الفصل الثالث

مناهج التشخيص (الفحص) النفسي الإكلينيكي

- منهج دراسة الحالة Case Study .
- منهج المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview .
- منهج الاختبارات النفسية الإكلينيكية Clinical Test .
- منهج دراسة الحالة Case Study
- منهج دراسة الحالة (مناقشة تحليلية) .
- نماذج دراسة الحالة :

1) نموذج ريتشاردز Richards (لدراسة الحالة) .
2) نموذج ويلز ورويش Wells and Ruesvh (لدراسة الحالة).
3) نموذج سوندبيرج وتيلر Sundberg and Tyler (لدراسة الحالة) .
4) نموذج أحمد عكاشة (الفحص الإكلينيكي للحالة) .
5) نموذج عيادة جامعة بودرو (لدراسة الحالة) .
6) نموذج بيروسلاف ــ جامعة بروتوسلافيا (لدراسة الحالة) .
7) نموذج أديب الخالدي (لدراسة الحالة المفردة) .

Single case study

مناهج التشخيص النفسي الإكلينيكي :

إن الغرض من التشخيص النفسي الإكلينيكي هو اكتشاف أسباب معاناة الفرد وصعوبة توافقه الشخصي والاجتماعي ، وكيفية نشأة الاضطرابات النفسية أو العقلية أو الشخصية التي دفعته للمراجعة الطبية ، وطلب التدخل الإكلينيكي .

وهنا تبدأ المهارة في انتقاء الأسلوب الأفضل الذي يناسب دراسة الحالة المرضية من بين أساليب تشخيصية متعددة ، ولكل منها مقوماتها ومميزاتها ، وتعليماتها ، وطريقة وصولها لأهدافها ، أي (إمكانية تشخيص نوع الاضطراب النفسي ليتسنى تحديد العلاج الملائم) .

وتعتبر دراسة الحالة ، والمقابلة التشخيصية ، والاختبارات النفسية المقننة المباشرة منها والإسقاطية ، والتقارير الطبية ، والمدرسية ، والعائلية ، والمهنية هي مجرد وسائل تمهيدية في عملية التشخيص النفسي و الإكلينيكي ، وأن التقرير النفسي (التشخيصي) الدقيق عن الحالة المرضية هو الذي يعكس صورة المريض من حيث سماته ودوافعه ، ونواحي عجزه ومتاعبه ، والمرض الذي يعاني منه ، ويعتبر التاريخ الشخصي وما يتضمنه من معلومات عن المريض من حيث مكان الولادة ، وحالة الأم أثناء الحمل ، أي عقاقير تناولتها أثناء الحمل ، والرضاعة طبيعية أو خارجية ، والمعلومات الأخرى التي يمكن جمعها من المصادر المختلفة التي أشرنا إليها من لحظة ولادته حتى وقت التدخل العلاجي الإكلينيكي ، كل هذه تعتبر من أهم المصادر التي تساعد على التشخيص الدقيق .

أمّا المقابلة التشخيصية فإنها تتيح للأخصائي النفسي فرصة الملاحظة المباشرة Direct Observation لسلوك المريض مما لا تتيحه الوسائل الأخرى للتشخيص ، وتعد الاختبارات النفسية التشخيصية (المقننة) بأنواعها المتعددة أدوات مهمة في استكمال جمع المعلومات ، ويمكنها تحقيق أغراض متعددة منها :

1. تقييم إمكانات الفرد وقدراته ، فهي تكشف الذكاء وبقية القدرات العقلية للمفحوص ، ومن هنا تتضح العلاقة بين المقياس والعمل الإكلينيكي .
2. تقديم وصف تشخيصي دقيق لسلوك الفرد ، ويتضمن مشاعره واتجاهاته وأفكاره .
3. تقييم ديناميات سلوك الفرد ، وتستخدم الاختبارات الإسقاطية لمعرفتها ، والكشف عن العوامل المؤثرة في السلوك ، ورسم خطة العلاج بعد تحديد الاتجاهات التي ترتبط بحالة المريض ، سواء كانت نحو الأسرة ، أو الدراسة ، أو العمل أو غير ذلك.

فالتشخيص النفسي الإكلينيكي الدقيق هو نصف الطريق للوصول إلى العلاج الملائم للمريض ، هكذا يقول الإكلينيكيون والأخصائيون وأطباء النفس ، الأمر الذي حفز الباحثين والمشتغلين في هذا الميدان النفسي والطبي إلى البحث عن أفضل وأدق السبل لتحقيق مستوى عالٍ من النجاح في عملية التشخيص ، فتعددت تلك الأساليب وتنوعت

وخضعت للتجريب ، كما خضعت لإجراءات البحث العلمي ، وبرزت ثلاثة مناهج تعد من أهم الوسائل التي تحقق التشخيص الإكلينيكي الدقيق للوصول إلى العلاج الصحيح ، وهذه المناهج هي :

أولاً : منهج دراسة الحالة Case Study .

ثانياً : منهج المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview .

ثالثاً : منهج الاختبارات النفسية الإكلينيكية Clinical Tests .

أولاً : منهج دراسة الحالة Case Study :

تعد كل حالة من الحالات التي تخضع للفحص الإكلينيكي والدراسة هي حالة فريدة من نوعها ، تتطلب إجراءات دراسية خاصة بها تتفق مع ظروفها وقدراتها العقلية ، ومكانتها الاجتماعية ، ومستواها الاقتصادي ، وعمرها الزمني والتعليمي ؛ لتكون ملائمة لها لتحقيق أغراض محددة تتبلور في رسم صورة واضحة للحالة المدروسة بُغية اتخاذ القرار بشأنها ، وتقديم العلاج المناسب .

لكن هذا لا يعني أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي سوف لا يتعرض أثناء دراسته للحالات ، ويكتشف أنها تشترك مع بعضها في عوامل متشابهة .

إن دراسة الحالة تهدف ضمن ما تهدف إليه الإحاطة المعرفية الشاملة بتفاصيل شخصية الحالة من حيث المنظور الديناميِ ، والترابطي ، والعلائقي ، والتاريخي ، فنجد العديد من العلماء أكدوا على منحى دراسة الحالة من حيث الأهمية والشمولية في عملية التشخيص الإكلينيكي .

ويؤكد العالم (جوليان روتير Rotter) بأن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو المريض ، وذلك من المعلومات التي يحصل عليها من خلال المناقشة المباشرة مع المريض ، والمتضمنة طبيعة المشكلة ، وظروفها ، ومشاعر صاحبها ، واتجاهاته ، ورغباته والخبرات المؤلمة التي تعرض لها ، وتأتي المعلومات من الأسرة ورفاق العمل ، والأساتذة بالمدرسة ، وتساهم أيضاً الاختبارات النفسية إذا ما استخدمت عند الضرورة بغية الكشف عن القدرات العقلية ، والمهارات والميول المرضية ، ويقدم الطبيب المعالج تفاصيل الحالة الصحية وإصابات الدماغ ، ويضيف الأخصائي الاجتماعي معلومات جديدة عن تاريخ الحالة الاجتماعي ، وظروف العائلة ومستواها المعاشي.

وهنا يؤكد (روتير Rotter) على ضرورة الحصول على المعلومات في دراسة الحالة من جميع المصادر المتاحة دون استثناء أو تفضيل مصدر على آخر ؛ لأنها كلها تصب في تحقيق الهدف المطلوب هو تكوين صورة إكلينيكية متكاملة عن الحالة كي يتحقق الفهم الشامل لها.

ويفيد (عطية محمود هنا) بأن دراسة الحالة يقصد بها المعلومات التي نجمعها عن المريض من أي مصدر كان وتشمل تاريخ الحالة الذي يقصد به : (تلك المعلومات التي نجمعها عن المريض منذ ولادته حتى الوقت الحاضر) ، ومن المقابلة التشخيصية ، ونتائج الاختبارات النفسية .

ويضيف (محمود الزيادي) فيشير إلى أن تاريخ الحالة أداة قيمة تكشف لنا وقائع حياة شخص معين منذ ولادته حتى الوقت الحالي ، وهذه خطوة أساسية في العمل لجمع المعلومات عن الحالة كأسلوب منظم ، لكنه يحذر من عيوب دراسة الحالة ونقائصها في أنها بمفردها لا تمدنا بكل ما يزيد من مؤشرات تشخيصية ، وليس هناك ضمان لدقتها ، فهي محاولة تفهم سلوك المريض وحالته في صورة تطورية تتابعية وتاريخية .

ويؤكد الطبيب النفسي الفرنسي (نولان لويس Nolan Lawis) على أهمية دراسة الحالة وضرورتها بقوله : (عند دراسة أي مريض يصبح من المهم أن ندرس تاريخه السابق ، تاريخ نموه الجسمي والعقلي وتاريخ أمراضه وسلوكه العصابي ، وبدون هذه المعلومات يصبح من المستحيل في معظم الحالات أن نفهم طبيعة الاضطراب الموجود ، أو نضع تشخيصاً دقيقاً ، أو نحدد خطة علاجية واضحة) .

ويرى (عطية محمود هنا) أن دراسة الحالة تأخذ اتجاهين هما :

أولاً : الاتجاه التحليلي : هو الاتجاه الذي يركز على الخصائص والصفات التي تتميز بها الحالة بما في ذلك البيانات الأولية ، والخصائص الجسمية والعقلية ، والانفعالية ، والاجتماعية إلى جانب النواحي الدراسية والمرضية ، ثم الشكوى وأسبابها ، إضافة إلى الأعراض التي يعاني المريض منها .

ثانياً : الاتجاه التركيبي : وهو الاتجاه الذي يهتم بعرض صورة وظيفية متكاملة للمريض في نواحي التكيف والحياة المختلفة .

ويعتقد (عطوف محمود ياسين) أن دراسة الحالة تبقى مصدراً جيداً من مصادر التشخيص مع مراعاة الأخذ بعين الاهتمام الاعتبارات التالية :

1) أن توضع لدراسة الحالة ضوابط ، وذلك برفع مقدار الثبات والصدق لها .

2) أن يتم التأكد من صحة المصادر في البداية ، ومن صحة التقييم لها عند كتابة التقرير النفسي .

ويرى أديب الخالدي أن (دراسة الحالة) هي أقرب إلى أن تكون طريقة علمية منظمة لجمع المعلومات والبيانات ، يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي ؛ كي تساعده على تحديد الجوانب المختلفة التي تشتمل عليها شخصية الفرد الذي يطلب التدخل الإكلينيكي شريطة أن تتوفر فيها الموضوعية من مصادر المعلومات ، والدقة في الإجراء بُغية استخدامها في عملية التشخيص النفسي الإكلينيكي ، ولا تعد بأي حال وسيلة وحيدة للتشخيص ، ولذا نقترح عند القيام بدراسة الحالة إلى مراعاة الأسس التالية :

الأساس الأول : تعدد الأساليب .

إن النتائج التي نحصل عليها من خلال دراسة الحالة عن الجوانب المختلفة لشخصية المريض تبقى ناقصة كماً ونوعاً ، ولا ترتق إلى الدقة الكاملة ما لم يتم الاستعانة بنتائج الاختبارات النفسية التشخيصية المقننة والاختبارات الاسقاطية ، مع بعض الحالات ، فضلاً عن ما تقدمه المقابلة التشخيصية من معلومات وبيانات مباشرة من المريض تُضاف إلى المعلومات المتوفرة لدى الأخصائي الإكلينيكي .

الأساس الثاني : دقة المعلومات .

إن المعلومات التي تتضمنها بطاقة دراسة الحالة قد تكون مضللة ؛ لأن بعض المصادر قد تعطي هذه المعلومات لضمان السلامة الاجتماعية ، والتحصين النفسي للمريض ، أو المرغوبية الاجتماعية لأسرته وعدم تعرضها إلى النبذ الاجتماعي ، وفضلاً عما يأتي من بيانات تحتاج إلى ضبط الكذب والتناقض بينها .

الأساس الثالث : كفاءة الفاحص .

إن المعلومات التي توفرها دراسة الحالة في سبيل عملية التشخيص تتأثر باتساع، وضيق الخبرة المعرفية لدى الأخصائي النفسي الذي يقوم بدراسة الحالة ، فضلاً عن النواحي المزاجية ، والانفعالية والمعرفية ، وبموضوعية في ضوء ما يمتلكه من قدرات عقلية وثقة بذاته ، لذا يتطلب من القائم بدراسة الحالة أن يمتلك خبرة واسعة في العمل بالمجال التشخيصي الإكلينيكي ، وقادراً على اتخاذ القرار المناسب ، ويتصف بالمرونة في التعامل مع الحالة المرضية المختلفة .

الأساس الرابع : الصعوبات التكتيكية .

إن طبيعة دراسة الحالة بما تتسع لتشمل بيانات تفصيلية بدءً من تاريخ الحالة ، وانتهاءاً بالأعراض التي تعاني منها تُحاط بصعوبات كثيرة يجب مراعاتها ومعالجتها قبل وأثناء الدراسة ، منها على سبيل المثال لا الحصر ، الوقت المخصص ، صعوبات الحصول على مصادر المعلومات وقلتها ، كثرة التكاليف وضخامة الجهد ، خاصة وأنه في حالة حدوث أي خلل في أحد هذه المساقات تعتبر دراسة الحالة غير دقيقة ، مما قد ينسحب هذا الوضع على الفشل في تحديد العلاج المناسب ، ويؤدي إلى نتائج وخيمة بحق المريض .

نماذج دراسة الحالة :

وبعد مناقشتنا لأسلوب دراسة الحالة ووجهات نظر العلماء كوسيلة علمية منهجية لجمع المعلومات ، وأهميتها في التشخيص نقدم عدد غير قليل من نماذج دراسة الحالة ، بعضها قام بها العلماء المختصون ، وبعضها الآخر صممتها مؤسسات علمية ، وحسبنا أن هذه النماذج سوف تمنح الفرصة للأخصائيين النفسيين ، والباحثين ، وطلبة الدراسات

العليا لاختيار ما يناسب الحالات موضوع دراساتهم وفحصهم ، ويتناسب مع المؤسسة الطبية التي تعود لها الحالات ، وما يتلائم مع المريض ومع البيئة الاجتماعية .

نموذج ريتشاردز Richards (دراسة الحالة) :

أولا : البيانات الأولية Identifying Data :

الاسم : السن : الدين :

الجنس : تاريخ الميلاد : الجهة المحولة للحالة :

ثانياً : تاريخ تطور الأسرة Family Record:

ثالثا : تاريخ تطور الفرد Individual Development :

أ ــ العوامل البيئية : طفولة المريض ، الأبوان ، علاقاته بهما .

