مرة واحدة

مهارة كتابة التقرير النفسي:

لا يوجد صيغة واحدة مفضلة تم الاتفاق عليها على أنها الصيغة الوحيدة لكتابة التقرير النفسي، ولكن لا بد من مجموعة صفات عملية يجب توافرها لكي يكون التقرير مركز استناد قوي يمكن للمختصين لاحقاً الاطلاع عليه بكثير من المهنية والموضوعية.

الخطوط العريضة التي يجب أن يشتمل عليها التقرير النفسي:

أولاً: المعلومات الوصفية :

٦. بيانات خاصة بالهوية

٧. بيانات متعلقة بتاريخ العميل في الماضي والحاضر فيما يتعلق بالنواحي الصحية

والاجتماعية والتربوية والمهنية

٨. معلومات تتعلق بمشكلات العميل التي دفعته للانتظام في عملية العلاج او الارشاد

٩. معلومات عن أسباب الإحالة

١٠. معلومات عن تطلعات العميل نحو المستقبل وآماله.

ثانياً: المعلومات الإرشادية:

١. معلومات عن المقابلات التي تمت مع العميل ومدى استجابته لها
٢. معلومات عن أسرة العميل والجو الاجتماعي والاقتصادي ونمط العلاقات السائدة لديها
٣. معلومات عن آراء مختصين آخرين حول الحالة بالنقاط مع رأي المعالج
٤. معلومات عن الطرق والأساليب الإرشادية التي اتبعت مع العميل ومدى فعاليتها وتأثيرها في حياته
٥. معلومات عن التقييم النهائي للمقابلات وما تم فيها وفعاليتها والتقنيات التي تم تطبيقها والتشخيص النهائي للحالة

ثالثاً: المعلومات المتعلقة بالشخصية:

٤. أي معلومات عن التقييم الاختباري التي طبقت على المتعالج ونتائجها وملاحظاته عليها واستجاباته عليها لا سيما تلك المتعلقة بأبعاد شخصيته ونظام قيمه وخصائص توافقه
٥. معلومات عن مفهومه لذاته وتقييمه لها عن فلسفته وحدود إمكاناته وعن تفضيلاته الشخصية الخاصة والعامة.

رابعاً: معلومات الخلاصة :

١. إبراز العناوين الأساسية التي تناولها التقرير النفسي الختامي
٢. التركيز على أهم النقاط التي تناولها التقرير النفسي الختامي
٣. توضيح المشكلة الرئيسة التي يعاني منها المتعالج والمشكلات الفرعية، الناتجة والمتعلقة.

خامساً: التوصيات:

توجه التوصيات بخصوص حالة العميل إلى أي زميل آخر في التخصص يمكن أن يطلع على التقرير أو بخصوص أي جهة طبية أو تلك التي يكون عملها ضمن إطار إنساني بحيث يتم الإحاطة بحالة العميل بشكل شامل ومتكامل بمجرد قراءة التقرير.

مهارات كتابة التقرير النفسي:

١. لا يكتب التقرير بخط اليد إنما يُقدم مطبوعاً بخط واضح بحجم أكبر من المتوسط
٢. يجب تجنب استخدام المصطلحات الفنية التخصصية غير المفهومة أو التي تحتمل تأويلات متعددة بحسب المجامع الذي تم فيه كتابة التقرير وإذا كان هناك ضرورة لاستخدام بعضاً من هذه المصطلحات لابد من شرحها وتوضيحها وتحديدها منعاً لازدواجية الفهم.
٣. يجب أن تكون العبارات المستخدمة سهلة وبسيطة وموضوعية ولها مبرراتها وشروحاتها مستخدمين في الكتابة ضمير الغائب وليس الحاضر المتكلم
٤. لا يكتب الرأي الشخصي للمختص على أنه حقيقة مطلقة أو جازمة، بل يجب استخدام عبارات وصفية غير محددة النهاية من قبيل:

"يُتوقع أن تكون فعالة، من المنتظر أن يكون إجراء مهماً، يقدر له أن يكون أكثر ملائمة للمريض الخ"

٥. يجب ألا تُسجل الدرجات الخام لنتائج الاختبارات والمقاييس المستخدمة دون إرفاق معنى هذه الدرجات وتفسيرها بالنسبة للمفحوص
٦. يجب إدراج المعلومات بطريقة منطقية متسلسلة تسمح لقارئ التقرير من تكون صورة على شكل أحداث متتالية متتابعة أو مترافقة.

فيمايلي نموذج مقترح لتقرير نفسي

نموذج مقترح لدراسة الحالة

أولا - معلومات الهوية الشخصية :

الاسم : الجنس : ذكر : أنثى :
 تاريخ الميلاد : محل الميلاد :
 الحالة الاجتماعية : ... متزوج : ... أعزب : ... عدد الاولاد : ذكور : ... اناث : ...
 اسم ولى الامر (للقاصر فقط) :
 تليفون المنزل : تليفون العمل :
 عنوان السكن : عنوان العمل :

ثانيا - معلومات عن الشكوى الاساسية :

الشكوى الاساسية :
 تاريخ الاحساس بها :
 كيفية الشعور بها :
 الاعراض التى يعانى منها :
 مصدر احالته :
 الخبرات الارشادية السابقة :
 مدى تطورها :

ثالثا - معلومات عن الخلفية الاسرية :

مستوى الدخل العام :
 مستوى تعليم الأب : مهنته : عمره :
 مستوى تعليم الأم : مهنتها : عمرها :
 مستوى تعليم الزوجة/الزوج : المهنة : العمر :
 عدد الاخوة والاخوات : الذكور : الاناث :
 مستوى تعليم الاخوة : المهن :
 اعمار الاخوة تنازليا :
 مستوى تعليم الاخوات : المهن :
 اعمار الاخوات تنازليا :
 ترتيب المسترشد بين الاخوة والاخوات :
 علاقة المسترشد بالأب : علاقة المسترشد بالأم :
 علاقة المسترشد بالاخوة : علاقة المسترشد بالاخوات :
 أعضاء آخرون بالأسرة : جد : جدة :
 عم/خال : عمة/خالة :
 حالات الطلاق بالأسرة :
 الاتجاه العام نحو الأسرة :

رابعا - معلومات عن التاريخ العضى :

أمراض معدية فى الصغر :

- : أمراض معدية في الكبر
- : أمراض مزمنة في الأسرة
- : أمراض وراثية في الأسرة
- : أمراض عقلية في الأسرة
- : أمراض نفسية في الأسرة
- : أمراض جنسية في الأسرة
- : أصابات طارئة : حالات ادمان

خامسا - معلومات عن الشخصية والتوافق الاجتماعي :

- : سمات الشخصية : انطوائى : انبساطى
- : علاقاته بالآخرين الجنس الآخر : جيرانه
- : أصدقائه : أقاربه

سادسا - معلومات عن التاريخ الدراسى :

- : المستوى التعليمى الحالى
- : عدد سنوات الدراسة الابتدائية مستواه التحصيلى فيها
- : عدد سنوات الدراسة الاعدادية مستواه التحصيلى فيها
- : عدد سنوات الدراسة الثانوية مستواه التحصيلى فيها
- : عدد سنوات الدراسة الجامعية مستواه التحصيلى فيها
- : استجابته للخبرة المدرسية الاولى
- : المواد الدراسية ذات التقدير العالى
- : المواد الدراسية ذات التقدير المتوسط
- : المواد الدراسية ذات التقدير المنخفض
- : الانشطة المدرسية التى شارك فيها
- : عضوية الجماعات المدرسية ودوره فيها
- : علاقاته مع المدرسين وادارة المدرسة
- : علاقاته مع رفاق المدرسة
- : هواياته وميوله واهتماماته

سابعا - معلومات التقويم :

- : الاختبارات النفسية التى أجريت له
- : السبب فى اجرائها
- : الجهة التى أوصت باجرائها
- : نتائج هذه الاختبارات
- : تفسيرها بواسطة المرشد النفسى
- : التوصيات التى أوصى بها المرشد

ثامنا - معلومات عن الخبرات المهنية :

- المهنة الحالية :
 مستوى أدائه المهني :
 مستوى رضائه المهني :
 مستوى دخله من المهنة :
 الوظائف السابقة :
 سبب انتقاله للمهنة الحالية :
 التدريبات التي أنجزها :
 ساعات العمل الفعلية في اليوم : في الاسبوع :
 الاجازات والعطلات في الاسبوع : في السنة :
 في المواسم : في الأعياد :
 الاضطرارية : الاستثنائية :
 التأمين الصحي في العمل : الضمان الاجتماعي من العمل :
 الاخطار المتوقعة من العمل : التعويضات المتوقعة من العمل :
 سن التقاعد (المعاش) : مكافأة التقاعد (المعاش) :
 علاقاته بزملائه : علاقاته برؤسائه :
 علاقاته بمرؤوسيه : علاقاته بالترددين عليه :
 طموحاته في المستقبل : خطته لتحقيق الطموحات :

تاسعا - التقييم العام للحالة :

- الفروض حول الحالة :
 تفسير الحالة :
 تحليل بنود الحالة :
 تشخيص الحالة :
 طرق العلاج المقترحة :

عاشرا - اقفال الحالة :

- التوصيات اللازمة لتطوير الحالة :
 الخطوات التنفيذية لتنمية الحالة :
 الجهة المحال اليها اذا دعت الضرورة :
 النتيجة النهائية التي وصلت اليها الحالة :
 توقيع المرشد النفسي
 تاريخ اقفال الحالة

مهارات التشخيص وفق الـ DSM

التقييم متعدد المحاور

Multiaxial Assessment

يشمل النظام متعدد المحاور تقيماً على محاور عدة، يحيل كل منها إلى مجال مختلف من المعلومات التي قد تُعين الخطة العلاجية للطبيب وتتكهن المآل. ثمة خمسة محاور مدرجة في تصنيف الـ DSM-5 متعدد المحاور:

المحور I : الاضطرابات السريرية

المحور II : اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي

المحور III : حالات طبية عامة

المحور IV : مشكلات نفسية اجتماعية ومشكلات بيئية

المحور V : تقييم شامل للأداء الوظيفي

يسهل استخدام النظام متعدد المحاور التقييم الشامل والمنهجي مع الانتباه للاضطرابات العقلية المختلفة والحالات الطبية العامة والمشكلات النفسية الاجتماعية والمشكلات البيئية، ومستوى الأداء الوظيفي، التي يمكن أن تُعقل إذا كان التركيز على مشكلة ماثلة وحيدة. يمنح النظام متعدد المحاور بُعداً (صيغة) ملائماً لتنظيم وتوصيل المعلومات السريرية، ولإمساك بتعقيد الحالات السريرية ووصف التباين في التظاهرات بين الأفراد الذين يقعون تحت التشخيص ذاته

المحور I : الاضطرابات السريرية

الحالات الطبية الأخرى التي قد تكون مركزاً للاهتمام السريري

يُعدى المحور ا بوصف جميع الاضطرابات أو الحالات المختلفة في التصنيف باستثناء اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي (المدرجة على المحور .) II كما تُدرج على المحور ا حالات أخرى قد تكون مركزاً للاهتمام السريري.

عندما يكون لدى الشخص أكثر من اضطراب على المحور ا ، ينبغي ذكرها جميعاً .

إذا وجد أكثر من اضطراب على المحور ا ، ينبغي إدراج التشخيص الأساسي أو سبب الزيارة (داعي الاستشارة .)

عندما يكون لدى شخص ما اضطراب على المحور ا واضطراب على المحور II سيُحسب التشخيص الأساسي أو سبب الزيارة على المحور ا ما لم يعقب تشخيص المحور II (العبارة المحددة سبب الزيارة او داعي التشخيص)

إذا لم يوجد اضطراب على المحور ا ، ينبغي ترميز ذلك ب . 71.09 إذا أُجّل تشخيص ما على المحور ا ، بانتظار تجميع معلومات إضافية، ينبغي ترميز ذلك ب799.9

المحور : II اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي

يُعدى المحور II بوصف اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي . كما يمكن استخدامه لتدوين المظاهر البارزة للشخصية سيئة التكيف والآليات الدفاعية . يضمن إدراج اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي على محور مستقل أخذ إمكانية وجودها بالحسبان، الوجود الذي يمكن أن يُغفل عند توجيه الانتباه إلى اضطرابات المحور I الأكثر زخرفة في العادة . إن ترميز اضطرابات الشخصية على المحور II ينبغي ألا يعني ضمناً أن امراض أو طيف العلاج المناسب مختلف جذرياً عما للاضطرابات المرزمة على المحور . ا عندما يكون لدى شخص ما أكثر من تشخيص على المحور II ، وهي الحالة الشائعة، ينبغي

تدوينها جميعاً. وعندما يكون لدى شخص ما تشخيص على كل من المحور I والمحور II ، وحيث أن

التشخيص على المحور II

أو (« التشخيص الأساسي ») هو الأساسي أو سبب الزيارة، فإنه ينبغي الإشارة إلى ذلك بإضافة العبارة

الوصفية بعد التشخيص على المحور (« سبب الزيارة . II »). إذا لم يوجد اضطراب على المحور II ،

ينبغي ترميز ذلك ب

V71.09 .

