جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

محاضرات موجهة لطلبة
سنة أولى
ماستر العلاج المعرفي السلوكي

وحدة الفحص النفسي للراشد

السداسي الثاني

2020/2019

د. شريفي

من اعداد الدكتورة:
شريفي هناء

charifinaoui@yahoo.fr

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

تحية طيبة لطلبة الأعزاء

بمناسبة حلول شهر رمضان أتمنى من الله تعالى

أن يجدكم بخير وصحة جيدة لكم والأهل حفظهم الله

وبسبب جائحة الفيروس كورونا الذي يجتاح العالم بأسره

فنحن أيضا في موضع امتحان مثل سائر الدول نمر بأزمات صعبة

مع العسر يسرا إنشاء الله يرفع عنا الوباء وترجع المياه إلى مجاريها

تجدون في هدا الملف المحاضرات الخاصة بالوحدة وهي إتمام وإكمال ومواصلة للسداسي الاول

للحفاظ على النفس والنفيس ابقوا في بيوتكم ونحن معكم في دياركم

د/ هناء شريفي

تمهيد:

إن الممارسة العيادية، مهما كان نوعها، لها خصائصها المميزة. ليست مجرد تعامل مع المفحوص ليتم اختباره واستخلاص نتائجه، وإعطاء أرقام معينة، بل هي مهنة إنسانية، قبل كل شيء، تتعاطى مع إنسان في بعديه الذاتي والموضوعي، له تاريخه الشخصي الذي يتشابك فيه ماضيه وحاضره مع تطلعاته المستقبلية. وعلى ذلك، فالأخصائي النفسي يتعامل مع هذا الإنسان (المفحوص) ضمن هذا الإطار.

ويترتب على إعداد الأخصائي النفسي، أعدادا مكثفة في الجانبين النظري والعملي، مسؤوليات كبيرة، حتى يستطيع أن يمارس عمله بشكل متقن، وهذا يعني أن يكون له إطار مرجعي علمي يستند إليه، وممارسة عيادية تدعم هذه المعرفة وتطورها. ففي فترة الإعداد والتدريب يجمع الأخصائي بين الإعداد الأكاديمي والتدريب العملي في برنامج متدرج. ويتضمن مناهج الإعداد دراسة علم النفس العام،

ودراسة الشخصية، وديناميةالسلوك، وطرق تطبيق الاختبارات وتأويلها، وكذلك الطرق التشخيصية، بالإضافة إلى أساليب التوجيه والإرشاد النفسي.و اساليب العلاج (علم نفس النمو).

وسنحاول فيما يلي الإلمام بالفحص النفسي لدى الراشد بعدا لانتهاء في السداسي الاول من وحدة الفحص النفسي لدى الطفل والمراهق ماستر سنة اولى تخصص العلاج المعرفي سلوكي.

وتعتبر هذه المحاضرات امتداد للسداسي الاول من مختلف جوانبه، وذلك بالتطرق إلى مفهومه، أهميته في الحقل العيادي، أهدافه، متطلباته وخطواتهإلى أهم تقنياته وطرق تنظيم معلوماته وكتابة تقريره. ، و

د. شريفي

الفحص النفسي

الفحص:

عملية قياس شاملة لكل جوانب ألشخصية تتم بهدف التصرف على الجوانب المتنوعة من شخصية الفرد، و ذلك باستخدام الاختبارات النفسية المختلفة في محاولة لوضع تقدير كمي لقدرات الفرد مثل الذكاء، القدرات الخاصة، المهارات الأدائية، الاستعدادات المهنية، الميول، الاهتمامات الفردية، والخصائص الانفعالية والاجتماعية في الشخصية

تعريف الفحص النفسي:

تعددت التعاريف للفحص النفسي لكن تشترك في محاولة الوصول الى مساعدة المفحوص وسوف نعرض منهاكما يأتي:

هو فحص الأعراض المرضية، واستنتاج الأسباب، ثم تجميع المعلومات والملاحظات في صورة متكاملة وبالتالي تحديد نوع المرض، وتقديم العلاج هو التقييم الكامل لحالة محددة تتضمن المعلومات، والبيانات والإعراض بنوعيها الكمي والكيفي، ويتم باستعمال وسائل متعددة، هو دراسة الحالة والمقابلة التشخيصية، والاختبارات والمقاييس النفسية والملاحظة والتقرير الطبي، والفحص العصبي، والتقرير المدرسي، والمعلومات عن الظروف العائلية والاسرية وميدان التكوين والتشغيل وظروف العمل والحالات الاستشفائية.

الفحص في علم النفس الإكلينيكي:

هو تقييم خصائص الفرد من حيث قدراته و سماته، و أعراضه المرضية، ودرجة حدتها مبينا الأسباب المباشرة لنشأتها بغية الوقوف على ماهية المشكلات التي يعانيها المفحوص، وإخضاعه لبرنامج علاجي مناسب لحالته.

هدف الفحص:

إن هدف الفحص يتركز بالأساس على تشخيص الاضطراب ووضع خطة علاجية مناسبة ولكن يمكننا الإشارة إلى عدة نقاط من بينها التالي:

- ✓ فهم شخصية المفحوص ديناميكيا ووظيفيا.
- ✓ الكشف عن مواطن القوة ة الضعف في شخصية المفحوص.
- ✓ تحديد الاضطرابات الشخصية التي تؤثر على توافقه النفسي و الاجتماعي.
- ✓ تحديد الاضطرابات الشخصية التي تؤثر على قمة الآخرين.
- ✓ تحديد الاضطراب حسب CIM10 أو DSM5
- ✓ وضع خطة علاجية
- ✓ إرشاد أو توجيه المفحوص.

في بعض الحالات تظهر أهداف و غايات أخرى من الفحص العيادي وهذا يتضح من خلال الطلب ونوعه ومن طرف من اتى هذا الطلب مثل:

د. شريفي

المحكمة تطلب من الأخصائي إثبات او نفي الصحة النفسية لشخص ما، هنا يكون الهدف تشخيصي فقط. أحيانا يكون الهدف من الفحص العيادي يخدم بحثا علميا فهنا يجب أن نتحدث عن هدف معرفي.

خصائص الفحص النفسي لدى الراشد:

الرشد هو الفترة العمرية الممتدة من نهاية المراهقة إلي الشيخوخة، وهي الفترة التي يوجد بها أكثرية الناس وتتكون منها المجتمعات وبها ولها انشأ المجتمعات، وهي لا تقل أهمية عن باقي مراحل النمو الإنساني خصوصا أن بها يكون الراشد مسئول عما يقوله ويفعله .مع العلم أن مظاهر الرشد تختلف من شخص لأخر من ذكرإلي انثي ولكن هناك عوامل مشتركة بينهم كدور النشاط الجنسي والعاطفي ودور المجتمع.

العوامل التي يتوقف عليها الرشد:

- ✓ظروف الحياة كلما كان الفرد يواجه الصعاب والتحديات في الحياة كلما سوف سنضج اسرع علي عكس اليسر الاقتصادي والمعيشي فهو قد يأخر مرحلة الرشد والنضج.
- ✓تأثير الوالدين.
- ✓تأثير الشخصية وهي تبدأ من سن الطفولة وتنضج في سن الرشد.

المراحل العمرية للرشد:

- ✓ المرحلة الأولي من الرشد(من25 إلي 40 سنه) الراشدون الشباب وقد تبدأ قبل سن 25 وذلك اعتمادا علي فترة دخول الطفل لميدان العمل وتعتبر تلك الفترة هي فترة تحقيق الأحلام وسعي كل فرد لتحقيق غاياته من النجاح العملي إلي العلاقات الحميمة مع العلم أن الفشل في تحقيق غاياته خصوصا الحميمية قد تصيبه بالقلق والاكتئاب , تتميز تلك المرحلة بالاتي:
  - يكون اكثر واقعية في رؤية الواقع.
  - السعي إلي تحقيق أحلامه العملية والاجتماعية
  - التخطيط لبناء الحياة الأسرية

د. شريفي

✓ المرحلة الثانية من الرشد (من40 إلي 70 سنه) وتسمي الراشدون المتوسطون والكبار , تتميز تلك المرحلة بالاتي:

- يكون اكثر حكمة والقدرة علي تقديم النصائح حتي سن 64عام أما بعد ذلك فلا.
- اختفاء مشاعر الاغتراب والعجز
- اختفاء الرغبة في العبث
- انقطاع العادة الشهرية عند المرأة وقد تكون مصحوبة بالاكتئاب
- الضعف النسبي في القدرة الجنسية عند الرجال
- تطور الناحية الأخلاقية لتكون في صالح المجتمع
- ازدياد القلق خصوصا لدي النساء وذلك قد يرجع إلي زيادة المسئوليات والاستقلالية.

النمو العقلي في مرحلة الرشد:

كان يعتقد سابقا أن النمو العقلي في مرحلة الرشد يتدهور ولكن تبين بعد ذلك أن ذلك غير صحيح وانه بالإمكان استعادة القدرات العقلية بالتدريب وان الفروقات بين الفئات العمرية في القدرات العقلية لا تعني أنها ترجع إلي عامل السن الذي تسبب في تدهور القدرات العقلية.

ولكن لا يعني عدم تأثر القدرات العقلية بالتقدم في العمر أن الذاكرة لا تتأثر بل بالعكس فالذاكرة تضعف مع كل تقدم في العمر حتى يصل الرجل الشيخ إلي نسيان علي سبيل المثال إغلاق الباب أو الكهرباء.

أما بالنسبة للقدرة علي التعلم فهي تتدهور مع التقدم في العمر (مع العلم أن التدهور في القدرة علي التعلم تبدأ من سن 22 عام وذلك خصوصا إذا حدث إصابة الجهاز العصبي بالأمراض) ولكن إذا استمر الفرد في التعلم المستمر فلن يحدث ذلك الأمر.

النمو الانفعالي

وبها تقل الاستجابة الانفعالية مع التقدم في العمر وذلك من أسبابة الانطواء عند كبار السن.

د. شريفي

مايجب معرفته عن مرحلة الرشد:

ينهي الشخص الراشد تعليمه ويجد العمل المناسب ويستقل عن أسرته ويكون أسرة جديدة.

- يتم النضج الاجتماعي المتوازي مع باقي جوانب الشخصية جسميا وعقليا وانفعاليا وأي اضطراب في أي منها يؤثر في النمو الاجتماعي.
- يتضمن النضج الاجتماعي الاستقرار المهني والرضا عن العمل والتوافق والنمو المهني، ويتضمن النضج الاجتماعي كذلك الزواج وتكوين الأسرة والاستقرار الأسري.
- في منتصف العمر تصل العلاقات الاجتماعية ذروتها، فيستقل الأولاد عن أسرهم، فيبحث الوالدان عن علاقات جديدة تملأ حياتهما.
- تتأثر عملية التوافق في مرحلة الرشد بالحاجات الاجتماعية والعادات والتقاليد والتطور الاجتماعي للبيئة والهوايات.أما مرحلة الشيخوخة فمن أهم مظاهر النمو فيها:

✓ تطرأ بعض التغيرات النفسية والجسمية التي تضعف الطاقة الجسمية بشكل عام.

✓ يصاحب هذه التغيرات ضعف الذاكرة والانتباه والتأثر الانفعالي والحساسية النفسية.

✓ يزداد اهتمام الفرد بنفسه وتنحصر العلاقات الاجتماعية تدريجيا في دائرته الضيقة وتكاد تنحصر في نطاق الأسرة فقط.

✓ تزداد علاقة الفرد في هذه المرحلة بأبنائه وأحفاده.

✓ تزداد الاتجاهات النفسية والاجتماعية رسوخا في مرحلة الشيخوخة.

✓ يزداد التعصب للماضي.

✓ يحتاج التوافق الاجتماعي السليم، في مرحلة الشيخوخة إلى التوافق مع العادات والتقاليد السائدة المتجددة والخاصة بالأجيال المختلفة.

أزمات مرحلة الرشد:

د. شريفي

1. الأمومة والأبوة: تظهر أزمة تلك الأزمة مع تحول الرجل إلى أب والمرأة إلي أم وبالتالي تظهر أعباء ومسئوليات جديدة عليهم وتغير دورهم الاجتماعي.
2. أزمة منتصف العمر: تلك الأزمة تظهر بين سن 45 إلي 55 ويحدث بها أن الفرد يراجع كامل حياته خصوصا لحظات الفشل أما لحظات النجاح فسيراها ضئيلة حتي انه سوف يشعر بالفراغ وفي النهاية سيحدث تغير في حياته بشكل جذري فتتغير هوياته وأهدافه وقد يحدث له شذوذ في السلوكيات كان يبحث عن الجنس الأخر من الشباب.
3. تقبل التغيرات الجسمية.
4. توسيع الخبرات العقلية.
5. تربية الأطفال والمراهقين.
6. الاستقرار الاقتصادي أو العكس.
7. تنمية الروابط الاجتماعية او العكس
8. الاتزان الانفعالي او العكس

خطوات الفحص النفساني:

المعاينة السريرية بالأسلوب الوصفي: تهدف إلى استخراج معاناة الشخص بطرح أسئلة معينة ووصفها في شكل أعراض ثم تشكيلها في متلازمات مرضية وتصفيات محددة للوصول إلى تشخيص الحالة تمهيدا لمعالجتها،بناءًا على أن الاضطرابات النفسية تتظاهر بعلامات و أعراض خاصة ولها تطور و مسار معين.

يرى الأخصائيون النفسانيون بضرورة الأخذ بخطوات أو مراحل محددة و لعل أفضل من يقدم لنا هذه المراحل و الخطوات هما العالمين(سندبيرج وتايلور1962)،حيث قاما بتحديد مراحل التشخيص النفسي الإكلينيكي على النحو التالي:

- ✓ مرحلة الإعداد Préparation stage ؛

د. شريفي

- ✓ مرحلة التزود بالمعلومات Input Stage ؛
- ✓ مرحلة معالجة المعلومات Procession Stage ؛
- ✓ مرحلة اتخاذ القرارات Decision and Output Stage

❖ **المرحلةالأولى:** وهي **مرحلة الإعداد:**

في هذه المرحلة يتسنى للأخصائي النفسي التعرف على تفاصيل شكوى المفحوص لكي يتمكن من وضع الخطة اللازمة لدراسة حالته والتي تتسع لتشمل الخطوات التالية:

1. الحصول على معلومات تفصيلية عن المفحوص عن مصادر انتمائه المدرسي،والعائلي كي يستفيد منها الاخصائي.
2. المعلومات الأساسية والأولية التي يجمعها الاخصائي من خلال المقابلة التمهيدية مع المفحوص.
3. القرارات المبدئية بصدد قبول الحالة المرضية او رفضها.
4. تحديد أدوات التشخيص المناسبة لحالة المفحوص من اختبارات ومقاييس، وزيارات، و وسائل القياس النفسي الأخرى.

❖ **المرحلةالثانية: مرحلة التزود بالمعلومات:**

في هذه المرحلة يسعى الاخصائيون النفسانيون الذين يباشرون عملهم مع المفحوص الى جمع المعلومات من مصادرها المتعددة، ويحددون الخطة اللازمة لمساعدته، وتتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:

1. المقابلات التشخيصية التي تجري بين الأخصائيين و المفحوص ، و قد تستلزم هذه المقابلات تعديلات في اهداف الفحص و وسائله ، و تتضمن هذه المرحلة ايضا تطبيق الاختبارات على الحالة
2. تصحح استجابات المفحوص على بنود الاختبارات، ثم تنظم الإجابات في صورة نتائج رقمية اضافة الى الاحكام الجزئية الوصفية التي تتطلبها حالة ا المفحوص.

❖ **المرحلة الثالثة : مرحلة معالجة المعلومات:**

د. شريفي

وفي هذه المرحلة يقوم الأخصائي النفسي و معاونوه بتنظيم المعلومات التي حصلوا عليها،وتوضيح المعاني المتضمنة بها، وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشان مستقبل الحالة،ثم تفسيرها تمهيدا للاستفادة منها.

المرحلة الرابعة: اتخاذ القرارات:

وضع صورة واضحة المفحوص يمكن العمل على ضوئها(العلاج، توجيه، استشفاء...)، واتخاذ قرارات بشأن تنظيم المعلومات و نقلها إلى غيره من الأخصائيين.

مثلا:

التمهيد للفحص النفساني – المدخل– :

1. تهيئة الجو و الإطار المادي للفحص:بالترحيب و الانتباه و البدء في إنشاء علاقة طيبة مع المفحوص.
2. المعلومات الشخصية:الاسم، الجنس، السن، المستوى التعليمي.
3. سبب أو دواعي الفحص
4. الشكوى :نستخرجها بطرح أسئلة عامة مثلا هل تشتكي من شيء،هل لديك ما يزعجك،هل تعاني من أية مشكلة ؟ ماهي؟

أدوات الفحص النفسي :

الأخصائي النفسي هو الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات (الاختبار النفسي) والذي يتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق العيادي، مثل الطبيب، والأخصائي الاجتماعي.. كل في حدود عمله، وفي إطار من التفاعل الإيجابي، بقصد فهم ديناميات شخصية المفحوص، وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ من احتمالات تطور حالته، ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج؛ ثم العمل للوصول بالمفحوص الى توافق اجتماعي – ذاتي. أي أن الأخصائي هو الذي يجمع بين دوره بوصفه عالماً ودوره بوصفه ممارساً عيادياً.

الملاحظة:

د. شريفي

تعنى الملاحظة وصف وفهم التصرفات التى تحدث بشكل طبيعي حيث يقوم الباحث بعملية الملاحظة للحصول على معلومة مفصلة عن التصرفات الواقعية ولذلك يجب :

- ✓ أن يتم تخطيطها بشكل منظم.
- ✓ أن يتم تسجيلها بشكل منظم وربطها بفرضيات عامة.
- ✓ أن يتم إخضاعها للرقابة والتدقيق بخصوص مدى ملاءمتها ودقتها.

أنواع الملاحظة:

يمكن تقسيم الملاحظة من حيث درجة تنظيمها ووصفها إلي نوعين ، ويعتمد هذا التقسيم على تدريب البحث وخلفية ومدى معرفته بمنهجية البحث وهذين النوعين:

أ- **الملاحظة البسيطة:**

حيث يركز على ملاحظة ما يجرى أمامه وتسجيله كما يحدث في الواقع الفعلي حيث لا يكون هناك خطة مسبقة تحدد التصرفات التي سيقوم بملاحظتها ومدى تكرارها .وهذا النوع من الملاحظة يزود بمعلومات وفيرة عن الظاهرة قيد البحث كما يسمح للباحث بمرونة في تغيير تعريف الظاهرة كلما حصل على معلومات أفضل عنها.

ب- **الملاحظة المنظمة:**

تتضمن الملاحظة المنظمة قيام الباحث بملاحظة ظاهرة معينة تحدث أمامه بعد وضع مخطط مسبق لأنواع التصرفات التي سيقوم بملاحظتها وتسجيلها ومعرفة مدى تكرارها، أي أن الباحث يحدد ويختار التصرفات التي يعتزم مشاهدا والتي لها علاقة بالبحث الذي يقوم بأجرائه

إن القيام بالملاحظة يتطلب من الملاحظ إعطاء اهتمام خاص لعدد من النقاط لتجنب السلبيات التي قد تنتج، ومن هذه النقاط:

- ✓تسجيل المعلومات بشكل دقيق وصحيح عدم تشويه المعلومات .
- ✓كتابة المعلومات بلغة واضحة.

د. شريفي

- ✓ تقليل الأخطاء .
- ✓وضع نظام تصنيف للمعلومات.
- ✓ الوضع النفسي للملاحظ.
- ✓التركيز على التفاصيل المهمة.
- ✓ عدم المبالغة في التقدير.
- ✓ ملاحظة الاتصالات و الحركات الجسدية.

شروط الملاحظة:

1. يجب على الأخصائي قبل أن يشرع في الملاحظة أن يحدد الأهداف الأساسية المراد ملاحظتها .
2. يجب على الأخصائي بعد تحديد الأهداف أن يحدد الاستجابة السلوكية المراد ملاحظتها لدى المفحوص.
3. يجب على الأخصائي بعد تحديد هذه الاستجابات أن يحدد الطريقة المراد التي يستخدمها في الملاحظة .
4. يجب على الأخصائي بعد تحديد الطريقة الملائمة للملاحظة ان يحدد المكان المناسب الذي يلاحظ فيه المفحوص.
5. يفضل ملاحظة الاستجابة السلوكية في بيئتها الطبيعية.
6. يجب الالتزام بالسرية المطلقة في ملاحظة المفحوص.