ب ــ نمو المريض أثناء الطفولة : صعوبات التبول والإخراج ، قضم الأظافر ، مص الإبهام ، نوبات الغضب .

ج ــ الأمراض الجسمية : ظروف الولادة ، الإغماءات والتشنجات إصابات الدماغ ، تأثير الأمراض على المريض .

د ــ التطور التعليمي للمريض : التكيف الدراسي ، النجاح والتفوق التأخر والفشل .

هـ ــ التطور المهني للمريض .

و ــ الحوادث الدالة على الجُناح .

ز ــ التطور الجنسي ــ النفسي : النضج الجنسي ، السلوك الجنسي ، الزواج والطلاق ، نظرة المريض إلى الجنس الآخر .

ح ــ العلاقات الاجتماعية : علاقات المريض بالآخرين ، نظرته إلى الغير .

ط ــ التاريخ السلوكي : خصائص المريض السلوكية ، النواحي المرضية النفسية ، هل فكر بالانتحار ؟

ي ــ استخدام الأدوية .

نموذج ويلز ورويش Wells and Ruesch (دراسة الحالة) :

نهج العالمان ويلز ورويش المنحى التحليلي النسائي في التشخيص النفسي الإكلينيكي .

وحددا في كتابهما (المفحوصون العقليون) خمسة أجزاء ينبغي أن تتضمنهما دراسة الحالة وهي :

نمـــوذج أديـب الخالـــدي

(لدراسة الحالة المفردة)

Single case study

مبررات تصميم نموذج أديب الخالدي (دراسة الحالة المفردة) :

- أن دراسة الحالة المفردة هي المنهج الملائم لبحث والفحص في علم النفس الإكلينيكي.
- أن بعض الزملات المرضية شديدة الندرة بحيث تنعدم الفرصة لاستخدام التـصميمات الجماعية لدراستها .
- أن الاستدلالات الناتجة عن دراسة الحالة المفردة تـوفر فروضـا لفحـوص تاليـة باستخدام الدراسات الجماعية .
- أن دراسة الحالة المفردة تقدم الفائدة الكاملة للمريض لمـساعدة الأخـصائي النفـسي الإكلينيكي على تصميم خطة علاج فردية ناجحة .
- أن دراسة الحالة المفردة تفيد في تحقيق مبدأ تجزئة الزملات الذي يتعين وضعه فـي الاهتمام الأقصى ، فإذا ما لوحظ عدد أقل من الأقات المحددة في زملة معينـة لـدى مريض معين ، فيتعين عندئذ تجزئة هذه الزملة بوصفها كينونة وظيفية إلى زمـلات نوعية أكثر .

وصمم هذا النموذج وفق ثلاث محكات أساسية هي :

1. الخبرة والممارسة الفعلية في التشخيص النفسي .
2. الدراسات السابقة : الاستعانة بالدراسات ونماذج دراسة الحالة الـسابقة المعَـدة فـي بيئات أجنبية ، وتكييف بعض محتوياتها للبيئة العربيـة وملاءمتهـا لطبيعـة عمـل المؤسسات الصحية ، كدراسة (ريتـشارد Richards) ، ودراسـة (ويلـز Wells و رويش Ruesch) ، ودراسة (سوندبيرج Sundberg) ، و (تايلر Tyler) ، ونمـوذج (جامعة بودرو U.Bodrow) ، ونموذج (جامعة بروتوسلافيا U.Proto.) .
3. الاستفـادة من كتابات المتحدثين في مجال التشخيص النفسي الإكلينيكي ومنهم (عطية هنا ، محمود الزيادي ، مصطفى فهمـي أحمد عكاشة ، عطوف ياسـين ، محمـود حمودة ، ليندزاي وبول) .

واستخدم هذا النموذج مع عينات من المرضى الراقدين في مستشفيات الأمـراض العصبية والعقلية ، وبعض المرضى المراجعين للعيادات الخارجيـة التابعة للمستـشفيات الرسمية في بعض الأقطار العربية ، وبصفة خاصـة : مستـشفى الرشـاد (العـراق) ، ومستشفى الرازي (ليبيا) ، ومستشفى العباسية (مصر) ، كما استخدم مع بعض المرضـى المترددين على العيادات النفسية .

وقد حقق نتائج دقيقة في استخدامه لأغراض العلاج النفسي ، كأداة تشخيـصية فـي مجال البحوث والدراسات العليا في الصحة النفسية ، وعلم النفس الإكلينيكي .

وتضمن ستة أقسام هي :

1) البيانات الأولية .	2) التاريخ التعليمي .
3) التاريخ المهني .	4) التاريخ الأسري .
5) التاريخ الشخصي: ا ــ سن الولادة ــ الطفولة المتأخرة	
ب ــ سن البلوغ وتطوره .	
6) الصحة النفسية :	

أولاً : البيانات الأولية :

1) الاسم . 2) الجنس . 3) تاريخ ومكان الميلاد .

4) الحالة الاجتماعية . 5) المدرسة أو الجامعة .

6) السنة الدراسية . 7) المهنة أو العمل .

ثانيا : التاريخ التعليمي :

ويتضمن معلومات عن سير الدراسة لدى الحالة وهي :

1) سنة دخول المدرسة الابتدائية :

2) عمره عند الدخول :

3) استجابته للدراسة :

4) مستواه الدراسي السابق :

5) مستواه الدراسي حاليا :

6) عدد مرات رسوبه خلال حياته الدراسية :

7) أسباب الرسوب :

8) الجماعات التي ينتمي إليها في المدرسة أو الجامعة : طيبة ، سيئة :

9) المصاعب الدراسية المحتمل مواجهتها فيما بعد :

10)رغبته في مواصلة الدراسة : قوية ، ضعيفة :

11)رغبة الوالدين في مواصلته للدراسة : يشجعونه ــ لا يشجعونه ــ ليس لهم دور .

12) علاقة الحالة بالمدرسين والإدارة :

ثالثا : التاريخ المهنـي : ويتضمن معلومـات عن الحياة المهنية لدى الحالة ، وهي :

1) نوع العمل الحالي ودخله :

2) عمره عند دخوله العمل :

3) الأعمال السابقة التي شغلها المريض ، وسبب تركها .

4) مدى رضاه عن عمله : ضعيف ــ وسط ــ عال .

5) طموح المريض والحالة المادية في العمل :

6) علاقته برفاق العمل :

7) صعوبات العمل :

8) مزايا العمل :

رابعا : التاريخ الأسري :

(الأب) :

1) اسم الأب : 2) السن : 3) المهنة :

4) مستواه التعليمي : 5) شخصيته : 6) علاقته بالأم :

7) علاقته بالأبناء : 8) عدد مرات الزواج :

9) تاريخ الزواج : 10) عدد مرات الطلاق :

11) عدد مرات الانفصال : 12) على قيد الحياة : نعم ــ لا

13) عمر المريض سنة وفاة والده :

(الأم) :

1) اسم الأم : 2) السن : 3) المهنة :

4) مستواها التعليمي : 5) شخصيتها : 6) علاقتها بالأب :

7) علاقتها بالأبناء : 8) عدد مرات الزواج :

9) تاريخ الزواج : 10) عدد مرات الطلاق :

11) عدد مرات الانفصال : 12) عدد مرات الحمل :

13) عدد مرات الاجهاض : 14) على قيد الحياة : نعم ــ لا

15) عمر المريض سنة وفاة والده :

(الأخوة والأخوات) :

1) عدد الأخوة : 2) عدد الأخوات : 3) ترتيب المريض بينهم

4) علاقاتهم بين بعضهم: 5) علاقات المريض بأخوته وأخواته :

6) أفراد آخرون في العائلة :

7) دار السكن : ملك للعائلة ــ إيجار :

8) عدد الحجرات :

9) مكان السكن : مزدحم ــ غير مزدحم :

(أمراض عائلية) يتضمن هذا البند معلومات عن العادات الصحية وأمراض أفراد العائلة ، أمراض العائلة الوراثية .

(مرض عصابي ، مرض ذهاني ، إدمان ، صرع ، اضطرابات الشخصية بين أفراد العائلة) ، ويفضل أن تكون طريقة الحصول على هذه المعومات بأسلوب المجاملة والشفافية ؛ حتى لا يتعرض المريض لصدمة الفشل في قواه العقلية .

خامسا : التاريخ الشخصي : (القسم الأول) معلومات عن الحالة من الولادة ــ الطفولة المتأخرة .

1. مكان الولادة .
2. حالة الأم أثناء الحمل .
3. طبيعة ومضاعفات الولادة .
4. أي عقاقير أثناء الحمل .
5. الرضاعة : طبيعية ــ خارجية .
6. التنشئة : في العائلة ــ مع الأقارب ــ في مؤسسة .
7. النمو المبكر : الجلوس ــ الحبو ــ الوقوف ــ المشي ــ ظهور الأسنان ــ الكلمات الأولى ــ النوم ــ العظام .
8. الأمراض التي أصيبت بها الحالة في الطفولة : (يكتب المرض أو الأمراض بدقة) .

9. الحياة الانفعالية في الطفولة : عدوان ــ عناد ــ هرب ــ توتر ــ إحباط ــ صراع ــ لامبالاة ــ تمرد ــ عصبية ــ قضم الأظافر ــ خجل زائد ــ انطواء ــ مص الإبهام ــ تلعثم .

التاريخ الشخصي (القسم الثاني) معلومات عن الحالة في سن البلوغ وتطوره .

1. النشاطات والاهتمامات (الهوايات) .
2. الميول المهنية واللامهنية .
3. المشكلات في الأسرة والمدرسة .
4. مشكلات فترة المراهقة والرشد .
5. (الفحوص العصبية) التي تعرضت لها الحالة في أي مرض عصبي أو عقلي ، وكيفية علاجه .
6. (الفحوص الطبية) التي أجريت للحالة في أي أمراض جسمية سابقة وكيفية علاجها .
7. بيانات جسمية : الطول ــ الوزن ــ نحيل ــ بدين ــ مقبول .
8. الإعاقة أو التشوهات .

(الفحوص الحسية) الإبصار ــ السمع

1. حدة البصر : العين اليمنى ــ العين اليسرى .

أمراض البصر : العين اليمنى ــ العين اليسرى

2. حدة السمع : الأذن اليمنى ــ الأذن اليسرى

درجة تقدم السمع : الأذن اليمنى ــ الأذن اليسرى

(القياس العقلي) : (يفضل استخدام الاختبارات المقننة والمناسبة للعمر الزمني) .

1. الذكاء . 2. القدرة الحركية . 3. القدرة اللغوية . 4. القدرة العددية 5. التفكير . 6. الانتباه (التركيز ــ التشتت) . 7. الذاكرة . 8. الاستيعاب (الفهم) .

(مستوى الدافعية) : الإنجاز ــ الطموح ــ المثابرة .

(مستوى التوافق) : التوافق الشخصي ــ التوافق الاجتماعي .

(الاتجاهات) : اتجاهات الحالة بصفة عامة مع الناس والأحداث موجبة ــ سالبة .

سادساً : (**الصفحة النفسية**) : التعرف تفصيلياً على الحالة النفسية للمريض ، ويتضمن ما يلي :

1) **النوم** : هادئ ، مضطرب ــ كوابيس ــ فزع ــ تجوال ليلي المشي أثناء النوم ــ الكلام أثناء النوم ــ عدد ساعات النوم .

2) **الأكل** : فقدان الشهية ــ شهية مفرطة .

3) **الكلام** : يثرثر ــ يجيب إجابات قاطعة (نعم ، لا) ــ ترابط الكلام أم تطايره ــ القفز من موضوع لآخر ــ السرعة أو البطء في الكلام نوع صعوبة النطق .

4) **الجنس** : (وهنا يجب مراعاة التحفظ الاجتماعي والقيمي) .

تطور الاهتمام الجنسي ــ بدء الدورة الشهرية والآلام المصاحبة لها العادة السرية ــ الخيالات والأحلام الجنسية ــ الاستجناس ــ العلاقة مع الجنس الآخر ــ تقييم المريض لمقدرته على التعبير الجنسي .

5) **الزواج** : مدته ــ المعرفة قبل الزواج ــ عمر الزوج والزوجة التوافق بينهما ــ عدد الأبناء الأحياء ــ كيفية وفاة الآخرين وأسبابها .

6) الأحداث الكبرى وقت الزواج ــ رأي المريض بأسرته ــ ورأي الأسرة بالمريض ــ نقاط التحول الهامة في حياة المريض بعد الزواج ــ الحمل والأطفال (أعمار الأطفال وتفضيلهم) .

7) **العادات السلوكية المرضية** : القمار ــ الخمر ــ المخدرات ــ السجائر والكمية

8) **المزاج** : متشنج ــ متقلب ــ انبساطي ــ مكتئب ــ متبلد ــ غير متناسب .

9) **الضلالات** : اعتقادات خاطئة اضطهادية ــ عظمة ــ توهم ــ تلميح تهيؤات إيحاءات (وهنا يجب مراعاة الحرص على محتوياتها ، وتعليلات المريض) .

10) **الأفكار التسلطية والأفعال القهرية** : أفكار غريبة تسيطر على المريض وهو يدرك عدم جدواها ، ولا يمكنه التخلص منها صور اندفاعات ــ مخاوف وطقوس حركية دورية .

11) **الهلاوس** : هلوسة سمعية ــ بصرية ــ حسية ــ شمية يدركها المريض دون وجود أساس لها .

(وهنا أيضاً يجب الحرص في هذه الأسئلة على محتوياتها وتعليلات المريض) .

12) **الذاكرة** : بالنسبة للأحداث القريبة التي تشير إلى مرض عضوي في المخ ــ أو الأحداث البعيدة ، ولأجل الاختبار السريع تحكى قصة قصيرة وبسيطة للمريض، ثم يطلب منه إعادتها أثناء الفحص أو بعده .

13) **الانتباه والتركيز** : في حالة تشوش الوعي يطلب من المريض أن يعد أشهر السنة أو أيام الأسبوع بعكس ترتيبها ، أو يطلب منه طرح 5 من 50 وهكذا ، وأحياناً يتطلب

الموقف أن يقوم المريض بجمع 3+3 وهكذا ، و يطـرح 6 مـن 100 ويـستمر ، وبصيغة أخرى يمكن عرض صورة أمام المريض وتسحب ويطلب منه الإجابة على الأسئلة حولها .