وإذا كان تشخيص ما على المحور II مؤجلاً، بانتظار تجميع معلومات إضافية، ينبغي ترميز ذلك

ب 799.9.

المحور III : الحالات الطبية العامة

يُعنى هذا المحور بوصف الحالات الطبية العامة الحالية التي يُحتمل أن تكون على صلة بفهم أو

تدبير في ال « الاضطرابات العقلية »

لا يعني التمييز المتعدد المحاور بين اضطرابات المحور I والمحور II والمحور III أن هناك فروقاً

جوهرية في تصورها المفهومي، أو أن لا صلة لها بالعوامل أو الحداثيات الجسدية أو البيولوجية، أو أن

الحالات الطبية العامة لا صلة لها بالعوامل أو الحداثيات السلوكية أو النفسية الاجتماعية. إن الغرض

من تمييز الحالات الطبية العامة هو تشجيع الدقة والإحكام في التقييم وتعزيز التواصل بين المعنيين في

الرعاية الصحية.

يمكن أن تكون الحالات الطبية العامة ذات صلة بالاضطرابات العقلية بطرق متنوعة. في بعض

الحالات يكون جلياً أن الحالة الطبية العامة مُسببة بشكل مباشر لتطور أو تفاقم الأعراض العقلية وأن

آلية هذا التأثير آلية فيزيولوجية. وعند اعتبار أن اضطراباً عقلياً هو عاقبة فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية

عامة، ينبغي تشخيص اضطراب عقلي ناجم عن حالة طبية عامة على المحور I ويجب تسجيل الحالة

الطبية العامة على كل من المحورين ا و . III فعلى سبيل المثال، عندما يكون قصور الدرقية سبباً مباشراً للأعراض الاكتئابية، يكون التشخيص على المحور ا هو اضطراب مزاج ناجم عن قصور الدرقية، مع مظاهر اكتئابية، ويُدرج قصور الدرقية ثانياً ويرمز على المحور III

وفي الحالات التي تكون فيها العلاقة السببية بين الحالة الطبية العامة والأعراض العقلية غير واضحة بما يكفي لتسأهل تشخيصاً على المحور ا كاضطراب عقلي ناجم عن حالة طبية عامة، ينبغي إدراج اضطراب عقلي مناسب (مثلاً اضطراب اكتئابي جسيم) وترميّزه على المحور ا ؛ وينبغي ترميز الحالة الطبية العامة فقط على المحور. III

ثمة حالات أخرى تُسجّل فيها الحالات الطبية العامة على المحور III لأهميتها من أجل فهم شامل أو علاج الشخص المصاب باضطراب عقلي. قد يكون اضطراب ما على المحور ا ارتكاساً نفسياً لحالة طبية عامة على المحور (III مثال، تطور اضطراب تأقلم مع مزاج اكتئابي كارتكاس لتشخيص سرطان الثدي).

عندما يكون لدى شخص ما أكثر من تشخيص سريري ذي صلة بالمحور III ، ينبغي تسجيلها جميعاً . إذا لم يوجد اضطراب على المحور : III ، ينبغي الإشارة إلى ذلك بالطريقة التالية : «. III لا شيء. إذا كان التشخيص على المحور III مؤجلاً، بانتظار تجميع معلومات إضافية، ينبغي الإشارة إلى ذلك بالطريقة التالية:

المحور : «. III » مؤجل

المحور : IV المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية

يسمح المحور IV بفهم المشكلات النفسية الاجتماعية والمشكلات البيئية التي قد تؤثر على تشخيص وعلاج وإنذار الاضطرابات العقلية (المحورين ا و II). قد تكون المشكلة النفسية الاجتماعية أو البيئية

عبارة عن حدث حياتي سلبي أو صعوبة بيئية أو قصور، أو شدة عائلية أو بين شخصية أو عدم كفاية الدعم الاجتماعي أو الموارد الشخصية، أو مشكلة أخرى متصلة بسياق حدثت فيه صعوبات الشخص .
أما ما تدعى بالشدات الإيجابية، كالترقية

في العمل، فينبغي إدراجها فقط إذا ساهمت أو قادت إلى مشكلة ما، مثلما هو الحال عند شخص لديه صعوبة في التأقلم مع الوضع الجديد .فضلاً عن أنها تلعب دوراً في إطلاق أو مفاومة اضطراب عقلي، فإن المشكلات النفسية الاجتماعية قد تتطور أيضاً كنتيجة لأمراضية نفسية لدى الشخص أو قد تكوّن مشكلات ينبغي اعتبارها في الخطة الشاملة للتدبير.

عندما يكون لدى شخص ما مشكلات نفسية اجتماعية أو بيئية عديدة، ينبغي على الطبيب أن يسجل كل ما يقدر أنه ذو صلة .يجب على الطبيب، بصورة عامة، أن يسجل فقط تلك المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية التي كانت موجودة خلال السنة التي سبقت التقييم الراهن .بيد أنه يمكن للطبيب أن يختار تسجيل المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية السابقة للسنة الأخيرة إذا كانت هذه المشكلات تساهم بجلاء بالاضطراب العقلي أو أصبحت بؤرة المعالجة على سبيل المثال، تجارب قتالية سابقة أدت إلى اضطراب الكرب ما بعد الرضح.

في الممارسة العملية، سيُشار إلى معظم المشكلات النفسية الاجتماعية على المحور . IV ولكن، عندما تكون مشكلة نفسية اجتماعية أو بيئية، البؤرة الرئيسية للاهتمام السريري، ينبغي تسجيلها أيضاً على المحور I ، مع ترميز " حالات أخرى قد تكون مركزاً للاهتمام السريري »

وُضعت أنماط المشكلات المختلفة في الفئات التالية:

*المشكلات في مجموعة الدعم الرئيسية مثل موت أحد أفراد العائلة؛ مشكلات صحية في العائلة؛ تمزق العائلة بالانفصال؛ الطلاق أو الوحشة؛ الانتقال من البيت؛ الزواج الثاني للوالد؛ الإساءة الجنسية

أو الجسدية؛ فرط الحماية الأبوية؛ إهمال الطفل؛ الانضباط غير الكافي؛ النزاع مع الأشقاء؛ ولادة شقيق.

*المشكلات المتصلة بالمحيط الاجتماعي مثل موت أو فقد صديق؛ دعم اجتماعي غير كاف؛ العيش المنفرد؛ صعوبة التطبع الثقافي؛ التمييز؛ التأقلم مع التحول في دورة الحياة (مثل التقاعد).

*المشكلات التعليمية مثل، الأمية؛ المشكلات الأكاديمية، النزاع مع المعلمين أو زملاء المدرسة؛ البيئة المدرسية غير الملائمة.

*المشكلات المهنية مثل، البطالة؛ التهديد بفقدان الوظيفة؛ جدول العمل الضاغط؛ ظروف العمل الصعبة؛ الاستياء من الوظيفة؛ تغيير العمل؛ النزاع مع المدير أو زملاء العمل.

*مشكلات السكن مثل، التشرد؛ السكن غير الملائم؛ الجوار غير الآمن؛ النزاع مع الجيران أو مع المالك.

*المشكلات الاقتصادية مثل، الفقر المدقع؛ أموال غير كافية؛ الدعم المعيشي القاصر.

*مشكلات الحصول على خدمات الرعاية الصحية مثل، خدمات الرعاية الصحية غير الكافية؛ عدم توفر نظام النقل إلى تسهيلات الرعاية الصحية؛ الضمان الصحي غير الكافي.

*المشكلات المتصلة بالعلاقة مع النظام القضائي/الجريمة مثل، التوقيف؛ الحبس؛ المقاضاة؛ ضحية جريمة.

*مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية أخرى مثل التعرض للكوارث أو الحرب أو الاعتداءات الأخرى؛ النزاع مع حُماة (راعين) من غير الأسرة مثل المرشد أو العامل الاجتماعي أو الطبيب؛ عدم توفر مكاتب الخدمة الاجتماعية.

المحور : V التقييم الشامل للأداء الوظيفي

يسمح المحور V للطبيب أن يحكم على المستوى الشامل للأداء الوظيفي عند الشخص .وهذه المعلومات مفيدة في التخطيط للمعالجة وقياس أثرها، وكذلك في توقع النتيجة.

يمكن القيام بتسجيل الأداء الوظيفي الشامل على المحور V باستخدام التقييم الشامل لسلم الأداء الوظيفي والمهني (GAF)

ينبغي تدرّيج (تقويم) سلم (GAF) حسب الأداء الوظيفي النفسي والاجتماعي لا تضمّن الاختلال في الأداء الوظيفي الناجم عن تحديدات جسدية «

يُقسم سلم GAF إلى 10 مجالات للأداء الوظيفي .ويشمل إجراء تدرّيج GAF انتقاء قيمة وحيدة تعكس على نحو أفضل مستوى الأداء الوظيفي الشامل للشخص .

91 - 100 أداء وظيفي أعلى في مجال واسع من الأنشطة، مشكلات الحياة لا تبدو أبداً أنه قد أفلت زمامها، يسعى إليه الآخرون لصفاته الإيجابية العديدة .لا أعراض.

81 - 90 الأعراض غائبة أو في حدها الأدنى(مثال، قلق خفيف قبل امتحان ما)، أداء وظيفي جيد على كافة الصعد، مُهتمّ ومنخرط في مجال واسع من الأنشطة، مؤثر اجتماعياً، مُشبع(مسرور)بشكل عام بالحياة، ليس هناك ما هو أكثر من مشكلات أو انشغالات يومية(مثال، جدال مع أفراد العائلة بين الحين والآخر.)

71 - 80 إذا كانت الأعراض موجودة فهي عابرة وهي ارتكاسات يمكن توقعها على شدة نفسية اجتماعية(مثال، صعوبة التركيز بعد جدال عائلي)، ليس هناك ما هو أكثر من اختلال طفيف في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي(مثال، تقصير مؤقت في الواجب المدرسي.)

61 - 70 بعض الأعراض الخفيفة(مثال، مزاج منخفض وأرق خفيف)أو بعض الصعوبة في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي(مثال، التسرّب من المدرسة بين الحين والآخر، أو سرقة ضمن المنزل)ولكن بصورة عامة يقوم بأداء وظيفي جيد نوعاً ما، ويقوم بعض العلاقات الشخصية الإيجابية.

51 - 60 أعراض متوسطة (مثال، وجدان مسطح وموارية في الكلام، نوبات هلع أحياناً) أو صعوبة متوسطة في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال، قلة أصدقاء، نزاعات مع الأقران أو زملاء العمل).

41 - 50 أعراض خطيرة (مثال، تفكير انتحاري، طقوس وسواسية شديدة، سرقات متكررة للمحلات التجارية) أو أي اختلال خطير في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال، عدم وجود أصدقاء، عدم القدرة على الاحتفاظ بعمل).

31 - 40 بعض الاختلال في اختبار الواقع أو التواصل (مثال، الكلام أحياناً غير منطقي أو غامض أو غير ملائم) أو اختلال كبير في عدة مجالات مثل العمل أو المدرسة أو العلاقات العائلية أو المحاكمة أو التفكير أو المزاج (مثال ذلك، رجل مكتئب يتحاشى الأصدقاء ويهمل العائلة وعاجز عن العمل؛ وطفل كثيراً ما يضرب من هم أصغر منه عمراً، مُعاصٍ في البيت، ويفشل في المدرسة).

21 - 30 السلوك يتأثر كثيراً بالأوهام أو الأهلالات أو اختلال خطير في التواصل أو المحاكمة (مثلاً، متفكك أحياناً، يتصرف بشكل غير مناسب بوضوح، انشغال انتحاري) أو عجز الأداء الوظيفي في كافة المجالات تقريباً (مثلاً، يبقى في السرير طوال اليوم، لا عمل أو لا بيت، أو لا أصدقاء).

11 - 20 وجود خطورة معينة لإلحاق الأذى بالذات أو بالآخرين (مثال، محاولات انتحارية دون توقع واضح للموت، عنف متكرر، إثارة هوسية) أو يخفق أحياناً في الحفاظ على حد أدنى من النظافة الشخصية (مثل، التلطيخ بالبراز) أو اختلال فاضح في التواصل (مفكك بصورة كبيرة أو صامت).

1 - 10 خطورة دائمة لإلحاق أذى شديد بالذات أو بالآخرين (مثال، عنف معاود) أو عجز دائم في الحفاظ على الحد الأدنى من النظافة الشخصية أو عمل انتحاري جدي مع توقع واضح للموت.

0 معلومات غير كافية.

يملك وصف كل مجال من مجالات النقاط العشرة في سلم GAF جزأين: يغطي الجزء الأول شدة العرض، أما الثاني فيغطي الأداء الوظيفي. يعتبر سلم GAF ضمن سلسلة عشرية خاصة إذا وقعت إما شدة العرض أو مستوى الأداء الوظيفي ضمن المجال .

ينبغي ملاحظة أنه في حالات عدم الانسجام بين شدة العرض لدى الشخص ومستوى الأداء الوظيفي فإن درجة GAF النهائية تعكس دوماً أسوأهما . على سبيل المثال، ستكون درجة GAF لشخص يشكل خطراً كبيراً على ذاته رغم أدائه الوظيفي الجيد، دون ال . 20 وعلى نحو مماثل، فإن درجة GAF لشخص لديه الحد الأدنى من الأعراض النفسية ولكن مع اختلال كبير في الأداء الوظيفي (مثال، شخص قاده الانشغال المفرط باستخدام مادة إلى فقدان عمله وأصدقائه ولكن دون أن يكون هناك أية إمبراضية نفسية) ستكون 40 أو أقل من ذلك.