طرق الملاحظة:

- ✓ ملاحظة الاستجابة السلوكية المستمرة.
- ✓ ملاحظة الاستجابة السلوكية المتكررة.
- ✓ ملاحظة الاستجابة السلوكية المصنفة نوعيا.

أسلوب الملاحظة:

1- مقابلة المريض:

لمقابلة المريض والتعرف عليه أهمية قصوى في التشخيص النفسي لأنه يتم من خلالها الحصول على المعلومات اللازمة لكشف هوية المرض ومدى عمق الإصابة النفسية وفيما إذا كانت تصيب الجانب الفكري العقلاني ومجمل تماسك الشخصية أو

د. شريفي

الجانب المزاجي العاطفي الانفعالي من النفس ، أو أنها تمثل إصابة عصابية خفيفة أو شديدة وذلك لتقييم الخدمات التي يمكن مساعدة المريض بها . ويجب أن تتم المقابلة بطريقة تسمح بتوطيد الثقة للحصول على المعلومات اللازمة ، ومن المفيد في ذلك تعريف الفاحص بنفسه وعدم إشعار المريض بضيق الوقت كالنظر إلى الساعة كل حين ، أو إشعار المريض بالملل .. أو صياغة الأسئلة بشكل معقد وطويل لا يفهمها المريض.

2- **استقصاء القصة المرضية النفسية:**

تؤخذ القصة المرضية من المريض نفسه أو من مرافقه، وهنا يتم التركيز على شكوى المريض وسلوكه في الوقت الحالي والسابق إضافة إلى تقييم ظروفه الحياتية منذ الولادة حتى وقت أخذ القصة المرضية.

وتجمع المعلومات تحت عدة عناوين أهمها:

- ✓ **سبب الإحالة النفسية** (إذا كان المريض محالاً من جهة أخرى).
- ✓ **الشكوى الرئيسية** : وتسجل حسب ألفاظ وتعابير المريض.
- ✓ **حالة المرض الراهن** : وفيه ندرج وصفاً مفصلاً للحالة الراهنة ، كيف بدأت وكيف تطورت . ثم نستقصي تكرر الحالة الراهنة سابقاً ومدة كل هجمة..
- ✓ **القصة العائلية** : نركز فيها على بيئة المريض وفيما إذا وجدت خلافات بين الأبوين والحالة المالية والاجتماعية والمستوى الثقافي البيئي والأمراض العائلية أو الوراثية
- ✓ **التاريخ الشخصي:** أي تسجيل السيرة الذاتية منذ الطفولة ومروره بالمدارس فالشهادات وطبيعة العمل والزواج والأولاد والعادات ..من عادة التدخين أو تعاطي المسكرات والأدوية المهدئة أو المخدرات.
- ✓ **تقييم الشخصية:** ويتم من خلال تفهم آراء ومعتقدات ومواقف وهوايات المريض وأنشطته وردود فعله على الكرب والفشل مع الرجوع إلى المسار الحياتي الطولاني حتى الوقت الراهن
- ✓ **السوابق المرضية:** وتتضمن جميع الأمراض سواء عضوية أو نفسية وسواء وقعت في الطفولة أو الكهولة

د. شريفي

✓ **فحص الحالة النفسية العقلية:** يتم تقييم الحالة العقلية الإدراكية الراهنة للمريض من خلال:

- المظهر والسلوك العام وقدرة التعبير في وجهه وحالته المزاجية ووجود الحركات اللاإرادية
- الكلام من حيث سلامة الألفاظ وسرعة نطقها مع القدرة على تقطيع العبارات بشكل مفهوم أو توقفه المفاجئ أو تنقله بين أفكار لا صلة بينها تنقلاً قفزياً .
- المزاج من حيث ثباته أو تقلبه وتناسبه مع سياق الحديث وموضوعه فقد يبدو المريض يائساً أو قلقاً أو منتشياً دون مبالاة . كما يجب أن يسأل المريض عن بعض النواحي الانفعالية العاطفية كالشعور بالحزن والأسى والاكتئاب أو التفكير بالانتحار .. أو وجود أفكار العظمة أو فرط الثقة .. ويسأل عن المخاوف التي يمكن أن تنتابه عندما يكون وحيداً أو مع جماعة أو عند عبور الطرق أو الجسور .. وفيما إذا كانت المخاوف تؤثر على نومه أو تركيزه الذهني . ولا بد دائماً من استقصاء الوظائف البيولوجية كالنوم والطعام والرغبة الجنسية وسرعة التعب وسهولة الاستثارة أو الاستفزاز.
- محتوى التفكير من مواضيع تشغل المريض كالتفكير بحالته المعاشية ومستقبله وماضيه وما يمكن أن يكون سبب قلقه . وفيما إذا كان يعاني من وساوس أو أفعال قسرية ، وفيما إذا كانت لديه أفكار أو معتقدات غير مألوفة أو وهمية ودرجة اقتناعه بها.
- المعاناة من تجارب غير طبيعية والتي يمكن أن تتعلق بالبيئة الخارجية المحيطة بالمريض (كالهلوسة أو تبدد الواقعية) أو من داخله (كتبدد الشخصية والشعور بالمعاناة وتبدل الأحاسيس الجسدية).
- تحري الحالة الاستعرافية (الإدراكية) وذلك بتقييم توجه المريض وانتباهه وتركيزه الذهني وقدرة ذاكرته القريبة والبعيدة ، وتحري وظائف الدماغ العليا

د. شريفي

لكشف وجود أمراض عضوية عصبية . كما يجب تحري بصيرة المريض وفيما إذا كان يدرك مرضه أم أنه لا يعتبر نفسه مريضاً إطلاقاً.

- لابد أخيراً من استكمال التحري البدني وفحص الجسم لكشف أمراض جسدية قد تكون وراء الحالة النفسية .

أهمية تسجيل الملاحظات في تقييم المريض النفسي:

1. إنَّ تسجيل الملاحظات التمريضية النفسية بالغ الأهمية في.
2. كما تعتبر هذه الملاحظات مستندات لبيان الحالة العقلية للمريض ومدى مسؤوليته .
3. وهي ذات أهمية في حالات اتخاذ قرار الحَجْرِ وتحديد أهليَّة التصرف في الأموال.

قواعد عامة في تسجيل الملاحظات:

1. يجب أن يكون الفاحص دقيق الملاحظة متمكن من كشف الأعراض النفسية.
2. مراعاة الفروق العمرية والثقافية بين المرضى مع الأخذ بعين الاعتبار الفوارق بين الجنسين
3. يجب استخدام أسلوب الملاحظة غير المباشرة أثناء المشاركة في الأنشطة المختلفة لتجنب تأثير الملاحظات المباشرة.
4. وضع الملاحظات الموضوعية دون الاندماج مع الفاحص.
5. تسجيل الملاحظات دون نقص وبأسرع وقت ممكن.
6. تسجيل السلوكيات الطبيعية والمرضية الفاحص.
7. **الملاحظة في الطريقة الإكلينيكية:**

يجمع الكثير من البيانات في دراسة الحالة عن طريق الملاحظة المباشرة الفاحص وذلك في المقابل التشخيصية ومن خلال تطبيق الاختبارات السيكولوجية ، أو عن طريق استقاء المعلومات من الأشخاص الذين أتيحت لهم فرص مباشرة لملاحظة الفاحص كما هو الحال مثلاً في قياس النضج الاجتماعي أو في جمع

د. شريفي

البيانات عن المريض من أهله. والمهارة في الملاحظة الإكلينيكية ليست أساسية في العمل التشخيص فقط، ولكنها أساسية أيضاً في ترشيد العلاج سواء كان فردياً أو جماعياً أو عن طريق اللعب ... الخ وهي أحياناً الأداة الوحيدة المتاحة للأخصائي وذلك في الحالات التي لا تتوافر لقياس السمة أدوات أخرى وقت دراسة الحالة ، أو في الحالات التي يكون هناك من الأسباب ما يدعو إلى توقع مقاومة الأفراد لما يوجه إليهم من أسئلة أو عدم إدراكهم لحقيقة اتجاهاتهم ودوافعهم ، ومن الممكن بالطبع أن يزيف الأفراد سلوكهم ، إلا أن ذلك أصعب من تحريف الاستجابات اللفظية .

والملاحظة أيضاً هي الأداة العملية في الحالات التي لا يتوفر فيها لدى الإكلينيكي الوقت الكافي أو التي لا تتطلب أكثر من تقديرات تقريبية ، وهي تسجل السلوك في نفس الوقت الذي يتم فيه ، فيقل بذلك احتمال تدخل عامل الذاكرة لدى الملاحظ .

ان **ملاحظات** الفاحص خلال العمل الإكلينيكي لا تقل في قيمتها عن أي معلومات يمكن أن يحصل عليها من الاختبار السيكولوجي ، بل إن نتائج الاختبار السيكولوجي نفسه يصعب تقديمها بغير ملاحظة ظروف الاستجابة والتعبيرات الانفعالية المفحوص ، هذا فضلاً عن أن الملاحظة قد تكشف الكثير عن خصائص شخصية المفحوص التي يحتمل أن تؤثر في نتائج الاختبار.

ومن الضرورى على الفاحص أن يلاحظ خلال الاختبار عدداً من العناصر الهامة مثل الكفاءة الحسية والحركية للعميل (الإبصار ، السمع ، الضبط الحركي) ، معدل الأداء (سريع ، بطئ ، متوسط) ، الوعي بالغرض من الاختبار ، الاتجاه نحو الاختبار (متوتر ، واثق اجتماعياً) ، الاهتمام والحماس في الأداء ، التعاون أو السلبية في أداء الاختبار ، كمية الكلام واتساقه ، القدرة على التعبير ، الانتباه ، الثقة بالنفس ، الدافع ، بذل الجهد ، المثابرة ، القدرة على الانتقال في يسر من عمل لآخر ، الاستجابة للتشجيع والثناء ، الاستجابة للفشل ، النقد الذاتي ، السلوك الشاذ من هلوسة أو خلط في الكلام ... الخ .

وتساعد **ملاحظة** هذه العناصر في الحكم بما إذا كانت نتائج الاختبار تدل على حقيقة قدراته أم لا ، ويواجه الإكلينيكي في هذا لأن صعوبة الفصل بين الملاحظات

د. شريفي

والاستنتاجات من هذه الملاحظات في تفسير شخصية المفحوص ، فمثلاً يصعب أن يفسر المظهر السلوكي الملاحظ أثناء تأدية الاختبار على أنه انتباه أو تركيز ، إلا في ضوء معلومات أخرى مثل مستواه العقلي أو نتيجة الأداء في الاختبار ، وكذلك يصعب أن نستنتج أن التعاون الملحوظ في أداء الاختبار مثلاً ، يمثل سمة عامة تميز المفحوص في غير ذلك من المواقف ، ، كما أنه يمكن أن نستوثق من ثبات الملاحظة

المقابلة :

من الأدوات الضرورية لفهم المفحوص عن قرب، وإدراك مشاعره واتجاهاته تجاه المواقف التي يواجهها، واتجاه العالم المحيط به. وغاية المقابلة هي الحصول على المؤشرات التي تساعد الفاحص في فهم المشكلة العامة للمفحوص، ولذلك ينبغي في البداية أن يبتعد عن الأسئلة الشخصية المباشرة حتى لا تستثير مقاومة المفحوص، ومواقفه السلبية؛ لذلك ينبغي البدء بالأسئلة العامة، عن حياته، وطفولته، وآرائه، قبل الدخول في الأمثلة الخاصية المحددة. هذا فضلاً عن محسن صياغة الأسئلة ووضوحها... أي أن يحاول تفهم مشاكل المفحوص تفهماً تاماً ولا يكتفي بتفهم الوقائع أو المعطيات فقط. وتتيح المقابلة، للمفحوص، بالتفريغ الانفعالي، عن أفكاره ومشاعره، ورغباته الواعية أو اللاواعية.

إن المقابلة عندما تستخدم بطريقة إيجابية فأنها تقدم للفاحص معطيات هامة وعميقة الدلالة "انها تزودنا بتفاعل دينامي بين شخصين يكون فيه القائم بالمقابلة (الفاحص) مشاركا وملاحظة، على حين تسمح في نفس الوقت وبسبب طبيعتها الخاصة والوجه – للوجه، أن يلاحظ القائم بالملاحظة سلوك المفحوص وهو يتأمل نفسه".

مكانة المقابلة:

1. تعتبر المقابلة من أهم طرق جمع المعلومات والبيانات وأكثرها صدقاً، حيث يستطيع الباحث التعرف على مشاعر وانفعالات المقابل، وكذلك اتجاهاته وميوله، وهذا مالا يستطيع الوصول إليه إلا من خلال المقابلة.

د. شريفي

2. تعتبر عملية تتيح الفرصة للمستجيب للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات.
3. تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية،.
4. تعتبر المقابلة مصدراً كبيراً للبيانات والمعلومات فضلاً عن كونها أداة للتعبير والتوعية والتفاعل الديناميكي.

أهداف المقابلة:

تختلف أهداف المقابلة وتتنوع، وكذلك تتعدد وظائفها وتتشعب لتكون منها الأهداف :

1. فمن المقابلات ما يهدف إلى جمع المعلومات وزيادة تبصير الفاحص بالمشكلة التي يتصدى لدراستها، حيث تعرفه على جوانب جديدة من حياة المفحوص
2. اتاحة الفرصة أمام المقابل بتشكيل الجو الاجتماعي الذي يسمح بمعالجة بعض الضغوط الاجتماعية لدى المفحوص مما يسهل إمكانية الحصول على معلومات صريحة منه.
3. تتحقق بالمقابلة أهداف لا يمكن أن تتحقق بأساليب أخرى .
4. الوصول إلى كيفية تفاعل العوامل التي أدت بالمشكلة وإنقاذ صاحب المشكلة من مشاعره السلبية.
5. تفسير البيانات والمعلومات بالإضافة إلى جمعها.
6. إقامة العلاقة مهنية بين الفاحص والمفحوص وهذه العلاقة تعني الاحترام المتبادل بين الطرفين.

تنفيد المقابلة

ليست المقابلة الجيدة مجرد سلسلة من الأسئلة و الإجابة , بل هي خبرة دينامية بين شخصين , تخطط بعناية لتحقق هدف معين، لذا يجب على الباحث مراعاة مايلي:

- تبدأ المقابلة عادة بحديث ترحيب و تشويق و تقدم تدريجي نحو تحقيق هدف المقابلة.

د. شريفي

- تكوين الألفة وإظهار السرية حتى يشعر المفحوص بالطمأنينة , مما يشجعه على الإجابة على الأسئلة بصدق.
- صياغة الأسئلة بشكل واضح , ولا مانع من شرحها مرة ثانية.
- حسن إصغاءالفاحص للأجوبة و إظهار الاهتمام مع الابتعاد عن كل ما يفهم منه الدهشة , أو الاستنكار , أو الميول من كلام أو تعبير آخر.
- إعطاء المفحوص الوقت الكافي للإجابة و لا مانع من توجيهه للالتزام بالسؤال وأهداف المقابلة , محاولة منعه من الإدلاء بتفاصيل غير ضرورية.
- عدم إجهاد المفحوص بالأسئلة الكثيرة.
- عدم إعطاء المفحوص الفرصة لإدارة المقابلة و التحكم في سيرها.
- إستدعاء المعلومات من المفحوص بمهارة , ومحاولة إكتشاف الإجابات المتناقضة أو المخادعة ومساعدة ا المفحوص على توضيح أفكاره وتقديم التفاصيل إن كانت مهمة عن طريق الأسئلة والتوجيه.
- اهتمام الفاحص بمظهره الشخصي حسب ما يميل إليه مكان و زمان المقابلة.
- تسجيل المقابلة: هناك أراء تسجيل ما يجري في المقابلة , لأن التسجيل (السمعي , البصري , المكتوب) قد يمنع المفحوص عن الإدلاء بآرائه بشكل مريح , خاصة المشكلات و الخبرات الخاصة , و لتفادي هذه المشكلة يقترح ضرورة تعريف المفحوص بأهمية التسجيل وأخذ إذن المفحوص في ذلك وإذا كان التسجيل كتابي فلابد على الفاحص أن يدون ما هو ضروري ، على أن يرجع إلى تدوين المعلومات الأخرى بعد نهاية المقابلة مباشرة.
- مما يجب الإنتباه له , أن تنتهي المقابلة عند تحقيق هدفها , و إنهاء المقابلة يكون متدرجا و ليس بشكل مفاجئ بحيث يشعر المفحوص بالسخط , أو حتى الإحباط .

يقصد بالمقابلة تفاعل مخطط بين شخصين على الأقل بهدف الحصول على معلومات حول موضوع محدد .وقد حظيت أدوات المقابلة في هذه الأثناء بأهمية عالية في التشخيص النفسي الإكلينيكي، لأنه يمكن من خلالها الوصول في الغالب إلى درجة عالية من الموثوقية في موضوع الاهتمام.

د. شريفي

الأسس المنهجية في المقابلة :

1- **الإنصات الدقيق:** من المهم جداً أن نضيف إلى كلمة (الإنصات) كلمة (الدقيق) !يعني أصغ لكل التفاصيل بنفس الأهمية ،وهي تتعدى حدود الاستماع أما الاستماع مع الإنصات فيكون بالانتباه الدقيق .ما معنى أن تصادق شخصاً ؟ إذا صادقت شخصاً فعليك أن تهتم بما يهتم به، وإذا أردت أن تتقرب من شخص فلتهتم بما يهتم به هو، وليس ما تهتم به أنت، و هذا يتحقق بالإنصات له.

2-الأسئلة الهادفة:

الأسئلة الهادفة لا يمكن أن تنتقى إلا من خلال الإنصات الدقيق، فبواسطته نعرف ما هو السؤال الذي يكمل معلومة أو نقص معلومة؟ أو ما هو السؤال الذي يمكن من خلاله التحقق من فرض! و من الضروري أن يتسق السؤال مع المشكلة المطروحة، فكيف يمكن أن أنقل المعلومة من الوقائع إلى الحقائق؟؟ السؤال الهادف هو الذي يوجه الموقف للحصول على المعلومة الكاملة التي تساعد على الإرشاد و العلاج و فهم الموقف .الأسئلة الهادفة تلقي الضوء على أشياء قد يظن العميل أنها عابرة.

3- **كشف و ملاحظة التناقضات الوجدانية:**

لا بد من ملاحظة التناقضات الوجدانية في كل كلام المفحوص أو أجوبته.

4- **التقبل (التقبل غير المشروط):**

أساس منهجي للمقابلة، عدم انتقاء الفاحص من يخدم اويقابل ؛ أن المقابلة تكون غير مشروطة.. التقبل ليس للشخص، بل للمشكلة بشكل كامل!

الاختبارات والمقاييس النفسية:

التي تعتبر من أهم الأدوات في الكشف عن سلوك الفرد أو أدائه في مواقف معينة: إذ تكشف عن قدرات الفرد الخاصة، والعوامل المؤثرة في سلوكه، بالإضافة إلى كشف مشاعر الفرد وانفعالاته واتجاهاته... وقد اعتبرت الروائز كمواقف اختيارية تساعد على ملاحظة سلوك الفرد ومشاعره تجاه هذا الموقف، وكذلك طريقته في معالجة المسائل المطروحة عليه، وأسلوبه في التعاطي معها وموقفه تجاه الفاحص.

د. شريفي

- هي عبارة عن أساليب ووسائل تستخدم لتشخيص وتقييم المفحوص ، حيث يحصل الأخصائي النفسي من خلالها على صورة من سلوك المفحوص في موقف معين.
- ومن هذه الاختبارات اختبارات الذكاء واختبارات شخصية وعضوية.