14)**وصف الذات** : ويتعلق بإدراك المريض لذاته أو مفهومه لنفسه :

ندعه يصف نفسه كما لو كان يكتب قصة عن شخص ، أو دوره في موقف معـين ، أو وصفـه لما كان يود أن يفعله لو تخلص فجأة من مرضه ، أو تم حل مشكلته ، وكذلك وصف المريض لمصادر إزعاجه: الشك ــ القلق ــ تأنيب الضمير .

15)**معلومات تتعلق بالمريض قبل الإصابة** : هنـاك اتفاق في الرأي بأن الشخصية تتغير تماماً بعد الإصابة بالمرض ، فإن لم نسأل عن طبيعتها قبل ذلك فمـن المحتمـل أن ينظر لها نظرة سوية ، إلا أن تغير الشخصية المفاجئ يدل على اضطراب مرضـي واضح ، لذا يجب التثبت في المعلومات الآتية عن المريض :

- العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء في الدراسة أو في العمل .
- الاهتمامات (الهوايات) والميول .
- الكتب أو المجلات أو الأفلام أو المسرحيات التي يفضلها .
- التفاؤل ــ التشاؤم .
- القلق ــ الاستقرار الانفعالي .
- الوضع الانفعالي : الغيرة ــ الغضب ــ المخاوف ــ الخجل (تقدير كل انفعال علـى حدة) ــ التذبذب ــ الثبات في الرأي .
- الشك ــ الأنانية ــ العناد ــ التمرد (العصيان) ــ التعرق ــ الإغمـاء الاتكاليـة ــ الاعتماد على النفس .
- الكسل ــ النشاط والاجتهاد .
- العزلة ــ التوافق الاجتماعي .
- المزاج الحاد والصداع المستمر ــ الهدوء والشعور بالارتياح .
- السرقة والغش ــ الأمانة .
- الكذب ــ الصدق .
- السلوك الطفلي ــ النضج (في التصرف مع الناس) .
- الجبن ــ الجرأة والمبادأة .
- الانسحابية (الهروب) ــ الثبات .

- الإحساس المزمن بالإجهاد أو الشعور الدائم بالإنهاك التحمل والصبر .
- العدوان أو الميل للمشاجرة ــ المسالمة والحب .

الفصل الرابع
منهج المقابلة التشخيصية
Diagnostic Interview

- تعريفات ... ومفاهيم .
- المقابلة التشخيصية والمقابلة العلاجية .
- الانتقادات الموجهة نحو المقابلة التشخيصية ومناقشتها .
- أنواع المقابلة التشخيصية .
- مقومات العلاقة بين الأخصائي الإكلينيكي والمريض في (المقابلة التشخيصية) .
- مراحل المقابلة التشخيصية .
- دور الأخصائي الإكلينيكي بين المتطلبات والأخلاقيات .
- الجوانب الإكلينيكية لشخصية المريض .

منهج المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview :

تعد المقابلة التشخيصية أداة مهمة من أدوات التشخيص النفسي الإكلينيكي ، بل هي الأساس الذي ترتكز عليه عملية التشخيص فضلا عن ارتباطها التلازمي مع الأدوات الأخرى كدراسة الحالة ، أو الاختبارات النفسية ، لذلك من الخطأ أن يستغني عنها الأخصائي النفسي الإكلينيكي أو الطبيب النفسي ، أو المعالج السلوكي ، أو القائم بعملية الإرشاد النفسي ، والتأهيل المهني ، أما إذا أعطي لها دورا ثانويا في عملية التشخيص الإكلينيكي فإنه يعتبر أمرا مخلا بحقيقة الوضع .

فالمقابلة التشخيصية أسلوب دقيق يتطلب توفر الخبرة والممارسة لدى القائم بها ، إضافة إلى الأسس السيكولوجية ، والشروط التنظيمية التي تستند إليها ، وما ينتج عنها من تفسير لأنماط السلوك المرضي ، أو التنبؤ به ومعالجته ، لذلك فالمقابلة التشخيصية تحتاج إلى مجهود كبير يحتاج إلى اليقظة ، والحذر من الوقوع بالأخطاء فتتحول من أداة تشخيص وبناء إلى أداة هدم لشخصية الفرد الذي يطلب التدخل العلاجي .

تعريفات : المقابلة التشخيصية :

يعرف بينجهام Bingham ومور Moor وجستاد Gustad المقابلة هي محادثة موجهة لغرض محدد غير الإشباع الذي يتم من مجرد المحادثة نفسها ، ويعني هذا التعريف أن المقابلة يجب أن توجه لتحقيق غرض واضح ، وأن يظل القائم بالمقابلة على وعي بهذا الغرض وسواء غلب على جو المقابلة الأسئلة الموجهة من القائم بها ، أو الاستماع إلى ما تقوله الحالة ، إلا أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي ينبغي أن يكون على وعي بهدفه منها ، ولا ينساق وراء اشباعات ذاتية يحصل عليها من المقابلة . (عطية هنا 1976)

ويحدد أديب الخالدي مفهوم المقابلة التشخيصية على أنها : وسيلة منظمة هادفة (تبدأ ... لكي تنتهي) ، فهي تبدأ بدافع تحقيق الهدف الذي أجريت من أجله ، وتنتهي بنتائج يتوقعها الأخصائي الإكلينيكي ، وكذلك المريض الذي يطلب التدخل العلاجي ، وتعتمد المقابلة التشخيصية على أساسين : الأول سؤال المريض ، والثاني ملاحظة سلوكه الحالي ــ أثناء المقابلة ــ ومعرفة العوامل المؤثرة في شخصيته .

ويعرف (سترانج Strang) المقابلة التشخيصية هي جوهر عملية التشخيص ، حيث تشتمل على عدد من الفنيات التي تسهم في نجاحه وأن المقابلة عبارة عن علاقة مواجهة دينامية وجها لوجه بين المريض الذي يسعى لطلب المساعدة لتنمية استبصاره لكي يحقق ذاته ، وبين الأخصائي القادر على تقديم هذه المساعدة خلال فترة زمنية معينة وفي مكان معين .

وفي مجال الإرشاد النفسي شبه (بتروفسا وآخرون Pietrofesa and Other) المقابلة الإرشادية بالعربة التي يستخدمها الإرشاد النفسي في نقل المعلومات حول الاستفسارات ، والحاجات من جانب المرشد النفسي ومن كل منهما للآخر ، وقد أكدوا

على أنها وسيلة اتصال فعّالة بين المرشد النفسي ، وبين المسترشدين من أجل مساعدتهم على فهم أنفسهم .

ويعرف (ستيورات Stewart وكاش Cash) المقابلة على أنها عملية اتصال مزدوج لتحقيق هدف جدي سبق تحديده ، متضمنة أسئلة وأجوبة عليها ، والتي تعتبر بمثابة الوسائل الرئيسة في تقدير سلوك الحالة .

أما (كورشين Korshin) فقد وصف المقابلة التشخيصية بأنها تساعد المعالج النفسي على فهم المشكلات التي يعاني منها المريض ، مما يمكنه من التخطيط السليم للاستراتيجيات العلاجية المستقبلية .

وعند مقارنتنا بين أساليب التشخيص النفسي الإكلينيكي الثلاثة وهي (أسلوب دراسة الحالة ، وأسلوب المقابلة التشخيصية ، وأسلوب استخدام المقاييس والاختبارات النفسية) نجد أن دراسة الحالة توفر للأخصائي النفسي الإكلينيكي معلومات تفصيلية ودقيقة عن ديناميكية شخصية المريض ، وتكون عوناً كبيراً في الاهتداء بها عند إجراء المقابلة، بل تعزيز لصحة المعلومات والبيانات المتوفرة أمامه عن الحالة المرضية ؛ لأنه سيحصل على المعلومات مباشرة من المريض فتعد محكاً للمعلومات التي تقدمها دراسة الحالة ، أما المقابلة التشخيصية فهي الأداة الأساسية في عملية التشخيص ، وهي المحور الذي يشتمل على أساليب التشخيص الأخرى ، في حين تعتبر نتائج الاختبارات النفسية المقننة والاسقاطية هي الأداة التي يعتمدها الأخصائي النفسي في وصف الأعراض المرضية ، وفي موقف المواجهة أو اللقاء بين الأخصائي والمريض يمكن للأول أن يحصل على عدد غير قليل من المؤشرات والأدلة التي تساعده على الوصول إلى التشخيص السليم ، وعن أهمية المقابلة التشخيصية يؤكد كل من (شافير Shafer ولازاروس Lazarus) على أن الاختبارات النفسية والعقلية ليست في حقيقة أمرها سوى مقابلة مقننة بحد ذاتها ، وليس هناك بديل للمقابلة التشخيصية عند تقديم الخدمات النفسية ، حتى ذهب البعض من المشتغلين في هذا الميدان الإنساني إلى تعريف المقابلة التشخيصية بأنها هي الأساس ، والمنطلق في تقديم العلاجات والخدمات النفسية المختلفة .

ويعزز (الين روس Alin Rose) ذات المعنى الذي ذهب إليه زملاؤه فيعرف المقابلة التشخيصية بأنها : عبارة عن علاقة ديناميةوتبادل لفظي بين شخصين ، الأول هو الأخصائي النفسي الإكلينيكي والثاني هو الشخص الذي يتوقع المساعدة الأمينة ، وبناء العلاقة الناجحة .

ويفسر (شيمون Sheimon) أسلوب المقابلة في شرطي الأمانة والموضوعية فيقول : " أن الاتجاهات المضادة ــ الشخصية ــ يجب أن لا يطلق لها الأخصائي العنان في التعبير ، وهذه الاتجاهات تتمثل بالعاطفة المتطرفة في الشعور أحياناً بالأسى ، والتوجس خشية ، ومحاولة إخفاء الحقيقة من ناحية ، ومن ناحية أخرى قلة الصبر وانعدام التحمل والضيق ، ولا شك أنه إذا سمح لنفسه بإظهار هذه المشاعر فإن عمله لن يكون سليماً أو موضوعياً بدرجة كافية . فمثلاً قد يتأثر الأخصائي بموقف الآباء الذين

يدعون إلى الشفقة ، وبناءاً على ذلك فقد يبدو لبعض الأخصائيين إنه ليس من الرأفة بمكان أن يكونوا صريحين مع الآباء بحقيقة الموقف ، ولكن إذا كان موقف الأخصائي في إقناع المريض قوياً وحازماً ، وفي نفس الوقت يسمح للآباء بأن يعبروا ما يجيش في نفوسهم عن مشاعر القلق ، وعدم الارتياح لما أبداه لهم عن حقيقة ابنهم ، فإنه بهذه الطريقة يستطيع أن يحصل على رضا الوالدين ، وتقبلهم لهذا الابن وللإرشادات المختلفة التي وجههم إليها " . (عطوف ياسين 1986)

وعن توفر المناخ النفسي المشبع بالأمانة والثقة الذي ينبغي أن يسود المقابلة التشخيصية بين الأخصائي والحالة ، يؤكد العلماء المختصين ومنهم (هاملتون ، وراجرز Hamiltom and Ragers) بأن المقابلة يجب أن ترتكز على عطاء فني ، وثقة متبادلة بين الأخصائي والعميل ، وتسودها روح الصدق والأمانة والمودة ، وعلى الأخصائي في المقابلة إبراز مشاعره ، ولاسيما في الحالات التي تستدعي تعاطفاً مع العميل تاركاً له حرية التعبير سعياً وراء تحقيق الهدف .

وتأكيداً على الهدف الذي تسعى المقابلة إلى تحقيقه نجد أن المقابلة نفسها تختلف طريقتها باختلاف الهدف منها ، كما تختلف باختلاف القائمين بها ، وهنا من الضروري أن يُدرك الفرق بين المقابلة التشخيصية والمقابلة العلاجية .

المقابلة التشخيصية والمقابلة العلاجية :

أشارت كتابات المتحدثين في ميدان الطب النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي إلى وجود فرق بين المقابلة التشخيصية Diagnosis Interview ، والمقابلة العلاجية Therapy Interview ، وأن هذا التمايز يحدد مسار كل من الطريقتين ، نظراً لاختلاف هدفهما ، والاختلاف في الهدف سيؤدي بالضرورة إلى اختلاف المنهج المتبع لكل منهما .

ففي المقابلة التشخيصية يهدف الأخصائي النفسي الإكلينيكي الحصول على صورة كاملة ودقيقة لشخصية المريض يستطيع من خلالها تحديد جوانب القوة والضعف فيها ، وبهذا يكون جهده التشخيصي قد أنشأ (تصنيفاً وصفياً) لشخصية الحالة ، إضافة إلى زيادة فهم المريض لنفسه .

أما المقابلة العلاجية فإنها تهدف من بين ما تهدف إليه هو إدراك المريض لحقيقة وضعه وحالته المرضية ، واستبصاره لمعاناته على الرغم من أن كلا النوعين من المقابلة يلتقيان بهدف واحد هو تقديم الخدمة النفسية التي يطمح المريض في الحصول عليها .

ويرى (كورشين Korshin) أن المقابلة التشخيصية تركز بصورة أساسية على دراسة الأعراض التي تظهر على المريض ، حتى يمكن وصفها بدقة ، وقد أوضح أن المقابلة التشخيصية يجب أن تغطي عدة مجالات هي :

1) العمليات العقلية ، وطرق التفكير .
2) الخلل الحسي والإدراكي .

3) الوعي بالزمان والمكان والأحداث .

4) التعبيرات الانفعالية .

5) الاستبصار الداخلي ومفهوم الذات

6) السلوك العام والمظهر الشخصي .

في حين يرى (كورشين) أن المقابلة العلاجية تعتبر وسيلة مؤثرة وفعّالة لتنمية التفاعل بين المعالج النفسي والمريض ، من أجل مساعدته على التخلص من محنته ، وتسهيل حل مشكلاته ، ويوضح (فارس Phares) أن المقابلات التشخيصية تساعد المعالج النفسي على التنبؤ واتخاذ القرارات فيما يتعلق بحالة المريض النهائية ، بناءاً على المعلومات التي تم الحصول عليها من المقابلات التشخيصية .

وتستمر مناقشتنا لمفهوم المقابلة التشخيصية ومفهوم المقابلة العلاجية ، والفرق في وظيفة كل منهما .