في معظم الحالات، ينبغي أن يكون التدرج (وضع الدرجات) على سلم GAF معنياً بالفترة الراهنة (أي مستوى الأداء الوظيفي وقت التقييم) لأن وضع الدرجات للأداء الوظيفي الراهن سيعكس بصورة عامة الحاجة إلى العلاج أو الرعاية . ولحساب التفاوت بين يوم وآخر في الأداء الوظيفي، يبرمج عملياً تدرج GAF (للفترة الحالية) أحياناً كأخفض مستوى للأداء الوظيفي للأسبوع الماضي . قد يكون مفيداً، في بعض المواقع، تدوين تدرج سلم GAF في كل من وقت القبول ووقت التخريج . قد يُدرج سلم GAF أيضاً من أجل فترات أخرى

(مثال، المستوى الأعلى للأداء الوظيفي لبضعة أشهر على الأقل أثناء السنة الماضية .) يُسجّل سلم

GAF على المحور : V كما يلي

(= GAF) والذي يكون من 0 إلى 100 و يُتبع بالفترة الزمنية التي يعكسها التدرج

مثال (عند التخريج) (الوقت الراهن)

بين قوسين على سبيل المثال من أجل ضمان عدم إهمال أي عنصر من سلم GAF عند إجراء تدرّج

GAF، يمكن تطبيق الطريقة التالية من أجل تحديد إجراء تدرّج: GAF

الخطوة 1. بدءاً من المستوى الأعلى، قيّم كل مجال بالسؤال (هل شدة الأعراض لدى الشخص أو مستوى الأداء الوظيفي أسوأ مما هو مبيّن في وصف المجال؟)

الخطوة 2 : تابع النزول على السلم حتى الوصول إلى المجال الذي يطابق (يلتزم) شدة الأعراض لدى الشخص أو مستوى الأداء الوظيفي، وأيهما أسوأ.

الخطوة 3 : انظر إلى المجال التالي الأخفض من أجل التحقق المزدوج من أن تكون قد توقفت قبل الأوان .ينبغي أن يكون هذا المجال شديداً من ناحية شدة الأعراض ومستوى الأداء الوظيفي .إذا كان الأمر كذلك، فقد تم الوصول إلى المجال المناسب (تابع إلى الخطوة

4.) إذا لم يكن كذلك، عُدْ أدراجك إلى الخطوة 2. وتابع النزول في السلم.

الخطوة 4 : لتحديد تدرّج GAF النوعي ضمن مجال النقاط العشر المختار، ضع في الحسبان ما إذا كان الأداء الوظيفي للشخص في النهاية الأعلى أو الأخفض من مجال النقاط العشر .على سبيل المثال، ضع في الحسبان شخصاً يسمع أصواتاً لا تؤثر على سلوكه (مثل شخص ما لديه فصام منذ زمن طويل ويقبل أهلاساته كجزء من المرض .)إذا كانت الأصوات تحدث بشكل غير متكرر نسبياً (مرة في الأسبوع أو أقل)، فقد يكون التدرّج 39 أو 40 هو الأكثر ملاءمة .بخلاف ذلك، إذا كان الشخص يسمع أصواتاً بصورة مستمرة تقريباً، سيكون التدرّج

31 أو 32 أكثر ملاءمة.

البُعد (الصيغة) غير المحوري Nonaxial Format

يمكن للأطباء الذين لا يرغبون في استخدام البعد المتعدد المحاور ببساطة أن يدرجوا التشخيصات المناسبة.

وهؤلاء الذين يختارون هذه الطريقة ينبغي أن يتبعوا القاعدة العامة في تسجيل مجموع الاضطرابات التي تتواجد معاً من اضطرابات عقلية وحالات طبية عامة وعوامل أخرى طالما أن لها صلة بالعناية بالشخص وبعلاجه. وينبغي أن يدرج التشخيص الرئيسي أو سبب الزيارة أولاً.

محددات الشدة والسير

يطبق تشخيص ال DSM-5 على التظاهر الراهن للفرد ولا يستخدم بصورة نموذجية للإشارة إلى التشخيصات القديمة التي تعافى منها الفرد. يمكن إدراج المحددات التالية التي تشير إلى الشدة والسير بعد التشخيص :

خفيف ومتوسط وشديد وفي هدأة جزئية وفي هدأة تامة والسوابق المرضية.

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

خفيف: وجود الحد الأدنى من الاعراض اللازمة لوضع التشخيص، ولا ينشأ عن الأعراض أكثر من اختلال طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني.

متوسط: وجود أعراض أو اختلال وظيفي يقع بين «.الشديد» و « الخفيف

شديد: وجود الكثير من الأعراض التي تزيد عما هو مطلوب لوضع التشخيص، أو وجود بضعة أعراض شديدة على نحو خاص، كما ينجم عن الأعراض اختلال صريح في الأداء الاجتماعي أو المهني.

في هدأة جزئية:تحققت المعايير التامة للاضطراب سابقاً، لكن ما تبقى حالياً هو بعض أعراض وعلامات الاضطراب فقط.

في هدأة تامة:لم يعد هناك أية أعراض أو علامات للاضطراب ولكن يبقى مناسباً تدوين الاضطراب على سبيل المثال، عند فرد لديه نوبات سابقة من الاضطراب ثنائي القطب ظل خالياً من الأعراض لمدة 3سنوات وهو يعالج بالليثيوم .بعد فترة من الهدأة التامة، يمكن للطبيب أن يقدر أن المريض تعافى، وبالتالي لا يعود بعدها ليرمز الاضطراب كتشخيص راهن .يتطلب التفريق بين الهدأة التامة والشفاء اعتبار عوامل كثيرة، بما في ذلك السير المميز للاضطراب وطول الزمن بعد آخر فترة من الاضطراب، والمدة الكلية للاضطراب والحاجة إلى تقييم مستمر ومعالجة وقائية.

السوابق المرضية(القصة السابقة)

من أجل أعراض محددة، قد يكون مفيداً تدوين قصة المعايير التي تحققت لاضطراب ما، حتى لو اعتبر الشخص شافياً منه .مثل هذه التشخيصات الماضية سيشار إليها باستخدام المحدد سوابق مرضية (مثال،اضطراب قلق الانفصال، قصة سابقة لفرد لديه قصة اضطراب قلق الانفصال لم يعد لديه اضطراب حالياً أو تتحقق لديه حالياً معايير اضطراب الهلع.)

المعاودة(الرُّجعة)

ليس نادراً في الممارسة السريرية، بعد فترة من الزمن لا تعود تتحقق فيه المعايير الكاملة للاضطراب (أي، في حالة هدأة جزئية أو تامة أو حالة شفاء)، أن يتظاهر لدى بعض الأشخاص أعراض تقترح

عودة الاضطراب الأصلي ولكنها لا تحقق رغم ذلك العتبة الكاملة لذلك الاضطراب كما يحدد في مجموعة معيارية. إن الطريقة الفضلى للإشارة إلى وجود هذه الأعراض هي المحاكمة السريرية. الخيارات المتاحة هي التالية:

* إذا اعتُبرت الأعراض نوبة جديدة لحالة معاودة، يمكن تشخيص المرض على أنه حالي (أو مؤقت) حتى قبل أن تتحقق المعايير الكاملة (مثال، بعد تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة لمدة 10 أيام فقط عوضاً عن الـ 14 يوماً المطلوبة عادة).

* إذا اعتُبرت الأعراض مهمة سريرياً، ولكن ليس واضحاً ما إذا كانت تشكل معاودة للاضطراب الأصلي، فمن الممكن أن تكون الفئة غير محدد في مكان آخر مناسبة لذلك.

* إذا لم تُعتبر الأعراض مهمة سريرياً، فلا ضرورة لوضع تشخيص حالي أو مؤقت إضافي، بل يمكن تدوين «سوابق مرضية»

التشخيص الرئيسي /دافع الزيارة (الاستشارة)

إذا ما أعطي لشخص ما داخل المستشفى أكثر من تشخيص، فإن التشخيص الأساسي، وبعد الدراسة، هو الحالة التي تكون مسؤولة أساساً عن قبول الشخص في المستشفى. وعندما يعطى شخص ما خارج المستشفى أكثر من تشخيص، فإن دافع الزيارة هو الحالة التي تكون مسؤولة أساساً عن خدمات الرعاية الطبية المتغيرة التي يتلقاها أثناء الزيارة. في معظم الحالات، يكون التشخيص الأساسي أو سبب الزيارة هو أيضاً المحور الأساسي للانتباه السريري أو المعالجة. من الصعب غالباً (وأحياناً من الاعتباطي)

تقرير ما هو التشخيص الأساسي أو دافع التشخيص، خاصة في حالات « التشخيص الثنائي » مثل تشخيص متعلق بمادة مثل الاعتماد على الامفيتامين مترافق مع تشخيص غير متعلق بمادة مثل الفصام.

فعلى سبيل المثال قد لا يكون واضحاً أي من التشخيصين ينبغي اعتباره أساسياً لشخص أدخل إلى المستشفى ولديه فصام وانسمام بالأمفيتامين، لأن كل حالة يمكن لها أن تساهم بصورة متساوية بالحاجة إلى القبول في المستشفى والمعالجة.

يمكن ذكر تشخيصات متعددة في نظام متعدد المحاور أو في نظام بدون محاور .عندما يكون التشخيص الأساسي هو اضطراب على المحور ١ ، يُستدلُّ عليه بإدراجه أولاً .أما بقية الاضطرابات فتُدرج بالترتيب بحسب أهميتها السريرية والعلاجية .عندما يحوز شخص ما تشخيصاً على المحورين ١ و ٢ ، سيُفترض أن التشخيص الأساسي أو دافع الزيارة على المحور ١ ما لم يُتبع التشخيص على المحور ٢ بالعبارة الوصفية (تشخيص أساسي)

(دافع الزيارة)

التشخيص المؤقت

يمكن استخدام المحدد "مؤقت" عندما يكون هناك افتراض قوي بأنه في نهاية الأمر ستستوفى المعايير الكاملة لاضطراب ما، بيد أنه لا تتوفر معلومات كافية لوضع تشخيص جازم .يمكن للطبيب أن يشير إلى الشبهة في التشخيص .بتسجيل كلمة " مؤقت" بعد التشخيص . على سبيل المثال، يمكن أن يبدي مريض ما تظاهرات اضطراب اكتئابي جسيم، لكنه عاجز عن تقديم قصة وافية تؤكد تحقق المعايير الكاملة.

ثمة استخدام آخر لتعبير مؤقت وذلك للحالات التي يعتمد فيها التشخيص التفريقي حصراً على مدة المرض .

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

الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

الفصام

Schizophrenia (F20.9)

معايير التشخيص

A تواجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد

(أو أقل إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون (١) ، (٢) أو (٣)

(١) أوهام.

(٢) هلاوس.

(٣) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).

(٤) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكلٍ صارخ.

(٥) أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)

B خلال فترة معتبرة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي

الأساسية كالعامل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى المتحقق قبل

النوبة أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية (أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني

عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).

C تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. ينبغي أن تتضمن فترة السنة أشهر هذه

شهوراً من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) والتي تحقق المعيار A (أي أعراض الطور النشط) وقد

تتضمن فترات -من الأعراض البادية أو المتبقية. قد يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترات البادية أو

المتبقية بأعراض سلبية فحسب، أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A التي تكون موجودة بشكلٍ مخفّف (مثل، اعتقادات مستغربة، تجارب إدراكية غير مألوفة).

E لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.
F إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفلي، فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الأوهام أو الهلاوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام، قد وجدت لشهرٍ واحد على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح).

حدد ما إذا كان:

"يمكن تطبيق هذه المحدّات فقط بعد فترة سنة من الاضطراب وفي حال عدم تناقضها مع معايير سير المرض التشخيصية".

النوبة الأولى، حالياً في النوبة الحادة: المظاهر الأولى للاضطراب تفي بمعايير التشخيص من ناحية الأعراض والزمن. النوبة الحادة هي الفترة الزمنية التي تتحقق خلالها معايير التشخيص.

النوبة الأولى، حالياً في هدأة جزئية: الهدوء الجزئي هو الفترة من الزمن التي يحافظ فيها على التحسن ويتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئياً.

النوبة الأولى، حالياً في هدأة كاملة: الهدأة الكاملة هي فترة من الزمن بعد النوبة السابقة لا توجد خلالها أي أعراض محددة للاضطراب.

نوب متعددة، حالياً في النوبة الحادة: يتم تحديد النوب المتعددة بعد نوبتين على الأقل (أي بعد النوبة الأولى هدوء للأعراض ونكس واحد)

نوب متعددة، حالياً في هدأة جزئية

نوب متعددة، حالياً في هدأة كاملة

حدد فيما إذا كان: مع كاتاتونيا

حدد أيضاً الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدها الحالية (الأشد في آخر ٧ أيام) على مقياس مكون من ٥ نقاط تتراوح من ٠ غير موجودة إلى ٤ حاضر وشديد. ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص الفصام دون استخدام محدد الشدة هذا.