1.أساس الاختبار

1.1تحديد الهدف التشخيصي

1.2الأسس النظرية

1.3وضوح تصميم الاختبار

2.إجراء الاختبار

2.1موضوعية التطبيق

2.2الشفافية

2.3المقبولية عدم التعجيز أو الإساءة

2.4عدم القابلية للتزوير

2.5الحساسية

3.فائدة الاختبار

3.1موضوعية التقييم

3.2الثبات

3.3الصدق

3.4التعيير

3.5السعة المساحة التي يغطيها الاختبار

3.6سعة المعلومات

3.7الحساسية للتعديل

4.تقويم الاختبار

4.1الاقتصاد

4.2العدل

د. شريفي

4.3التقبل

4.4القابلية للمقارنة

4.5الصلاحية ،الثقة

مستويات المعلومات في المقاييس والاختبارات

لقياس الخبرة الإنسانية والسلوك غالبا ما يتم التمييز بين المستويات التالية من البيانات Baumann & Stiegliz, 2001; Stieglitz, 2003 .

*المستوى البيولوجي الجسدي، الفيزيائي:غالبا ما يقسم إلى المستوى البيوكيميائي، الفيزيوعصبي، الفيزيونفسي؛ فتتصدر هنا العمليات الجسدية القابلة للقياس الفيزيائي أو الكيميائي.

*المستوى النفسي :وتتصدر هنا الخبرة والسلوك ، كما ينتمي الأداء الإنجاز إلى هذا المستوى أيضا.

*المستوى الاجتماعي :ويركز على المنظومات البين فردية والظروف الاجتماعية المحيطة .

*المستوى البيئي :ويتضمن الظروف المادية .

وتتوفر أدوات فحص مختلفة لكل مستوى منفرد من البيانات بالمقاييس و الاختبارات النفسية.

وعند استخدام أدوات التقويم الذاتي لابد حسب شتيغلتس (2008) من توقع سلسلة من مصادر الخطأ، التي يفترض أن تؤخذ بعين الاعتبار وينبغي ضبطها:

*الأخطاء غير المقصودة، المرتبطة تشويهات الذاكرة على سبيل المثال

*التزوير المتعمد

ميول الاستجابة كالمرغوبية الاجتماعية والميل للوسط على سبيل المثال .

وحتى لو تم التركيز في مصادر الخطأ على المرضى أو المفحوصين فإن المستخدمين للأداة يمثلون أيضا مصدرا من مصادر الخطأ، على سبيل المثال :

*يطرح تشخيصا بناء على نتيجة أداة للتقدير الذاتي لوحدها

*أو يستخدم أداة خطأ لتقويم العلاج –استبيان للشخصية أو مقياس للحالة¬

د. شريفي

*أو يستخدم أداة في وقت خطأ –مقياس هاملتون للاكتئاب على سبيل المثال بفاصل يومين،

أدوات تقييم خاصة بالاضطراب

المجالات	الأداة
الفصام	استبيان فرانكفورت للشكاوى لسولفولدSuellwold
الاكتئاب	مقياس بيك للاكتئاب BDI
الهوس	مقياس التقويم الذاتي للهوس لكروغرKrueger
القلق • عام • الهلع • للقهر • اضطراب ما بعد الصدمة.	مقياس بيك للقلق BAI استبيان المخاوف المتمحورة على الجسد والاستعرافات والتجنب Ehlers (et al.) مقياس هامبورغ Zaworka et al. اضطراب ما بعد الصدمة مقياس تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة . Foa et al
الاضطرابات ذات الشكل الجسدي	غربلة الاضطرابات ذات الشكل الجسدي Reif et al.
الاضطرابات التفككية	استبيان الأعراض التفككيةSpitzer et al.
اضطرابات الشخصية	اضطرابات الشخصية Bohus et al.

ملاحظة :انظر محاضرات السداسي الاول في مجال المقاييس و الاختبارات .

الفحص النفسي ومجالات الأداء النفسي والعقلي:

يعمد الفحص النفسي للملاحظة والأسئلة لتقييم عدة مجالات للأداء النفسي والعقلي، بما في ذلك:

- اللغة
- التعبير الانفعالي
- التفكير والإدراك
- الوظائف المعرفية

توجد استبيانات فحص موجزة والموحدة لتقييم مكونات معينة للحالة النفسية، بما في ذلك تلك المصممة خصيصًا لتقييم التوجه والذاكرة. يمكن أن تساعد هذه

التقييمات الموحدة في تحديد أهم الأعراض وتوفر خطًا أساسيًا لقياس الاستجابة للعلاج. ومع ذلك ، لا يمكن لاستبيانات الفحص أن تحل محل الفحص الموسع والمفصل للحالة النفسية.

- **الجانب العام :**

يجب تقييم الجانب العام للكشف عن العناصر التي تبرز الاضطرابات الكامنة. على سبيل المثال ، يمكن أن يساعد مظهر المفحوصين في تحديد ما:

- غير قادرين الاعتناء بأنفسهم (على سبيل المثال ، يبدو عليهم سوء التغذية ، أو يعانون من سوء التغذية ، أو يرتدون ملابس غير لائقة مع حالة الطقس، أوتنبعث منهم رائحة جسدية شديدة).
- لا يمكنهم أو لا يريدون الامتثال للمعايير الاجتماعية (على سبيل المثال ، يرتدون ملابس غير مناسبة اجتماعيا).
- المشاركة في تعاطي المخدرات أو محاولة إيذاء النفس (على سبيل المثال ، الرائحة مثل الكحول أو الندبات التي تشير إلى تعاطي المخدرات بالحقن أو الإصابة الذاتية)

- **اللغة :**

يمكن تقييم اللغة من خلال ملاحظة العفوية والنحو والتدفق والنبرة. يتكلم المفحوص المصاب بالاكتئاب ببطء وبلطف ، بينما يتكلم المصاب بحالة الهوس بسرعة وبصوت عال. قد تشير التشوهات مثل عسر الكلام والحبسة إلى وجود مشكلة جسدية كامنة مثل إصابة الرأس أو السكتة الدماغية أو ورم في المخ أو التصلب المتعدد.

- **التعبير الانفعالي:**

يمكن تقييم التعبير الانفعالي عن طريق مطالبة المفحوص بوصف مشاعره. سيؤخذ في الاعتبار نبرة الصوت والوضعية الجسدية وإيماءات اليد وتعبيرات الوجه. يجب تقييم الحالة المزاجية (الانفعالات التي يبلغ عنها المفحوص) والأحاسيس (الحالات الانفعالية التي يلاحظها المحاور). يجب ملاحظة التوافق بين الأحاسيس

د. شريفي

ومجال التعبير الخاص بها (أي التام مقابل المحدود) وكذلك مدى ملاءمة الأحاسيس ومحتوى الفكر (على سبيل المثال ، ابتسام المفحوص أثناء الحديث حدث مأساوي).

- **التفكير والادراك:**

يمكن تقييم التفكير والادراك ليس فقط من خلال ملاحظة ما يتم توصيله ، ولكن أيضًا من كيفية توصيله. يمكن أن يتخذ المحتوى غير الطبيعي الأشكال التالية:

- الهذيان (تجذر المعتقدات الخاطئة)
- الأفكار المرجعية (حقيقة أن الأحداث اليومية لها معنى أو أهمية خاصة للمريض أو تحدث بشكل خاص بسبب المريض أو من أجله).
- الهواجس (الأفكار والمشاعر والدوافع والمخاوف العالقة)

يمكن الأخصائي النفساني أن يقدر تماسك الأفكار ، وأهميتها ، والتحولات المنطقية من واحدة إلى أخرى. قد يكون لدى المصابين بالذهان أو الهوس أفكارًا غير منظمة أو تسربًا للأفكار.

- **الوظائف المعرفية:**

تشمل الوظائف المعرفية وظائف المفحوص التالية:

- مستوى اليقظة
- الانتباه أو التركيز
- التوجه في الزمان والمكان وبالنسبة للآخرين
- ذاكرة فورية وقصيرة وطويلة الأمد
- المنطق المجرد
- البصيرة
- الأحكام

غالبًا ما تحدث التشوهات المعرفية مع الارتباك أو الخرف أو مع تعاطي المخدرات أو الانسحاب ، ولكن يمكن أن تحدث أيضًا مع الاكتئاب.

د. شريفي

التحليل الوظيفي

هو جزء من الدورة التجريبية المطبقة على النهج العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي وهو يهدف إلى:

- التعرف على الشكاوى المقدمة من المريض.
- جمع البيانات عن طريق الملاحظة المباشرة و / أو من قبل المريض نفسه (وضع استبيانات للمتابعة) مما يسمح بإيجاد خط الأساس يراعي المعرفة الحالية، ثم وضع فرضيات متعلقة بالأصل والثبات في الزمن و في حاضر الاضطراب.
- التنبؤ بتقنيات التي ستستخدم والناتجة مباشرة من هذه الفرضيات، ومناقشتها مع المريض لاختيار تقنية وطريقة التطبيق لتغيير السلوك المشكلة.
- تنفيذ المشروع العلاجي وتطبيق التقنيات المختارة. إذا لم يكن لما وضعناه تأثيرًا ، فإننا نعدل نظريتنا وعلاجنا.

خلال هذه المرحلة ، سيبحث الفاحص والمفحوص معًا المشكلة في بعدها التطوري Diachronique (تاريخ المشكلة) وفي بعدها المتزامنSynchronique (هنا والآن) ، كيف يتم ثبات المشكلة أو تفاقمها. هو منهجية لتحليل التفاعلات الوجدانية (الانفعالية)، المعرفية والسلوكية لشخص ما، ولمعرفة نتائج و اثار تلك السلوكات عليه هو وعلى محيطه بشكل عام.

يعمل التحليل الوظيفي على تحديد وفهم، ومن ثم تغيير العوامل المثبتة التي تبقي على التصرفات اللامقصودة و المتكررة ، والتي تكون مسؤولة عن معانات الشخص أو معانات محيطه.

كما يعد التحليل الوظيفي المرحلة الأوليّة والأساسية لكل العلاجات السلوكية المعرفية. الاشراط المفعّل يقدم نموذج ذو صلة يهدف الى شد انتباه المفحوص الى

سلوكيات معقّدة تخصهم لم يكونوا ملمين بها بالفهم من قبل، وهذا فيحدّ ذاته يعدّ وجها من أوجها لوظيفة العلاجية للتحليل الوظيفي.

من هنا يمكن اعتبار:

التحليل الوظيفي يهدف الى تحديد وفهم لتغيير العوامل المثبتة التي تمدد او تطيل التصرفات اللاإرادية التكرارية,المسؤولة عن معاناة المفحوص او محيطه .

فهو مرحلة الاولية لكل علاج معرفي سلوكي حيث ان :

الاشتراط الإجرائي يحقق نموذجا مهما, يهدف إلى توجيه المفحوصين و التوضيح لهم سلوكاتهم المعقدة التي يصعب فهمها, كما له وظيفة علاجية حيث يسمح باختيار الإطار النظري و باختيار نموذج التحليل الوظيفي.

كما يسمح بإنشاء مخطط تفاعلي ثلاثي الأبعاد (المعارف، السلوكيات ، الانفعالات).

يوجد تداخل بين هذه الأبعاد الثلاثة, كل واحد يؤثر في الأخر فأي تغيير قد يحدث و قبل تطبيق أي تقنية علاجية من أي بعد من هذه الابعاد ,لابد من التفكير في النتائج الممكنة (للتغيير الذي يمكن ان يحدث)

التحليل الوظيفي هو كذلك التطبيق في العيادة للمنهج التجريبي لفاحص أمام المفحوص سوف يستعمل نفس المنهج الذي يستعمله الباحث امام ظاهرة ما .من مميزاته كذلك أن ملاحظة الأحداث و جمع المعطيات يكون عادة بطريقة كمية .كما يتميز بصياغة الفرضيات حول العلاقات السببية بين الأحداث,هذه الفرضيات يمكن أن تكون مبنية من خلال الملاحظة آو من خلال جل المعلومات الموجودة مسبقا عند الفاحص

د. شريفي

ويمارس التحليل الوظيفي من خلال محورين رئيسيين (شبكتين) هما التحليل التزامني Analyse Synchronique والتحليل التطوري Analyse Diachronique

التحليل التطوري Analyse Diachronique

- هي تاريخ المشكلة والمريض.
- يتم طرح أسئلة حول الماضي، حتى الطفولة إذا لزم الأمر، مع محاولة فهم كيفية ظهور الاضطراب. فعندما يخبر المريض عن حياته فإن لا نتحصل إلا على سرد روائي (لا يربط بين قصته واضطرابه) والذي يختلف عن القصص التكاملية. في هذا السرد، سيتم البحث عن أصول بيولوجية / وراثية لاضطرابه ، أو أصل نمائي أو عائلي أو اجتماعي أو ثقافي.
- مثلا: يتذكر المريض المصاب برهاب Agoraphobie بشكل جيد للغاية عندما أصيب بالذعر لأول مرة خارج منزله. تستقر الاضطرابات الأخرى بشكل أكثر خبثًا: المعاناة الاكتئابية واضطراب القلق العام.
- في كثير من الأحيان لا تظهر الاضطرابات في أي مرحلة من الحياة، فهي تظهر عندما تظهر عندما تفشل استراتيجيات المواجهة. مثل أوقات الضغط النفسي والإرهاق وأحيانًا الصدمات.
- سنحاول أن نرى كيف عمل الشخص من قبل وما هي خصائص شخصيته: متشائم ، متفائل ، قلق ، مبتهج ، ما هو مساره ، كيف كان دراسته ، إلخ. أي سنحاول بناء صورة لما هو عليه الشخص.
- هناك مكون طبي أكثر: السوابق العائلية ، لأن هناك عوامل ضعف وراثي ، ولكن أيضًا جانب التعلم من حيث المعايير التعليمية ، والنظرة إلى العالم ، وما إلى ذلك. هل تم نقل المريض إلى المستشفى بالفعل ، وهل هو خاضع

د. شريفي

للعلاج ...الخ. كل هذا يمكن أن يخلق نقاط ضعف لدى المريض وينشئ عوامل مؤهبة أو مسببة.

يعطي التحليل التطوري تحليلاً نوعيًا إلى حد ما حيث سنناقش المرضى (ثمرة المقابلة). فهي تحليل للحوارات التي كانت في المقابلات.

التحليل التزامني Analyse Synchronique:

إنه بُعد "هنا والآن" ، كيف حدثت المشكلة واستمرت، في الحين يطلب المريض المساعدة.

هنا التحليل كمي إلى حد ما لأننا سنطلب من الفاحص الإجابة على الاستبيانات ، وملء مفكرات يومية لتشجيع المراقبة الذاتية الملموسة على أساس يومي لأن ذاكرتنا غير موثوقة. سيتعين علينا تحديد نقطة البداية للاضطراب من أجل موضوعية أفضل تخص الاختلافات في نتائج ما قبل المعالجة وما بعد العلاج.

في معظم الحالات ، سنحاول اكتشاف السلوك المشكلة:

- ✓ تردده
- ✓ شدته
- ✓ مدته
- ✓ أشكال التعبير المختلفة
- ✓ كيفية انطلقه.

ستكون هذه القياسات والمعلومات مفيدة لأكثر من سبب ، فهي ستساعدنا من ناحية على فهم ديناميكيات المشكلة ، والدوائر المفرغة التي تحفظها ، ولكن أيضًا لمقارنة التجربة الذاتية للمريض بقياس كمي و لمتابعة تطور الاثنين أثناء الرعاية من خلال القياسات المتكررة.

في العلاج المعرفي السلوكي ، تقيّم السلوكيات المشكلة ، ولكن أيضًا السلوكيات التي لا تشكل أي إشكال.

د. شريفي

تشير السلوكيات التي لا تشكل إشكالا إلى موارد المريض. في بعض الأحيان يمكن أن تؤدي المواقف التي تبدو قريبة جدًا من بعضها البعض إلى سلوك مشكلة في بعض حالات وليس في كل حالات، وهذا يعطينا مؤشرات.

يقدم التحليل الوظيفي بالفعل فوائد علاجية لأنه يسمح للشخص أولا بفهم الآليات التي يبدو أنها تحفز مشاكله وتحافظ عليها، وبالتالي فإن هذه المرحلة من الرعاية ستكون مفيدة جدًا في التربية النفسية.

النماذج المختلفة للتحليل الوظيفي

هناك عدة نماذج للتحليل الوظيفي، اعتمادًا على الموجات الثلاث ، ولكن جميعها تهدف إلى جمع المعلومات التي تسمح بتطوير وصياغة الفرضيات حول الاضطراب، محددات الاختلال، وعوامل ظهور الاضطراب والحفاظ عليه.

باختصار، فإن التحليل الوظيفي يجعل من الممكن توضيح كل شيء و "كشف" عن السلوك المشكل.

- ✓ **ملاحظ الحقائقة**، وهي الجمع الأكثر اكتمالا بمعلومات حول السلوك المشكل.
- ✓ **صياغة الفرضيات** التي تربط الحقائق بالمعلومات التي جمعناها.
- ✓ **اختبار هذه الفرضيات** من خلال تطبيق تقنيات علاجية محددة أو بتغييرها إذا لم تكن مقنعة.
- ✓ **تفسير نتائج** البيانات الكمية والنوعية التي تجعل من الممكن تجسيد تأثير العلاج (التأثير العلاجي للتدخل).

يتم توجيه المعالج بعدد معين من الأسئلة التي يجب أن يجيب عليها لفهم أفضل للحالة الفردية المريض:

- ✓ " منذ متى بدأ السلوك المشكل (الهروب / الخوف)؟" وهذا يسمح مدى التجذر.
- ✓ " في أي موقف يظهر هذا؟"
- ✓ "هل هناك أوقات محددة؟"
- ✓ " كيف يتم التعبير عنه؟"
- ✓ " كم يدوم القلق؟"

د. شريفي

- ✓ " ما هو التردد؟"
- ✓ "مع من يظهر أو يختفي؟" (الأشخاص المطمئنون أو غيرهم)
- ✓ " ما هي المساعدات التي يجيدها المريض؟" (دعم الناس، المخدرات، التعويذات ....الخ)"
- ✓ "هل هناك أوقات تكون فيها الأمور أفضل من الأوقات الأخرى؟"
- ✓ " ما الذي يسبق سلوك المشكلة؟"
- ✓ "ما الذي يقلل من سلوك المشكلة؟"
- ✓ " ما الذي يزيد أو يمنع السلوك؟"

نتائج السلوك: على المريض، على أقاربه (الأسرة، والمهنة ...).

وهذا يعني التعرف على جميع ردود الفعل المعبر عنها في محيط المريض. ففي بعض الأحيان يكون تمكين autonomisation المريض مشكلة أيضًا لمن حولهم.

تحليل كل سلوك مشكلة:

المريض الذي يخشى من نوبات الهلع في السوبر ماركت بوسواس القهري طقسي خرافي TOCs rituels superstitieux في كل مرة يذهب إليه. فمن الواجب التعامل مع نوبات الهلع والوسواس القهري بشكل منفصل ، حتى لو كان أحدهما مشتقًا من الآخر ، لأنهما لا يصاحبهما نفس الإدراك، السلوكيات والانفعالات.

وبالتالي ، فإن التحليل الوظيفي يجعل من الممكن التحليل وفقًا للمكونين التطوري والتزامني للمشكلة بشكل تفصيلي. فهو يهتم بخصوصية السلوك المشكل من خلال تواتره.

ويسمح أيضا بتوضيح الموقف الذي يتم فيه ظهور هذا السلوك وعوامل الحفظ والعواقب على المريض وبيئته.

د. شريفي

التشخيص Diagnostic:

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

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

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

والأخصائي النفسي يستعين في كل هذه العمليات بالإطار المرجعي الذي يستند إليه في نظرية الشخصية، كما أن ممارسته لهذه العمليات يمكن أن تضيف إلى فهمه لطبيعة الشخية وصراعاتها ومشكلاتها، فهي تكون أساسية من الإطار المرجعي العلمي.

ويمكن النظر إلى التشخيص بوصفه عملية من مرحلتين، الأولى في الوصف المبني على كل البيانات التي جمعت عن المفحوص، والثانية في تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أو نسق له دلالة إكلينيكياً.

أن دقة التشخيص تعطي للفاحص الفهم الواضح لدلالة سلوك المفحوص بالصورة التي تمكنه من الاستجابة الملائمة لمشاعر المفحوص خلال تعامله معه، ومن التنبؤ عن سلوكه، ومن اختيار الطريقة العلاجية المناسبة.