فيحدد (مليكة 1980) معنى المقابلة الإكلينيكية بصورة عامة على أنها تتضمن عمليتي التشخيص والعلاج ، مؤكداً على صعوبة الفصل بين التشخيص والتنبؤ والعلاج في المقابلات الإكلينيكية ، وأشار إلى أن عملية التشخيص في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي تتطلب عمليات خاصة بتقويم السمات المختلفة لشخصية المريض ، مما يساعد على فهم مشكلاته بناءاً على تجميع تلك المعلومات المتاحة واللازمة عنه وتحليلها ، وأن عملية التنبؤ عبارة عن رسم ومباشرة خطة العلاج النفسي للمريض ومتابعتها وتقويم نتائجها .

وبناءاً على ما تقدم يمكن القول : بأن المقابلات التشخيصية والعلاجية تتفق في الجوهر والمضمون ، بينما تختلف في الهدف والشكل إذ أن المقابلات التشخيصية والعلاجية تتفق من حيث المهارات المستخدمة والفنيات الممارسة في كل منهما ، والتي تسهل الحصول على المعلومات المتاحة والممكنة حول الفرد من مصادرها المختلفة ، وبوسائل متباينة فيما يتعلق بجوانب شخصيته ، وتقديم الخدمات النفسية اللازمة للحالة ، وأن هدف المقابلة التشخيصية والأساسي هو الوصول إلى الكشف عن طبيعة الأزمات النفسية والعصبية التي يعاني منها المريض ، نتيجة لما يواجهه من صعوبات التكيف ، وذلك من خلال دراسة وتحليل المعلومات المتوفرة لدى الأخصائي النفسي الإكلينيكي .

أما هدف المقابلة العلاجية الأساسي هو وضع الاستراتيجيات العلاجية لحالة المريض بناءً على تشخيص الأخصائي الإكلينيكي ، فيقوم المعالج بتنفيذها وفق الأسس التي تميزها عن غيرها ، سواء كانت وقائية أم إنمائية أم علاجية ، مما يحقق تحصين المريض وشفائه .

الانتقادات الموجهة نحو المقابلة التشخيصية :

على ضوء المعلومات التي قدمناها يتضح أن المقابلة التشخيصية منهج محوري في عملية التشخيص ، بل هي القاسم المشترك لجميع أساليب التشخيص ، فضلاً عن أنها الأداة الرئيسة للتشخيص والعلاج النفسي ، أو البحث الإكلينيكي ، لذلك اهتم علماء النفس الإكلينيكي بالتحقق من مدى (ثبات وصدق) المقابلة التشخيصية في تقييم المرضى ، حيث أكد البعض على ارتفاع معامل الثبات فيها ، في حين أشار البعض الآخر إلى انخفاض هذا المعامل .

لقد أثبتت دراسات (شميدت Schmidet) أن هناك مقداراً لا بأس به في ثبات المقابلة ، إذ كانت نسبة الاتفاق بين أحكام القائمين بالمقابلة قد بلغت أكثر من (80%) ، وأكد هذه النتيجة كل من (نيومان Newman وبوبيت Bobbet) ، وبينما أوضح (آش Ash) أن تشخيص الحالات بين الأطباء النفسيين ، والأخصائيين الإكلينيكيين أظهر اتفاقاً ضئيلاً نسبياً وصل إلى (50%) من عدد الحالات ، وعزز (فيرنون Vernon) هذه النتيجة موضحاً من دراسة مسحية بأن نسبة ثبات المقابلة تتراوح بين (50 – 60%).

وأمام هذا الاختلاف في وجهات النظر فقد تبين أن الثبات يتأثر بقرارات التشخيص لدى الأطباء النفسيين ، والأخصائيين تبعاً لأهداف المقابلة التشخيصية ، وبعبارة أخرى إن معامل ثبات المقابلة يتباين حسب وضوح الأهداف التي تجرى المقابلة من أجلها تحقيقها ، وكذلك حسب نوعية ووضوح تلك الأهداف ، ودرجة عموميتها ، والأشخاص الذين تجرى لهم المقابلة ، إضافة إلى دقة أحكام القائمين بها حسب كيفية إعدادهم (مدة التدريب ، الفترة الزمنية للممارسة ، درجة الخبرة في المجال الإكلينيكي) ، فيؤثر كل هذا على مقدار التنبؤ المطلوب من نتائج المقابلة ، وإمكانية التنبؤ المستقبلي بوضع المريض وسلوكه .

ومن الطبيعي كلما كان هدف المقابلة الإكلينيكية غامضاً أو غير محدد انخفضت القيمة التنبؤية لها ، وهكذا تنسحب النتيجة التشخيصية على بقية العوامل والمتغيرات التي أشرنا إليها .

وبناءاً على هذه الحقائق لابد أن تستوفي المقابلة التشخيصية الشروط اللازمة لها، واعتمادها على أساليب رصينة تستند عليها ، تلك هي نتائج الاختبارات النفسية والمعلومات المستقاة من دراسة الحالة ، كي تصبح حينئذٍ (المقابلة التشخيصية المسلحة) ، أي المقابلة المقترنة باستخدام وسائل التشخيص النفسي الأخرى ، وفي هذه الحالة ترتفع حتماً القيمة التنبؤية بنتائج التشخيص الإكلينيكي .

وعن وضوح الهدف من المقابلة استنتج (هنت Hunt ، وويتسون Wittson 1953) أن وضوح الهدف يصل بثبات المقابلة إلى (93%) في حالة التشخيص الطبي النفسي القائم على المقابلة والأساليب التشخيصية الأخرى ، وتهبط هذه النسبة إلى (51%)

في حالات الذهان والعصاب بصفة عامة . أما في اضطرابات الفصام ، والقلق ، والهستيرية ينخفض ثبات المقابلة إلى (32%) .

وبالإضافة إلى النقد الموجه للمقابلة حول مقدار ثبات نتائجها ، وجهت انتقادات أخرى واعتبرت نقاط ضعف فيها نوجزها كالآتي :

1) من المحتمل أن يقع الأخصائي الإكلينيكي بخطأ التحيز الشخصي أثناء المقابلة ، أسباب متعددة منها كفاءته ، عوامل اجتماعية ومزاجية وحتى دينية تتدخل في الوقوع بهذا الخطأ .

2) يحدث أثناء المقابلة أن يوحي الأخصائي الإكلينيكي إلى الحالة بنوع الاستجابة ، وقد يمتد تأثير الإيحاء للمريض الذي يعتقد أن الأخصائي يريد الوصول إليها .

3) تتأثر استجابات المريض أحياناً بحالته الانفعالية خلال المقابلة ، فقد يكون مرتبكاً أو خائفاً من شيء معين ، أو خجولاً ، أو شاعراً بالذنب ، أو محاولته للحفاظ على تحصينه الشخصي ، أو تكسير ذاته ، أو تحت تأثير أي موقف نفسي ضاغط .

4) مشكلة الوقت المخصص للمقابلة ، فالسرعة خلالها قد تكون سبباً يهدد درجة ثباتها وصدقها ، والبطء الشديد قد يؤدي إلى نتائج سلبية أيضاً ومن نوع آخر ، ولذلك إعطاء الوقت المخصص والمناسب لإجراء المقابلة في غاية الأهمية .

مناقشة الانتقادات الموجهة للمقابلة التشخيصية :

أشرنا إلى جميع أوجه النقد الموجهة إلى المقابلة التشخيصية ولكونها الأداة المعول عليها في عملية التشخيص النفسي الإكلينيكي نود أن نشير إلى أن أي أداة تستخدم لتحديد المشكلة ، والبحث عن الأسباب الكامنة وراء ظهورها لا يمكننا قبولها واعتماد نتائجها إذا لم تتوفر فيها مجموعة من الشروط ، وأبرزها شرطان أساسيان هما : الثبات والصدق ، وهذان الشرطان يشيران إلى جوانب مهمة منها ما يلي :

- مدى الحصول على معلومات صحيحة عن المشكلات أو الاضطرابات التي أجريت المقابلة من أجلها .
- القدرة على التنبؤ بسلوك المريض مستقبلاً .
- درجة الدقة التي تتصف بها المقابلة .
- تشابه المعلومات التي يتم الحصول عليها حتى إذا اختلف آراء القائمون بالمقابلة .

فالثبات هنا هو اتساق المقابلة ، أي مدى الاتفاق بين الجوانب المتعددة للمقابلة في قياس ما أجريت لقياسه ، وصدق المقابلة هو قدرتها على قياس وتقدير ما تقيسه ، وبهذا تكون المقابلة صادقة إذا أعطت معلومات تتفق مع المعلومات التي تم الحصول عليها من مصادر خارجية ، مثل : نتائج تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية ، والملاحظة والتشخيصات السابقة . فقد تكون المقابلة ثابتة إلا أن هذا لا يعني بالضرورة

أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق ، على سبيل المثال : قد تكون بنود المقاييس لقياس القلق مترابطة فيما بينها ومتسقة ، أي (ثابتة) ولكن الدرجة على هذا المقياس قد لا ترتبط ارتباطاً عالياً بمقياس آخر للقلق ، ولا بمحكات أخرى للقلق كاضطرابات النوم ، أو مشاعر التوتر النفسي ، أو المخاوف ، مما يدل على أن المقياس المستخدم غير صادق .

فالمقابلة التشخيصية ثابتة إذا اتفق رأي أخصائيان يقومان بإجرائها مع نفس المريض في أوقات مختلفة ، وعلى انفراد معه ، بمعنى آخر كلما زاد التشابه بين أحكام الأخصائيين في الوصول إلى نفس النتائج المتعلقة بمريض واحد أو أكثر ، كلما دل ذلك على ارتفاع ثبات المقابلة ، وبهذا نكتشف أن ثبات المقابلة مرتفع أو منخفض من خلال الارتباط بين الأحكام .

وهنا توضح الدراسات بأن ثبات المقابلة قد يرتفع أو ينخفض حسب شروط متعددة . ففي حالة ارتفاع معامل الثبات لابد من توفر الشروط الآتية :

1) عندما يكون الهدف من المقابلة التشخيصية هو الحكم على أنماط كثيرة من السلوك المرضي ، فالارتباط يرتفع بين آراء الأخصائيين مثال : وجود عرض عصابي أو ذهاني معين ، ولكن الارتباط قد ينخفض إذا كان الهدف هو تحديد درجة خطورة المريض على نفسه . مثال :ميوله الانتحارية .

2) ترتفع معدلات الاتفاق بين أحكام الأخصائيين بزيادة سنوات الخبرة ومدة ممارستهم في العمل الإكلينيكي .

3) يزداد الاتفاق عندما يزداد التشابه في المنحى النظري بين الأخصائيين ، مثال : يرتفع الاتفاق في الرأي بين اثنين يميلان للتحليل النفسي ، عما إذا كان أحدهما يميل إلى منحى النظرية السلوكية ، والآخر نحو التحليل النفسي .

4) يرتفع مقدار الثبات إذا كان الهدف هو الحكم على جوانب تفصيلية في شخصية المريض ، وليس الوصول إلى محكات تشخيصية قصيرة وقاطعة .

وهكذا يتضح لنا أن ثبات المقابلة التشخيصية وصدقها يتأثران بشروط متعددة ، وعلى الرغم من كل هذا لاتزال المقابلة مصدراً ثرياً لتكوين الفروض ، وعمل الانطباعات الأولى عن الحالة المرضية ، فهي منهجاً أساسياً للتشخيص والعلاج ، والبحث الإكلينيكي، إلا أن الاعتماد عليها وحدها يزيد من الشكوك المحيطة باستخدام دراسة الحالة بمفردها ، أو استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية كأداة مجردة ، وسبيلنا في القول هنا أن علم التشخيص الإكلينيكي كباقي العلوم الأخرى إذا ما قبلت معطياته اليوم ، فإنها تتغير أو تتعدل غداً ، فهذا هو العلم وهذا شأنه لأنه في نمو مستمر .

أنواع المقابلة التشخيصية :

تتنوع المقابلة التشخيصية حسب مسارات متعددة تبعاً لأهدافها وأن هذه المسارات أو الأنواع ليست منفصلة تماماً عن بعضها ، وإنما متداخلة إلى حدٍ كبير بحكم طبيعة المقابلة ، وحالة الفرد الذي يطلب التدخل ، وبدور الأخصائي الإكلينيكي الذي يجري المقابلة .

ولاشك أن المقابلة التشخيصية الناجحة هي تلك التي تحقق مطالب المريض، ودراسة ظروف الموقف بدقة ، وفيما يلي أنواع المقابلة التشخيصية :

أولاً : المقابلة الأولية Primary Interview (إلحاق المريض لغرض العلاج) :

إن الهدف من هذه المقابلة هو تحديد الحالة المرضية للفرد الذي يطلب التدخل العلاجي بصورة مبدئية ، واستكمال إجراءات قبول التحاقه بالمؤسسة الصحية المختصة ، وتتضمن الحصول على البيانات الأساسية للحالة ، والمحاور التي اتخذها للسيطرة على مشكلاته ، والتكيف مع مطالب الحياة ، ومعرفة الأخصائيين الذين عالجوه ، ونوع العلاج الذي تعرض له ، ونتائج هذا العلاج كما يقرره المريض عن نفسه .

ويقوم المعالج في هذه المقابلة إما بعلاج المريض أو بتحويله إلى مؤسسة تقوم بتقديم الخدمات المطلوبة . وتعد هذه المقابلة مهمة جداً في مسيرة الحياة المرضية للحالة ؛ لأنها توفر وقتاً للأخصائيين الآخرين في المؤسسة التي يتم التحويل إليها ، وأيضاً تكون بمثابة المقدمة للمقابلات اللاحقة ،وعادة في هذه المقابلة يطلب من المريض أن يملأ استمارة تتضمن المعلومات الأولية الخاصة به ، ونوع شكواه ، وما يراه الأخصائي الإكلينيكي من تثبيت معلومات حول وضع الحالة المرضي وتسمى هذه المقابلة بالمقابلة قصيرة المدى Brief Interview ، إذ قد يكون من بين وظائفها توجيه الحالة إلى نوع الخدمات المتاحة له ، وتصحح أفكاره ، أو تعدل من انطباعه عن العلاج النفسي الطبي وتبصيره بالجوانب المرتبطة بمشكلته ومعاناته ، مما قد يساعده ذلك على سهولة التعامل معها والتغلب عليها .