الاضطراب التوهمي

Delusional Disorder (F22)

A وجود واحد أو (أكثر) من الأوهام لمدة شهر أو أكثر.

B لم يُستوف المعيار - A من معايير الفصام.

(ملاحظة: إذا تواجدت الهلاوس فهي ليست ذات شأن بارز وذات صلة بالموضوع التوهمي. مثلاً، الإحساس بغزو من الحشرات مرتبط بأوهام العدوى).

C إذا ما استبعدنا تأثير الأوهام أو تظاهراتها، لا يختل الأداء الوظيفي بصورة واضحة، كما أن السلوك لا يكون غريباً أو شاذاً بوضوح.

D إذا حدثت النوبات المزاجية بالتزامن مع الأوهام، فإن مدتها الكلية وجيزة بالقياس لمدة الفترات التوهمية.

E لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية لمادة ما أو حالة طبية أخرى، ولا يُفسر بشكلٍ أفضل باضطراب عقلي آخر مثل اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب الوسواس القهري.

حدّد ما إذا كان الأنماط التالية حددت بناء على سيطرة الموضوع التوهمي:

النمط العشقي: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو وجود شخص آخر في حالة حب مع الفرد.

نمط العظمة: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بوجود بعض المواهب العظيمة ولكن غير المعترف عليها أو الأفكار العظيمة أو القيام ببعض الاكتشافات الهامة.

نمط الغيرة: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بأن زوج أو حبيب الشخص غير مخلص.

النمط الاضطهادي: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم هو القناعة بأنه أو أنها ضحية لمؤامرة، للغش، للتجسس، للمراقبة، للتسميم أو للتخدير، مفترى عليه بخبث، يتعرض للتحرش، أو يواجه العرقلة في السعي لتحقيق أهداف طويلة الأجل.

النمط الجسدي: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع الأساسي للوهم يتضمن اضطراباً في وظائف الأعضاء أو الأحاسيس.

النمط المختلط: يطبق هذا النمط عند عدم سيطرة أي موضوع واحد للأوهام.

النمط غير المحدد: يطبق هذا النمط عندما يكون الموضوع التوهمي المسيطر غير قابل للتحديد أو غير مذكور في الأنماط المحددة (مثلاً أوهام الإشارة دون محتوى اضطهادي أو من العظمة).

حدد ما إذا كان:

مع محتوى غريب: تعتبر الأوهام غريبة إذا كانت غير قابلة للتصديق بشكل واضح، وليست مفهومة، وليست مستمدة من تجارب الحياة العادية (الاعتقاد بأن قوة خارجية قد أزلت الأحشاء الداخلية له أو لها واستبدلتها بأجهزة لشخص آخر دون ترك أي جروح أو ندبات).

حدد ما إذا كان:

"محددات سير الاضطراب التالية يتم استخدامها فقط بعد سنة واحدة":

النوبة الأولى، حالياً في النوبة الحادة: المظاهر الأولى للاضطراب نفي بالأعراض المشخصة والمعيار الزمني.

النوبة الحادة هي الفترة الزمنية التي يتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية.

النوبة الأولى، حالياً في هدأة جزئية: الهدوء الجزئي هو الفترة من الزمن التي يحافظ فيها على التحسن وخلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئياً.

النوبة الأولى، حالياً في هدأة كاملة: الهدأة الكاملة هي فترة من الزمن بعد النوبة السابقة لا توجد خلالها أي أعراض محددة للاضطراب.

نوب متعددة، حالياً في النوبة الحادة

نوب متعددة، حالياً في هدأة جزئية

نوب متعددة، حالياً في هدأة كاملة

٢ الاضطراب الذهاني الوجداني

Brief Psychotic Disorder (F23)

A وجود واحد أو أكثر من الأعراض التالية أحدها على الأقل يجب أن يكون (١ -) ، (٢) ، أو (٣)

(٣)

(١) أوهام.

(٢) هلاوس.

(٣) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).

(٤) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكلٍ صارخ.

ملاحظة: لا تُدرج عرضاً إذا كان هذا العرض يمثل نمط استجابة جانز ثقافياً (حضارياً).

B مدة نوبة الاضطراب هي يوم على الأقل، ولكن أقل من شهر مع عودة كاملة في النهاية إلى مستوى

الأداء الوظيفي ما قبل المرض.

C لا يُفسر المرض بشكلٍ أفضل باضطراب اكتئابي أو باضطراب وجداني مع مظاهر ذهانية، أو

بفصام أو كاتاتونيا، وليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء)

أو عن حالة طبية عامة.

حدّد فيما إذا كان:

مع عامل شدة واضح (ذهان تفاعلي وجيز): إذا حدثت الأعراض كاستجابة لأحداث، منفردة أو

مجتمعة، لها تأثير واضح الشدة على أيّ كان تقريباً في نفس الظروف ومن نفس ثقافة الفرد.

دون عامل شدة واضح: إذا لم تحدث الأعراض كاستجابة لأحداث، منفردة أو مجتمعة، لها تأثير واضح

الشدة على أيّ كان تقريباً في نفس الظروف ومن نفس ثقافة الفرد.

مع بدء بعد الولادة: إذا كانت النوبة خلال الحمل أو ضمن الأسابيع الأربعة التالية للولادة.

حدد فيما إذا كان:

مع كاتاتونيا

حدد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير

المنظم،

السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدتها الحالية (الأشد في

آخر ٧ أيام 5 على مقياس مكون من ٥ نقاط تتراوح من (٠) (غير موجودة) إلى ٤) حاضر

وشديد(.)

ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص الاضطراب الذهاني الوجداني دون استخدام محدد الشدة هذا.

الاضطراب الفصامي الشكل

Schizophreniform Disorder (F20.81)

A تواجد اثنين (أو أكثر) مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد

(أو أقل) إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون (١) ، (٢) أو (٣)

(١) أوهام.

(٢) هلاوس.

(٣) كلام غير منظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).

(٤) سلوك غير منظم أو كاتاتوني بشكلٍ صارخ.

(٥) أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة)

B تستمر نوبة الاضطراب شهراً على الأقل ولكن أقل من ٦ أشهر. (عند ضرورة وضع التشخيص

دون انتظار الشفاء، يجب وصفه بـ "المؤقت"

D لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدّد فيما إذا كان:

مع مظاهر إنذارية جيدة: يطبق هذا المحدد عند وجود اثنين (أو أكثر) من المظاهر التالية:

بدء الأعراض الذهانية البارزة يحدث خلال الأسابيع الأربعة من التغيير الأول المُلاحظ في السلوك أو

الأداء الوظيفي المعتاد، التخليط أو الحيرة أو التشوش، الأداء الوظيفي المهني والاجتماعي الجيد قبل

المرض وغياب الوجدان المتبادل أو المسطح.

دون مظاهر إنذارية جيدة: يطبق هذا المحدد عند عدم وجود اثنين (أو أكثر) من المظاهر أعلاه.

حدد فيما إذا كان:

مع كاتاتونيا

حدد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير

المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدتها الحالية

(الأشد في آخر ٧ أيام) على مقياس مكون من ٥ نقاط تتراوح من ٠ غير موجودة إلى ٤ حاضر

وشديد(.)

ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص الاضطراب الفصامي الشكل دون استخدام محدد الشدة هذا.

ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

1- اضطراب ثنائي القطب

Bipolar I Disorder

معايير التشخيص لتشخيص اضطراب ثنائي القطب I ، فمن الضروري استيفاء المعايير التالية لنوبة هوس. نوبة الهوس قد تُسبق أو تُتبع بنوبة تحت هوسية أو نوبة اكتئاب جسيم.

نوبة هوس Manic Episode

A. فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو متمدداً أو مستثاراً، وزيادة غير معهودة مستمرة في النشاط الهادف أو الطاقة، تستمر لأسبوع على الأقل وتظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً

B. استمرت، أثناء فترة اضطراب المزاج، وزيادة النشاط أو الطاقة، ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج مستثاراً فقط) وكانت هذه الأعراض موجودة إلى درجة مهمة، وتمثل تغييراً لافتاً عن السلوك العادي:

- تضخم تقدير الذات أو عظمه.
- انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم 3 ساعات فقط).
- ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
- تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار.

- التشتت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة .) كما ذكرت أو لوحظت.
 - ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً في العمل أو في المدرسة أو جنسياً) أو هياج نفسي - حركي (أي نشاط غير هادف غير موجه .)
 - الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل ، إشراف في عمليات شراء للمذات ، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال .)
 - C. تكون النوبة شديدة بما يكفي لتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو تلزم بالاستشفاء ، لمنع الأذى للنفس أو للغير ، أو هناك مظاهر ذهانية .
 - D. لا تُعزى النوبة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار ، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الدرق .)
- ملاحظة :** عندما تظهر نوبة هوس كاملة خلال المعالجة المضادة للاكتئاب (أدوية مثلاً ، أو علاج بالاختلاج الكهربائي) ولكنها تستمر بمستوى كامل للمتلازمة ، متجاوزة التأثيرات الفيزيولوجية لتلك المعالجة فهي دليلٌ كافٍ لتشخيص نوبة هوس . أي اضطراب ثنائي القطب .
- ملاحظة :** المعايير A-D تشكل نوبة هوس . نوبة هوس واحدة على الأقل خلال الحياة مطلوبة لوضع تشخيص اضطراب ثنائي القطب

النوبة تحت الهوسية

Hypomanic Episode

A فترة متميزة يكون فيها المزاج وبصورة غير معهودة ومتواصلة مرتفعاً أو ممتدداً أو مستثاراً، وزيادة غير معهودة مستمرة في النشاط الهادف أو الطاقة، حيث يستمر لمدة أربعة أيام متتالية على الأقل ويظهر معظم اليوم، وكل يوم تقريباً.

B استمرار، أثناء فترة اضطراب المزاج، وزيادة النشاط أو الطاقة، ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج مستثاراً فقط) وكانت هذه الأعراض موجودة إلى درجة مهمة، وتمثل تغييراً لافتاً عن السلوك العادي:

- تضخم تقدير الذات أو عظمه.
 - انخفاض الحاجة إلى النوم (مثلاً، الشعور بالراحة بعد نوم 3 ساعات فقط).
 - ثرثرة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام.
 - تطاير الأفكار أو خبرة شخصية بتسابق الأفكار
 - التشتت (أي تحويل الانتباه بسهولة إلى مثيرات خارجية غير هامة أو ليست ذات صلة..)
 - ازدياد النشاط الهادف (إما اجتماعياً، في العمل أو في المدرسة، أو جنسياً) أو هياج نفسي حركي (أي نشاط غير هادف غير موجه).
 - الانغماس المفرط في نشاطات تحمل إمكانية كبيرة لعواقب مؤلمة (مثل، إسراف في عمليات شراء للملذات، أو طيش جنسي أو استثمارات حمقاء في مجال الأعمال).
- C يصاحب النوبة تبدل لا لبس فيه في الأداء الوظيفي، لا يكون معهوداً عند الشخص في غياب الأعراض.

D يلاحظ اضطراب المزاج والتغير في الأداء الوظيفي من قبل الآخرين - .

E لا تكون النوبة شديدة بما يكفي لتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو تلزم بالاستشفاء، إذا كان هناك مظاهر ذهانية، فالحالة بالتعريف هوس.

F لا تُعزى النوبة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، أو تناول دواء أو معالجة أخرى) أو عن حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الدرق).

ملاحظة: عندما تظهر نوبة تحت هوسية كاملة خلال المعالجة المضادة للاكتئاب (أدوية مثلاً، أو علاج بالاختلاج الكهربائي) ولكنها تستمر بمستوى كامل للمتلازمة، متجاوزة التأثيرات الفيزيولوجية لتلك المعالجة فهي دليل كاف لتشخيص نوبة تحت هوسية. على كل حال فالحبطة ضرورية بحيث أن عرضاً أو اثنين (وخصوصاً زيادة الاستثارة، الحدة، أو الهياج التالي لاستعمال مضادات الاكتئاب) لا تعتبر كافية لتشخيص نوبة تحت هوسية، وليست بالضرورة مؤشراً على اعتلال ثنائي القطب.

ملاحظة: المعايير A-F تشكل نوبة تحت هوس. نوبة تحت الهوس شائعة في اضطراب ثنائي القطب، ولكنها غير مطلوبة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب.

النوبة الاكتئابية الجسيمة

Major Depressive Episode

A تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية خلال نفس الاسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما :

١. مزاج منخفض أو ٢. فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تُضمّن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

١. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ

أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

٢. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في

كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

٣. فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من %

5 في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

٤. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

٥. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس

شخصية بالتلمل أو البطء).

٦. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

٧. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم

تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً

٨. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي

أو بملاحظة الآخرين).

٩. أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة

محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة

الأخرى- .

C لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة

طبية-

أخرى. **ملاحظة:** المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة. نوبة الاكتئاب الجسيم شائعة في اضطراب

ثنائي القطب، ولكنها غير مطلوبة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب

اضطراب ثنائي القطب Bipolar I Disorder

A تم استيفاء المعايير لنوبة هوس واحدة على الأقل (معايير A-D - لنوبة الهوس المذكورة أعلاه).
 B لا يُفسر وقوع نوبة الاكتئاب الجسيم أو النوبة الهوسية بشكلٍ أفضل بحصول اضطراب فصامي وجداني، والفصام، والاضطراب الفصامي الشكل، اضطراب توهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى المحددة أو غير المحددة.

عند تمييز الحداد من نوبة اكتئاب جسيمة، فمن المهم أن نعتبر أنه في الحداد المشاعر المسيطرة هي الفراغ والخسارة، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيم يهيمن المزاج المكتئب المستمر وعدم القدرة على تأمل السعادة أو المتعة. الانزعاج والحزن في الحداد يميل للانخفاض في الشدة على مدى أيام لأسابيع، ويحدث على شكل موجات، ما يسمى وخزات الحداد. ترتبط هذه الموجات عادة مع أفكار أو ما يذكر بالراحل. المزاج المكتئب في نوبة الاكتئاب الجسيم هو أكثر ثباتاً وغير مرتبط بأفكار أو اهتمامات محددة.

ألم الحداد قد تصحبه المشاعر الإيجابية وروح الدعابة والتي لا تميز التعاسة والبؤس المتفشي والذي يميز نوبة الاكتئاب الجسيمة. محتويات التفكير المرتبطة بالحداد تتميز عموماً بالانشغال بالأفكار والذكريات عن الراحل، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيمة تُجتر الأفكار المتشائمة والناقدة للذات، في الحداد يُحافظ على تقييم الذات عادة، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيم، فمشاعر التفاهة والنفور من النفس شائعة

.إذا وُجد التفكير الذي يحط من قيمة النفس في الحداد، فإنه عادة ما ينطوي على مشاعر مماثلة للمتوفى (على سبيل المثال، عدم الزيارة المتكررة بما فيه الكفاية، لم يخبر الراحل كم كان محبوباً له أو

لها .) إذا كان الفرد المتفجع يفكر بالموت، فتركز مثل هذه الأفكار عموماً على الراحل وربما عن "الانضمام للراحل، على حين أنه في نوبة الاكتئاب الجسيمة تركز مثل هذه الأفكار على إنهاء حياة المرء الخاصة بسبب الشعور بانعدام القيمة، وعدم استحقاق الحياة، أو عدم القدرة على التعامل مع ألم الاكتئاب.

محدّدات الشدة/ الذهانية/ الهدأة لنوبة الاكتئاب الجسيم الحالية (أو الأحدث):

ملاحظة: يمكن تطبيق محدّدات: خفيفة، معتدلة، شديدة بدون مظاهر ذهانية، وشديدة مع مظاهر ذهانية فقط إذا تحققت حالياً معايير نوبة اكتئابية جسيمة. ويمكن تطبيق في هدأة جزئية وفي هدأة تامة على النوبة الاكتئابية الجسيمة الأحدث في الاضطراب الاكتئابي الجسيم وعلى نوبة اكتئابية جسيمة في الاضطراب ثنائي القطب فقط إذا كانت النمط الأحدث للنوبة المزاجية.

خفيفة: وجود بضعة أعراض، هذا إذا وجدت، زائدة عن تلك المطلوبة لوضع التشخيص، وينشأ عن الأعراض فقط اختلال بسيط في الأداء المهني أو في الأنشطة الاجتماعية المعتادة وفي العلاقات مع الآخرين.

معتدلة: الأعراض أو الاختلال الوظيفي بين «الخفيفة» و«الشديدة».

شديدة بدون مظاهر ذهانية: هناك عدة أعراض زائدة عن تلك المطلوبة لوضع التشخيص، وتؤثر الأعراض بشكل صريح في الأداء المهني أو في الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو في العلاقات مع الآخرين.

شديدة مع مظاهر ذهانية: أوهام أو أهلاسات. إذا كان ممكناً، حدّد ما إذا كانت المظاهر الذهانية مطابقة للمزاج أو غير مطابقة له:

مظاهر ذهانية مطابقة للمزاج Mood-Congruent Psychotic Features: أوهام أو أهلاسات يكون محتواها منسجماً بصورة تامة مع الموضوعات الاكتئابية النموذجية مثل القصور الشخصي أو الشعور بالذنب أو موضوعات المرض أو الموت أو العدمية أو العقاب المستحق.

مظاهر ذهانية غير مطابقة للمزاج Mood-Incongruent Psychotic Features: أوهام أو أهلاسات لا يتضمن محتواها موضوعات اكتئابية نموذجية مثل القصور الشخصي أو الشعور بالذنب أو موضوعات المرض أو الموت أو العدمية أو العقاب المستحق. بل نجد أعراضاً مثل الأوهام الاضطهادية (غير المرتبطة مباشرة بالموضوعات الاكتئابية)، وعرز الأفكار وإذاعة الأفكار وأوهام السيطرة.

في هدأة جزئية: أعراض النوبة الاكتئابية الجسيمة موجودة ولكن دون أن تتحقق المعايير الكاملة، أو تكون هناك فترة بدون أية أعراض مهمة لنوبة اكتئابية جسيمة تدوم أقل من شهرين تالية لنهاية النوبة الاكتئابية الجسيمة. (إذا كانت نوبة الاكتئاب الجسيم قد تراكبت على اضطراب عسر المزاج، يوضع تشخيص اضطراب عسر المزاج لوحده عندما لا تعود المعايير الكاملة لنوبة اكتئابية جسيمة مستوفاة).

في هدأة تامة: عدم وجود علامات أو أعراض مهمة للاضطراب خلال الشهرين الأخيرين.

■ محدّدات الشدة/الذهانية/الهدأة للنوبة الهوسية الحالية (أو الأحدث)

يمكن تطبيق محدّدات خفيفة، متوسطة، شديدة بدون مظاهر ذهانية، وشديدة مع مظاهر ذهانية فقط إذا تحققت حالياً معايير نوبة هوسية. ويمكن تطبيق محدّدات: في هدأة جزئية وفي هدأة تامة على نوبة هوسية في الاضطراب ثنائي القطب فقط إذا كانت هي النموذج الأحدث للنوبة المزاجية.

خفيفة: تتحقق معايير الأعراض الأدنى لنوبة هوسية.

معتدلة: زيادة مفرطة في النشاط أو الاختلال في المحاكمة.

- شديدة بدون مظاهر ذهانية: يتطلب الأمر مراقبة مستمرة تقريباً لمنع إلحاق الأذى الجسدي بالذات أو بالآخرين.

- شديدة مع مظاهر ذهانية: أوهام أو أهلاسات. إذا كان ممكناً، حدّد فيما إذا كانت المظاهر الذهانية مطابقة للمزاج أو غير مطابقة للمزاج.

مظاهر ذهانية مطابقة للمزاج: أوهام أو أهلاسات يكون محتواها منسجماً تماماً مع الموضوعات الهوسية النموذجية من تضخم الذات أو القوة أو المعرفة أو الهوية أو العلاقة الخاصة بإله أو بشخص مشهور.

مظاهر ذهانية غير مطابقة للمزاج: أوهام أو أهلاسات لا يتضمن محتواها موضوعات هوسية نموذجية من تضخم الذات أو القوة أو المعرفة أو الهوية أو العلاقة الخاصة بإله أو بشخص مشهور. بل نجد أعراضاً مثل الأوهام الاضطهادية (التي لا ترتبط مباشرة بأفكار أو موضوعات العظمة)، وغرز الأفكار وأوهام السيطرة.

- في هدأة جزئية: أعراض النوبة الهوسية موجودة ولكن دون أن تتحقق المعايير الكاملة، أو تكون هناك فترة بدون أية أعراض مهمة لنوبة هوسية تستمر أقل من شهرين تالية لنهاية النوبة الهوسية.

- في هدأة كاملة: عدم وجود علامات أو أعراض مهمة للاضطراب خلال الشهرين الأخيرين.

اضطرابات الأكل

Eating Disorders

1 القمه العصبي Anorexia Nervosa

A- رفض الحفاظ على الحد الأدنى الطبيعي لوزن الجسم أو أعلى من ذلك بالنسبة للعمر والطول (مثال، فقد وزن يقود إلى الإبقاء على وزن الجسم أدنى من 85% من الوزن المتوقع؛ أو الإخفاق في الوصول إلى كسب وزن متوقع أثناء فترة النمو، مما يقود إلى وزن جسم أقل من 85% من الوزن المتوقع).

B- خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، رغم أن الوزن أدنى من الطبيعي.

C- اضطراب في الطريقة التي يدرك فيها الشخص وزن جسمه أو شكله. أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم.

D- يحدث لدى النساء بعد بدء الطمث، انعدام الطمث، أي، غياب ثلاث دورات طمثية متتالية على الأقل.

حدّد النمط:

النمط المحصور (المضبوط) أو المحدد **restricting type**: لم يغمس الشخص أثناء النوبة الحالية من القمه العصبي بصورة منتظمة بسلوك طعام مفرط أو إحداث إسهال (أي، إقياء مفتعل أو سوء استخدام للمسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية).

النمط المفرط في الطعام/ المفرغ بالمسهلات **Binge eating/ purging type**: انغمس الشخص أثناء النوبة الحالية من القمه العصبي بصورة منتظمة بسلوك طعامي مفرط أو سلوك مفرغ بالمسهلات (أي، إقياء مفتعل أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية).

■ 307.51 النهام أو الشره العصبي **Bulimia Nervosa**

A- نوبات معاودة من الإفراط الطعامي. وتتصف نوبة الإفراط الطعامي بكل مما يلي:

(1) أكل مقدار من الطعام أكبر بصورة جلية مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف. وذلك في فترة محدودة من الوقت (مثال، خلال ساعتين).

(2) إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال، الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهية أو مقدار ما يأكل).

B- سلوك تعويضي غير مناسب معاود لمنع كسب الوزن، مثل افتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين الشديدة.

C- يحدث كل من الإفراط الطعامي والسلوكيات التعويضية غير المناسبة، كمعدل وسطي، مرتين أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر.

D- يتأثر تقييم الذات بشكل غير سليم بشكل ووزن الجسم.

E- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء نوبات القمه العصبي.

حدّد النمط:

النمط المفرغ Purging type: انغمس الشخص بصورة منتظمة، أثناء النوبات الحالية للنهام العصبي في الإقياء المفتعل أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية.

النمط غير المفرغ Non purging type: لجأ الشخص أثناء النوبة الحالية للنهام العصبي إلى سلوكيات تعويضية غير مناسبة أخرى، كالصيام أو التمارين الشديدة، لكنه لم ينغمس في إقياءات مفتعلة أو سوء استخدام المسهلات أو المدرات أو الحقن الشرجية.

اضطرابات السيطرة على الدافع

غير المصنفة في مكان آخر

Impulse-Control Disorders

Not Elsewhere Classified

■ 312.34 الاضطراب الانفجاري المتقطع

Intermittent Explosive Disorder

A- عدة نوبات متميزة (محددة) من الإخفاق في مقاومة الاندفاعات العدوانية والتي ينشأ عنها أعمال عدوانية خطيرة أو تدمير ممتلكات.

B- درجة العدوانية التي تظهر أثناء النوبات لا تتناسب وبوضوح مع أي عوامل شدة نفسية مرسبة.

C- لا تَعْلَلُ النوبات العدوانية بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو اضطراب الشخصية الحدودية أو اضطراب ذهاني أو نوبة هوسية أو اضطراب مسلك أو اضطراب عجز الانتباه/ فرط الحركة) ولا تتجم عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل، سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل، رضح الرأس، مرض ألزهايمر).

■ 312.32 هوس السرقة Kleptomania

A- إخفاق معاود في مقاومة الاندفاعات لسرقة الأشياء التي لا يحتاجها الشخص لاستخدامه الخاص ولا لقيمتها المالية.

B- إحساس متزايد بالتوتر قبل ارتكاب السرقة مباشرة.

C- الإحساس بالمتعة والإشباع (الرضا) أو الارتياح (التفريح) وقت ارتكاب السرقة.

D- لا تُرتكب السرقة للتعبير عن الغضب أو الانتقام وهي ليست استجابة لوهم أو أهلاس.

E- لا يُعْلَلُ فعل السرقة بصورة أفضل من خلال اضطراب المسلك أو نوبة هوسية أو اضطراب شخصية معادية للمجتمع.

■ 312.33 هوس إشعال الحرائق Pyromania

A- إشعال نار مقصود وهادف في أكثر من مناسبة أو فرصة.

B- توتر أو إثارة عاطفية قبل الفعل.

C- افتتان بالنار أو اهتمام بها أو فضول حولها أو انجذاب لها وبسياقاتها الظرفية (المواضيع المتعلقة بها) (مثل، المعدات المتعلقة بالنار، استخداماتها، عواقب الحريق).

D- الإحساس بالمتعة أو الرضا أو التفريح عند إشعال النيران أو عند مشاهدتها أو المشاركة في عواقبها.

E- لا يتم إشعال النار من أجل كسب مالي أو للتعبير عن إيديولوجيا سياسية أو لإخفاء فعل جرمي أو للتعبير عن الغضب أو الانتقام أو لتحسين ظروف المعيشة للشخص، أو كاستجابة لوهم أو أهلاس أو كنتيجة لمحاكمة مختلة (مثل، العته، التخلف العقلي، الانسمام بمادة).