د. شريفي

انواع الشبكات:

النماذج المختلفة للتحليل الوظيفي

هناك عدة نماذج للتحليل الوظيفي، اعتمادًا على الموجات الثلاث ، ولكن جميعها تهدف إلى جمع المعلومات التي تسمح بتطوير وصياغة الفرضيات حول الاضطراب، محددات الاختلال، وعوامل ظهور الاضطراب والحفاظ عليه.

باختصار، فإن التحليل الوظيفي يجعل من الممكن توضيح كل شيء و "كشف" عن السلوك المشكل.

- ✓ **ملاحظ الحقائقة**، وهي الجمع الأكثر اكتمالا بمعلومات حول السلوك المشكل.
- ✓ **صياغة الفرضيات** التي تربط الحقائق بالمعلومات التي جمعناها.
- ✓ **اختبار هذه الفرضيات** من خلال تطبيق تقنيات علاجية محددة أو بتغييرها إذا لم تكن مقنعة.
- ✓ **تفسير نتائج** البيانات الكمية والنوعية التي تجعل من الممكن تجسيد تأثير العلاج (التأثير العلاجي للتدخل).

يتم توجيه المعالج بعدد معين من الأسئلة التي يجب أن يجيب عليها لفهم أفضل للحالة الفردية المريض:

- ✓ " منذ متى بدأ السلوك المشكل (الهروب / الخوف)؟" وهذا يسمح مدى التجذر.
- ✓ " في أي موقف يظهر هذا؟"
- ✓ "هل هناك أوقات محددة؟"
- ✓ " كيف يتم التعبير عنه؟"
- ✓ " كم يدوم القلق؟"
- ✓ " ما هو التردد؟"
- ✓ "مع من يظهر أو يختفي؟" (الأشخاص المطمئنون أو غيرهم)
- ✓ " ما هي المساعدات التي يجيدها المريض؟" (دعم الناس، المخدرات، التعويذات ....الخ)"
- ✓ "هل هناك أوقات تكون فيها الأمور أفضل من الأوقات الأخرى؟"

د. شريفي

- ✓ " ما الذي يسبق سلوك المشكلة؟"
- ✓ "ما الذي يقلل من سلوك المشكلة؟"
- ✓ " ما الذي يزيد أو يمنع السلوك؟"

عواقب السلوك: على المريض، على أقاربه (الأسرة، والمهنة ...).

وهذا يعني التعرف على جميع ردود الفعل المعبر عنها في محيط المريض. ففي بعض الأحيان يكون تمكين autonomisation المريض مشكلة أيضًا لمن حولهم.

تحليل كل سلوك مشكلة:

المريض الذي يخشى من نوبات الهلع في السوبر ماركت بوسواس القهري طقسي خرافي TOCs rituels superstitieux في كل مرة يذهب إليه. فمن الواجب التعامل مع نوبات الهلع والوسواس القهري بشكل منفصل ، حتى لو كان أحدهما مشتقًا من الآخر ، لأنهما لا يصاحبهما نفس الإدراك، السلوكيات والانفعالات.

وبالتالي ، فإن التحليل الوظيفي يجعل من الممكن التحليل وفقًا للمكونين التطوري والتزامني للمشكلة بشكل تفصيلي. فهو يهتم بخصوصية السلوك المشكل من خلال تواتره.

ويسمح أيضا بتوضيح الموقف الذي يتم فيه ظهور هذا السلوك وعوامل الحفظ والعواقب على المريض وبيئته.

نماذج التحليل الوظيفي:

1. شبكة التحليل الوظيفي SECCA:

تسمح شبكة التحليل الوظيفي **SECCA** بالربط بين البعد التطوري والبعد التزامني.

تتكون شبكة التحليل الوظيفي SECCA من جزأين :

أ- **الجزء التطوري Partie diachronique = سوابق المريض Anamnèse**

يتضمن هذا الجزء:

- ✓ **البيانات الهيكلية المحتملة** (الجينية / الشخصية).

مثال: شخصية تابعة ، شخصية خاضعة.

د. شريفي

- ✓ **العوامل المحفزة الابتدائية** التي تم تذكرها مثل الأحداث الأولى التي أثارها المريض ،
- ✓ **العوامل التاريخية الحافظة** (لماذا استمرت الأعراض).

مثال: ردود فعل قوية اتجاه القلق => تندرج ضمن التعزيز السلبي => الحفظ.

- ✓ **العوامل المعجلة للاضطراب**

مثال: الحساسية اتجاه منتجات التنظيف => منتجات التنظيف خطرة.

- ✓ المشاكل الأخرى **(المراضة المصاحبة)**.

مثال: الاكتئاب والهلوسة ...الخ

- ✓ ومن الضروري بعد ذلك تقييم العلاجات السابقة (جميع الاستشارات مجتمعة: بشكل عام: الأخصائيين النفسانيين آخر ، وما إلى ذلك) والاطلاع على الأمراض المصاحبة (غير المرتبطة بالضرورة بالاضطراب) ، مما يجعل العلاج أكثر تعقيدًا.

مثال: مضادات الاكتئاب ومضادات القلق ...الخ

ب- **الجزء التزامني = تحليل المريض في اللحظة T أثناء الاستشارة**

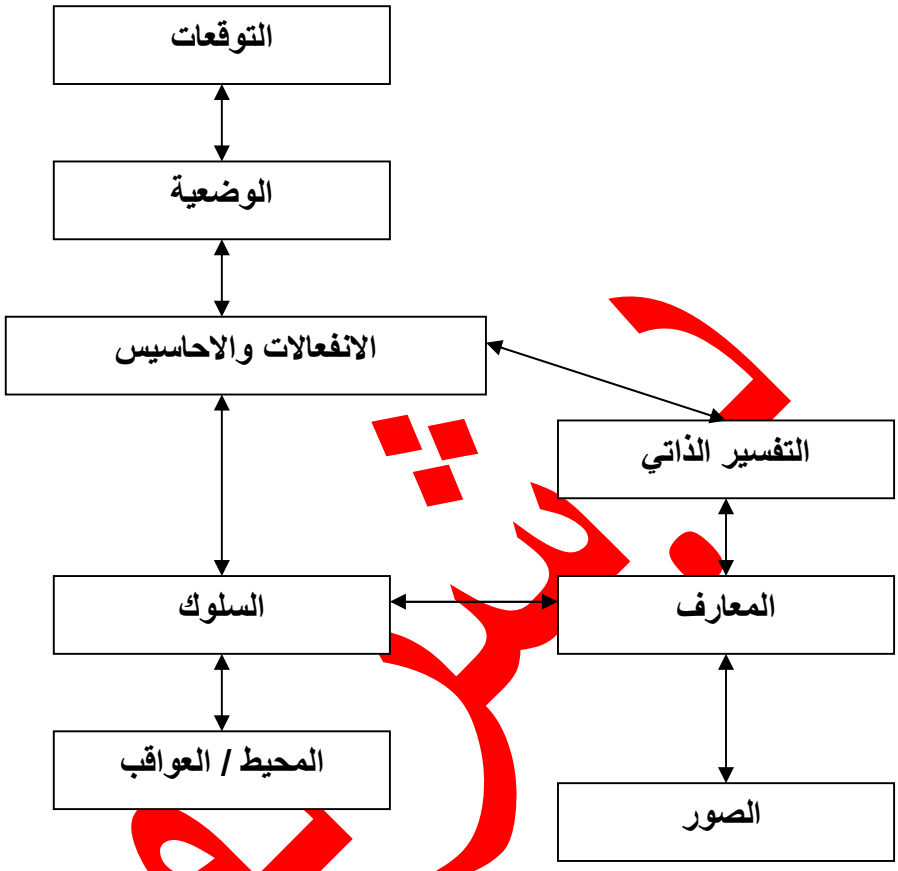
يركز هذا الجزء بشكل كبير على الجوانب المعرفية ذات الصلة بالجوانب الشخصية.

- ✓ S = Situations **الوضعيات** (السوابق) التي تسبب مشاكل (التحفيز). هناك دائما العديد من المواقف. لذا فإن السؤال هو هل يتوجب استخدام شبكة تحليل وظيفية واحدة أو أكثر.
- ✓ E = Emotions **الانفعالات** (ردود الفعل الانفعالية)
- ✓ C = Cognitions **المعارف** مع الصور الذهنية والمعتقدات الشخصية. تركز SECCA بشكل كبير على الجوانب المعرفية.

مثال : لا أعرف كيف أفعل ، لا يمكنني أن أفعل.

- ✓ C = Comportements **السلوكيات** مع العواقب وعوامل التعزيز.
- ✓ A = Anticipation **التوقعات** = الاعتقاد الأساسي الذي يتطور.

مثال: إذا وجدت نفسي في هذه الحالة ، فلن أتمكن من التأقلم.



الشكل(1): نموذج التحليل الوظيفي ل SECCA (Cottraux, 85)

2. نموذج التحليل الوظيفي BASIC IDEA ل (Lazarus, 77 ; Cottraux, 85)

وضعت شبكة التحليل الوظيفي هذه من قبل Lazarus في عام 1976 ، وأكملها Cottraux في عام 1985 بإضافة بندين (E و A).

تسهل هذه الشبكة جمع المعلومات الكاملة والدقيقة التي تسمح للمعالج باكتساب فكرة أولية قبل اتخاذ قرار علاجي. سيأخذ في الاعتبار السلوكيات العلنية (أي القابلة للملاحظة Overt) والسلوكيات المستورة غير الملحوظة (السرية Covert).

*** تعريف مصطلح « BASIC »**

- **B** ل **Behavior** السلوك: السلوك المشكل الذيقدم بسببه المريض للاستشارة. سنحاول تكملة ذلك بطريقة متشابكة: العوامل التاريخية (الضعف في الطفولة) ، المحفزات وعوامل الصيانة...

-**A** ل **Affect** **الانفعال**: الانفعالات التي تثير المشاكل.

-**S** لَ **Sensation** الإحساس: الأحاسيس الجسمية أو الجسدية التي تنشأ من الانفعال.

- **I** ل **Imagery** الصور: الصور الذهنية: هل يتصور المشاهد مثل افلام قصيرة. مهم : إذا لم يكن المريض قادرًا على التصور ، فسيكون الطرح صعبا عن طريق الخيال.

-**C** ل **Cognitions**: أفكاره ، معتقداته ، أفكاره التلقائية حول الوضعية المشكلة ومعتقداته حول قدرته على بدء العلاج

* **تعريف مصطلح** « **IDEA** »

-I ل **Interpesonal** **بين الشخصي**: هل المريض حازم للغاية أم أنه منطو على نفسه؟ ما العلاقات التي تربطه بمحيطه؟

-**D** ل **Drugs** **المخدرات**:المخدرات بشكل ولكن أيضًا الأدوية (المؤثرات العقلية). ما العلاجات الدوائية الجارية؟

-**E** ل **Expectation** **التوقعات**: ماذا يتوقع المريض من العلاج: طلبه ، أهدافه: ما هي آماله أو تحفظاته؟ هذا ما يحدد جزئيا فعالية ما بعد المعالجة. وقد يتطلب تربية نفسيَة ، على سبيل المثال إذا وصل مريض ويقول إنه لا يريد أبدًا أن يشعر بالخوف مرة أخرى.

-**A** ل **Attentes** **الترقب**: يتعلق الأمر بالمعالج وما يتوقعه من نجاحات أو إخفاقات. مثال: " القليل من النقد للأفكار المهووسة. تجنب انفعالي ومعرفي كبير. التحسن ممكن. علاج المعرفي السلوكي طويل وحساس. أقول لنفسي أن العرض لن يكون غداً".

ميزة هذا النموذج هو أنه لا ينسى أي شيء. ومع ذلك ، فإن المشكلة هي أنه لا يوجد جانب ديناميكي بين الفئات لفهم كيفية ارتباط كل متغير بآخر.

د. شريفي

3. نموذج التحليل الوظيفي SORC أو الحلقات المفرغة Cercles Vicieux

يرمز **S** للاستثارة التمييزية **Stimulus discriminatif** التي تحدث في بيئة المريض. في ذلك الوقت ، سيشعر الكائن بهذا الحافز = الحالة التي توجد فيها مشكلة.

يرمز **O** للعضوية **Organisme**. مجموعة الانفعالات والأحاسيس الجسدية والإدراك الذين يظهرون لدى الشخص في ذلك الوقت والتي لها تأثير على احتمالية حدوث السلوك المشكل. سيتم تفسير هذه الاستثارة من خلال الإدراك ولكن أيضًا من خلال ما يتم الشعور به الانفعالات والمظاهر الفسيولوجية. هذا يؤدي إلى فعل واستجابة.

يرمز **R** للاستجابة **Réponse**. يولد ادراك الاستثارة استجابة (سلوك) مرئية. متبوعة بفعل، نتيجة.

يرمز **C** للنتائج **Consequences**(=> عامل الحفظ). يتم إصدار السلوك لغرض معين ، غالبًا ما تؤدي بعض النتائج للسلوك إلى تعزيزه ، وهو ما يفسر سبب استمراره.

هذا النموذج يجعل من الممكن الوقف على أنواع السلوك اللاإرادي بعد الاستثارة التمييزية. كما أنه يجعل من الممكن تقييم السلوكيات المؤثرة والطوعية. لذا يمكننا دراسة هذين النوعين من السلوك من خلال نموذج التحليل الوظيفي **SORC**.

مثال:

- أرى العنكبوت أمامي (الوضعية) ،
- أقول لنفسي يا إلهي ، أنا سألدغ! (المعارف) ،
- سأخاف (الانفعالات) ،
- سوف يكون لدي خفقان (العضوية) ،
- سأهرب (النتيجة = السلوك)

* **نموذج الحلقات المفرغة Le modèle des Cercles vicieux**

هو تكييف لنموذج **SORC** قام به **Charly Cungi**

د. شريفي

تولد الوضعية المثيرة (ما يعادل الاستثارة في SORC) لدى المريض أفكار معينة، وفجأة تخلق لديه انفعالات تؤدي به للقيام بسلوك معين يكون له عواقب. إنها نفس فكرة**SORC** .

الأمر بسيط للغاية ويفهم المريض بسرعة كيف يعمل: لذلك يمكنه تحليل سلوكه بنفسه بسرعة.

فبمجرد تعزيز السلوك ، تكون المعرفة والاستجابة أسرع ، ليصبح السلوك في النهاية تلقائيًا.

د. شريفي

الاضطرابات النفسية للراشد وأدوات الفحص النفسي المستعملة

من خلال التعرض إلى بعض الاضطرابات النفسية للراشد سوف يتم التعرض إلى مختلف الوسائل و الأدوات المستعملة خلال التشخيص وتعتبر من أدوات الفحص النفسي حيث لايمكن تجاوز مرحلة من مراحل العمل مع المفحوص من غير تطبيق أدوات الفحص النفسي:

تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

يعرف DSM اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

A- نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة – الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر ب (1) و/ أو (2):

1) – **عدم الانتباه:** ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية:

ملاحظة :إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم

المهام أو التعليمات .بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين(سن 17 وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

a) غالباً ما يخفق في إعارة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى(مثلاً إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).

b) غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلاً صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة).

c) غالباً ما يبدو غير مصغٍ عند توجيه الحديث إليه مباشرة(عقله يبدو في مكان آخر مثلاً،

حتى عند غياب أي ملهي واضح) .

d) غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية

أو الواجبات العملية(يبدأ المهام مثلاً ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما يتلهى بسهولة).

e) غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة(الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلاً، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي، غير منظم العمل، يفتقد لحسن إدارة الوقت، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة).

f) غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج، مراجعة الأوراق الطويلة).

g) غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته(كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف النقالة).

h) غالباً ما يسهُل تشتيت انتباهه بمنبّه خارجي(للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين قد تتضمن أفكاراً غير ذات صلة).

i) كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال الروتينية اليومية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد).

2)- **فرط الحركة الاندفاعية:** ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا

تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية/ الأكاديمية.

ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم

المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين)سن 17 وما فوق(، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

a) غالباً ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.
b) غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).
c) غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج).
d) غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.
e) غالباً ما يكون متحفزاً أو يتصرف كما لو أنه " مدفوع بمحرك " (شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).
f) غالباً ما يتحدث بإفراط.
g) غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره في عند الحديث).
h) غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره(عند الانتظار في الطابور مثلاً).
i) غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم(مثلاً، في المحادثات، والألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الاذن، بالنسبة للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما بفعله الآخرون).

B- وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنوات.

C- وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلاً والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة.)

د. شريفي

D – يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض /أو إنقاصها لجودة، الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني

E– لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تُفسر بشكلٍ أفضل باضطراب عقلي آخر(مثل، اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية، الانسمام أو السحب من مادة ما.)

تقييم وتشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عند الراشدين

يشبه إجراء تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عند البالغين إلى حد كبير الإجراء المتبع عند الأطفال.

في الواقع ، غالبًا ما يحدث أن يتم تشخيص الوالد بعد طفله.

عملية التقييم :

لا يتمثل التقييم والتشخيص المحتمل لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في زيارة بسيطة للطبيب لمدة 15 دقيقة. يجب تعميق العملية والقيام بأكثر من زيارة. ويمكن إجراء التقييم من قبل طبيب الأمراض العقلية أو طبيب نفسي أو طبيب أعصاب أو طبيب أسرة مدرب في مجال اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لأن التقييم الشامل يتطلب فحصًا كاملاً للتاريخ البدني والنفسي بالإضافة إلى بعض اختبارات لاستبعاد الاضطرابات المحتملة الأخرى ، يوصى بتقييم المفحوص من قبل الطبيب أثناء العملية.

أثناء عملية الفحص المتعمق ، يجب التحقق لمعرفة ما إذا كانت هناك حالات أخرى (مثل القلق والاكتئاب) التي تتعايش غالبًا مع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. يعاني واحد فقط من كل خمسة أشخاص من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه غير المعقد ، أو ADHD دون أي اضطراب مصاحب للمرض. يجب أن تشمل جميع التقييمات مقابلة مطولة مع المريض وأولياء أموره وجميع الأشخاص المهمين الآخرين ، واستعمال مقاييس مختلفة لتقييم الأعراض؛ عادة ما يتم استخدام أكثر من مقياس لتأكيد النتائج.

د. شريفي

يجب أن يشمل التقييم المتعمق:

- تاريخ طبي كامل ، مع الانتباه إلى الاضطرابات التي يمكن أن تحاكي أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه – يمكن إجراء اختبارات الدم لاستبعاد أي اضطراب في الغدة الدرقية أو الكلى ؛
- تاريخ السوابق الشخصية والعائلية ، مع الانتباه إلى الاضطرابات التي يمكن أن تحاكي أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه – اضطرابات القلق واضطرابات المزاج واضطرابات تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية ؛
- تاريخ السوابق الشخصية والعائلية الخاصة بمشاكل القلب ؛
- تاريخ الأعراض أثناء الطفولة – لإجراء التشخيص ، يجب أن تكون الأعراض موجودة في سن 12 عامًا. إذا لزم الأمر ، استشارة التقارير المدرسية القديمة أو التحدث مع الآباء ؛
- مقاييس تقييم الأعراض التي يملأها المريض ووالد أو شخص مهم آخر – أولئك الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ليسوا دائمًا الأفضل في التعرف على أعراضهم والصعوبات التي يواجهونها يوميا.

الأعراض المحتملة :

يشتكي بعض البالغين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه و لطبيبهم أعراضا أخرى غير تلك المرتبطة عادة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عند الأطفال. قد يشعرون بالقلق أو الاكتئاب ويجدون صعوبة في النوم والاستيقاظ في الصباح. ولقد أفاد بعض البالغين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بالشعور بالغضب والانفعال معظم الوقت. قد يواجهون صعوبات في الإنتاجية والتحفيز والتنظيم والتسويف. إذا كانت الاندفاعية تمثل مشكلة ، فقد يواجه المصابين بهذا الاضطراب عواقب مالية أو اجتماعية أو قانونية كبيرة. التغيرات المزاجية هي أيضًا أحد أعراض العديدة التي يمكن أن يعاني منها البالغين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. لدى الراشدين المصابين بهذا الاضطراب تاريخ طويل من استراتيجيات التكيف المثالية ، بعضها مفيد والآخر أقل

د. شريفي

، والتي يمكن أن تخفي الأعراض الكامنة وراء اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وتجعل التشخيص أكثر صعوبة.