ثانيا : مقابلة الفرز (الانتقاء ــ الاستبعاد) .

reening and Diagnostic Interview

وتتبلور مهمة هذه المقابلة بإمكانية انتقاء الأفراد الصالحين للقيام بأنشطة وواجبات معينة ، واستبعاد غير الصالحين بهذه المجالات ، كما يحدث في مجال الخدمة العسكرية على سبيل المثال . وفي هذه المقابلة يصنف الأفراد وفقاً للتصنيف النفسي أو العقلي لبيان الاضطرابات السلوكية أو العجز العقلي ، أو التخلف العقلي ، ويستخدم عادة أسلوب الفحص العصبي الطبي النفسي ، ويقوم به الأطباء النفسيين فيصنفون المرضى وفقاً للأعراض التي تظهر عليهم ، ونواحي العجز ، والتخلف في وظائفهم العقلية ، ويتم الفحص في وقت محدد وقصير بحيث تكون المقابلة سريعة في الحالات (العادية) من التشخيص ؛ لغرض تصنيف الأفراد بصفوف الجيش المختلفة ، أو للالتحاق بالتخصصات

الدراسية العليا في الأمراض النفسية والعقلية والدراسات العليا منها ، أو لغرض التصنيف المهني ، أي تصنيف الأفراد نحو مهن مختلفة مناسبة لكل منهم ، وفي هذه المقابلة يحصل نوع من التوتر والشد العصبي المصحوب بالقلق كخلع الملابس ، فتأخذ الدفاعات النفسية بالضعف أو التقهقر ، وتكون مقاومة الفرد للإجابة الصحيحة قليلة .

وغالباً ما تقدم الأسئلة في هذه المقابلة بصورة سريعة ومباشرة ، وخلال الإجابات يكون المفحوص تحت المراقبة الدقيقة والملاحظة . وفيما يلي أمثلة للأسئلة الموجهة للمفحوص : (أسئلة مباشرة) .

- ما هي المهن التي اشتغلت بها ؟
- كيف كنت تقضي أوقات فراغك خلال ممارستك للمهنة ؟
- ما هي المشكلات أو الصعوبات التي واجهتك ؟

وقد تكون الأسئلة إسقاطية مثل :

- من هو الفرد الذي تعتبره مثلك الأعلى ؟
- ما هي الإنجازات التي تفخر بها لو حققتها ؟
- ما هي القصص أو الأحلام المحببة لك ؟

ثالثا : مقابلة البحث الشخصي والاجتماعي .

Personal and social History Interview

تتحدد مهمة هذه المقابلة بجمع معلومات تفصيلية عن (الحالة) منذ مولدها وتطورها ، وأسرتها ، والعلاقات بينها وبين والديها ، والأشخاص القريبين منها ، ومعلومات تفصيلية عن النواحي الصحية والاجتماعية والثقافية ، والبيئة التي عاشت فيها الحالة ، ومعرفة العوامل الثقافية والاقتصادية والاجتماعية التي تركت أثراً واضحاً على الحالة . ويستطيع الأخصائي في هذه المقابلة أن يستخدم سجلات الشرطة أو أحكام القضاء كما في حالة الجناح . أو في حالة حدوث انفصال بين الوالدين ... الخ وخلال هذا النوع من المقابلة يستلزم من الأخصائي تركيز انتباهه نحو استجابات المفحوص ومتابعتها بدقة ، فقد يحصل أنه يمارس أسلوب الكذب المبطن ، أو الكذب المقصود ، وأحياناً يقوم بتقديم استجابات كاذبة عشوائية عندما يكون في موقف ضاغط ، أو تحت ظرف سيكوباثي .

رابعا : المقابلة قبل وبعد تطبيق الاختبارات النفسية .

Per and Post Testing Interview

تبرز أهمية هذه المقابلة في خفض درجة التوتر والشعور بالخوف لدى (الحالة) قبل إجراء الاختبار ، مما يؤثر ذلك بصفة مباشرة على الأداء ، ويتأكد فيها الأخصائي

من سلامة المفحوص من الاختلالات الحسية أو التشويش الذهني الذي قد يعرقل الأداء على الاختبار موضع التنفيذ .

أما مقابلة المفحوص بعد إجراء الاختبار فيكون هدفها تحقيق رغبته في معرفة النتائج ، ويعد هذا الهدف مهما ؛ لأنه يسهم إلى حد كبير في إطفاء أو خفض حالة القلق والتوتر الناشئة عن تطبيق اختبار معين أو مجموعة من الاختبارات ، فضلا عن تهيئة الحالة نفسيا نحو تقبل نوع العلاج ، كما تساعد هذه المقابلة على التحقق من الفروض المتعلقة بالقدرات العقلية ، وديناميات سلوك الحالة .

خامسا : المقابلة الممهدة للعلاج النفسي .

Introduction to Therapy Interview

تهدف هذه المقابلة لتعريف المريض بطريقة العلاج ، وضرورة تعاونه مع المعالج النفسي ، وإعطائه الثقة الكاملة بأدائه وإمكانياته التشخيصية والطبية في شفائه ، ومن جانب آخر فإن هدف هذا نوع من المقابلة يمكن في محاولة الأخصائي تعديل أو تغيير الاتجاهات الخاطئة لدى المريض ، مما يسهل عليه تقبل العلاج ، والالتزام بالتوصيات الطبية النفسية لغرض شفائه ، أو تخلصه من معاناته .

سادسا : المقابلة مع أقارب المريض وأصدقائه .

Interviewing Friends and Relatives of The Patient

يؤدي ذوي المريض وأصدقائه دورا كبيرا في جمع المعلومات والبيانات ، وتقييم الحالة وتشخيصها ، ودور آخر هو الإسهام في تقدم العلاج باعتبارهم البيئة الاجتماعية التي يعيشها بينهم ، لذلك يتطلب من الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يكون على قدر كبير من الحذر واللباقة في استذان الحالة قبل مقابلة ذويه وأصدقائه ، حتى لا تؤدي مقابلتهم إلى نتائج معاكسة .

مقومات العلاقة بين الأخصائي الإكلينيكي والمريض في المقابلة :

إن العلاقة بين المعالج أو الأخصائي النفسي الإكلينيكي والحالة المرضية ، أو الفرد الذي يطلب التدخل العلاجي تحكمها مقومات منطقية ، ومبدئية تتخذ صيغتها الفعلية في عملية التشخيص النفسي عند (البدء والانتهاء) من المقابلة التشخيصية ، وهذه المقومات يمكن أن تكون بمثابة أسس للعلاقة بين الاثنين ، حتى ذهب العديد من المختصين إلى تسميتها بعملية التفاعل The Interaction of The interview بين الأخصائي الإكلينيكي والمريض في المقابلة التشخيصية ، وأن هذه المقومات تتوزع بين ثلاثة أركان أساسية عند إجراء المقابلة التشخيصية ، البعض منها يتعلق بشخصية الأخصائي ، والبعض الآخر يرتبط بشخصية المريض نفسه ، والعوامل المؤثرة في تكوين الأعراض التي يشكو منها (نوع الأعراض المرضية) ، والبعض الثالث من هذه المقومات تنسحب إلى استراتيجية العمل التشخيصي الإكلينيكي .

هذا وقد اتفقت آراء العلماء المختصين على أن المقابلة التشخيصية هي موقف نفسي فعلي ذو دلالة Interviewing Situation of Significance ، ففي هذا الموقف يتطلب من المعالج أن يعطي ويأخذ ، أي أن يعلم المريض وبنفس الوقت يحصل منه على الكثير من المعلومات المرتبطة بحالته المرضية التي ساعدت على تكوينها ، مما يسهل عليه مهمة التشخيص المرضي ، وهذا الأمر يدفع بالأخصائي إلى الاهتمام في ملاحظة سلوك المريض ، ومتابعة تغيراته بدقة وتفسيرها ، وتثبيتها في صياغات فرضية (افتراضات احتمالية) .

وكذلك قد يحصل خلال المقابلة التشخيصية أن ينحو الأخصائي منحى آخر مغاير، كأن يستغرق بالتفكير حول نفسه ويركز حول ذاته ، ويهمل التفكير بالمريض ، ومتابعة تطوره ، وأعراضه المرضية . فقد كشفت دراسات قام بها (بولانسكي Polansky، وكونين Kounin) عن انطباعات المرضى عن سلوك الأخصائي ، وتقييم جهودهم ، بأن بعض الأخصائيين يحصل عندهم نوعا من الابتعاد والصمت بعض الوقت أثناء المقابلة ، بل إن بعضهم تنتابهم فترات من التشتت وانعدام التركيز على المرضى ، وهي الاستجابة الصادرة عنهم في وصف معاناتهم وشكواهم مما يخلق نوعاً من الشعور بالإحباط Frustression .

وبهذا الصدد يذكر (راجرز Ragers) بأن العلاقة التفاعلية بين الأخصائي الإكلينيكي والمريض يجب أن تعتمد على أساس مهم من بين أسسها ، ذلك هو الاهتمام بالمريض أيا كان وضعه ، والاستجابة له ، وإبداء التسامح بما يظهره من مشاعر وأحاسيس ، والابتعاد عن إصدار أي حكم أخلاقي على سلوكه ، وعدم وضعه في موقف ضاغط .

وحذر (شافر Schafer) من أن يتحول الأخصائي الإكلينيكي إلى رجل ذي سلطة قانونية أو دينية على المريض تحت ضغط ميوله وانفعالاته ، ودوافعه اللاشعورية ، مما يفسد المقابلة ويضلل نتائجها . فاعتدال سلوك الأخصائي الإكلينيكي بين (الدقة والتسامح) هو السلوك الذي يمكن اعتباره أحد المنبئات للوصول إلى النتائج المطلوبة التي يهدف إليها العمل التشخيصي النفسي .

وهكذا تتضح العلاقة بين أركان المقابلة التشخيصية ، مما يسمح لنا بتسليط الضوء على أهم مقوماتها ، وهي كالآتي :

أولاً : شخصية الأخصائي الإكلينيكي :

يُعد الدور الذي يقوم به الأخصائي الإكلينيكي في المقابلة التشخيصية مع مريضه من أهم وأخطر ركائز المهمة التشخيصية الإكلينيكية ؛ لذا يتوجب على الأخصائي في هذه المهمة الحساسة أن يكون قد شعر قبل بدء المقابلة بحالة الاستقرار النفسي ، وإزالة كافة أسباب الانشغالية عن مريضه ، والتفرغ الكامل له ، ويتطلب من الأخصائي أيضا الابتعاد عن عوامل التحيز مهما كانت دوافعها أو مبرراتها ، فضلا عن امتلاكه درجة مناسبة من الخبرة في مجال التشخيص النفسي ، كما يتطلب من الأخصائي أن يتحلى بدرجات عالية

من الصبر وتحمل مشاعر المريض ، وانفعالاته ، وضعف احساسه بخطورة مرضه ، وتناقض أقواله ، وتشوهاته للواقع الذي يعيشه ، وحيله الدفاعية المقصودة ومحاولاته لتحصين نفسه ، وعدم الإخلال بقيمه .

وأن يكون الأخصائي في المقابلة التشخيصية على درجة واضحة من الحذر واليقظة في ملاحظة ومتابعة سلوك المريض ، وما يصدر عنه من إشارات وحركات وإيماءات ، وعند توجيهه للأسئلة يجب أن لا تكون أسئلة مثيرة لانفعالات المريض ، أو قد تمنعه من الاسترسال في حديثه أو تؤدي به إلى حجب بعض الحقائق . وبصفة عامة أن لكل أخصائي أسلوبه الخاص في إدارة المقابلة التشخيصية مع الحالة ، إلا أن هذه الشروط التي ذكرناها لابد من مراعاتها ، حتى يستطيع قدر الإمكان أن يعمل على إشاعة مناخ نفسي مشبع بالطمأنينة ، والأمن النفسي ، والثقة المتبادلة ، بينهما كي يسهل عليه اتخاذ القرار بشأن الحالة .

ثانيا : شخصية المريض :

لاشك أن لكل مريض أسلوبه الخاص في مواجهة الأخصائي الإكلينيكي ، والتعامل معه ، والإفضاء بأسراره ، ونظرته للأخصائي وإلى جدوى العلاج النفسي — خاصة إذا لم يكن مبتدءاً — هذا وأن بعض المرضى يتخذون من الأخصائي موقف الشك أو العدوان ، أو الخضوع أو الخوف ، أو القلق ، أو التوتر والشد العصبي ، أو حتى الانصراف عنه . وهنا لابد من تهيئة مسبقة للمريض — بمبادرات مختلفة — لمواجهة الأخصائي وإعطاء قيمة عالية للمقابلة التشخيصية ، على أساس أنها الفرصة المناسبة التي يطمح المريض لتحقيقها في مساعدته على التخلص من معاناته .

ثالثا : الخبرة المعرفية المتبادلة :

تعني المقابلة التشخيصية على أنها موقف توافقي بين الأخصائي والحالة المرضية ، يتم في هذا الموقف تبادل الخبرة المعرفية لدى الأخصائي ، وسعة مدركاته لطبيعة عمله التشخيصي ، وبما يتضمنه من حقوق وواجبات ، ويقابل خبرة المريض المؤلمة عن حالته ، والأسباب الكامنة وراء إصابته من أعراض ، وأيضاً الدوافع التي ساعدت على تطورها ، وبالتالي طموحه للتخلص من الأزمة النفسية التي يعانيها ، معنى هذا أنه من المتوقع أن يحس في المقابلة التشخيصية تغير تدريجي في سلوك المريض والأخصائي معا ، خاصة وأن من بين أهداف المقابلة التشخيصية العمل على تعديل سلوك المريض ، وكذلك إحداث تغيير في سلوك الأخصائي الناجح بنفس المقدار الذي يتوقع من المريض تعديلا في سلوكه ، وهذا فعل الخبرة المعرفية المتبادلة بين الطرفين .

رابعا : دينامية التواصل :

إن عملية التواصل Communicative Process بين الأخصائي الإكلينيكي والمريض هي أحد أهم مقومات المقابلة التشخيصية ، حيث تلعب اللغة كوسيلة اتصال دورا مهما فيها لنقل الأفكار والمشاعر لدى المريض إلى الأخصائي ، إضافة إلى وسائل

الاتصال الأخرى الشفوية والكتابية ، والصامتة ، والمهم هنا ملاحظة الأثر الذي تُحدثه (دينامية الاتصال) في سلوك كل من طرفي المقابلة . فالأخصائي قد يتأثر باتجاهات المريض ، وتتكون لديه مفاهيم أخرى ، وبينهما تتم هذه الحركة التواصلية بين خطوات وخطوط اتصال .