F- لا يُعطل إشعال النار بصورة أفضل من خلال اضطراب مسلك أو نوبة هوسية أو اضطراب شخصية معادية للمجتمع.

■ 312.31 المقامرة المرضية Pathological Gambling

A- سلوك مقامر سيئ التلاؤم مستمر ومعاود، يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- (1) انشغال بالمقامرة (مثل، الانشغال بإعادة إحياء تجارب المقامرة الماضية أو بتعويق المغامرة التالية أو التخطيط لها، أو التفكير بأساليب للحصول على المال الذي سيقامر به).
- (2) يحتاج للمقامرة بمقادير متزايدة من المال وذلك من أجل الوصول إلى الإثارة المرغوبة.
- (3) قام بمجهودات متكررة غير ناجحة للسيطرة على المقامرة أو للتراجع أو التوقف عنها.
- (4) يكون متمللاً أو مستثاراً عند محاولته تخفيض عمليات المقامرة أو إيقافها.

(5) يقامر كوسيلة للهروب من المشكلات أو للتخفيف من مزاج عكر (مثل، الشعور بانعدام الحيلة، الشعور بالذنب، القلق، الاكتئاب).

(6) بعد خسارته المال في المقامرة، غالباً ما يعود في يوم آخر ليسترجع خسارته (يطارد خسارته).

(7) يكذب على أفراد الأسرة أو المعالج أو الآخرين ليخفي مدى تورطه بالمقامرة.

(8) يرتكب أفعالاً لاشرعية مثل التزوير أو الاحتيال أو السرقة أو الاختلاس لتمويل مقامراته.

(9) يخاطر أو يفقد علاقة مهمة أو عمل أو تعليم أو فرصة الحصول على مهنة بسبب المقامرة.

(10) يتكل على الآخرين لتأمين المال من أجل الخروج من وضع مالي يائس سببته المقامرة.

B- لا يُعطل السلوك المقامر بصورة أفضل من خلال نوبة هوسية.

هوس نتف الشعر Trichotillomania

A- نتف المرء المعاود لشعره والذي يؤدي إلى فقد شعر واضح.

B- إحساس متزايد بالتوتر قبل نتف الشعر مباشرة، أو عند محاولته مقاومة هذا السلوك.

C- إحساس بالرضا (الإشباع) أو المتعة أو التفريغ عند اقتلاع الشعر.

D- لا يُعطل الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ولا ينجم عن حالة طبية عامة (مثل حالة جلدية).

E- يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات أخرى مهمة من الأداء الوظيفي

اضطرابات الشخصية

Personality Disorders

المجموعة A من اضطرابات الشخصية

■ 301.0 اضطراب الشخصية الزوراني

Paranoid Personality Disorder

A- ارتياب وشك عميم في الآخرين بحيث يفسر دوافعهم على أنها خبيثة الطوية **Malevolent**،
يبتدىء هذا الارتياب منذ البلوغ الباكر ويتبدى في تشكيلة (تنوع) من السياقات، كما يستدل عليه من
أربعة (أو أكثر) من التالي:

- (1) ارتيابات، دون أساس كاف، في أن الآخرين يستغلونه أو يلحقون به الأذى أو يخدعونه.
- (2) منشغل بشكوك لا مسوّغ لها حول وفاء وائتمانية الأصدقاء والزملاء.
- (3) مُحجم عن الوثوق في الآخرين بسبب الخوف غير المسوّغ من أن المعلومات ستستخدم بشكل خبيث ضده.
- (4) يستتبط من الملاحظات أو الأحداث البريئة إهانات وتهديدات خفية.
- (5) يحمل الضغائن بصورة متواصلة أي لا يصفح عن الإهانات أو الأذيات أو الاحتقارات.

(6) يستشعر هجومات على شخصه أو سمعته لا تكون ظاهرة للآخرين وهو سريع الاستجابة بغضب أو القيام بهجوم مضاد.

(7) لديه شكوك متكررة، دون مسوّغ، في إخلاص الزوج أو الشريك الجنسي.

B- لا يحدث حصراً أثناء سير الفصام، أو اضطراب مزاج مع مظاهر ذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر، وليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة.

ملاحظة: إذا تحققت المعايير قبل بدء الفصام، أضف (قبل المرضي **Premorbid**) مثال: «اضطراب الشخصية الزورانية (قبل المرضي)».

اضطراب الشخصية الفصامية

Schizoid Personality Disorder

A- طراز شامل من الانعزال عن العلاقات الاجتماعية ومجال ضيق من التعبير الانفعالي في المواقف بين الشخصية، يبدأ في فترة البلوغ الأولى وينتشر في مجموعة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) من التالي:

(1) لا يرغب المصاب بالعلاقة الحميمة ولا يستمتع بها، بما في ذلك كونه فرداً في عائلة.

(2) يختار غالباً أنشطة فردية.

(3) يبدي رغبة قليلة أو معدومة في خوض تجارب جنسية مع شخص آخر.

(4) يستمتع في نشاطات قليلة أو لا يستمتع.

(5) يفتقر إلى أصدقاء مقربين أو مؤتمنين ما عدا أقارب الدرجة الأولى.

(6) يظهر لامبالاة لإطراء الآخرين أو انتقاداتهم.

(7) يبدي بروداً عاطفياً، أو انعزالياً أو تسطحاً وجدانياً.

B- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير الفصام، أو اضطراب مزاج مع مظاهر ذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر، أو اضطراب نمائي شامل وهو ليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة.

ملاحظة: إذا تحققت المعايير قبل بدء الفصام، أضف «قبل المرضي» مثال: «اضطراب شخصية فصامية، (قبل المرضي)».

اضطراب الشخصية من النمط الفصامي

Schizotypal Personality Disorder

A- طراز معمم من القصور الاجتماعي وبين الشخصي يتميز بتغيب (انزعاج) حاد في العلاقات الحميمة وانخفاض القدرة على إقامتها، فضلاً عن تحريفات استعرافية أو إدراكية وخرافات سلوكية، يبدأ في الكهولة المبكرة ويتظاهر في مجموعة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التالي:

(1) أفكار المرجح (الإشارة) (مع نفي أوهام المرجح).

(2) اعتقادات شاذة أو تفكير سحري يؤثر على السلوك ولا يتوافق مع المعايير الثقافية (مثل، الاعتقاد بالخرافات أو الإيمان بالاستبصار (قوة كشف الغيب) أو التخاطر، أو «الحاسة السادسة»، وعند الأطفال والمراهقين، تخيلات أو انشغالات مستغربة).

(3) خبرات إدراكية غير عادية، بما فيها خداعات جسدية.

(4) تفكير وكلام شاذ (مثال، غموض أو تفصيلية أو مجازية أو إسهاب أو نمطية).

(5) تفكير ارتيابي أو زوراني.

(6) وجدان غير مناسب أو مُحدّد (متضيق).

(7) سلوك أو مظهر شاذ أو غريب.

(8) انعدام الأصدقاء المقربين أو المؤتمنين ما عدا أقارب الدرجة الأولى.

(9) قلق اجتماعي مفرط لا يتناقص بالألفة ويميل للترافق مع خوف زوراني وليس تقيماً سلبياً

للذات.

B- لا يحدث حصراً أثناء سير الفصام، أو اضطراب مزاج مع مظاهر ذهانية أو اضطراب ذهاني آخر

أو اضطراب نمائي شامل.

ملاحظة: إذا تحققت المعايير قبل بدء الفصام، أُصِف «قبل المرضي»، مثال، «اضطراب شخصية من

النمط الفصامي (قبل المرضي)».

المجموعة B من اضطرابات الشخصية

Cluster B Personality Disorders

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

Antisocial Personality Disorder

A- طراز شامل من الاستهانة بحقوق الآخرين وانتهاكها يحدث منذ سن الخامسة عشرة، كما يستدل عليه بثلاثة (أو أكثر) من التالي:

(1) الإخفاق في الامتثال للقواعد الاجتماعية فيما يتعلق بالسلوكيات المشروعة كما يستدل على ذلك بالقيام بأفعال تكون أساساً للتوقيف.

(2) الخِداع، كما يستدل عليه بالكذب المتكرر أو استخدام الأسماء المستعارة، أو الاحتيال على الآخرين بهدف المنفعة الشخصية أو المتعة.

(3) الاندفاعية أو الإخفاق في التخطيط للمستقبل.

(4) الاستتار والعدوانية كما يستدل عليها بالمشاجرات المتكررة والتعدييات.

(5) الاستهتار المتهور بسلامة الذات والآخرين.

(6) اللامسؤولية الدائمة كما يستدل عليها من الإخفاق في المحافظة على عمل دائم أو في الالتزامات المالية الشريفة.

(7) الافتقار إلى الشعور بالندم، كما يستدل عليه باللامبالاة عند إلحاق الأذى أو تبريره، أو عند إساءة معاملته أو عند سرقة شخصاً آخر.

B- عمر الفرد 18 سنة على الأقل.

C- ثمة دليل على اضطراب مسلك بدأ قبل عمر 15 سنة.

D- السلوك المعادي للمجتمع لا يقع حصراً في سياق الفصام أو في سياق نوبة هوسية.

اضطرابات الشخصية الحدودية

Borderline Personality Disorder

طراز ثابت من عدم الاستقرار في العلاقات مع الآخرين، وفي صورة الذات وفي العواطف والاندفاعية الواضحة، حيث يكون البدء في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في مجموعة متنوعة من السياقات كما يستدلّ عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) محاولات محمومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل.

ملاحظة: لا تضمّن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات والذي سيذكر في المعيار الخامس.

(2) طراز من العلاقات غير المستقرة والحادة مع الآخرين يتسم بالانتقال بين أقصى المثال الكمالي وأقصى التبخيس من القدر.

(3) اضطراب الهوية: عدم استقرار واضح وثابت في صورة الذات أو الإحساس بالذات.

(4) الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات (مثل، الإففاق، الجنس، سوء استخدام المواد، السياقة المتهورة، الإفراط الطعمي). ملاحظة: لا تضمّن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات الذي سيأتي ذكره في المعيار الخامس.

(5) سلوك انتحاري متكرر أو تهديدات أو سلوك مشوّه للذات.

(6) عدم الاستقرار الانفعالي الناجم عن إعادة تنشيط واضح للمزاج (مثل عسر مزاج نوبي حاد أو استثارة أو قلق، تستمر عادة بضع ساعات ونادراً فقط ما تستمر لأكثر من بضعة أيام).

(7) إحساسات مزمنة بالفراغ.

(8) الغضب الشديد غير المناسب أو الصعوبة في لجم الغضب (مثل، تظاهرات متكررة للغضب، غضب ثابت، شجارات متكررة).

(9) تفكير زوراني عابر مرتبط بالشدة أو أعراض انشقاقية شديدة.

■ 301.50 اضطراب الشخصية الهستريونية

Histrionic Personality Disorder

طراز ثابت من فرط الانفعالية وجذب الانتباه، يبدأ في فترة مبكرة من البلوغ ويتظاهر في مجموعة متنوعة من السياقات، كما يتبدى من خلال خمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) ينزِع المصاب في المواقف التي لا يكون فيها محور الاهتمام.

(2) غالباً ما يتسم في علاقته مع الآخرين بسلوك مُغوٍ جنسياً بشكل غير مناسب أو بسلوك مثير.

(3) يظهر بسرعة تحولاً وتعبيراً سطحياً عن العواطف.

(4) يستخدم باستمرار المظهر الجسدي للفت الانتباه.

(5) لديه أسلوب في الكلام مفرط في التعبيرية (ذاتي) ويفتقر إلى التفاصيل.

(6) يبدي حركات تمثيلية ومسرحية وتعبيراً مبالغاً فيه عن العواطف.

(7) لديه قابلية للإيحاء، أي يتأثر بسهولة بالآخرين أو الظروف.

(8) يعتبر علاقاته أكثر حميمية مما هي عليه في الواقع.

اضطراب الشخصية النرجسية

Narcissistic Personality Disorder

طراز ثابت من العظمة (في الخيال أو السلوك) والحاجة إلى التقدير والافتقار إلى القدرة على التفهم العاطفي **Empathy**، يبدأ في فترة مبكرة من البلوغ ويتظاهر في مجموعة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) لديه شعور عظمة بأهمية الذات (مثال، يبالغ في الإنجازات والمواهب ويتوقع أن يُعترف به كمتفوق دون أن يحقق إنجازات مكافئة.

(2) مستغرق في خيالات عن النجاح اللامحدود أو القوة أو التألق أو الجمال أو الحب المثالي.

(3) يعتقد أنه «متميز» وفريد ويمكن فهمه أو يجب أن يصاحب فقط من قبل أناس مميزين أو من طبقة عليا أو من قبل مؤسسات خاصة.

(4) يتطلب تقديراً مفرطاً.

(5) لديه شعور بالصدارة (التحويل) **Entitlement**، أي، التوقعات غير المعقولة عن معاملة تفضيلية خاصة أو الامتثال التلقائي لتوقعاته.

(6) استغلالي في علاقاته الشخصية، أي، يستغل الآخرين لتحقيق مآربه.