في بعض الأحيان ، تكون زيارة المصاب اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لطبيب بأمر من الزوج(ة) لأن العديد من المصابين البالغين لا يدركون مشاكل التي يتسببون فيها وتأثيرهم على الآخرين. فإذا عاش شخص ما بهذه الطريقة طوال حياته ، فإن التعرف على أعراض مثل هذا الاضطراب يمكن أن يمثل تحديًا. في النهاية ، فإنها الطريقة التي يعيش بها المصاب دائمًا.

يمكن أن يمثل العثور على طبيب للحصول على تقييم تحديًا حقيقيا . نظرًا لأن العملية التشخيصية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه غالبًا ما يقوم بها الأطباء المتخصصون في اضطرابات الطفولة مثل أطباء الأطفال أو الأطباء النفسيين لدى الأطفال والمراهقين ، فقد لا يكون بعض الأطباء النفسيين وأطباء الأسرة على دراية باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عند البالغين. قد يشكك البعض الآخر في وجود هذا الاضطراب. فإذا أراد المصاب البالغ إجراء تقييم لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، فمن المهم يتأكد من معرفة الطبيب باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه قبل الاستشارة. هل هو مجال تخصصه وكم عدد المصابين بهذا الاضطراب الذين يراهم ؟ إذا أخبره طبيبه أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عند البالغين غير موجود ، في هذه الحالة على المصاب البحث عن طبيب آخر.

د. شريفي

النوبة الاكتئابية الموصوفة عند الراشد

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte

الفصام مرض شائع نسبيا تصل نسبة انتشاره في عموم السكان إلى 1٪ فيما يبلغ معدل الإصابة السنوي حوالي 2 لكل 10.000. ويبدأ بشكل عام في أواخر مرحلة المراهقة أو في بداية سن الرشد. غير أن هناك أشكالًا من الفصام مبكرة (قبل 16 عامًا) و أخرى مبكرة جدا (قبل 12 عامًا). يتميز تطور هذا الاضطراب على المدى القصير بمعدل الانتكاس مقدر بين 20 و 40 ٪ في العام الموالي لأول ظهوره. على المدى الطويل ،حوالي: 10 ٪ فقط من الأشخاص المصابين بالفصام يمكنهم تطور هذا الاضطراب من الاستقلالية التامة ؛ بالنسبة لـ 70٪ من المصابين يصلون إلى الاستقلالية لديهم جزئية فقط ؛ أما 20٪ المتبقية من فإن تطور الفصام لديهم يؤدي خسارة تامة للاستقلالية. يتميز التطور الفصام أيضًا بمعدلات عالية لانتحار تقدر بـ 10 و 20 ٪ وانخفاض في متوسط العمر المتوقع بنحو 10 سنوات.

طريقة ظهور ومراحل التطور المبكرة لاضطراب انفصام الشخصية:

كلاسيكيا يتم وصف ثلاثة أشكال لظهور الانفصام: أشكال ذات بداية حادة (في أقل من أربعة أسابيع) ؛ أشكال مع ظهور تحت الحاد (أكثر من أربعة أسابيع) ؛ وأخرى مع بداية خبيثة مع تطور بطيء ومتدرج للاضطرابات. يجب الذكر نتذكر أن ظهور الفصام نادرًا ما يكون "صاعقة رعدية في سماء هادئة". في الواقع ، أظهرت الدراسات المختلفة أن ظهور الاضطرابات كان خبيثا (68٪) ، أو حادًا (18٪) أو تحت الحاد (15٪).

في معظم الحالات ، في بداية الاضطراب ، من الممكن التمييز بين عدة مراحل تطورية:

د. شريفي

– المرحلة قبل المرضية **phase prémorbide:** تمتد منذ الولادة حتى ظهور العلامات الأولى للمرض و خلال هذه الفترة يمكن ايجاد اضطرابات في التطور النفسي الحركي واللغة والتفاعلات الاجتماعية والسلوك المعرفي

– المرحلة البدائية **Phase prodromique:** تلي المرحلة قبل مرضية ، وتتميز بدايتها بظهور العلامات السريرية الأولى للاضطراب. وهي العلامات التي ينتبه إليها المصاب والوفد المرافق له وتدعى الأعراض البدائية. يشير ظهور أعراض ذهانية صريحة إلى الاصابة بالذهان (المرحلة الذهانية). قد يكون التمييز بين هاتين المرحلتين المختلفتين صعبًا بسبب الاستمرارية بينهما.

لقد أبرزت العديد من الدراسات عدم الاستقرار بمرور الوقت في التشخيص الذي تم إنشاؤه خلال النوبة الذهانية الأولى. كون طبيعة الاضطراب الأساسية غير معروفة أثناء النوبة الذهانية الأولى. ففي هذه المرحلة ، قد يبدو من السابق لأوانه تشخيص اضطراب الفصام كون أن هناك التطورات المختلفة ممكنة. ومع ذلك ، من الضروري بدء العلاج بمضادات الذهان دون تأخير. خلال المراحل الأولى من المرض ، يُفضل متابعة سريية دقيقة على اتخاذ التشخيص النهائي. بالاتفاق مع هذا النهج للاضطرابات ، يقترح McGorry تصنيفًا على ثلاث مراحل:

- "الذهان المبكر": بما في ذلك المرحلة البدائية والنوبة الذهانية الأولى ؛
- الفترة الحرجة": بعد النوبة الذهانية الأولى والسنوات القليلة التالية ؛
- "الذهان المطول" حيث يمكن إجراء التشخيص على وجه اليقين بناءً على مسار الاضطراب.

د. شريفي

الذهان المبكر: المرحلة البدائية والنوبة الذهانية الأولى

المرحلة البدائية Phase prodromique:

تقابل المرحلة البدائية فترة انتقالية بين حالة الضعف تجاه الاضطرابات وظهور حالة ذهانية مميزة. وتكون الأعراض خلال هذه المرحلة هي انعكاس لعملية ذهانية مستمرة. توجد هذه المرحلة عند 75٪ من مرضى الفصام. غالبًا ما تتمدد هذه زمنيا: فلقد تتراوح هذه المرحلة من 2 إلى 5 سنوات في أشكال ذات بداية خبيثة. وقد

تبلغ متوسط مدة هذه المرحلة 22.5 شهرًا. الرجال لديهم بداية خبيثة أكثر من النساء. تظهر العلامات الأولى للمرض في سن المراهقة أو في السنوات الأولى من سن الرشد ، بين سن 15 و 25 سنة. والبداية تكون مبكرة لدى ب5 سنوات مقارنة بالنساء (20 – 25 سنة على التوالي). تبدأ المرحلة البدائية بأعراض اكتئابية (مزاج مكتئب ، محاولة انتحار ، انخفاض الثقة بالنفس ، الشعور بالذنب) مرتبطة بالأعراض السلبية (تأثير متغير ، انخفاض الدافع ، فقدان الطاقة). ثم يتم العثور على الأعراض السلبية بشكل أساسي. وأخيرًا ، تظهر الأعراض الإيجابية (الهذيان والهلوسة والتفكير غير المنظم) ، والتي تمثل الحلقة الذهانية الأولى ، في المتوسط قبل عام واحد من بدء العلاج.

خلال هذه المرحلة البدائية ، تم وصف العديد من الأعراض و تم الإبلاغ عنها من قبل Yung et al بعد مراجعتهم للأدب العلمي:

- **الأعراض "العصبية":**
  - ✓ القلق
  - ✓ التوجس
  - ✓ عدم الاستقرار
  - ✓ الغضب
  - ✓ التهيج
- **أعراض الغدة الصعترية**
  - ✓ الاكتئاب
  - ✓ انعدام التلذذ Anhedonia
  - ✓ مشاعر الذنب
  - ✓ أفكار انتحارية
  - ✓ تقلبات المزاج
- **التغييرات في الإرادة**
  - ✓ اللامبالاة
  - ✓ فقدان الزخم الحيوي

د. شريفي

- ✓ الملل
- ✓ فقدان الاهتمام
- ✓ التعب
- ✓ فقدان الطاقة

- **التغييرات المعرفية**
  - ✓ اضطرابات الانتباه
  - ✓ انخفاض في التركيز
  - ✓ المخاوف
  - ✓ أحلام اليقظة
  - ✓ تجمد الفكر
  - ✓ صعوبة التجريد
- **الأعراض الجسدية**
  - ✓ شكاوى جسدية
  - ✓ فقدان الوزن
  - ✓ فقدان الشهية
  - ✓ اضطراب النوم
- **التغييرات السلوكية**
  - ✓ تدهور الأداء الاجتماعي
  - ✓ الانسحاب الاجتماعي
  - ✓ السلوكات المندفعة
  - ✓ السلوكات الغريبة
  - ✓ العدوانية
- **أعراض أخرى**
  - ✓ مظاهر الوسواس القهري
  - ✓ الظواهر الانفصالية
  - ✓ الحساسية العالية

د. شريفي

- ✓ التغيير في الوعي بالذات والآخرين أو بالعالم
- ✓ تغييرات في الحركية النفسية
- ✓ اضطرابات اللغة
- ✓ اضطرابات الإدراك
- ✓ عدم الثقة
- ✓ التغييرات في التأثيرات

وصف الأعراض البدائية الأكثر شيوعًا في دراسات النوبات الذهانية الأولى (حسب ترتيب تكرارها) وفقًا لـ Yung et al. (1996)

1. قلة التركيز والاهتمام
2. قلة الدافع والدافع والحساسية
3. المزاج المكتئب
4. اضطراب النوم
5. القلق
6. الانسحاب / الانسحاب الاجتماعي
7. عدم الثقة
8. تدهور الأداء الاجتماعي
9. التهيج

في مواجهة صعوبة تحديد الأشخاص في المرحلة البدائية بسبب عدم التحديد في الأعراض البدائية ، تم تطوير مفهوم "الحالة النفسية المعرضة للخطر" والذي يحدد الأشخاص الذين لديهم خطر متزايد من الإصابة بالذهان على المدى القصير. قام فريق ماكجوري McGorry الذي شارك بشكل كبير في هذا المجال من البحث ، بتحديد استراتيجية "إغلاق closing in " لمحاولة التعرف المصابين الذين هم معرضين لخطر المعاوضة الذهانية décompensation psychotique. تستخدم هذه الاستراتيجية عناصر سريرية ولكن أيضًا خصائص معينة مثل التاريخ العائلي للذهان ، أو التاريخ الشخصي لنوبات ذهانية وجيزة قابلة للشفاء؛ أو تدهور في الأداء

د. شريفي

الاجتماعي للموضوع. وهكذا طور هذا الفريق معايير تحديد الشخاص المعرضين بشدة لإصابة باضطراب ذهاني على المدى القصير.

- الأفراد الذين لهم سوابق عائلية من الدرجة الأولى أو الشخصية الفصامية ، وانخفاض حديث في الأداء العام ؛
- الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية مخفضة ؛
- الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية مميزة ولكن متقطعة ، محدودة في الوقت قابلة للشفاء تلقائيا.

في المرحلة البدائية ، تطرح اشكالية العلاج الدوائي وخاصة مضادات الذهان. ففي الوقت الحاضر ، لا يوجد إجماع ولكن يبدو من السابق لأوانه استعمال هذا النوع من العلاج. ويمكن أن تكون التوجهات بعدم المعالجة بمضادات الذهان في مرحلة الأولية في من أجل ترك إمكانية تقييم المصاب بعيد أي علاج عدا الحالة التي يكون لعلاج موضعيا وخاصا بأعراض معينة في انتظار استشارة متخصصة. من الواضح أن هذا االمرف يتطلب أن يكون التقييم ممكنًا في غضون فترة زمنية معقولة من قبل الأطباء النفسيين المتخصصين في تقييم الأشخاص المعرضين لخطر التحول إلى ذهان. بمجرد إجراء التقييم وتحديد "مستوى الخطر" ، يكون الهدف ذو شقين: المراقبة الدقيقة للأشخاص الذين لديهم علامات بدائية لتحديد أول نوبة ذهانية محتملة يجب معالجتها دون تأخير وإدارة تعطيل الأعراض البدائية (العلاجات الدوائية ، العلاج النفسي المكيّف ، الرعاية النفسية الاجتماعي).

النوبة الذهانية الأولى:

يتم تحديد بداية المرحلة الذهانية أو النوبة الأولى من خلال ظهور أول أعراض ذهانية الصريحة. تحدث بداية الذهان عادة عند الشباب. بشكل عام ، تظهر الأعراض الذهانية الأولى ضعيفة، أي أنها قليلة وغير ملحوظة. لكنها تتطور تدريجياً وتزداد شدتها. وظهور الأعراض الإيجابية (الهذيان والهلوسة والتفكير غير المنظم) هو الذي يسمح في الغالب بتحديد بداية الذهان.

د. شريفي

عندما يتم تحديد هذه النوبة الذهانية الأولى ، يجب أن يبدأ العلاج بمضادات الذهان دون تأخير. العلاج النفسي المحدد ، والنهج التربوي النفسي وكذلك النهج الأسري سيكمل العلاج.

التحديد المبكر للذهان الناشئ: الفوائد والصعوبات

- فوائد التعرف على المرض في مرحلة مبكرة

يمكن أن يكون التأخير في تنفيذ العلاج عواقب وخيمة على مستقبل المصاب، فلقد أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين مدة طويلة من الذهان غير المعالج وسوء التشخيص. فلقد لوحظ لدى المصابين في حالة تدخل علاجي المتأخر (مدة ذهان طويلة غير معالجة) ما يلي:

- المزيد من المقاومة للعلاجات المضادة للذهان والمزيد من الانتكاسات ؛
- شفاء أبطأ وأقل اكتمالا من معاوضة المرض ؛
- تدهور معرفي أسرع وأقوى؛
- ارتفاع خطر الاكتئاب وتعاطي المخدرات ؛
- المزيد من الاضطرابات السلوكية والاختلالات الاجتماعية الخطيرة.

يؤكد التحليل التلوي meta-analyse الذي أجراه Perkins et al حول 43 دراسة خصت الأشخاص مصابين بنوبة ذهانية أولى على وجود علاقة ارتباطية بين مدة قصيرة من الذهان غير المعالج وفعالية أفضل لمضادات الذهان، ولكن أيضًا بين فترة طويلة من الذهان غير المعالج و شدة الأعراض السلبية والتأثير المعرفي للمرض. ولقد أظهرت أيضا مراجعة Marshal et al للأدبيات والتي تركزت على 26 دراسة استطلاعية تضمنت 4490 حالة خلال نوبة الذهانية الأولى وجد علاقة بين المدة الذهانية غير المعالجة ومستقبل المصاب 6 و 12 شهرًا من حيث التحول الاجتماعي والعام.

تبدو فائدة تحديد وإدارة المراحل الأولى من المرض واضحة. إنها مسألة إقامة علاج يجعل من الممكن التقليل من شدة الاضطرابات وتقليل من عواقبه الاجتماعية.

الصعوبات في التشخيص والعلاج وقت مبكر

هناك العديد من العوامل التي تساهم في تأخر العلاج في الاضطرابات الذهانية الناشئة. فهناك على وجه الخصوص ، ثلاثة عوامل:

- صعوبة التعرف على الاضطراب من قبل المصاب وعائلته ولكن أيضًا من قبل مهني الصحة ، سواء كان عواما أو متخصصين. هذا التعرف معقد لأنه من الصعب التمييز بين الاضطرابات التي تعزى إلى الذهان الناشئ عن المرض النفسي الكلاسيكي للمراهقين ؛
- التردد المتكرر للمرضى والأسر في المشاركة في المتابعة النفسية وقبول العلاج ، بسبب نقص الوعي بالطبيعة المرضية للاضطرابات ووصم الرعاية النفسية ؛
- صعوبة الحصول على رعاية نفسية. وبالفعل ، فإن الأطباء النفسيين الليبراليين والمستشفيات يغرقون بطلبات رعاية أخرى ، كما أن الشخص الذي يعاني من ذهان مبدئي ليس لديه فرصة تذكر للحصول على الرعاية. بالإضافة إلى ذلك ، هناك نقص في التنسيق بين الجهات الطبية المختلفة في بعض الأحيان.

لذلك نحن في وجود مرض نادر نسبيًا يصعب تشخيصه ولكن التعرف المبكر عليه يمكن أن يكون له تأثير كبير على مساره. من المهم تحديد استراتيجية لتحديد ورعاية الأشخاص الذين يعانون من ذهان معروف أو من المحتمل أن يكون لديهم واحد.

معايير التشخيص دقيق لنوبة اكتئابية :

يجب أن تكون أعراض النوبة الاكتئابية الموصوفة:

- تواجد هذه الأعراض لمدة لا تقل عن أسبوعين ، ولكل واحد منها درجة من الشدة بينة تقريبًا في كل يوم ؛
- تمثل تحولا مقارنة بالأداء السابق (المهني والاجتماعي والأسري) ؛
- تدل على معاناة كبيرة.

أعراض النوبة الاكتئابية الموصوفة:

د. شريفي

- **عرضان رئيسيان على الأقل:**

✓ المزاج المكتئب.

✓ فقدان الاهتمام والاحباط؛

✓ فقدان الطاقة وزيادة التعب.

- **على الأقل 2 من الأعراض الأخرى:**

✓ انخفاض في التركيز والاهتمام ؛

✓ انخفاض في التقدير الذات والثقة بالنفس ؛

✓ الشعور بالذنب وعدم القيمة ؛

✓ نظرة سلبية ومتشائمة للمستقبل ؛

✓ الأفكار والسلوكات الانتحارية ؛

✓ اضطرابات النوم.

✓ فقدان الشهية.

يمكن أن تتجلى أيضًا نوبة اكتئابية موصوفة من خلال التعبيرات الجسدية (مثل الألم والاختلالات الوظيفية المختلفة والمتكررة) والاضطرابات الجنسية.

قد يكون لبعض الأعراض تعبيرات مختلفة وفقا للثقافات والمعتقدات.

*** الحداد:**

لا يعتبر الحزن نوبة اكتئاب موصوفة. حالة الحداد، فهو استجابة تكيفية لخسارة كبيرة والتي لا ينبغي أن تعتبر حالة طبية.

ومع ذلك ، يمكن أن يكون الحداد في بعض الأحيان معقدًا بسبب نوبة اكتئابية موصوفة وبالتالي تنطوي على خطر الانتحار.

لدى كبار السن:

غالبا ما يصعب تشخيص النوبة الاكتئابية الموصوفة بسبب الصعوبات الجسدية أو الاضطرابات المعرفية التي تظهر في المقدمة.

أمام أي اضطراب معرفي لدى شخص مسن ، يوصى بالنظر إلى امكانية وجود حالة اكتئاب كامنة مسؤولة عن الأعراض.

د. شريفي

يمكن تكون النوبة الاكتئابية الموصوفة بداية مرض انتكاسي عصبي (مرض الزهايمر ، مرض باركنسون ، إلخ) أو تظهر كعرض ثانوي له.

أي نوبة اكتئابية موصوفة عند كبار السن تنطوي على خطر انتحار مرتفع.

التشخيص التفريقي

التشخيص التفريقي للنوبة اكتئابية الموصوفة هي:

1. الاضطرابات النفسية الأخرى ؛
2. تعاطي بعض الأدوية وإساءة استخدامها والاعتماد عليها والانسحاب منها، وكذلك الإفراط في تناول الأدوية عند كبار السن ؛
3. استخدام، تعاطي، ادمان المؤثرات العقلية والانسحاب منها (بما في ذلك التوقف عن التدخين) ؛
4. أمراض جسدية أخرى ، على وجه الخصوص: قصور الغدة الدرقية ، وأمراض التنكس العصبي.

يمكن أن يكون الافراط في تعاطي المؤثرات العقلية و الادمان عليها من الاضطرابات المصاحبة.