فقد يتم التواصل عبر وسيلة الاتصال اللغوي ، ومن المتوقع أن يكون غير لفظي، حيث أوضحت نتائج الدراسات التي قام بها (بيتسون Bateson 1956) بأن من أبرز الأسباب التي تكمن وراء الأمراض العقلية هو وجود خلل في شبكة الاتصالات حتى بين أفراد الأسرة الواحدة وشدد على أن تجرى المقابلة التشخيصية وجها لوجه ، واقترح على الأخصائيين النفسيين الاهتمام الزائد بالمريض من خلال إشاراته وحركاته ، ومن خلال الأصوات والملموسات والمشمومات لما لها من الأهمية في عمليات الاتصال بين فرد وآخر .

خامسا : التتابع النمائي :

ينظر إلى المقابلة التشخيصية على أنها تعتمد على عنصر المرونة Flexibility ، وهذه الصفة تجعلها أن تكون في حالة تطور أو تتابع نمائي Developmental Sequence ، فهي تمر بمراحل في الجلسة الواحدة عند بداية المقابلة ، وفي وسطها ، وأيضا في نهايتها ، أي تمر في سلسلة متتابعة ومترابطة من الحلقات ، بحيث يصعب فهم الحالة إذا لم تتكامل حلقاتها المتتابعة ، ويصبح لدى الأخصائي إدراك شامل لها تظهر فيها اتجاهات المريض فيما يتعلق بتوقعاته ، ومتاعبه ، وذكره للمعلومات والخبرات ، وهي بذات الوقت تكشف عن شخصية الأخصائي ، وقيمه وأسلوبه في الدراسة والتشخيص الإكلينيكي .

وتعليقنا في ختام مقومات العلاقة بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمريض ، نرى أنه بمقدار ما يطمح إليه المريض من التخلص من شكواه ومعاناته ، والتمتع بصحة نفسية سليمة بمقدار ما يستطيع الأخصائي أن يحقق ذاته وتحقيق إنسانيته .

مراحل المقابلة التشخيصية :

Stages of Diagnostic interview

أوضحنا في جزء سابق من هذا الفصل أن المقابلة التشخيصية تعد المنهج المحوري في عملية التشخيص النفسي الإكلينيكي ، كما هي القاسم المشترك لجميع أساليب التشخيص ، وأنها مصدراً ثرياً لتكوين الفروض عن الحالة المرضية ، فهي إذن منهجاً رئيسياً للتشخيص والعلاج النفسي ، والبحث الإكلينيكي ، وأهم ما تتصف به هي عملية التواصل Communicative Process بين الأخصائي الإكلينيكي والمريض ، ولكي تكون عملية التواصل ناجحة وموجهة نحو تحقيق أهدافها فإنها لابد أن تمر بمراحل مترابطة ومتتابعة ، انطلاقا من نظرتنا بأن المقابلة التشخيصية هي عملية منظمة تبدأ لكي تنتهي ، ولكن (بدايتها) و(وسطها) و(نهايتها) هي مراحل اتصالية تطورية تفرضها طبيعة التفاعل بين الأخصائي والإكلينيكي ، والفرد الذي يطلب التدخل العلاجي

(المريض) ، وهنا يجب أن تتوفر في كل مرحلة من هذه المراحل شروط معينة ، ووظائف خاصة بها . وفيما يلي مراحل المقابلة التشخيصية :

أولاً : المرحلة الأولى (البداية أو مرحلة الافتتاح) :

The Started Stage or Opening Stage

ويطلق أحياناً على هذه المرحلة بمرحلة تقرير الحالة ، أو مرحلة الألفة Rapport Stage ، وهذه المرحلة تعد نقطة البداية التي يبدأ عندها الأخصائي الإكلينيكي مقابلاته التشخيصية ، والتي يمكن أن يتقرر من خلالها ما يحتمل طرحه للمناقشة حول الحالة المرضية .

ويرى (زنين وزنين Zunin and Zunin 1972) أن الوظيفة الأساسية لمرحلة بدء المقابلة ــ ويسميها بمرحلة الافتتاح ــ تكمن في تحريك الدوافع عند الحالة للمشاركة الإيجابية ، وحرية الاتصال السليم مع الأخصائي النفسي خلال المقابلة التشخيصية ، ومن ثم فإن الممارسة غير الدقيقة لافتتاح المقابلة قد تتسبب في إرهاب المريض من حضورها وعدم رجوعه مرة أخرى إليها ، مما قد ينسف المقابلة التشخيصية من أساسها .

ويرى (جونسون Johnson 1981) أن الملاحظات الأولى لسلوك المريض من قبل الأخصائي نفسه تشكل عملية رئيسة في بناء بداية المقابلة ، ولهذا ينصح بأن تبدأ عملية الملاحظة عند بداية أول احتكاك بصري بالمريض ، ومن المهم بهذا الصدد أن نلاحظ كيف يجلس المريض ؟ وكيف يستجيب لتحية الأخصائي ؟ وهل يبادل النظر أم يتجنب ذلك ؟

ومن المهم أيضاً أن نلاحظ تعبيرات وجهه ، ونبرات صوته وحدته أو انخفاضه، ومدى اهتمامه بملبسه ، وعنايته بمظهره وحذيته .

ويؤكد المختصون في هذه المرحلة على احترام المريض والمصاحبين له ، وأن الأخصائي الناجح هو الذي لا يخاطر بعزل المريض أو اغترابه ــ خاصة وإن كان من النوع غير المتعاون ــ بالتعاطف مع أسرته ، أو إعطائه الانطباع بأنه متحالف مع أفراد الأسرة بصورة تساعد على المزيد من شعور المريض بالاغتراب وعزلته وعدائيته .

ومن الأمور الفنية التي ينبغي مراعاتها في هذه المرحلة هو وجوب بدء المقابلة في الوقت المحدد لها ، أي لا تبدأ قبل الوقت ولا تبدأ بعد الوقت المحدد . فالقيام بالمقابلة قبل الموعد المحدد لها قد يفسره بعض المرضى بأنه مبالغة في الاهتمام ، وقد يشكون بالتالي من دوافع الأخصائي نحوهم ، وفي حالة بدء المقابلة في وقت متأخر من موعدها فقد يدركها بعض المرضى على أنها علامة نفور منهم أو عدم الاهتمام بهم ، ولهذا يفضل التنبيه لهذه الدوافع ؛ لأنها قد تؤثر في مسار المقابلة بعد ذلك .

ويلفت (كورشين Korchin 1976) الانتباه إلى الحجرة التي يتم فيها اللقاء الأول، ويؤكد أن كل ما نحتاجه بهذا الصدد هو حجرة هادئة مريحة ، وتخلو من عوامل التشتت ، والأثاث مريحاً ويساعد على الاسترخاء ، ومن الأفضل أن يكون كرسي المريض والأخصائي متقاربين في الشكل ، وأن لا يكونا متقاربين تقارباً شديداً في المسافة، حتى لا يحدث خرق في المكان الشخصي ، ولا يكونان متباعدين كثيراً بشكل يعطل الاتصال اللغوي .

وأشار الباحثون إلى أهمية الجانب التنظيمي للمقابلة التشخيصية إلى اتباع عدة طرق لبدء أو افتتاح المقابلة التشخيصية ، وأهمها ما يلي :

1) طريقة بناء الألفة method of Rapport Building :

تتميز طريقة بناء الألفة بين المريض والأخصائي الإكلينيكي بغرس الثقة ، وتكوين الاتجاه الموجب نحو الأخصائي ، وهنا عرف (بيرج Berg 1954) الألفة على أنها : (المحصلة النهائية للعلاقات الطيبة بن طرفي المقابلة التشخيصية ، لما يجب أن يكون عليه مناخها النفسي من تسامح وانسجام ، واهتمام متبادل بينما) .

وعرف كل من (ساندبيرج Sundberg ، وتيلور Tyler ، وتابلين Taplin 1973) التواد أو الألفة على أنها : (هدف متبادل خلال علاقة مريحة) .

ويرى (بيتروفسا وآخرون peetrofsa and others 1978) أن الألفة عبارة عن : (مصطلح استخدم لتغطية كافة الأبعاد المرتبطة بالعلاقة التي تجمع بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمريض ، والتي تتضمن المعنى الكامل للدفء ، والاحترام ، والثقة ، والسرية المتبادلة بينهما) .

وكان (راجرز Ragers 1961) قد أشار إلى الاعتبار الإيجابي غير المشروط للمريض ، حيث يجب تقبله والتعامل معه بدفء وبلا شروط ، وبدون تضمين لمعنى (أنا أميل لك إذا كنت كذا .. وهكذا ... أو أنت سيئ في هذه الأمور ، ولكنك جيد في تلك ....) .

ويسير بنفس المنحى (كريفينوس Krivinos ، وناي Knap 1975) ، ويؤكدان أن الألفة : (يجب أن تبدأ بالأسلوب النمطي المتعارف عليه في المجال التشخيصي النفسي المتمثل بالتحية (المعتادة) ، مصحوبة بالتعبيرات غير اللفظية مثل : المصافحة باليد ، الاتصال البصري الابتسامة ...) .

وهكذا نلاحظ أن مناخ المقابلة التشخيصية ينبغي أن يتصف بالأمن النفسي والطمأنينة لدى المريض ، ورفع درجة الثقة بالأخصائي النفسي من خلال الاستجابات التي يبيدها الأخصائي نحو مريضه ، والدالة على احترامه له ورغبته الصادقة في مساعدته للتغلب على مشكلته أو شكواه ، وأن يسود جو المقابلة أيضاً الشعور بالمودة و(الألفة) ، ولاشك أن هذا المناخ النفسي الذي يسود بدء المقابلة سوف يساعد الأخصائي

الإكلينيكي أن يوضح للمريض الغرض من المقابلة ، وأن يكون مستعداً للأسئلة التي توجه إليه ، وأنه (الأخصائي) سوف يأخذ أقواله مأخذ الجد كما يوضح لـه المسؤولية التي تفرضها عليه مهنته .

وأن صفة الشعور بالمسئولية لدى الأخصائي الإكلينيكي هي تكوين فرضي يستدل عليه من سلوكه في المقابلة التشخيصية مع المريض ، وهذا السلوك يكتسبه من المبادئ العامة للمقابلة التي لا يتعلمها الأخصائي من القراءة فقط ، بل من الممارسة العملية ، فيتكون لديه حس إكلينيكي ، بحيث يصبح سلوكه جزءاً من تلك المبادئ والمعايير .

فإذا كانت الممارسة عند بدء المقابلة جيدة فإنها ستكون المعول الأول في غرس هذه الألفة ، ومن ثم رعايتها في كل مرة تفتتح فيها المقابلة التشخيصية ، وعلى العكس إذا كانت ممارسة بدء المقابلة رديئة فإنها ستترك أثراً سلبياً لدى المريض تجاه المقابلة فتشعره بالإحباط ، وتشجعه على العزوف عنها ، ويضاعف خبرته المؤلمة عن حالته المرضية .

ونستعرض فيما يلي عدداً من النماذج الدالة على الممارسة (الجيدة) في مرحلة بدء المقابلة عند تطبيق طريقة الألفة :

- كيف حالك ؟ أرجو الله أن تكون بخير .
- كيف تسير الأمور معك ؟ أرجو أن تكون سهلة وميسورة .
- بعض الناس ينظر إلى الدنيا بتفاؤل ، وبعضهم ينظر إليها بالتشاؤم .. ترى كيف تراها أنت ؟
- أحياناً تشعر بالضيق والتوتر في موقف ما ... ثم نكتشف أننا مخطئون ... أليس كذلك ؟! .
- بعض الناس تعجبهم رؤية الشيء الجميل ، ويعتقدون أن الله جميل ويحب الجمال .... وبعض الناس يهملون القيم الجمالية . أليس كذلك ؟! .
- سمعت قولاً مفاده (أنا أجمع الخير والشر لأني إنسان) .. هل تظن فعلاً أن فينا نزعات من الخير ، ونزعات من الشر ؛ لأننا بشر ؟
- أنا أعتقد أن الإنسان يستطيع أن يوفر لنفسه أجواء مناسبة من الطمأنينة .... أليس كذلك ؟!
- كثير من الناس يشعرون بالهم ، وتحيطهم مشاكل ، ولكنهم لا يستسلمون لها ، بل يعملون على التكيف معها ، والتغلب عليها ... هل لاحظت ذلك ؟
- أنا وجدت أن الكثير من الناس عصاميون ... ويتحلون بالصبر .. وقليل منهم ينفذ صبرهم بسرعة ... وينهارون .. ألم يكن هذا موجود لدى أفراد المجتمع ؟

إن هذه النماذج من الممارسة الجيدة في بدء المقابلة التشخيصية كفيلة بأن تغرس الألفة والتواد ، وتبعث روح الانسجام والتفاعل بين الطرفين ، وتضعف الحواجز النفسية بينهما ، مما يشجع المريض على التفكير والانطلاق بحرية في الحديث ، وإبداء وجهة نظره ، وتجعله منفتحاً عل نفسه بصراحة وموضوعية ، وترتفع ثقته بنفسه ، وإحساسه بقيمته الذاتية ، وشغفه في التخلص من محنته أو مرضه ، ويزداد تقديره للأخصائي واحترامه للمقابلة .

ونستعرض فيما يلي عدداً من النماذج الدالة على الممارسة (الفاشلة) في مرحلة بدء المقابلة عند تطبيق طريقة الألفة :

- أراك مهموماً وعبوساً ؟
- أجد فيك علامات البؤس والشقاء من الحياة ؟!
- إنك تشعر بالحزن ؟!
- أشعر أنك تعاني من الفشل في الحياة ؟!
- أكيد أن ثقتك بنفسك ضعيفة ؟!
- لماذا تشعر بالتوتر والضيق ؟ ... يبدو أنك تعاني من مشاكل في الأسرة ومع جيرانك ... أو أصدقائك ؟!
- أشعر أنك تتصرف كالأطفال في المواقف التي تواجهك ؟!
- أجدك تسرع باتخاذ القرار بحق نفسك ومع الآخرين الذين تعيش معهم؟!