(7) يفتقر إلى القدرة على التفهم العاطفي: يرفض الاعتراف أو التماهي بمشاعر وحاجات الآخرين.

(8) غالباً ما يكون حسوداً للآخرين أو يعتقد أن الآخرين يكتون له مشاعر الحسد.

(9) يبدي سلوكيات أو مواقف متعجرفة ومتعالية.

المجموعة C من اضطرابات الشخصية

Cluster C Personality Disorders

اضطراب الشخصية المتجنبة

Avoidant Personality Disorder

طراز ثابت من الكف الاجتماعي وإحساسات بعدم الكفاية وفرط الحساسية للتقييم السلبي، يبتدىء في فترة مبكرة من البلوغ ويتظاهر في مجموعة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- (1) يتجنب النشاطات المهنية التي تتطلب احتكاكاً مهماً مع الآخرين، بسبب الخوف من الانتقاد أو عدم الاستحسان أو الرفض.
- (2) يرفض الانخراط مع الناس ما لم يكن متيقناً أنه سيكون محبوباً.
- (3) يبدي كبحاً في العلاقات الحميمة بسبب الخوف من أن يكون موضع سخريه وخزي.
- (4) منشغل بكونه موضع انتقاد أو رفض في المواقف الاجتماعية.
- (5) يكون في حالة كف أو تثبيط في المواقف الجديدة مع الناس بسبب الخوف من عدم الكفاية.
- (6) ينظر إلى نفسه على أنه أخرق اجتماعياً، أو أدنى من الآخرين أو لا يمتلك جاذبية شخصية

.Personally Unappealing

- (7) يتمنع بصورة غير عادية عن تعريض نفسه للمجازفات أو الانخراط في أنشطة جديدة لأنها قد تظهر الارتباك والخجل.

اضطراب الشخصية الاعتمادية

Dependent Personality Disorder

حاجة ثابتة ومبالغ فيها لتعهد المصاب بالرعاية والتي تقود إلى سلوك مستكين ومتعلق وخوف من الانفصال، يبتدئ في فترة مبكرة من البلوغ ويتظاهر في مجموعة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) لدى المصاب صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية دون مقدار كبير من النصح والتطمين من الآخرين.

(2) يحتاج الآخرين في تولي المسؤولية بالنسبة لمعظم المجالات الرئيسية في حياته.

(3) يجد صعوبة في التعبير عن مخالفته للآخرين بسبب خوفه من فقد الدعم أو الاستحسان. ملاحظة: لا تضمّن الخوف الحقيقي من العقاب.

(4) يجد صعوبة في البدء بمشاريع خاصة أو القيام بأعمال لوحده (بسبب انعدام الثقة بالنفس في محاكمته أو قدراته وليس بسبب انعدام الباعث أو الطاقة).

(5) يعمل ما في وسعه لكسب الرعاية والدعم من الآخرين إلى حد التطوع للقيام بأعمال منفردة.

(6) يشعر بالانزعاج أو العجز حين يكون وحيداً بسبب خوفه الشديد من عدم تمكنه من الاهتمام بنفسه.

(7) ينشد سريعاً (باستعجال) علاقة أخرى كمصدر للرعاية والدعم عندما تنتهي علاقة حميمة.

اضطرابات القلق

1- اضطراب قلق الانفصال

Separation Anxiety Disorder (F93.0)

A قلق أو خوف مفرط وغير مناسب تطورياً يتعلق بالانفصال عن البيت أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم،-

كما يتجلى بثلاثة (أو أكثر) مما يلي:

١. انزعاج مفرط متكرر عند توقع أو حدوث الانفصال عن البيت أو الأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة
٢. خوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان، أو بحدوث أذى محتمل للأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة كالمرض، الإصابة، كارثة، أو الموت.
٣. خوف مستمر ومفرط من أن حادثاً مشؤوماً (مثل الضياع، التعرض للخطف، حصول حادث، المرض) سيسبب الانفصال عن شخص يتعلق به بشدة.
٤. ممانعة مستمرة أو رفض الذهاب إلى الخارج كالمدرسة أو العمل أو الأماكن الأخرى بسبب الخوف من الانفصال.
٥. الخوف المستمر المفرط أو الممانعة لأن يكون وحيداً أو دون وجود أشخاص يتعلق بهم بشدة في المنزل أو الأماكن الأخرى.
٦. ممانعة مستمرة أو رفض النوم بعيداً عن البيت أو النوم دون أن يكون على مقربة من شخص يتعلق به بشدة.
٧. كوابيس متكررة تتضمن موضوع الانفصال.
٨. شكاوى متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو الإقياء) حين

يحدث الانفصال أو حين يتوقع الانفصال عن شخص شديد التعلق به.

B الخوف، القلق، التجنب، تستمر لمدة 4 - أسابيع على الأقل عند الأطفال والمراهقين، وبشكلٍ

نموذجي ستة

أشهر أو أكثر عند البالغين.

C يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني

أو مجالات

الأداء الهامة الأخرى.

D لا يُفسر الاختلال بشكلٍ أفضل بمرض عقلي آخر، كرفض مغادرة البيت بسبب المقاومة المفرطة

للتغيير في اضطراب طيف التوحد، أو أوهام وهلاوس متعلقة بالانفصال في الاضطرابات الذهانية، أو

رفض الخروج دون رقعة موثوقة في رهاب السباح، مخاوف حول اعتلال الصحة وغيرها من الأحداث

المؤذية للآخرين في اضطراب القلق العام، أو مخاوف حول الإصابة بمرض في اضطراب قلق المرض.

الصُّمات الانتقائي

Selective Mutism (F94.0) معايير التشخيص

A عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يُتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم

الكلام في مواقف أخرى.

B يتداخل الاضطراب مع الإنجازات التعليمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي. -

C مدة الاضطراب هي شهر على الأقل (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة. -)

D لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو بالإحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب

في الموقف الاجتماعي.

E لا يُفسر الاضطراب من خلال اضطراب تواصل (مثل اضطراب الطلاقة ذو البدء الطفلي) ولا

يحدث - حصراً في سياق اضطراب طيف التوحد أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر.

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

Obsessive-compulsive Personality Disorder

طراز ثابت من الانشغال بالانساق والكمالية والضبط العقلي وضبط العلاقات الشخصية على حساب المرونة والانفتاح والفعالية، يبتدىء في فترة مبكرة من البلوغ ويتظاهر في مجموعة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) منشغل بالتفاصيل أو القوانين أو اللوائح أو الترتيب أو التنظيم أو الجداول (مخططات العمل)

إلى حد يضيع معه الموضوع الرئيسي للعمل الذي يقوم به.

(2) يُظهر كمالية تتدخل في إتمام الشخص لواجباته (مثال، عجزه عن إنهاء مشروع لأنه لا يتم

تلبية معايير الدققة جداً).

(3) التفاني الزائد في العمل والإنتاجية إلى حد التخلي عن أوقات الفراغ والصدقات (ولا يفسر ذلك

بالحاجة الاقتصادية الواضحة).

(4) ذو ضمير حي زائد وموسوس (مدقق) ومتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم (لا

يفسر ذلك بالهوية الثقافية أو الدينية).

(5) يعجز عن التخلي عن أشياء بالية أو عديمة القيمة حتى وإن لم تكن تحمل قيمة عاطفية.

(6) لا يرغب في تفويض أمر المهمات أو العمل للآخرين ما لم يخضعوا تماماً لطريقته في تنفيذ

الأشياء.

(7) يتبنى نمطاً بخيلاً في الإنفاق نحو نفسه ونحو الآخرين، فالمال يُنظر إليه كشيء ينبغي تكديسه من أجل كوارث المستقبل.

(8) يبدي تصلباً وعناداً.

التشخيص النفسي القضائي

يعني التشخيص النفسي الشرعي، استخدام التشخيص النفسي لتقييم القرارات القانونية. أما المسائل التي يتناولها فهي على سبيل المثال تقييم مصداقية الأقوال أو مسؤولية المدعى عليه أو التقدير التنبؤي للخطورة الممكنة أو الاستعداد للانتكاس لدى مذنب محكوم مسبقاً.

ينبغي للخبير النفسي القانوني أن يدعم بناء على خبرته الخاصة تحقيقات المحاكم ويكون في دور "مساعد المحكمة". ويمكن للتكليف بالتقارير النفسية أن يقوم على تعليم الآخرين أسس الخبرة العلمية النفسية أو على استخلاص وقائع معينة تتطلب خبرة معينة أو على تقييم وقائع معينة بناء على مبادئ خبرة علم النفس وفي الغالب يتم عمل تقارير تشخيصية فردية وعلى أساس المعرفة بالقضية (ملفات التحقيقات، وملفات التنفيذ، وملفات المسجون... الخ) يقوم الخبير هنا بإجراء بعض الفحوصات ويتم الحصول على بيانات إضافية من خلال معرفته النفسية. في تقرير الخبير لا بد من أخذ النتائج التي تم الحصول عليها من خلال الطرق الخاصة (ما يسمى بوقائع الفحص) والمعلومات أيضاً التي تصبح معروفة له من مصادر أخرى (محتوى الملفات أو تقديم الأدلة في الجلسة؛ ما يسمى بوقائع الربط) بعين الاعتبار. إلا أنه على الخبير أن يتقيد بالأسئلة المطروحة من قبل المحكمة؛ إذ عليه ألا يطرح أفكاراً عامة، ولا أن يتولى تقدير الأدلة وألا يعطى رأياً في المسائل غير تلك التي طرحت عليه من الزاوية النفسية.

إن تنظيم عمل التشخيص النفسي القضائي منظمة في جزء كبير منها بتعليمات قانونية خاصة بالتشريعات القانونية في كل بلد

وعادة من الأمور المنظمة قانونياً على سبيل المثال إن المحكمة تختار خبيراً وإن من واجب الخبير أن يعطي تقريره إذا كان يمتلك الخبرة اللازمة لذلك؛ ولا يستطيع التملص من هذا الواجب إلا ضمن شروط محددة إلا أنه من واجب الخبير أيضاً وفي حال تم تكليفه أن يفحص بداية فيما إذا كان يمتلك الخبرة الخاصة اللازمة بالفعل للإجابة عن مسألة تقريرية خاصة. ويكون القاضي مسؤولاً عن عمل الخبير؛ ولكن هذه المسؤولية لا تتعلق بانتقاء الطرق أو على كيفية تنفيذ العمل، وإنما على تحديد المسائل التقريرية التي ينبغي الإجابة عنها في التقرير وعلى توفير وقائع الربط المهمة. إذ أنه عند انتقاء الطرق فإن الأمر يتعلق هنا بطرق معترف بها واقعة ضمن مجال علم النفس؛ إذ لا يجوز قبول التقارير التي لا تقوم على طرق معترف بها أو لا تقوم على الاستنتاجات المدعمة بمستوى المعرفة في التخصص. بالإضافة إلى أنه عند الحصول على المعلومات لابد من مراعاة التعليمات القانونية كمنع استخدام بعض طرق التحقيق على سبيل المثال. (ولابد من التأكيد بشكل خاص على الموقع الحيادي الذي على الخبير أن يتخذه؛ إذ قد تكون عواقب خرق الحيادية الرفض بسبب التحيز الممكن للخبير.

أحد أهم أعمال تقييم الخبير النفسي هي تقييم الأقوال أي؛ التفريق بين الأقوال المطابقة للحقيقة وأكاذيب الشهود. أي هناك أقوال مقابل أقوال ولا تتوفر دلائل شخصية أو موضوعية أخرى.

فيتم التفريق بين الوصوفات الحقيقية والتهم الكاذبة المقصودة من خلال طريقة تحليل المحتوى، التي تنطلق من فكرة مفادها أن وصوفات الأفعال التي حصلت بالفعل مقابل التي يتم اختراعها تُظهر بالمقارنة بين الأفراد نوعية، مضمونية أعلى. (Erdman,2001).

ويُعتقد بأن هذا الفرق يقوم على عمليتين:

الأولى أن المُبلِّغ الصادق يعيد بناء تقريره من الذاكرة، في حين أن الشاهد الكاذب يبني أقواله على المعرفة العامة المخزنة حول تلك الخبرات وخبرات مشابهة، أي أنه عليه أن يعيد بناء الحدث من تصوراتهِ المعرفية.

إن الارتباط مع الخبرة الفعلية يسمح للمشاهد بتخزين معلومات بصرية وشمية ولفظية... الخ، قد تكون في بعض الحالات غير مألوفة أيضاً أو عكس التوقعات.

وبالمقابل، فعندما يصف شخص ما موضوعاً لم يشهده بنفسه فلا يتوفر له كأساس سوى المعرفة التصويرية المجردة، والتي لا تكون نوعية وإنما تتضمن معلومات نمطية بالنسبة لهذا الحدث. وهنا يتوقع بشكل خاص حصول تسلسل أولي للفعل يقود مباشرة لهدف الفعل. أما احتمال أن يتم وصف تفاصيل جانبية أو سلاسل أفعال متقطعة أو مضاعفات غير متوقعة، فهو ضئيل جداً.