التقييم المبدئي للنوبة الاكتئابية الموصوفة:

يوصى بإجراء فحص سريري انظر في امكانية وجود اضطراب مصاحب وإجراء أي فحوصات مخبرية يستوجبها هذا الفحص.

المقابلة السريرية

*** تقييم النوبة الاكتئابية الموصوفة الحالية:**

من أجل التقييم الأولي النوبة الاكتئابية الموصوفة ، يوصى بالبحث عن العناصر التالية:

- ✓ خطر الانتحار
- ✓اضطراب نفسي مصاحب، خاصة من بين اضطرابات القلق ؛

د. شريفي

- ✓ العدوانية الموجهة للذات أو نحو الاخرين؛
- ✓انخفاض في الوظائف الحسية أو الجسدية أو المعرفية (خاصة للمرضى المسنين أو أولئك الذين عانوا من صدمة في الرأس) ؛
- ✓وجود الاعتداء الجسدي أو النفسي أو اللفظي أو الجنسي ؛
- ✓التعبيرات الجسدية لحالات الاكتئاب (مثل الألم والاختلالات الوظيفية المختلفة والمتكررة) ؛
- ✓الاضطرابات الجنسية؛
- ✓عوامل الخطر النفسي والاجتماعي ؛ هناك حاجة لتقييم مدة وشدة عامل الخطر وإمكانية التحسن التلقائي.

تقييم السوابق الشخصية والعائلية

- في حالة وجود نوبة اكتئابية موصوفة ، يوصى بالبحث عن السوابق النفسية والجسدية أثناء التقييم الأولي.
- يوصى بجمع معلومات إضافية إذا لزم الأمر من العائلة أو الأصدقاء بموافقة المريض.
- يوصى بتقييم الموارد والمعونة والأداء الاجتماعي المهني وما إلى ذلك.

أدوات دعم التشخيص

أدوات التقييم المقننة هي أدوات تشخيصية يجب أن تخضع لحكم ، بما في ذلك PHQ-2أو PHQ-9 ، BDI-II، HADS، HDRS، GDS-15.

- Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)
-Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
-Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
- Geriatric Depression Scale (GDS 15- items)

بالنسبة لبعض المرضى ، يمكن الاستفادة من تخصيص تشخيص الاكتئاب عن طريق استخدام استبيان ذاتي.

د. شريفي

تقييم مدى خطورة النوبة الاكتابية الموصفة:

التعريف:

يوصى بتشخيص النوبة الاكتئابية الموصوفة وفقا ل CIM-10 و DSM-5 الذان يطراحان 3 مستويات من الحدة: خفيفة أو معتدلة أو شديدة اعتمادا على عدد وشدة الأعراض ودرجة الاختلالات في الأنشطة الاجتماعية والمهنية الناتجة عن نوبة الاكتئابية لدى المصاب.

الجدول1: المعايير التي تحدد النوبات الاكتئابية الخفيفة ، المتوسطة والشديدة

حدة النوبة الاكتئابية الموصوفة	عدد الأعراض		التأثير على نمط الأداء للمريض
	CIM-10	DSM-5	
خفيفة	2 من الأعراض الاكتئابية الرئيسية و 2 من الأعراض الاكتئابية الأخرى	أعراض إضافية قليلة أو معدومة مقارنة بالعدد ضروري للتوافق مع التشخيص	تأثير بسيط على الأداء (مضطرب بسبب الأعراض) بعض الصعوبات لمواصلة الأنشطة العادية والأنشطة الاجتماعية، ولكن يمكن أدائها بذل جهد إضافي
متوسطة	2 من الأعراض الاكتئابية الرئيسية ومن 3 إلى 4 أعراض اكتئابية الأخرى	عدد الأعراض بين "معتدل" و "حاد"	يتراوح العجز في الأنشطة بين المذكور في النوبات الخفيفة والشديدة
شديدة	3 من الأعراض الاكتئابية الرئيسية و على الأقل 4 من الأعراض الاكتئابية الأخرى	عدد الأعراض يزيد بكثير عن العدد الضروري لإجراء التشخيص	تؤثر الأعراض بشكل واضح في الأنشطة المهنية ، الأنشطة الاجتماعية العادية وفي العلاقات مع الآخرين: على سبيل المثال صعوبة كبيرة أو حتى عدم القدرة على القيام بالعمل وبالأنشطة الأسرية والاجتماعية

قد تتضمن النوبة الاكتئابية الموصوفة ، خاصة إذا كانت شديدة :

- أفكار انتحارية (تخطيط أو نوايا أو محاولة) ؛
- أعراض ذهانية (هلوسة ، هذيان) تتطابق في كثير من الأحيان مع المزاج ؛
- عدم القدرة على الحفاظ على الأنشطة اليومية: النظافة الشخصية والنظام الغذائي وما إلى ذلك.

الأدوات المتاحة

يقوم تقييم الخطورة على حكم الأخصائي؛ وأدوات التقييم المقننة هي مجرد مساعدات ، سواء للتشخيص أو للمتابعة السريرية للمرض.

هذه الأدوات هي:

- Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)
- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

خطر الانتحار:

تقييم مخاطر الانتحار

يتم تقييم المخاطر الانتحارية الرئيسية في النوبات الاكتئابية الموصوفة أثناء التقييم الأولي وإعادة تقييمها بانتظام أثناء العلاج.

يجب سؤال المريض عن أفكاره الانتحارية ، بلباقة في مناخ من الثقة ؛ لا يجب أن يعزز الاستجواب خطر الانتحار.

يجب أن يتضمن تقييم الأفكار والنوايا الانتحارية ما يلي:

- ✓ بداية ومدة وكثافة وتكرار هذه الأفكار الانتحارية ؛
- ✓ قرب القيام بالفعل
- ✓ السلوكيات التحضيرية لتجسيد الفعل وعواقبه ؛
- ✓ البحث والوصول إلى الوسائل الفتاكة.

يوصى بمراعاة ما يلي:

- ✓ السياق الاجتماعي البيئي والثقافي ؛
- ✓ حالة من عدم الاستقرار أو وقوع أحداث حياتية معينة ؛
- ✓ انفكاك أو الشعور بالوحدة.؛
- ✓ بيئة قريبة ممرضة قريبة ، أو جو من العدوى الانتحارية.

د. شريفي

من المستحسن أيضًا البحث عن وجود عوامل وقائية (أسباب إيجابية للعيش ، دعم اجتماعي قوي).

يمكن للأخصائي ، بموافقة المريض ، الحصول على معلومات من أفراد الأسرة وغيرهم من المهني الصحة.

تقييم إلحاحية الانتحار

يوصى بتقييم الأزمة الانتحارية ودرجة إلحاحها.

خطر الانتحار منخفض	خطر الانتحار معتدل	خطر الانتحار عال (الطوارئ)
المريض المتأزم: **– علاقته بالأخصائي علاقة ثقة ؛** **- يريد التحدث يبحث عن التواصل** **– يبحث عن حلول لمشاكله ؛** **– يفكر في الانتحار ولكن ليس لديهم سيناريو انتحاري محدد ؛** **– ما زال يفكر في الوسائل والاستراتيجيات لمواجهة الأزمة ؛** **– ليس مضطربًا بشكل غير طبيعي ولكنه يعاني نفسيًا**	**المريض المتأزم:** **– يفكر في الانتحار ونيته واضحة ؛ لديه سيناريو انتحاري ولكن أجل تنفيذه ؛** **- لا يرى أي طريقة أخري سوى الانتحار لوقف المعاناة ؛** **- يظهر توازن انفعالي هش؛** **- يحتاج إلى مساعدة ويعبر عن محنته بشكل مباشر أو غير مباشر ؛** **- منعزل**	**المريض المتأزم:** **– مصمم: تخطيطه للانتحار واضح وتنفيذه يكون في الأيام القادمة ؛** **– منقطع انفعاليا: يبرر قراره أو يكون انفعالي أو مضطرب أو قلق ؛** **- يشعر بالشلل التام بسبب الاكتئاب أو في حالة من الهياج الشديد ؛** **- لديه ألم وتعبير عن المعاناة دائمين أو يكون تعبير عنها مكبوتا تماما ؛** **- لديه إمكانية الوصول المباشر والفوري إلى وسائل الانتحار ؛** **- يشعر أنهم قام بكل شيء وجرب كل شيء ؛** **– منعزل للغاية.**

– **الخطر العالي** هو حالة طارئة ، ينصح بالاستشفاء ، وإذا لزم الأمر ، دون موافقة المريض.

– في حالة وجود **خطر انتحاري معتدل** ، يتم اتخاذ القرار على أساس كل حالة على حدة: إما دخول المستشفى ، أو متابعة معززة مثل الاتصال المباشر أو الهاتفي المتكرر ، أو اللجوء إلى رأي أخصائي نفسي.

- في حالة **انخفاض خطر الانتحار** ، يوصى بالبقاء يقظين وإعادة تقييم مستوى الاستعجال.

مؤشرات الاستشفاء:

من المستحسن النظر في الاستشفاء إما على الفور أو أثناء سير التطور، في الحالات التالية:

- ✓ مريض مقدم سيناريو انتحاري أكيد؛
- ✓ مريضًا معرضًا لخطر فوري لإيذاء الذات ؛
- ✓ مريض لديه قدر محتمل ؛
- ✓ بعض أشكال الاكتئاب الحادة ، في حالة الأعراض الذهانية الشديدة أو الجسدية المرتبطة بها ؛
- ✓ وجود هياج شديد قلق مع عدم التحكم الانفعالي أو الاندفاع ؛
- ✓ الانسحاب من مادة ذات تأثير نفسي ؛
- ✓ كلما تتطلب الحالة ذلك.

إذا كان الشخص بحاجة إلى دخول المستشفى ، فيجب بذل كل جهد ممكن للحصول على موافقته.

إذا تم رفض دخول المستشفى ، فمن المستحسن استخدام الأحكام القانونية المتعلقة بحقوق وحماية الأشخاص الخاضعين للرعاية النفسية وأساليب رعايتهم.

د. شريفي

طيف التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية: التشخيص والتقييم عند البالغين

1. تشخيص وتقييم الأداء عند البالغين

1.1 عموميات

النهج له جانبان:

- ✓ التشخيص الطبي وفقًا لمعايير التصنيفات الدولية (DSM V , CM10) ؛
- ✓ تقييمات الأداء لتقييم موارد الفرد لتطوير المشروع الشخصي.

سياق العملية التشخيصية وتقييمات

المؤشرات السريرية المنبهة والأدوات المساعدة للاستكشاف التشخيصي

نظرًا لعدم وجود خصوصية للمؤشرات السريرية المنبهة عند البالغين، فإنه من المهم عند الوقوف على الصعوبات المستمرة في التكيف الاجتماعي والتواصل المفحوص مع بيئته التفكير أيضًا في إمكانية الإصابة باضطراب نمائي.

تلزم المؤشرات السريرية المنبهة الأطباء بالبحث عن ظهور مبكر لها وادراجها في تاريخ الأفراد مع صعوبة التي يولدها قصور الملاحظات السابقة في معظم السجلات الطبية أو المدرسية.

تطلب إمكانية حدوث اضطراب نمائي استكشاف عناصر ثالوث التوحد والتي تشمل:

- ✓ تدهور نوعي في التفاعلات الاجتماعية ؛
- ✓ تدهور نوعي في التواصل ؛
- ✓ طبيعة مقيدة ومتكررة ونمطية للسلوكيات والمصالح والأنشطة.

يتعين عند سؤاله عن تشخيص نفسي ، أن يفكر أيضًا في اضطراب نمائي عند وجوده امام لائحة أعراض نفسية مرضية غير شاذة.

يجب أيضًا اعتبار الاستجابة غير المعتادة (إما بسبب عدم وجود رد فعل ، أو من خلال تأثيرات غريبة أو فرط الحساسية) لوصفات الأدوية النفسية كمؤشرات سريرية منبهة.

فائدة النهج:

د. شريفي

يمكن اتباع نهج التشخيص في أي سن عمرية. مما يجعل من الممكن تصور تأقلم الشخص بشكل أفضل مع البيئة ، و تكيف البيئة مع احتياجاته الخاصة.

طرق التنفيذ

النهج التشخيصي متعدد التخصصات. يتمركز في ثلاثة سجلات: ثالوث التوحد ، التخلف العقلي المصاحب، الأمراض والاضطرابات المرتبطة.

من المستحسن إضفاء الطابع الرسمي على عملية التشخيص (ببروتوكول) وتنسيقها (مع جميع الجهات الفاعلة المعنية – مثل المشاركين في التشخيص)*

☹*(معلمون متخصصون ، المختصون في العلاج الوظيفي الحركي ،المختصون في الوراثة السريرية ، ممرضات ، الأطباء العامون ، أطباء الأعصاب، الأرطفونيون ،أطباء الأمراض العقلية، المختصون في علم النفس أطباء الأشعة.)

البحث عن ثالوث التوحد

نهج التشخيص هو السريري في المقام الأول.

جمع المؤشرات السريرية يجب أن يأخذ في بعين الاعتبار السلوك في سياقات مختلفة، وبالتالي، فإنه يجب أن يتضمن الملاحظة المباشرة أو المنقولة عن مختلف الجهات المعنية.

يشمل التشخيص السيرة المرضية أثناء الطفولة (بداية الاضطراب النمائي في أشكاله النموذجية قبل 3 سنوات) و تطور الأعراض في مختلف المراحل العمرية.

يتم تحديد التشخيص السريري باستخدام أدوات مقننة يتم اختيارها بما يتوافق مع المصاب. (أنظر الجدول1)

الجدول1: أدوات الدعم لتشخيص ثالوث التوحد لدى البالغين

الأدوات	الاستخدام (طفل ، مراهق ، بالغ)	المستوى النمو المطلوب (اللفظي أو اللغة غير الوظيفية)	كيفية الاجراء	مجالات التقييم
AAA	الطفل ، المراهق ، البالغ		مقابلة سريرية شبه منظمة مع المريض و المخبر	– التفاعل الاجتماعي – الأنشطة المقيدة – التواصل – الخيال

د. شريفي

				– المعايير الإضافية
ADOS-G	الطفل ، المراهق ، البالغ	أربع وحدات مكيفة وفقًا للغة ومستوى النمو. تنطبق الوحدة 4 على المراهق أو البالغ الذي يجيد لغة (تتكون من الأسئلة ومحادثة). لا وحدة للبالغين غير اللفظيين	أداة متابعة مباشرة شبه منظمة تفاعلية	– التفاعلات الاجتماعية – التواصل – لعبة – الخيال
ADR-I	الطفل ، المراهق ، البالغ	العمر العقلي> 2 سنة	المقابلة شبه المنظمة الشاملة مع مخبر (واحد من الأهل)	– تفاعلات اجتماعية متبادلة – التواصل واللغة – السلوكيات النمطية
ASD-DA	البالغ	بتخلف عقلي	مقابلة المخبر	ثالوث التوحد
CARS	الطفل ، المراهق ، البالغ		أداة متابعة مختلطة (مباشرة وغير مباشرة) منظمة للمصاب	– العلاقة – استخدام الجسم – استخدام الأشياء – الاستجابة الانفعالية – التواصل
DISCO	الطفل ، المراهق ، البالغ	لا حاجة للغة وظيفية	مقابلة المخبر	ثالوث التوحد
ECA-R	الطفل	جميع المستويات	أداة متابعة مختلطة (مباشرة وغير مباشرة) منظمة للمصاب	– الاتصال – التواصل – المهارات الحركية – الانتباه – الإدراك
EC2R	البالغ	جميع المستويات	أداة متابعة مختلطة (مباشرة وغير مباشرة) منظمة للمصاب	
PDD-MRS	الطفل ، المراهق ،	لفظي أو غير لفظي مع تخلف عقلي	مقابلة شبه منظمة مع المخبر	– التفاعلات الاجتماعية – التواصل واللغة

نسخة أولية

	البالغ			– سلوكيات غير طبيعية
RAADS-R	البالغ	اللغة الوظيفية	استبيان ذاتي للمصاب	– العلاقات الاجتماعية – اللغة والتواصل – الحسية الحركية و النمطية
SRS	الطفل ، المراهق ، البالغ	لا حاجة للغة وظيفية	مقابلة المخبر	ثالوث التوحد

AAA : ***Adult Asperger's Assessment*** **; ADI-R :** ***Autism Diagnostic Interview – revised*** **; ADOS-G :** ***Autism diagnostic observation schedule-Generic*** **; ASD-DA :** ***Autism spectrum Disorders-Diagnosis for Intellectually Disabled Adults. CARS : Childhood Autism Rating Scale ; DISCO : Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders ; ECA-R : Échelle d'évaluation des comportements autistiques – révisée ; EC2R : Échelle d'évaluation des comportements répétés et restreints ; PDD-MRS : Pervasive Development Disorder in Mentally Retarded Persons ; RAADS : Ritvo Autism-Asperger's Diagnosis Scale ; SRS : Social Responsiveness Scale ou Social Reciprocity Scale.***

في الوضع الحالي للممارسة ، على الرغم من حدود الأدوات ، يُقترح ، اعتمادًا على الحالة ، استخدام المقاييس التالية:

- Autism Diagnostic Interview-Revised ADI-R
- Autism Diagnostic Observation Schedule ADOS
- Adult Asperger Assessment AAA
- Childhood **Autism** Rating Scale CARS

تشخيص النمو وربما التخلف العقلي المرتبط به:

يتضمن المنهج تقييمًا لدرجة الذكاء (IQ) وتقييمًا لقدرة الشخص على التكيف. (أنظر الجدول 2)

الجدول 2 : الاختبارات الكلاسيكية لتقييم المستوى الفكري والتكيف الاجتماعي

الأدوات	الاستخدام (طفل ، مراهق ، بالغ)	المستوى النمو المطلوب (اللفظي أو اللغة غير الوظيفية)	كيفية الاجراء	مجالات التقييم
WAIS-III	المراهق البالغ الشخص المسن	لفظي	تقديم مباشر للمفحوص	– نسبة الذكاء الكلية QI Total – نسبة الذكاء للأداء QI Performance – نسبة الذكاء اللفظي QI Verbal 4 مؤشرات

				– مؤشر الفهم اللفظي (ICV) Indice de Compréhension verbale – مؤشر التنظيم الإدراكي (IOP) Indice d'organisation perceptive (IOP) – مؤشر ذاكرة العمل(IMT) Indice de mémoire de travail – مؤشر سرعة المعالجة (IVT) Indice de vitesse de traitement
WISC IV	الطفل ، المراهق ، البالغ	لفظي	تقديم مباشر للمفحوص	QI Total– QI Verbal 4 مؤشرات – (ICV) – (IOP) – (IMT) – (IVT)
WNV	الطفل ، المراهق ، البالغ	لفظي وغير لفظي	تقديم غير مباشر للمفحوص	تنقيط T عن طريق اختبار فرعي (متوسط 50 ، الانحراف المعياري 10) تنقيط يفسر الأداء المعرفي العام للمصاب
KABC II	الطفل ، المراهق ، البالغ	لفظي وغير لفظي	تقديم غير مباشر للمفحوص	تنقيط قياسي على 3 مؤشرات – مؤشر السيرورات العقلية

د. شريفي

				(IPM) Indice des Processus Mentaux النتيجة الإجمالية بناء على نموذج لوريا Luria مؤشر تبلور السوائل Indice Fluide-Cristallisé (IFC): التصنيف العام على نموذج CHC مؤشر غير شفهي (IVN)
PM Raven	الطفل ، المراهق ، البالغ	لفظي وغير لفظي	تقديم غير مباشر للمفحوص	مستوى الذكاء السائل
EDEI-R	الطفل ، المراهق ، البالغ	لفظي وغير لفظي	تقديم غير مباشر للمفحوص	- درجة الكفاءة الشاملة - درجة الكفاءة اللفظية - درجة الكفاءة غير اللفظية - درجة الكفاءة الفئوية
ECA-R	الطفل ، المراهق ، البالغ	دون موضوع	استبيان موجه لشخص قريب من المصاب	- نتيجة مركبة التكيف - نتيجة التواصل - نتيجة الاستقلالية نتيجة التنشئة الاجتماعية - نتيجة الحركية (-6 سنة)

WAIS : Wechsler Adult Intelligence Scale ; WISC : Wechsler Intelligence Scale for Children ; WNV : Wechsler Nonverbal Scale of Ability ; EDEI-R : Échelles différentielles d'efficience intellectuelle révisées ; KABC-2 : Kaufman Assessment Battery for Children ; PM Raven : Progressive Matrix de Raven ; VABS : Vineland adaptive behavior scales.