إن هذه النماذج من الممارسة الرديئة في مرحلة بدء المقابلة تبعد المريض عن أمله في الحصول على المساعدة المطلوبة التي يتمناها من الأخصائي ؛ بغية التخلص من محنته ، وتبعده عن الشعور بالمودة والألفة التي يتوقعها ، وأنها سوف تزيد من شعوره بالتشاؤم ، وتقلل من شعوره بالتفاؤل ، وبالتالي فإن هذه المشاعر ستضاعف من حالة القلق والتوتر والضيق التي تسطير عليه ، وتوجه سلوكه قبل مجيئه للمقابلة وبعد خروجه منها ، ومن المحتمل أن يدفعه تفكيره بأنه إنسان معقد ومشكلته مستعصية ، وعليه لا جدوى من الانتظام في المقابلات القادمة ، فتتقطع خطوط التواصل ، وتقوى الحواجز النفسية التي يشعر بوجودها أصلاً مع الأخصائي الإكلينيكي ، فيتضاعف شعوره بالاكتئاب واليأس من الشفاء .

2) طريقة الوعي الفكري (الاستبصار) .

Method of Cognitive Orientation

تتداخل هذه الطريقة إلى حد ما مع طريقة بناء الألفة أو التواد بحيث يصعب الفصل بينهما عند مرحلة بدء المقابلة التشخيصية ، ولاسيما إذا كانت الألفة موجودة أصلاً

بين الطرفين ، ومن ثم لا يحتاج الأخصائي الإكلينيكي إلى أي فترة زمنية مستقلة لبنائها ، ولكنه يعمل على تنميتها وتعزيزها ، وقد يشعر الأخصائي الإكلينيكي أن الأخذ بهذه الطريقة في المقابلة التشخيصية ، يأتي بعد أن يحقق الغرض من استخدام الطريقة السابقة والانتهاء منها تماما ، وهذا أمر غير منظور ، فهو معنوي نفسي وليس مادي ، إضافة إلى أن جل العملية هي نشاط دينامي تواصلي وليس محدداً بمحطات منفصلة ومستقلة عن بعضها .

وعلى أية حال إن طريقة الوعي الفكري من الناحية المنطقية والتنظيمية لا يمكن اتخاذها مع المريض إلا بعد أن يتأكد الأخصائي الإكلينكي أن طريقة بناء الألفة قد تمت بالفعل وبنجاح تام ؛ وذلك لأن طريقة الوعي الفكري تقام على أساس مدعم بإتمام الطريقة التي سبقتها ، حتى ينتهي الأخصائي الإكلينيكي لممارسة دوره في تحقيق الغرض منها.

وتتميز هذه الطريقة بالتعبير اللفظي Uerbal Expression عن مضمونها ، فهي تختص بالتوضيح والتفسير للهدف الرئيسي من المقابلة التشخيصية ، خصوصاً وأن لكل مقابلة هدفها الخاص بها يختلف عن هدف المقابلة التي سبقتها ولكن مكملة لها ، أي تبدأ كل مقابلة لكي تحقق الهدف المرسوم مسبقاً لها من حيث ما انتهت إليه المقابلة السابقة .

وطريقة الوعي الفكري تتضمن تبصير المريض بحالته أو شكواه منها ، والتي بسببها طلب التدخل العلاجي ، ويتم في هذه الطريقة لفت انتباه المريض إلى صعوبات التكيف التي واجهته ، وسببت إصابته بأعراضه المرضية الحالية ، وقد يستفيد الأخصائي من هذه الطريقة إذا كانت معلوماته ناقصة عن دوافع نشأة هذه الأعراض لدى الحالة ، حتى يسهل عليه التشخيص المرضي .

ونستعرض فيما يلي عدداً من النماذج الدالة على الممارسة (الجيدة) في مرحلة بدء المقابلة عند تطبيق طريقة الوعي الفكري .

- لقد تجمعت لدي معلومات عن حالتك من مصادر متعددة ، إذا كنت لا تمانع من أن أعرض لك هذه المعلومات ، ونتناقش فيها معاً فيكون أفضل لي ولك من أجل التوصل إلى تحديد الأزمات النفسية التي تعاني منها .
- ما هي الأسباب والعوامل التي أدت إلى هذه الحالة التي تعاني منها ؟ اذكرها ببساطة دون خجل أو تردد ... لأني جالس معك ولأجلك .
- هل إن حالتك الآن تتعلق بانطباعاتك الخاصة نحو الناس ، أو الأصدقاء ، أو الأسرة ، أو زوجتك ؟
- هل شعرت أن هناك فروق ثقافية أو اجتماعية بينك وبين زوجتك ؟
- هل لديك طموحات كنت تريد تحقيقها وكانت ظروف الحياة سبباً في عدم تحقيقها ؟
- هل أنت مرتاح لما تم مناقشته بيننا ؟

- هل أنت مستعد لنستعرض معاً أي معلومات جديدة تود أن تخبرني بها ؟ أنا مستعد لسماعها فلا تتردد في ذكرها ... وكما أعلمتك مراراً أن المجالس بالأمانات فكن مطمئناً .

إن هذه الممارسة الجيدة في بدء المقابلة التشخيصية تمنح المريض الشعور بالأمن النفسي ، وتقديره لذاته وتقبله لنفسه ، بل تشعر بالحرية في الحديث وتوخي الأمانة والصدق في المعلومات التي يفيدها عن حالته ، وحرصه على تواصل العلاقة مع الأخصائي ، وبناء الثقة المتبادلة ، ويكون مستبصراً بحالته أكثر مما كان عليه قبل المقابلة ويدرك أنه لم يكن وحيداً يعاني من أزمته ، بل وجد عوناً له لمساعدته للتخلص منها ، وهذه المشاعر الذاتية التي تتكون لدى المريض هي بحد ذاتها الهدف الذي تسعى إليه طريقة الوعي الفكري في بدء المقابلة التشخيصية من تحقيقه .

ونستعرض فيما يلي عدداً من النماذج الدالة على الممارسة الفاشلة مرحلة بدء المقابلة ــ طريقة الوعي الفكري (الاستبصار) .

- لقد قابلت والديك وأصدقائك وجيرانك وأخبروني بكل شي عنك واعتقد أنك محتاج لتفسير وجهات نظرهم حول حالتك .
- إن الحالة التي تعاني منها نشأت بسبب انطباعاتك الخاطئة ــ كما يبدو ــ عن الناس .
- إن طموحاتك في الحياة كما يظهر على بعض الكلمات التي صدرت منك هي طموحات خيالية .
- إن الفروق الثقافية بينك وبين زوجتك هي التي أدت بك إلى هذه الحياة .
- أين انتهينا من المقابلة السابقة ؟ هل هناك جديد تريد أن تضيفه ؟ تفضل تكلم وسوف أصغى إليك ... ولكن لا تظن الحديث كالمرة السابقة .

إن هذه الممارسة الفاشلة في بدء المقابلة التشخيصية ، وفي هذه الطريقة التي تهدف إلى قدح أفكار المريض ، واستبصاره بالعوائق والاحباطات التي تواجهه سوف تخلق متغيراً نفسياً غير عادي لديه نحو الأخصائي ، ونحو المقابلة التشخيصية ، وهذا المتغير يتحدد في الشعور بخيبة الأمل من الموقف بكامله ، مما يجد نفسه مضطراً لأن يسلك سلوكاً عدائياً نحو الأخصائي ، فمن المحتمل أن تصدر عنه استجابات مركبة بين لوم نفسه على مجيئه للمقابلة وشعوره بالدونية ، وبين حفاظه على كرامته ورد اعتباره أمام الأخصائي ، وبالتالي فإن مقابلة غرضها التشخيص النفسي تتم في جو كهذا ستكون فاشلة ولم يكن هناك مبرراً لاستمرارها فمن الأفضل إنهائها .

المرحلة الثانية : (وسط المقابلة أو البناء) :

Stage of Structure

إن هذه المرحلة من مراحل المقابلة التشخيصية تسمى بمرحلة وسط المقابلة أو مرحلة البناء (أي إعادة بناء شخصية المريض) ويطلق المختصون تسميات متعددة لهذه المرحلة ؛ نظراً لأهمية موقعها في المقابلة التشخيصية مثل مرحلة الارتياد ، أو مرحلة الاكتشاف Stage of Exploration ، وتسمى أيضاً بمرحلة الإنماء أو مرحلة الارتقاء Stage of Development ، بل ذهب بعض المختصون إلى تسميتها بمرحلة جسم المقابلة .

وأسباب هذا التعدد في التسمية يعود إلى أن هذه المرحلة هي(لب) المقابلة التشخيصية ، ويعول كثيراً على نتائجها ، وفيها يتضح مستوى كفاءة الأخصائي الإكلينيكي في التشخيص ، ونباهته وقدرته على التواصل اللغوي مع المريض في إجاباته على الأسئلة ، والتواصل البصري معه لرصد حركاته اللاإرادية ، أضف إلى ذلك قدرته على إدارة النقاش معه والذي يجب أن يتصف بالدقة والانتقال من موقفٍ لآخر ، متوخياً (إدراك الزمن) ، أو بعبارة أخرى الوقت المتوقع استغراقه في الجلسات ، متجنباً إضاعة الوقت في أشياء ثانوية تبعد الطرفين عن التركيز حول الأزمة النفسية موضوع عقد الجلسة ، وتجنباً لما قد يشعر به المريض من الإنهاك النفسي ، أو شعوره بالملل .

وفي هذه المرحلة المهمة من مراحل المقابلة التشخيصية يقوم الأخصائي الإكلينيكي بفسح المجال أمام المريض كي يشرح ظروفه ومتاعبه ، وذلك بسؤال المريض عما جعله يفكر في طلب التدخل الإكلينيكي ، أو عن السبب المباشر لإحضاره للعيادة أو المستشفى ويفضل أن يبدأ الأخصائي بإعطاء فكرة موجزة عن حالة المريض من خلال المعلومات الواردة من دراسة الحالة ، أو رأي جهة تحويل المريض للعلاج ، وذلك بعبارات مختصرة ودالة لكنها تكفي لفتح باب المناقشة .

المهم إعطاء فكرة للمريض أن الأخصائي يعرف بعض الأشياء عن المريض وأنه مهتم به ، مما يساعد المريض على أن يجد نقطة بداية طيبة يستطيع أن يوضح من خلالها بعض مشاكله الأساسية فيستمر الحوار بشكله الطبيعي الذي يسمح بتفاعل جيد وبمعلومات أفضل .

ونلاحظ أن مرحلة وسط المقابلة تستغرق أوسع فترة زمنية في المقابلة التشخيصية ؛ لأنها تعد مرحلة بناء أو تكوين Structure للجوانب التي تعرضت لها شخصية المريض ، وجعلته في وضع غير عادي لذلك فإنها تتطلب جهوداً كبيرة وعناية مركزة من الأخصائي باعتبارها تحتل جسم المقابلة التشخيصية ، كما أنها تتطلب مهارة فائقة ، وفنيات متعددة يكون الأخصائي قد زود بها ومارسها بنجاح ، لذلك فإن مقومات نجاحها وعوامل تحقيق أهدافها تتوقف إلى حدٍ كبير على (دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي) وكفاءته الشخصية ، وتجنبه للأخطاء التي تحول دون إمكانية تحقيق نجاحه في عملية التشخيص .

وقد أشارت نتائج جهود العلماء المختصين في ميدان التشخيص النفسي الإكلينيكي إلى حدوث أخطاء يرتكبها بعض الأخصائيين في هذه المرحلة المهمة من مراحل المقابلة التشخيصية ، وضرورة تلافيها توخياً للدقة في التشخيص، ومنهم(فارس 1972 Phares ، وجونسون Johnson 1981) وغيرهما .

دور الأخصائي الإكلينيكي في المقابلة التشخيصية بين المتطلبات والأخلاقيات :

أن الدور الذي يفترض أن يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي يتبلور في مدى قدرته على تجنب الأخطاء التي باتت تتكرر في العمل التشخيصي ، حتى أطلق عليها بالأخطاء الشائعة ، مما تؤثر على دقة القرار التشخيصي . وفيما يلي عرضاً تفصيلياً لهذه الأخطاء ومعالجتها :

1. **خطأ الإسراف في الحديث وكثرة الكلام :** فالأخصائي هو من يقل كلامه ، ويختصر أسئلته ، ولا يكثر من مقاطعة حديث مريضه .
2. **خطأ محاولة العلاج أو تحديد المساعدة :** إن هذه المقابلة ليست مخصصة للعلاج النفسي ، بل لغرض الفهم المتعمق للمريض ، ولهذا يحسن بالأخصائي الجيد أن يكثر من الإصغاء ، والاهتمام بالمعلومات التي يحصل عليها ، وليس بالاندفاع نحو تقديم النصائح العلاجية ويحذر (جونسون) الأخصائي النفسي فيقول : (أن المقابلة هذه بحق هي من أسوأ الأوقات التي يمكن أن تقدم خلالها النصح أو العلاج مهما كانت ثقتك باستنتاجاتك عن أسباب ومصادر الاضطراب في حياة المريض ، وعادة توقع الكثير في وقت قصير يؤدي حتماً إلى نتائج وخيمة ، وضارة بتكامل المريض وصحته) .
3. **خطأ إعطاء أكثر من سؤال في وقتٍ واحد :** إن بعض الأخصائيين وخاصة المبتدئين منهم بسبب ما يتملكهم القلق يجنحون إلى سؤال المريض عن بعض الظروف المحيطة به ، كالأسرة مثلا ، فيلقي مجموعة من الأسئلة في آن واحد وكأنه يحاول توضيح سؤاله مثال:

- أخبرني شيئاً عن أسرتك ؟
- كيف تشعر نحو حياتك الزوجية ؟
- هل تتشاجر مع زوجتك ؟

لقد ألقى الأخصائي ثلاثة أسئلة في وقتٍ واحد ، والخطأ في هذا أنه لا يستطيع تفسير الإجابات التي تأتيه من المريض ، إضافة إلى ذلك أنه يربك المريض بإعطائه عدداً كثيراً من الأسئلة تدور في ظرفٍ واحد .

4. **خطأ توجيه أسئلة مغلقة :** إن الأخصائي الإكلينيكي الناجح بالتشخيص والعلاج النفسي يدرك تماما بأن الأسئلة المفتوحة هي التي تثير النقاش ، وتساعد على تبادل الحوار ، وضمان التواصل ، أفضل من الأسئلة المغلقة التي يجاب عليها بنعم أو لا .