وتقود هذه الأفكار إلى فرضية مفادها أن نوعية الأقوال المُخترعة لا تظهر إلا أقوالاً ذات نوعية ضئيلة ترجع إلى أنها تتضمن عناصر غير مهمة وغير متسقة تصويرياً أكثر من الوصف القائم على الخبرة. وهناك فرق آخر بين المُبلِّغ الصادق والكاذب يكمن في التعبير عن النفس :

فالمُبلِّغ الكاذب يسعى في عرضه للموضوع إلى توليد انطباع جدير بالتصديق ومن أجل هذا يلجأ إلى التصورات اليومية حول ذلك، وإلى تلك التصرفات والتعبير... الخ التي تُحدث مثل هذا الانطباع والتي تقود الخبيرالنفسي المتمكن إلى الشك بالمصادقية.

ومن هنا فإن الأقوال الكاذبة في العادة لا تتضمن إلا مقداراً ضئيلاً من التصحيحات والإقرار بثغرات التذكر واتهامات النفس.

وعليه فإن (Koehken، ١٩٩٠) يفترض بأن غياب مثل تلك العناصر من الأقوال التي تمثل

التصورات اليومية وفق مؤشرات الكذب تتناقض مع المنطق العام أو تشير إلى قصور (عدم أهلية أو عدم كفاءة)، إلى جانب نقص عدم اتساق التصور وتفاصيل غير مهمة تسهم في النوعية المنخفضة للأقوال المُخترعة [الملفقة] مقابل الأقوال القائمة على ما حصل بالفعل.

غير أن هذه الأفكار ترتبط بشرط أساسي ألا وهو مقاصد المبلِّغ (نوايا المبلِّغ) وهناك فرضية ضمنية أخرى مفادها إن الذي يدلي بأقوال كاذبة يسعى لإخفاء الخداع.

بالمقابل علينا ألا نفترض أنه يمكن أن نجد فروقاً نوعية قابلة للمقارنة بين الأقوال القائمة على الحقيقة والأقوال الأخرى المُختلفة عندما لا تتوفر مثل هذه الشروط. ولا تعود هذه الآراء منطبقة على الفروق بين العروض القائمة على الخبرة والأقوال القائمة على الذكريات الوهمية التي يكون فيها المبلِّغ مقتنعاً ذاتياً بالإطار الواقعي للذكريات المخمَّنة.

يمكن تقييم نوعية الأقوال بمساعدة الصفات المضمونية للنوعية (ما يسمى بالميزات الواقعية) ويمكن لهذه السمات أن تكون موجودة في قول ما بطرق مختلفة. فعند استنتاج سمات منفردة لا بد من البدء بتقييمها فيما إذا كانت خاصية القول واضحة كمياً أو نوعياً أو كمياً ونوعياً معاً، بحيث أنها تتحول إلى سمة نوعية وتتطلب عملية التقييم هذه مراعاة الكفاءات الخاصة والخبرات السابقة للشاهد وتعدّد الحدث المعروض وظروف الاستجواب.

التشخيص النفسي الأسري

يفحص التشخيص الأسري ويصف التفاعلات وتغيراتها بين أفراد الأسرة ، أي المنظومة الفرعية ، ويحلل ديناميكية الأسرة ككل منظومي . إنه يفحص هوامات ورغبات ومخاوف الأسرة على خلفية التاريخ الأسري ومخططات الحياة بالنسبة للمستقبل من أجل الوصول إلى فهم لسلاسل التفاعل وغابتها (Functionality Cierpka 2003) .

فاهتمامه ينصب على تحليل العوامل الفاعلة في العلاقات الأسرية الداخلية وامتدادات تأثيرها على صحة أفراد الأسرة ، وهي تتمثل في السبر العلمي (الإمبريقي) للظروف الاجتماعية المسببة والمساهمة في نشوء أو استمرار أو مواجهة الصراعات العلائقية الأسرية والاضطرابات النفسية في الأسرة (Mattejat,1985) .

والفرد هو جزء من أسرة (منظومة) . ومن ثم فإن التشخيص النفسي الأسري لا ينظر للاضطراب على مستوى الفرد فحسب ، وإنما على مستوى المنظومة ، حيث يعبر اضطراب الفرد عن اضطراب المنظومة أو عن خلل فيها . ومن هذا المنظور فإنه عند التعامل مع البيئة أو الظروف المحيطة باعتبارها حاملة للمؤثرات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والاجتماعية والعلائقية لا ينظر لهذه الظروف المحيطة على أنها عوامل هامشية تسهم في التشخيص والعلاج وإنما ينظر إليها في السياقات المنظومية على أنها عوامل أساسية يفترض للتشخيص أن يطالها ، لأنها غالباً ما تكون على درجة كبيرة من الأهمية الإكلينيكية والعلاجية . سيتعرض هذا الفصل إلى بعض خصائص التشخيص الأسري ومفاهيمه الأساسية ، وإلى بعض العناصر التي تعطي صورة عن هذا الميدان الذي مازال بحاجة إلى توسيع في أدواته وطرائقه التشخيصية .

١. المشكلات التي يواجهها التشخيص الاسري :

يواجه التشخيص الأسري مجموعة من المشكلات يمكن تلخيصها في النقاط التالية :

- (١) إشكالية عملية تتمثل في عدم وضوح الطرق المتعلقة بإشراك الأطر المرجعية في العملية العلاجية الإكلينيكية الأمر الذي ينعكس بدوره على تطوير الأدوات التشخيصية الأسرية مما يجعلها قليلة .
- (٢) الثغرة الكامنة بين مستوى تطور التدخلات العلاجية والأدوات التشخيصية .
- (٣) قلة استخدام المتخصصين الإكلينيكين الممارسين للأدوات التشخيصية الأسرية المتوفرة .

فعلى الرغم من أن ميدان العلاج الأسري ، أي التدخلات الأسرية ، قد شهد تطورات واسعة بفضل المبادئ المنظومية بالدرجة الأولى ، إلا أنه مازالت هناك فجوة واسعة على مستوى الممارسة بين ميدان العلاج الأسري وميدان التشخيص الأسري ، فالتشخيص الأسري يعاني من نقص كبير في تطوير الأدوات التشخيصية الأسرية (العلائقية) مقارنة بالأدوات التشخيصية الفردية الموثوقة في أغلب ميادين

التشخيص النفسي عموماً ، وبشكل خاص التشخيص الفردي ، فميدان التشخيص الأسري بحاجة إلى عدد كبير من الأدوات التشخيصية الأسرية ، وبشكل خاص أدوات التشخيص العلائقي (تشخيص العلاقات) ، فحتى خمسينيات القرن العشرين كان ينظر للمشكلات على أنها مشكلات الفرد فقط ، ومن ثم فقد كان الاهتمام منصباً على معالجة الافراد منفردين . ويلحظ هذا الأمر في محاور منظومات التصنيف الإجرائية (الأي سي دي والدي أس أم) ، حيث تتوفر بالنسبة للتشخيص الفردي أدوات مختلفة للتشخيص أما مستوى العلاقات على المحاور الأخرى فما زال يتم بشكل اقرب للانطباعي ، وبما أن التدخل الناجح يرتبط بالتشخيص ونوعيته فإن التقدم في ميدان العلاج الأسري يعاني من بعض الثغرات التشخيصية التي تحتاج إلى تطوير .

طرق البحث في التشخيص الأسري :

الحصول على البيانات الخاصة بالتشخيص يمكن أن يحصل بطرق مختلفة منها بيانات التقرير الذاتي سواء عن طريق المقاييس المختلفة أم عن طريق المقابلة وعن طريق الملاحظة ، التي يمكن أن تتم في المجال الطبيعي ، كالبيت مثلاً أو في المجال التجريبي ن كالموقف العلاجي على سبيل المثال أو عن طريق الأدوات النحتية والإسقاطية التي تتدرج تحت الطرق الجشتالتية . التي يتم من خلالها عرض العلاقات الاسرية في صورة مواقع واتجاهات . ويمكن للتصميم أن يكون كما هو الحال في طرق التشخيص الأخرى إما تجريبياً أو طولياً أو عرضياً . والأمر المهم في طرق البحث في التشخيص الأسري هو وحدة التحليل في التشخيص الأسري وهي المنظومة ، والمنظومة يمكن أن تكون الفرد أو الزوجين أو الأسرة ، والفرد هنا يعامل على أنه منظومة مستقلة بحد ذاتها وفي الوقت نفسه هو جزء من منظومات أخرى ، وكذلك الحال بالنسبة للزوجين والأسرة . ووحدات التحليل هذه يمكن أن يتم النظر إليها إما على شكل منظومة كاملة أو منظومة فرعية حسب مستوى التحليل ، فالأسرة مثلاً منظومة قائمة بحد ذاتها ، ولكنه أيضاً تشكل جزءاً من منظومة أخرى ، فهي بهذا المعنى منظومة فرعية أيضاً ،

فيمكن هنا التفريق بين منظومة الوالدين ، ومنظومة الإخوة ، ومنظومة الزوجين ، ومنظومة الأجيال (علاقات الوالدين - الطفل) ، ومنظومات فرعية من الجنس نفسه ، أو من الجنسين المختلفين ، وبناء على ذلك يتم التفريق في التشخيص الأسري بين مستويات الفرد والمستوى الثنائي أو الثلاثي ومستوى منظومة الاسرة ... إلخ . والمستويات عبارة عن منظومات وظائف Functions Systems يمكن تنظيمها ووصفها بمساعدة الأبعاد ذات الصلة (الوظائف) . وهنا لا بد من أخذ النقاط التالية بعين الاعتبار :

- يجب الحكم على كل مستوى بذاته .
 - الحكم على الغاية أو إضطراب الغاية للأبعاد ذات الصلة .
 - توضيح عمليات التفاعل (التأثير المتبادل) ، أي يؤثر على العمليات المختلفة .
 - مفاهيم مفتاحية Key Concepts بالنسبة لكل شكوى ، مشكلة ، عرض ، صورة ، مرضية .
- وتتنوع طرق التحليل الإحصائي حسب مسألة البحث إلا أنه هنا لا بد من الأخذ بعين الاعتبار أن عمليات التحليل ينبغي ان تكون قائمة على عمليات مقارنة متعددة . بسبب طبيعة البيانات الناجمة عن طريق الملاحظة ، بسبب خضوع عمليات التقويم إلى المنظور الذاتي .
- وينصب اهتمام التشخيص المنظومي على المحيط الاجتماعي وعلى العلاقات وتركيباتها والتفاعل في المنظومات . والعلاقات الاسرية مصبوغة بأنماط تتكرر من حيث الاتجاه . وهناك علاقة متبادلة بين العافية الجسمية والإنفعالية والاجتماعية للفرد وبين منظومة الأسرة .
- والتغيرات في المنظومة تؤثر على الأجزاء الأخرى .
- والموقع الذي يحتله الفرد في بنية الأسرة يمكن أن يسير بشكل وظيفي أو مختل الوظيفة وتؤثر بشدة على أنماط العلاقات التي يفضلها ، حتى إن هذا يظهر في الأجيال التالية في أنماط الأسر المؤسسة .

العملية التشخيصية الأسرية :

خطوات العملية التشخيصية الأسرية :

تشمل العملية التشخيصية الأسرية بالمعنى الشمولي لمفهوم العملية التشخيصية على ثلاثة خطوات ، تهدف إلى الإحاطة بكافة مظاهر المشكلة . ولا بد في البداية من الإشارة إلى أن هذه الخطوات ومضامينها لا تقتصر على الأسرة فحسب وإنما تستخدم في أي مجال يكون الهدف منه حل المشكلات ، سواء أكان حامل المشكلة الفرد أم الأزواج أم الأسرة أم مجموعة من الأفراد .

أما الأسئلة المطروحة في كل جانب من الجوانب الثلاثية فهي التالية :

- ماذا حصل ويحصل .
- لماذا الأمر على هذا النحو ؟
- ما لذي ينبغي عمله .

ويعني السؤال الأول جانب الحصول على المعلومات الوصفية (الظاهرية) للمشكلة وهو ما يمكن الإجابة عنه من خلال ما يسمى بتاريخ المرض أو تاريخ الحالة . أما السؤال الثاني فيعني الحصول على المعلومات السببية أي الجانب السببي (التشخيص بالمعنى الحرفي للمصطلح) ، ويتعلق الجانب الثالث بالجانب التدخلي فيسأل عن إمكانات المعالجة . وهذا يعني بعبارات أخرى أن الجانب الأول يشتمل على وصف الوضع الراهن مع خلفيته والثاني يهدف إلى توضيح ماهية الأسباب التي تسبب التأثير الملحوظ في الوقت الراهن ، أي التوضيح أو التفسير ويهتم الثالث بتقييم إمكانات التدخل واقتراح الإجراءات فيما يتعلق بحل المشكلة . وفي خطوة لاحقة يتم التوسع الخطوات الثلاثة إلى ست خطوات تشتمل على وضع المشكل في سياقها (التجذير) ووصف المشكلة وتحليل الموارد والتفسير من خلال بناء الفرضيات السببية الممكنة واختبارها ، ثم تحديد الهدف ووصفه والاتفاق عليه واقتراح التدخلات الملائمة وتنفيذها وتقييمها التشخيصي ن كما هو موضح في الشكل ٥٧ . ويتم العمل في هذه

الخطوات في عملية تواصلية مع افراد الأسرة جميعاً أو على الأقل مع الأفراد المشاركين في المجموعة .