نسخة أولية

الأمراض والاضطرابات المصاحبة:

يجب تشجيع المتخصصين على إجراء بحث عن الأمراض المرتبطة بالصورة السريرية لاضطرابات النمائية لدى البالغين وإجراء فحص جسدي منهجي يشير إلى الاستكشافات المحتملة في المجالات الحسية والعصبية والجينية.

إجراءات تقييم الأداء:

يوصى بتنفيذ إجراءات تقييم الأداء تتكيف مع خصوصية الفرد لتطوير مشروع شخصي.

يجب النظر في تقييم الأداء الشخص فيما يتعلق بموارد وحدود بيئته.

التقييم العام للأداء والاستقلالية:

من الضروري ، بعيدًا عن الملاحظة السريرية ، الاعتماد على أدوات محددة للمساعدة في تقييم الأداء والاستقلالية.(أنظر الجدول3)

الجدول 3 : الاختبارات التي تم تطويرها لتقييم الأداء المعرفي والاجتماعي التكيفي

الأدوات	الاستخدام (طفل ، مراهق ، بالغ)	المستوى النمو المطلوب (اللفظي أو اللغة غير الوظيفية)	كيفية الاجراء	مجالات التقييم
AAPEP	المراهق البالغ	لفظي وغير لفظي	تقديم مباشر للمفحوص و مسألة الأشخاص المحيطين	– الاستقلالية – مهارات الترفيه – مهارات العمل – السلوك في العمل – التواصل الوظيفي – السلوك الاجتماعي
EFI	المراهق البالغ	لفظي وغير لفظي	تقديم مباشر للمفحوص	–التواصل المستجيب – التواصل التعبيري – العمل المكتبي – الأعمال المنزلية – الاستقلالية الشخصية – الأنشطة الترفيهية
BECS	الطفل ، المراهق ، البالغ	لفظي وغير لفظي	تقديم مباشر للمفحوص	– نتائج المجال المعرفي –نتائج المجال الاجتماعي الانفعالي
PEP-3	الطفل ، المراهق ، البالغ	لفظي وغير لفظي	تقديم مباشر للمفحوص ولمربيه	الدرجات في سن النمو – التواصل – المهارات الحركية – السلوكيات غير متكيفة
EQCA	الطفل ، المراهق ،	لفظي وغير لفظي	يملأ من طرف شخص يعرف جيداً المصاب	– سلوكيات التكيفية – الاستقلالية

د. شريفي

	البالغ			– المهارات المنزلية الصحة –و الحسية الحركية – التواصل – المهارات المدرسية وما قبل – التمدرس – التنشئة الاجتماعية – مهارات العمل – السلوكيات غير اللائقة
AAPEP : Adolescent and Adult Psychoeducational Profile ; BECS : Batterie d'évaluation cognitive et socioémotionnelle ; EFI : Évaluation des compétences fonctionnelles pour l'intervention auprès d'adolescents et d'adultes ayant de l'autisme et/ou un handicap mental sévère ; EQCA : Échelle québécoise d'évaluation de comportements adaptatifs ; PEP : Psychoeducational profile.				

التقييم الجسدي:

نظرًا لخصائص التعبير عن الاضطرابات الصحية لدى البالغين الذين يعانون من اضطرابات نمائية، فمن المستحسن أن يقوم الأطباء العامون ، بالتعاون مع فرق المؤسسات الطبية والاجتماعية ، بمراقبة جسدية منتظمة جدًا لهؤلاء البالغين. يمكن أن تكون هذه المتابعة إما متابعة منتظمة مع تدابير الوقاية الأولية (متابعة ضغط الدم ، سكر الدم ، توازن الدهون) ، أو متابعة متعمقة.

ستمنع هذه المتابعة الألم أيضًا. ومن المهم، في وجه "، المشكلات السلوكية،" دائما مسألة الألم الحاد أو المزمن الكامن.

يوصى بتطوير بروتكولات بحث استباقية وبرمجة الإجراءات (خفض فترات الانتظار، وزيادة وقت التدخلات ، تخطيطات محددة: تجميع التحقيقات التوسعية، واستخدام عملية تخدير متكيف ، وما إلى ذلك).

يجب أعادة تقييم بانتظام ملائمة وفعالية / تحمل العلاجات الدوائية ، وخاصة المؤثرات العقلية لدى البالغين المصابين باضطرابات النمائية.

يوصى بإشراك الفاعلين الميدانيين وخاصة الأشخاص الذين يعملون يوميًا مع البالغين وينشطون مع الفريق الطبي في تحديد الألم (من الصداع النصفي البسيط إلى وجع الأسنان أو الفترات الحيض المؤلمة ، وما إلى ذلك) والتغيرات السلوكية به.

تقييم الاندماج المهني والبيئي:

د. شريفي

من الضروري صياغة ارتباط بين تقييم أداء الشخص وعالم العمل العادي أو المحمي. من المهم أن يغطي التقييم:

- ✓ خصائص الشخص وكذلك أذواقه ،اهتماماته ودوافعه ؛
- ✓ إمكانات دعم البيئة المهنية (المهارات في مجال التوحد لدى المهنيين المرافقين وتهيئة المناصب المبرمجة). تعمل الدراسة الموقعية (مناصب العمل ، السياق البيئي) على تحسين اندماج الأشخاص المصابين باضطرابات النمائية في عالم الشغل.

تقييم سلوك المشكلة:

السلوكيات غالبا ما تكون "مشاكل" في بيئة معينة، وكثيرا ما يرتبط حدوث السلوكيات المشكلة بمشكلات صحية عادية ، صعوبات حسية أو عوائق في التواصل ، وخصائص المعرفية.

ولذلك ، فإنهما تحتاج إلى عناية خاصة من أجل تجنب أن تبح هذه السلوكيات عدائية وخطيرة، وأن لا تكون الوسيلة الوحيدة للتعبير لدى المصاب.

لتقييم السلوكيات المشكلة ، يوصى بإشراك مقدمي الرعاية اليومية في عملية ملاحظة نشطة ، مدعومة باستخدام أداة تقييم السلوك. (أنظر الجدول4)

الجدول 4 : مقاييس خاصة لتقييم وملاحظة سلوكيات البالغين المصابين بالتوحد

الأدوات	الاستخدام (طفل ، مراهق ، بالغ)	كيفية الاجراء	مجالات التقييم
EGCP-II	المراهق البالغ	مقابلة مع المخبر	– نوع السلوك الإشكالي ، التكرار – خطورة الأثار
ASD-BPA	البالغ	تقديم مباشر للمفحوص	– العدوان / التدمير – إيذاء النفس – الإثارة، وفرط النشاط – القوالب النمطية
EPOCAA	البالغ من 16 سنة	مقابلة مع الشخص (الأشخاص) الذين يرافقون	– البحث عن العزلة – التفاعلات الاجتماعية

د. شريفي

		البالغ بانتظام في حياته اليومية (الآباء و / أو المربين)	– التواصل البصري – اضطرابات الغدة الصعترية والقلق – السلوكيات عدواني تجاه الذات وتفاعل جسدي – السلوك العدواني تجاه الآخرين – ظهور الانفعالية والاتصال بالجسد – الأنشطة الحركية وأنشطتها والصور النمطية والسلوكيات التحفيز الذاتي – الاستجابة للتغيير والإحباط – استخدام الأشياء – التفاعل مع المنبهات الحسية – سلوك غير لائق في الحياة الجماعية السلوكيات الغذائية والعاصرة
BPI-01	البالغ	مقابلة منظمة مع محترف	– العدوان على الذات وعلى الآخرين – السلوكيات المدمرة – السلوك النمطية والمتكررة
EGCP-II : Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques ; ASD-BPA : Autism Spectrum Disorders – Behavior Problems for Adults with Intellectual Disabilities and Autism {Matson 2007 6175} ; BPI-01 : Behavior Problems Inventory ; EPOCAA : Échelle pour l'observation des comportements d'adultes avec autisme			

في مواجهة السلوكيات المشكلة ، يوصى بعدم إجراء بشكل منهجي التقييمات الوظيفية والتي غالبًا ما تكون مكلفة، قبل التحقق من احترام المبادئ الأساسية لدعم الشخص المصاب باضطرابات الشخصية نمائي (المتابعة الطبية واحترام المشروع الفردي على وجه الخصوص).

التشخيص التفريقي للاضطرابات النمائية عند البالغين:

التشخيصات التفاضلية الرئيسية للاضطرابات النمائية لدى البالغين هي الفصام ، واضطرابات الشخصية الحادة ، واضطرابات اللغة التعبيرية أو المختلطة.

فمن المستحسن إعادة تقييم التشخيص بانتظام ، خاصةً في مسارات طويلة.

الإعلان عن نتائج التشخيص والتقييم:

د. شريفي

يجب أن تكون إجراءات اعلان نتائج عملية التشخيص والتقييم إلى الشخص وعائلته و / أو ممثله القانوني فردية (باختيار على سبيل المثال شكل المعلومات). يجب توقع العواقب على الشخص وبيئته.

د. شريفي

تشخيص اضطراب ثنائي القطب

الاضطراب ثنائي القطب هو اضطراب مزاجي يتميز بنوبات من الاكتئاب (يميزها الحزن وفقدان الاهتمام والتعب) تتناوب مع نوبات من الهوس (يميزها ارتفاع غير طبيعي للمزاج المرتبط بـ زيادة الطاقة والنشاط) أو هوس خفيف (أعراضه أقل حدة واكثر امتدادا من الهوس). وتوجد أربعة أنواع من الاضطراب ثنائي القطب:

- **اضطراب ثنائي القطب النوع I trouble bipolaire de type I :**

يتميز الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول بالتناوب بين نوبات الهوس والاكتئاب الشديد. لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول يلزم فقط حدوث نوبة هوس واحدة (أو أكثر). ومع ذلك ، فإن الغالبية العظمى من المرضى يعانون من نوبة اكتئاب أو أكثر أثناء سير المرض. تُعد نوبات الهوس الخفيف شائعة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول ، ولكنها ليست مطلوبة لإصدار التشخيص. إن وجود نوبة الهوس التي يسببها العلاج المضاد للاكتئاب (على سبيل المثال الأدوية أو العلاج الزلزالي) والتي تستمر بعد التأثير المتوقع لهذا العلاج هو دليل كاف على تشخيص الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول.

- **اضطراب ثنائي القطب النوع II trouble bipolaire de type II :**

يتميز بنوبات من الهوس والاكتئاب الشديد. لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني ، لا بد من نوبة واحدة (أو أكثر) الهوس الخفيف، مصحوبة بواحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب الشديد.

- يمكن أن يكون الاضطراب ثنائي القطب I أو II ذي دورات سريعة إذا كان هناك 4 نوبات أو أكثر في السنة

- **اضطراب دوري trouble cyclothymique:**

يمكن تسجيل لدى المصابين بالاضطراب الدوري بنوبات مع أعراض هوس خفيف وأخرى مع أعراض اكتئاب لا تفي بمعايير نوبة من الاكتئاب الشديد أو

الهوس الخفيف. تظهر أعراض الغدة الصعترية symptômes thymiques في أكثر من نصف الوقت لمدة عامين.

- **اضطراب ثنائي القطب محدد آخر trouble bipolaire autre spécifié**

(أعراض اكتئابية وهوس خفيف لا تفي بالمعايير التشخيصية للاضطرابات السابقة بسبب مدتها أو عدد المعايير التي تم استيفاؤها في كل نوبة ، نوبات الهوس الخفيف بدون نوبات من الاكتئاب الشديد ، نوبة الهوس عند فرد ذي تشخيص الاضطراب الذهاني ، أعراض هوس خفيف والاكتئاب لمدة قصيرة جدًا لتشخيص اضطراب دوري).

- **الاضطراب ثنائي القطب الناجم عن حالة طبية أخرى** (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية أو التصلب المتعددSclérose en plaques) أو عن طريق عقار / مادة (مثل الكوكايين أو الأمفيتامين أو المنشطات الأخرى أو الفينسيكليدين PCP أو المهلوسات الأخرى أو الكحول أو المسكنات أو المنوماتhypnotique أو مضادات القلق anxiolytique، ليفودوباL-Dopa والكورتيكوستيرويدات).

يمكن تشخيص الاكتئاب الشديد إذا استوفت لدى المريض المعايير التالية:

i. لمدة أسبوعين (5 من المعايير التالية بما في ذلك واحد من الأولين):

- ✓ الحزن كل يوم تقريبا ، طوال اليوم تقريبا؛
- ✓ فقدان الاهتمام بجميع الأنشطة تقريبًا في كل الأيام وطوال اليوم تقريبا؛
- ✓ زيادة أو نقصان الشهية؛
- ✓ زيادة أو نقصان النوم؛
- ✓ التعب،
- ✓ هيجان أو تباطؤ حسي حركي
- ✓ صعوبة في التفكير و التردد وصعوبة في التركيز كل يوم تقريبًا؛
- ✓ احتقار الذات وشعور مفرط بالذنب
- ✓ تكرار أفكار الموت

د. شريفي

ii. معاناة كبيرة إكلينيكيًا أو ضعف الأداء

iii. ج. الأعراض لا تعزى إلى آثار مادة أو حالة طبية عامة

يتم تشخيص نوبة الهوس الشديد إذا استوفت لدى المريض المعايير التالية:

i. مزاج مرتفع بشكل غير طبيعي أو متوسع أو منفعل باستمرار لمدة أسبوع واحد (أو أي فترة زمنية إذا ادخال المريض إلى المستشفى) وهو مرتبط بزيادة غير عادية ومستمرة في المستوى الطاقة و/ أو النشاط الموجه نحو الهدف (اجتماعي أو أكاديمي أو مهني أو جنسي) تقريبًا في كل الأيام وطوال اليوم تقريبا.

ii. 3 من الأعراض التالية (أو 4 إذا كان المزاج انفعالي فقط):

- ✓ زيادة في تقدير الذات أو أفكار العظمة؛
- ✓ قلة الحاجة للنوم (مثل الشعور بالراحة بعد 3 ساعات من النوم)؛
- ✓ حميمية اكبر المعتاد أو الرغبة في التحدث باستمرار؛
- ✓ هروب الأفكار أو الشعور الذاتي بتسابق الأفكار؛
- ✓ التشتت؛
- ✓ زيادة الأنشطة الموجهة نحو الهدف أو هيجان حسي حركي؛
- ✓ المشاركة المفرطة في الأنشطة الممتعة ولكن ذات احتمالية عالية لعواقب ضارة.

iii. ضعف ملحوظ في الأداء الوظيفي أو الذهان.

iv. ا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة (مثل الكورتيكوستيرويدات أو تعاطي الأمفيتامين أو المنشطات الأخرى) أو حالة طبية.

يتم تشخيص نوبة هوس خفيف إذا استوفت لدى المريض المعايير التالية:

i. مزاج مرتفع أو متوسع أو انفعالي دائم لمدة 4 أيام والمرتبط بزيادة غير عادية ومستمرة في مستوى الطاقة و / أو النشاط الموجه نحو الهدف (اجتماعي أو مدرسي أو مهني أو جنسي).

د. شريفي

ii. 3 من الأعراض التالية (أو 4 إذا كان المزاج انفعالي فقط):

- ✓ زيادة في تقدير الذات أو أفكار العظمة؛
- ✓ قلة الحاجة للنوم ؛
- ✓ حميمية اكبر المعتاد أو الرغبة في التحدث باستمرار؛
- ✓ هروب الأفكار أو الشعور الذاتي بتسابق الأفكار؛
- ✓ التشتت؛
- ✓ زيادة الأنشطة الموجهة نحو الهدف أو هيجان حسي حركي؛
- ✓ المشاركة المفرطة في الأنشطة الممتعة ولكن ذات احتمالية عالية لعواقب ضارة.

iii. تغيير لا جدال فيه في الأداء وهو أمر غير معتاد بالنسبة للفرد عندما لا يكون لديه أعراض

iv. التغيير واضح للآخرين

يتم تشخيص الاضطرابات الدورية:

i. إذا كان لمدة عامين ، هناك العديد من الفترات التي تظهر فيها أعراض هوس خفيف والاكتئاب دون تستوفي معايير الهوس الخفيف أو الاكتئاب الشديد.

ii. إذا كان خلال السنتين، لا يوجد أكثر من شهرين متتاليين بدون الأعراض الموضحة في (i).

iii. إذا لم تحدث نوبة اكتئاب أو هوس كبير خلال أول سنتين من الاضطراب.

المحددات:

يمكنك الإضافة محددات لتشخيص الاضطراب الثنائي القطب من أجل تميز النوبة الحالية أو الأحدث.

أثناء نوبة هوس أو هوس خفيف	أثناء نوبة اكتئاب شديد
3≤ من الأعراض التالية:	3 ≤ من الأعراض التالية:

د. شريفي

·المزاج غير اغتباطي أو المكتئب صرح به المريض أو لاحظه الأقارب ·انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المتعة اتجاه جميع الأنشطة أو كلها تقريبًا (ذاتي أو يعترض عليه الأقارب) ·التباطؤ النفسي الحركي ·التعب أو فقدان الطاقة ·الشعور بعدم القيمة أو الذنب المفرط (لا يتعلق فقط بالمرض ، أي الشعور بأنه "عبء على الآخرين") • أفكار انتحارية	• مزاج عال – الزيادة في تقدير الذات أو الشعور بالعظمة • تقلبات المزاج • سرع الأفكار Tachypsie •زيادة في مستوى الطاقة أو النشاط الموجه نحو الهدف (اجتماعي أو مهني أو أكاديمي أو جنسي) •المشاركة المفرطة في الأنشطة الممتعة ذات احتمالية عالية لعواقب ضارة. • قلة الحاجة إلى النوم

مع خصائص مختلطة:

مع محنة قلقة: عرضان في معظم أيام النوبة الحالية:

- ✓ الشعور بالإثارة أو التوتر؛
- ✓ عصبية غير عادية؛
- ✓ صعوبة التركيز بسبب المخاوف؛
- ✓ الخوف من الكارثة؛
- ✓ الخوف من فقدان السيطرة.

مع الدورة السريعة: أربع حلقات من الهوس أو الهوس الخفيف أو الاكتئاب الشديد في الاثني عشر شهرًا الأخيرة مع تعاف جزئي أو كلي بين النوبات لمدة شهرين على الأقل أو الانتقال إلى نوبة قطبية عكسية.

مع خصائص حزن:

أحد الأعراض التالية موجود:

- ✓ فقدان المتعة أثناء جميع الأنشطة تقريبًا؛
- ✓ فقدان التفاعل مع المنبهات السارة.

ثلاثة من الأعراض التالية:

- ✓ مزاج مكتئب يتميز بإحباط الشديد أو اليأس أو الكآبة أو الفراغ؛

د. شريفي

- ✓ يكون الاكتئاب أسوء في الصباح؛
- ✓ الاستيقاظ المبكر (قبل ساعتين من وقت الاستيقاظ المعتاد)؛
- ✓ التهيج أو التأخر النفسي الحركي؛
- ✓ فقدان الشهية أو فقدان الوزن؛
- ✓ شعور بالذنب مفرط أو غير المناسب؛

مع أعراض غير نمطية:

- ✓ تفاعلية المزاج (بعد حدث إيجابي)؛
- ✓ فرط النوم؛
- ✓ شلل (الشعور بثقل الذراعين والساقين)؛
- ✓ الحساسية للرفض على المدى الطويل مما يؤدي إلى انخفاض في الأداء الاجتماعي أو المهني.

مع الأعراض الذهانية: الهذيان أو الهلوسة خلال النوبة:

- ✓ خصائص ذهانية تتوافق مع المزاج (العظمة ، عدم الحصانة ، الشك ، البارانويا)؛
- ✓ الخصائص الذهانية التي لا تتوافق مع المزاج.

مع جمود عضلي (كاتاتونيا catatonie)

- ✓ جمود حركي (التخشبcatalepsie أو الذهول)؛
- ✓ نشاط حركي مفرط؛
- ✓ السلبية أو الصمت الشديد؛
- ✓ حركات طوعية محددة: الوضعيات ، الحركات النمطية ، تصنع انفصامي بارز، تقطب للوجه واضح.
- ✓ لفظ صدوي(إيكولاليا)Écholalie أو صدى تنسيق الحركات (إيكوبراكسيا) échopraxie.

مع الفترة المحيطة بالولادة: (تبدأ أثناء الحمل أو أقل من 4 أسابيع بعد الولادة)

مع النمط الموسمي (نمط منتظم لأحد أنواع النوبات مع بداية ونهاية مرتبطة بأوقات محددة من السنة دون أي ارتباط بحدث موسمي مثل البطالة في فصل الشتاء ،

د. شريفي

أثناء سنتان متتاليتان على الأقل بدون نوبات من هذه القطبية خارج النمط الموسمي خلال هذا الوقت ، عدد أكبر من النوبات الموسمية في حياة الفرد مقارنة بالنوبات غير الموسمية).

التميز بين الاضطراب ثنائي القطب والاكتئاب الشديد الأحادي القطب:

من الصعب تشخيص الاضطرابات ثنائية القطب ، خاصة في البداية. يحصل 20٪ فقط من مرضى القطبين المصابين بنوبة اكتئاب على التشخيص الصحيح خلال عام من الاستشارة الأولى. فالمدة المتوسطة بين بداية المرض والتشخيص هو 5 إلى 10 سنوات.

فمن الصعب التفريق بين الاضطراب ثنائي القطب والاكتئاب الأحادي القطب – خاصة لدى المرضى الذين يعانون من نوبة اكتئاب وأولئك الذين ليس لديهم تاريخ واضح من الهوس أو الهوس الخفيف. وعلى سبيل المثال ، انتشار الاضطراب ثنائي القطب لدى المرضى الذين يعانون من نوبة اكتئاب هو 28٪. نلاحظ أن:

i. غالبا ما يعاني الأفراد المصابون باضطراب ثنائي القطب من النوع II غالبًا من الاكتئاب.
ii. يقصدون الاستشارة بشكل خاص عندما يكونون في حالة اكتئاب وليس حالة هوس خفيف لأنهم لا يدركون عواقب هذه النوبات.
iii.
iv. غالبًا ما تبدأ الاضطرابات ثنائية القطب بنوبة اكتئاب. في دراسة استمرت 11 عامًا ، كان التحول إلى تشخيص الاضطراب ثنائي القطب من النوع II 9٪.
v. تظهر أعراض هوس خفيف لدى 30-55 ٪ من المرضى خلال نوبة الاكتئاب وهي شائعة بالنسبة للاكتئاب الأحادي القطب.

عند فحص المريض المصاب بالاكتئاب ، يجب التأكد من أنه ليس مصابا بمرض ثنائي القطب وبالتالي لم يعاني من نوبة هوس خفيف في الماضي (راجع الاستبيان على الاضطراب ثنائي القطب) ، وإن أمكن التأكد من خلال أحد أفراد الأسرة. يمكن للمرء أيضًا أن يسأل عما إذا كان هناك تاريخ عائلي للاضطراب ثنائي

د. شريفي

القطب. يمكن أيضًا الاشتباه في الاضطراب ثنائي القطب إذا لم يستجب المريض المكتئب لتجارب أو 3 تجارب مع مضادات الاكتئاب. يعرض الجدول التالي المعايير السريرية لتحديد المرضى المعرضين لخطر الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب.

الجدول: المعايير السريرية لتحديد المرضى الذين يعانون من الاكتئاب أحادي القطب الذين يحتمل أن يكونوا أكثر عرضة للإصابة باضطراب ثنائي القطب

- ❖ العوامل المتعلقة بنوبات الاكتئاب الرئيسية:
  - ✓ العدد: أكثر من 3 نوبات؛
  - ✓ مدة قصيرة: أقل 3 أشهر ؛
  - ✓ عمر البدء: من 25 سنة إلى ما فوق؛
  - ✓ حدوث الاكتئاب الشديد في الفترة الممتدة من الولادة إلى أول دورة حيض؛
  - ✓ أعراض ذهانية؛
  - ✓ الخصائص غير النمطية (على سبيل المثال: فرط النوم أو زيادة الشهية)؛
- ❖ نوع الشخصية: مفرط التوتةHyperthymique (البحث عن أحاسيس قوية ، الشعور بالملل بسهولة عندما لا يتم التحفيز، وغالبًا ما يتم تغير العمل و / أو شريك الحياة ، إلخ).
- ❖ العوامل المرتبطة العلاج:
  - ✓ مقاومة العلاجات المضادة للاكتئاب (3 تجارب فاشلة أو اكثر)؛
  - ✓ الإرهاق السريع (غالبًا بعد بضعة أسابيع) من التأثير الإيجابي لمضادات الاكتئاب (poop out syndrome)؛
  - ✓ الهيجان و / أو العصبية بعد تناول المضاد للاكتئاب؛
  - ✓ تاريخ عائلي للاضطراب ثنائي القطب (لدى الأقارب من الدرجة الأولى).

د. شريفي

الاكتئاب والذهان في الفترة المحيطة بالولادة:

تعاني 3 إلى 6٪ من النساء من الاكتئاب الشديد أثناء الحمل أو في الأسابيع أو الأشهر التالية للولادة. 50 ٪ من نوبات الاكتئاب ما بعد الولادة تبدأ قبل الولادة. غالبًا ما ترتبط هذه النوبات بالقلق الشديد وأحيانًا نوبات الهلع. قد تترافق مع أعراض ذهانية. غالبًا ما يرتبط قتل الأطفال بالهلوسة الإلزامية لقتل الطفل أو الأوهام التي بأن الطفل تملكه أرواح شريرة او شيطانية. تحدث النوبات الانفعالية التي لها

خصائص ذهانية في 500/1 أو 1000/1 ولادة وهي أكثر شيوعًا في النساء البكر. يزداد الخطر عندما يكون هناك تاريخ من نوبة انفعالية بعد الولادة ، أو نوبة من الاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب أو تاريخ عائلي من الاضطراب ثنائي القطب. بعد نوبة من ذهان ما بعد الولادة ، يكون خطر التكرار بعد كل ولادة 30 و 50٪.

خطر الانتحار:

نظرًا لأن احتمال الانتحار مرتفع ، فإنه يتم تقييمه بعناية أيضًا من خلال استكشاف أفكار انتحارية لدى المريض. من الضروري التحقق من النية الاقدام عليه، ووجود خطة واستعدادات انتحارية ، والوسائل المتاحة بالإضافة إلى قدرتها المحتملة على الفتك. هناك عوامل أخرى تزيد أيضًا من احتمال الانتحار مثل وجود ذهان شديد أو قلق أو تعاطي الكحول أو تعاطي المخدرات ، أو وجود محاولات انتحارية سابقة ، أو تاريخ عائلي من الانتحار. ، واضطراب الشخصية ، والإثارة ، والأرق أو الاندفاع الكبير والمستمر. إذا تم تقييم أن سلامة المرضى معرضة للخطر ، فيجب اتخاذ إجراء (على سبيل المثال ، الرجوع إلى قسم الطوارئ).

د. شريفي

Intérêt de l'examen psychologique de l'adulte dans le diagnostic de la douleur

الفائدة من الفحص النفسي لدى البالغين في تشخيص الآلام

تقييم الألم المزمن (ألم دائم فيما يتعدى فترة من ثلاثة إلى ستة أشهر، مستعصي المسكنات والعلاجات المنهكة) هو مهمة معقدة، الأمر الذي يتطلب نهجا صارما ودقيقا، وجمع المعلومات واسعة، متنوعة و الاستماع اليقظ للمريض (طلبه وتوقعاته) ، من أجل الوصول إلى رؤية عالمية وتركيبية للمشكلة.

خصائص ووظائف استشارات الألم

بسبب تشابك عوامل مختلفة فاعلة (فسيولوجية عصبية واكيميائية الحيوية والنفسية ...) ، تم إنشاء وتطوير استشارات علاج الألم متعددة التخصصات على غرار نموذج جون بونيكا John Bonica في سياتل (1961) ، و انطلاقا من السنوات 1975-80 أصبحت هذه الاستشارات تسمح باتباع مقاربة كلية للمريض (الرعاية ، مع مراعاة المريض في أسرته ، والبيئة الاجتماعية والمهنية ، وإعادة الإدماج) من خلال طابعهم متعدد التخصصات ، والمناهج المشتركة للأخصائيين التكميليين.

تتكون هذه الوحدات من ممثلين لتخصصات مختلفة : طبيب تخدير، اخصائي اجتماعي، ممرضة ، طبيب باطني، طبيب أعصاب، طبيب أمراض عقلية، اخصائي نفساني ، طبيب روماتيزم. يعمل هؤلاء المهنيين من خلال تدريبهم وخبرتهم وكفاءتهم للوصول إلى فهم تحليلي لمختلف مكونات المشكلة على المستوى التشخيصي واقتراح تدابير علاجية متماسكة ومتعددة الوسائط من خلال تحليل وظيفة الرسالة الألم.

وظائف هذه الهياكل متعددة:

- ✓ إعادة تقييم التشخيص الأولي مع تجنب تصاعد التحقيقات ،
- ✓ مراعاة و فهم خصائص متلازمة الألم المزمن: الجسدية ،الوقائعية ، النفسية ، تلك المتعلقة بالفوائد الأولية والثانوية على المسنوى المهني ،

المالي، الاجتماعي، العلائقي والعاطفية(الضرر غير المعترف به ، الوضع الطبي القانوني المتضارب ، المتطالبات ...إلخ)

- ✓ إقامة علاقة ثقة تسمح بمرافقة المريض، والتعاون الجيد والالتزام العلاجي، مع الاهتمام بالأسرة، والبيئة الثقافية والاجتماعية للمريض وأخذها في الاعتبار،
- ✓ اقتراح علاج متكيف والذي غالبا ما يكون متعدد الوسائط، مع الحرص على القضاء على مخاطر علاجية المنشأ (عمليات جراحية تفاقمية، أمراض تتطور جراء العواقب الجراحية ، الوسائل القيدية ، والمزيادات اعلاجية) والجمع بين العلاجات الدوائية والفيزيائية والجراحية والنفسية.
- ✓ تقييم السير والتطور بوتيرة منتظمة

أكثر الأمراض التي يتم مواجهتها في هذه المراكز هي الآلام العصبية (آلام ما بعد الزونا douleurs post-zostériennes، آلام ما بعد الصدمة ، البتر ، انضغاطات الأعصاب ، الآلام الجراحية) ، الصداع ، الآلام الوعائية ، آلام البطن والحوض ، الألم الوظيفية.

مساهمة الفحص النفسي وطرق استخدامه:

بالتوازي مع جمع البيانات الجسدية ، وليس بعد ذلك ، فإن الفحص النفسي مفيد وضروري. تساهم الطبيعة المبكرة لهذا التدخل (بعد الاستشارة الأولى وبالتوازي مع التقييم العضوي) في رعاية أجود وبالتالي نجاح علاجي أفضل ، مما يؤدي إلى انخفاض التكاليف الصحية.

يجب يأخذ الطبيب المعالج بهذه الاستشارة وهذا التقييم بشكل مناسب ، كجزء لا يتجزأ من دراسة المشكلة. ولا ينبغي التشكيك في صحة الألم.

أهداف هذا الفحص النفسي:

* أولاً وقبل كل شيئ، فهم مكونات معاناة الشخص ، وتجربته مع المرض ، وفهم تاريخه ، ودور الأحداث الحياتية في حدوث الألم والحفاظ عليه (المحفزات مثل عملية جراحية ، حادث ، مرض ، معاناة مرتبطة بالضغط النفسي ، حداد أو انفصال ، اضطراب نفسي موجود مسبقًا ، العوامل المهيئة مثل الوراثة ، العوامل

عبر الأجيال ، تاريخ الحرمان العاطفي ، سوء المعاملة أو اعتداء الجنسي ، حدث صادم يتردد مع الحدث الحالي ، العوامل الظرفية مثل الصعوبات المهنية: توقف عن العمل ، البطالة أو الترقية ، الصعوبات العامة (حالة الفشل) ، الصعوبات الاجتماعية مثل العزلة ، دفع أقساط أو التعويض المالي ، صعوبات في العلاقة الزوجية أو العائلية).

*تقديم تفسير معمق إلى الفريق الطبي والتمريض حول المشكلة النفسية والأداء لدى المريض، وكذلك حول دور الألم؛ وهذه الإضاءة تجعل من الممكن تسليط الضوء على الأمراض موجودة ، وتحديد سلوكيات الخداع ، أو المواقف العدوانية التي تهدف إلى الحصول على فوائد ثانوية (زيادة الاهتمام ، أو الفوائد الاجتماعية أو المالية)؛ وبالتالي التفكير انطلاقا من هذه العناصر في خطر التصعيد الطبي ، والاستعداد لمواجهة طلبات الفحص المتكررة. وبالتالي فإنه يساعد كل من المحاورين على تحسين وضعيتهم في علاقتهم مع المريض.

* يسمح تحليل هذه البيانات وأخذها بعين الاعتبار بإمكانية ايجاد اختيار مدروس وأكثر ملاءمة ناتج عن توجهات واستراتيجيات علاجية ، وذلك بالنظر إلى هذه العوامل فيما يتعلق بموارد المريض ، قدراته على التكيف واعادته للنظر حول نفسه ، لدوافعه ، لإمكانيات التعبئة المتاحة له(وصفات الأدوية ، افعال الجراحية ، العلاج الطبيعي ،والاسترخاء ، الرعاية العلاجية النفسية: العلاج السلوكي المعرفي ، الإلهام التحليلي).

وظيفة الفحص النفسي للمريض:

بالإضافة إلى ذلك ، يشكل هذا التقييم النفسي للمريض مرحلة في العملية العلاجية فهو يسمح له بأن يصبح مدركًا تدريجيًا ، من خلال الملاحظة الذاتية والتحليل الذي نشأ من خلال مراحل التقييم المختلفة ، التفسيرات التي تم التعبير عنها فيما يتعلق بالألم ، ومظاهره العاطفية و الانفعالية ، والسلوكيات المتبعة ، وكيف تؤثر كلها على استثماراته وأنشطته. يفضل التقييم النفسي فهم الشخص للحالة ، وتوضيح المشكلة وتفصيلها ، وتعريف الأهداف العلاجية من خلال المعلومات التي يتم تقدمها له ، والمسافة التي تنتجها ، و الفرضيات التفسيرية المقترحة الذي يدعى للتحقق منها.

د. شريفي

سيرورة الفحص النفسي:

يجب أن يتم التقييم النفسي بمرونة من خلال اختيار الاختبارات حسب المشكلة المطروحة. وفقًا للفرق ، ومواقفهم النظرية ، يختلف مسار هذا الاختبار ، مع الاستخدام المتغير للأدوات المختلفة. يتضمن هذا التقييم عدة مراحل:

- ✓ مقابلة السريرية أو أكثر المتعلقة بتجربة الألم (الموقع ، الشدة ، نوع الألم ، المدة ، العواقب في حياة المريض المهنية اليومية ، الأكاديمية ، الاجتماعية ، العاطفية) ، وبتاريخ الشخصي للمريض (أحداث الحياة) ، وأعراضه ، ومشكلته النفسية؛
- ✓ اللجوء في في بعض الحالات لاختبارات الكفاءة ، مثل WAIS-III ، لتقييم الأداء المعرفي ، أو العلامات المحتملة للتدهور أو الخاصية العضوية؛
- ✓ اختبارات إسقاطية (Rorschach ، و / أو T.A.T) ، تهدف إلى تأكيد أو دحض الفرضيات التي تم تطويرها وتحديد الأداء النفسي للموضوع، بما في ذلك فهم دور الرسالة الألم والآليات النفسية المرضية الكامنة ،
- ✓ استبايانات تقييم يمكن ملئها بسرعة والتي تشكل مساهمة تكميلية في طرق التحقيق الأخرى. وبالطبع البيانات التي تم الحصول عليها يمكن مقارنتها مع مصادر المعلومات الأخرى ، ويدل عدم وجود التطابق القدرة على وجود آليات دفاعية.

تمثل اختبارات اتقييم في البداية مساعدة تشخيصية ، تزود الطبيب بالكثير من المعلومات النوعية والكمية ، من الإجابات المقدمة ولكن أيضًا من التعليقات المشتركة. يمكنهم أيضًا المساعدة في توضيح خصائص سلوك الشخص (الأعراض) ، لبدء العملية العلاجية، بسبب الوعي الذي يسمحون به ، مما يدفع المريض إلى تحديد ما يعتقده ويشعر به بدقة أكبر، وتمكنه من التموقع بالنسبة للآخرين. وأخيرًا تساعد في تحديد التغييرات التي سيتم إدخالها في المستقبل وتقييم التطور ، بالإضافة إلى تعزيز التحالف العلاجي، كما تسمح للمريض برؤية نفسه في المواقف المقترحة وبالشعور أنه تم فهمه.

المقاييس الأكثر استخدامًا في هذه المراكز هي التالية:

د. شريفي

- Le BDI-II : Beck Depression Inventory (1998)
- L'inventaire d'anxiété Etat-Trait de Spielberger (1983)
- Le questionnaire des peurs de I.H Marks et A.M Mathews (1979)
- Le questionnaire des cognitions agora-phobiques, et celui des sensations corporelles de Chambless (1984)
- L'échelle d'obsession compulsion de Yale Brown (1989)
- L'échelle d'affirmation de soi de Rathus (1948).

د. شريفي

المراجع:

ارنست هرفمان ، 1972، عمر علم النفس، ترجمة محمد ابراهيم زايد، ص122، الهيئة المصرية ، القاهرة

بيتر شلوتكه، فرنس كاسبار، بيرند رولر،2008، التشخيص النفسي الإكلينيكي (1) الأسس العامة والتوجيهات النظرية ترجمة سامر جميل رضوان ، دار الكتاب الجامعي، الجمهورية اللبنانية– دولة الامارات العربية المتحدة.

سامر جميل رضوان، 2014، التَشْخِيص النَفْسِيّ، منشورات جامعة دمشق.

محمد احمد الفضل الخاني،2006 ،المرشد الى فحص المريض النفساني،ط.1،منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان.

محمد أحمد النابلسي،1997، أصول الفحص النفسي ومبادئه، المكتب العلمي للكمبيوتروالنشر والتوزيع، الاسكندرية.

محمد سالم القرني، محمد السيد الكشكي، عبيرحسين خياط، أروي حسني عرب، 2016، التشخيص الاكلينيكي والممارسة العلاجية، مطابع جامعة الملك عبد العزيز.

مريم سليم ، 2002، علم نفس النمو – دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

مصطفى الحجازي ، 1993،الفحص النفسي مبادئ الممارسة النفسية تقنياتها خطواتها واشكالاتها، ط.1، دار الفكر اللبناني، لبنان.

Catherine Guillemont, 2003, Intérêt de l'examen psychologique de l'adulte dans le diagnostic de la douleur, Le Carnet PSY, 2003/5 (n° 82), PP 20 – 22. https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2003-5-page-20.htm

Heidi Bernhardt, L'évaluation et le diagnostic du TDAH chez l'adulte, Center For ADHD Awreness, Canada, https://caddac.ca/adhd/wp-content/uploads/2017/04/Adult-ADHD-assessement-french.pdf

Michael B. First, 2017, Bilan psychiatrique, Site Manuel MSD, https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/prise-en-charge-du-patient-pr%C3%A9sentant-des-troubles-mentaux/bilan-psychiatrique#v1024617_fr

Mickaël Le Galudec, Florian Stephan, Renaud Mascret, Julie Bourgin, Michel Walter , 2011, Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ?, La Presse Médicale, Volume 40, n° 1P1 pages 3-9 (janvier 2011), https://www.em-consulte.com/en/article/279340

Ngô, T. L., Provencher, M. D., Goulet, J., Chaloult, L, Septembre 2015, Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement du trouble bipolaire, Document de travail, https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/10/guidedepratiquemaboct2015.pdf

https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/sorc-ou-les-cercles-vicieux.html

https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/modele-secca.html

https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/modeles-d-analyse-fonctionnelle.html

https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/modele-basic-idea.html

د. شريفي