مثال كنماذج من هذه الأسئلة :

- هل كانت مراهقتك مرحلة سعيدة ؟ (سؤال مغلق)
- ما هي المواقف التي تتذكرها عن فترة المراهقة ؟ (سؤال مفتوح)
- هل تحبين زوجك ؟ (سؤال مغلق)
- أريد أن أعرف رأيك في حياتك الزوجية ؟ (سؤال مفتوح)

5. **خطأ قلة الاهتمام بالعلاقة مع الحالة** : إن نجاح المقابلة يتوقف على درجة توطيد العلاقة بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمريض وهذه العلاقة يحكمها شرطان مهمان :

أولهما : الشعور بالارتياح المتبادل بين الطرفين .

ثانيهما : وجود هدف أو غرض محدد .

وهذان الشرطان يمثلان العمق السيكولوجي للموقف الإكلينيكي ويمكن للأخصائي الإكلينيكي أن يحققها ، وجعل العلاقة (طيبة) مع المريض ، وذلك بإظهار كثير من التعاطف Empathy ، والدفء دون استحواذ Nonpossess warmth ، والهدف الخالي من الزيف Genuiness ، وهذه الصفات أجمع العلماء المختصون على وجوب توفرها في العلاقة بين الأخصائي الإكلينيكي والمريض ، والتي تعد من أبرز العوامل التي تساعد على النجاح في العلاج النفسي . (تراكس وكارخوف Truax and Carkhuff 1976) .

6. **خطأ في فنيات التساؤل** : إن بعض الأخصائيون يخطئون عندما ينظرون إلى المقابلة الإكلينيكية على أنها جلسة استجواب ، وذلك من خلال توجيه الأسئلة لمرضاهم .

لأن المعلومات المطلوبة من التساؤل هو مساعدة المريض على الثقة بنفسه ، والانفتاح والتلقائية ، لذا يفضل عدم التصنع والابتعاد عن القلق القهري عندما يوجه الأخصائي مجموعة من التساؤلات . فالتساؤل الجيد يساعد الأخصائي والمريض على توضيح بعض المصطلحات الغامضة التي يأتي بها المريض ، فتظهر من خلال استجاباته، وتوضيح هذه المصطلحات الغامضة في أذهان المرضى قد تكون له فوائد علاجية وتربوية هامة .

مثال : يأتي مريض ويقول أنا انطوائي . ولمجرد التساؤل عما يجعله يشعر بأنه انطوائي؟ أو ما الذي يزعجه من ذلك ؟ يتضح في النهاية أن المشكلة ليست انطواء ، بل هي شعور بالقلق ، أو قد تكون خطأ في تقبل الذات أكثر من كونها ميول نحو العزلة أو الانطوائية .

وأن أهمية مهارة التساؤل تزداد في حالات المصابين بالأمراض العقلية من النوع الذي يسرف من التداعي ، وتطاير الأفكار ، والانتقال من موضوع إلى آخر دون توقف، فمن الأفضل إيقاف المريض عن التطاير والتنقل المبعثر ، وذلك باستخدام فنية السؤال، فينصح (جونسون Johnoson 1981) الأخصائي الإكلينيكي بإلقاء السؤال عن نقطة مرجعية ، مثال :

- أرجو أن ترجع إلى ما سبق لك قوله عن موضوع المشادة بينك وبين أبيك ، ما الذي حدث بينكما ؟ وكيف عالجت الموقف ؟
- أنني لا أستطيع أن أتابع ما تقوله بهذا الشأن ، وضح لي أكثر ؟

7. **ضعف الملاحظة والمتابعة** : إن بعض الأخصائيين لا يعطون الأهمية المطلوبة بملاحظة التغيرات التي تطرأ في سياق حديث المريض أو على سلوكه ، وإن أعطوا لها أهمية معينة فإنها تكاد تكون ضعيفة والحقيقة إن التغيرات التي تحدث على سلوك أو تصرفات المريض من خلال حديثه ذات أهمية كبيرة في فهمنا لمصادر القلق ، والتوتر والصراع ... الخ .

ولهذا فإن التساؤل فيما بعد عن الموضوعات التي صوحبت بالتغير في سلوك المريض أمر مهم خاصة في المقابلات التشخيصية ، بسبب ما تعطيه من معلومات عن الأزمة النفسية التي يمر بها المريض .

8. **خطأ في معالجة الهلاوس والهواجس** : ينتاب بعض الأخصائيين وخاصة المبتدئين منهم الشعور بالارتباك والحيرة في التصرف عندما يواجههم المرضى بأفكار وهواجس يعرفون أنها خاطئة ، وهنا يحصل لديهم الصراع بين الإقدام والإحجام ، هل يوضحون لمرضاهم أن أفكارهم وهمية لا معنى لها (إقدام) ، أو يتجاهلونها (إحجام) .

والموقف الصحيح هو تجنب الحكم بالصحة والخطأ على ما أبداه المرضى ، وأن يتجهوا إلى الحصول على المزيد من المعلومات التي من شأنها توفر الفرصة على التواصل والحوار .

وهنا يجب أن يدرب الأخصائي نفسه على توجيه أسئلة مفيدة للتواصل والحوار مع المريض .

أمثلة على هذا النوع من الأسئلة في مواقف هواجسية :

- ما الذي يجعلك تظن أن الناس ظالمون ؟
- ما الذي يجعلك تشعر أن أخاك يكرهك ويريد الإيقاع بك ؟
- ما الذي يجعلك متأكدا من أن زوجتك تخونك مع شخص آخر ؟

وأسئلة أخرى عندما يعبر المريض عن هلاوس سمعية أو حسية أو بصرية أو شمية تنتابه :

- إنني لا أسمع أصوات الجن . وتقول أنك سمعتها ، صف لي هذه الأصوات ؟
- إنني لا أحس بوجود خطر قادم يهدد حياتي ، حدثني عما تحس به أنت ؟
- إنني لا أرى شيئا عما تقوله ، وضح لي ما تراه من أشكال تثير فيك الرعب ؟
- إنني لا أشم روائح تنقل لي الأمراض سواء من ملابس أومن الآخرين ، ما هذه الروائح التي تشمها وكيف تثيرك بهذه الصورة حدثني أرجوك ؟

9. **خطأ في معالجة الهذاءات** : إن بعض الأخصائيين يهملون متابعة هذاءات المريض إما لصعوبة مجابهتهم لهذا النوع من الاضطراب أو إعطائها تفسيرات خاطئة على إنها نوعا من الإرهاصات تنتهي بانتهاء الموقف الذي يمر به المريض ، فهي لا تحتاج إلى وقفة موضوعية . خاصة أن بعض المرضى ينكرون أفكارهم الهذائية .

ولذلك يتطلب من الأخصائي الإكلينيكي توجيه أسئلة من شأنها الكشف عن هذاءات المريض والحصول على معلومات تفيده في التشخيص . مثل :

- كيف حالك من الناحية المالية ؟

مثل هذا السؤال يفتح الباب إلى الدخول في مجال هذاءات المريض ، ويقوم الأخصائي بمتابعة هذه الهذاءات ، ويسعى إلى اكتشافها أو تشخيصها . فالهذاءات لدى المرضى كثيرة ومتنوعة كهذاءات الاضطهاد ، أو التتبع ، أو النميمة ، أو الاعتناء التخيلي ، أو الانتقام ، أو العظمة ، أو القوة ، أو السلطة ، أو الثروة .

ومن الأسئلة التي يمكن للأخصائي توجيهها بغية تشخيص نوعها وملاحظة ما في هذه الهذاءات من شذوذ وتناقض وغرابة وعدم اتساق . مثل :

- ما الذي يجعلك تشعر أن رجال الأمن يلاحقونك ولا يلاحقون غيرك من الناس ؟
- ما الذي يجعلك تظن أن الناس يتكلمون عنك وفيك ؟

10. **خطأ فهم التخيلات وأحلام اليقظة** : تعد التخيلات وأحلام اليقظة من المؤشرات الدالة على وجود محاولات تعويضية للتغلب على الصراعات التي يعاني منها المريض، نتيجة لاحباطات متكررة يتعرض لها ، والأخصائي النفسي الذي تنقصه الكفاءة المهنية يكون ضعيف الملاحظة للقصص والخيالات المترددة في حديث مريضه خاصة وأن بعضها تكون مزيجا من الغرابة والشذوذ ، وأدوار البطولة ، وغير ذلك من التخيلات ، وهنا يتطلب من الأخصائي النفسي أن يوجه أسئلة للكشف عن محتوياتها عند المريض وفق الصياغة التساؤلية الآتية :

- ما الذي تفكر فيه عندما تكون بمفردك وليس لديك ما تعمله ؟
- هل تتخيل أمورا تحدث لك ؟
- هل تراودك فترات من السرحان (الابتعاد عن الموقف الفعلي) وفي أي شيء ؟

- هل تراودك تخيلات وأحلام اليقظة كثيرا ؟ ما هي هذه التخيلات أو أحلام اليقظة ؟

هذا النمط من الأسئلة تساعد الأخصائي الإكلينيكي التعرف على ما ينتاب المريض من حالات الاستغراق المتكرر في أحلام اليقظة وتخيلات تبعده عن الواقع ، لدرجة تجعله في حالة اغتراب .

وهذه الأسئلة تدفع بالمريض أن يتحدث بحرية دون التقيد بنوع الإجابة إن كانت صحيحة أم خاطئة يعكس من خلالها سلوكه التعويضي من ضغط الصراع النفسي .

11. **خطأ في مواجهة أو احتواء العجز اللفظي** : إن من الأخطاء الشائعة التي لوحظت عند بعض الأخصائيين النفسيين هو عدم إمكانيتهم على مواجهة حالات العجز عن التعبير اللفظي لدى المريض ، واحتواء هذه الحالات خلال المقابلة التشخيصية ، وهي حالات تعبر عن عدم قدرة المريض على التعبير عن أفكاره المكفوفة الشعورية واللاشعورية ، كما أن ضعف قدرة المريض على الوصف الدقيق لأفكاره ومشاعره المكفوفة تعد ذات دلالة تشخيصية في حد ذاتها .

وهنا يتطلب من الأخصائي النفسي أن يدخل في هذا المجال في شخصية المريض بتوجيه الأسئلة الآتية :

- ما الذي يمنعك من أن تكون شخصاً سيئ الأخلاق ؟
- ما الذي يمنعك من القيام بأعمال ترغبها أنت فقط ويرفضها الآخرون ؟
- ما هو نوع السيطرة الذاتية (التحكم) التي تمارسها على نفسك ؟
- هل هناك من يؤثر عليك بحيث تكون طيبا ؟ أما أنك تقوم بفعل ذلك من تلقاء نفسك ؟

قد تساعد هذه الأسئلة في الكشف عن درجة الضعف في قدرة المريض أو عجزه عن التعبير اللفظي ؛ لأنه سوف يجيب عنها كما هو عليه وليس كما ينبغي أن يكون .

ومن المتوقع أن يشير المريض إلى خضوعه للواعز الديني ، أو لغيره من الأفراد أو الثواب المتوقع ، وأن إنكار أي عامل يؤثر عليه له دلالة تشخيصية في حد ذاتها .

12. **خطأ ضعف الاهتمام بتفسير الأحلام** : بعض الأخصائيين لا يعطون لأحلام المرضى درجة من العناية ، على الرغم من أنها تدخل ضمن العوامل المساعدة على التشخيص النفسي الإكلينيكي هذا من جانب ، ومن جانب آخر هناك اختلاف واضح بين الأخصائيين النفسيين في تفسير الأحلام في الحياة النفسية .

وعليه يجب أن يتم تدريب الأخصائي تدريباً دقيقاً في هذا المجال الذي يمكن أن يكون له عوناً في التشخيص النفسي الإكلينيكي ، فهو بحاجة إلى تفسير مضمون الأحلام ، وتحديد تكرار حدوث الأحلام في فترات معينة ، وكذلك تكرار نوعية الحلم الواحد ، ووضوح الحلم ، ونسيان الحلم ، وخصائص أحلام المريض .

ولتجاوز هذا الخطأ وتحويله إلى أداة تشخيصية يستند عليها الأخصائي في المقابلة يمكن أن يقدم أسئلة في هذا المجال مثل :

- هل تحلم ؟
- هل تتكرر معك بعض الأحلام ؟ ما هي موضوعاتها ؟
- هل تنسى عادة ما تحلم به ؟
- هل تراودك الأحلام في فترات محددة ؟ ما هي هذه الفترات بالضبط ؟
- هل يأتيك حلم معين واحد يتكرر بعد فترات من الزمن ؟
- عادة تكون أحلامك واضحة أم مشوشة ؟

كما أن هذا المجال يتطلب من الأخصائي النفسي أن يتعرف بدقة عن عادات نوم المريض ؛ لأنها ذات علاقة بأحلامه . وإن عادات النوم من العادات السلوكية المهمة في حياة الإنسان ، كما أنها تدل على نواحي نفسية تتصل بمشاعر القلق ، أو المخاوف ، وقد يستفيد الأخصائي من معرفة عادات نوم مريضه ، ويخضعها للتحليل وصولاً للتشخيص الدقيق أن يقدم مجموعة من الأسئلة مثل :

- هل تنام بسهولة ؟
- هل تنام في وقت معين عادة؟
- هل يكون نومك عميقاً أم متقطعاً ؟
- هل تستيقظ عادة من النوم ؟ ولماذا ؟
- ما هو معدل ساعات نومك عادة ؟
- هل ينام أحد بجوارك أم بمفردك ؟
- هل تأرق (الأرق) أثناء الليل ؟

13. **غموض مفهوم التعاطف** : التعاطف ليس المقصود به في المقابلة التشخيصية هو العطف والشفقة على المريض ، وإنما هو نوع من المشاركة الوجدانية الضرورية لنجاح العلاقة الإكلينيكية ، ويتضمن (التفهم) ، وليس الموافقة على كل ما يقوله المريض أو الإدعاء به ، والتعاطف هو استجابة انعكاسية لشعور الأخصائي بالتقدير المطلوب لمشاعر المريض ، ومعايشتها ، وهذا ما يرغبه المريض نفسه للتخلص من أزمته النفسية ، وتظهر أهمية التعاطف بصورة واضحة في حالات انحراف الشخصية ، والإدمان ، والميول السيكوباثية . فالكثير من المدمنين أو البغايا يأتون بشكاوى من الأب أو من المجتمع ، وفي مثل هذه الأقوال فإن الأخصائي الإكلينيكي عليه أن يدرك معنى التعاطف مع مرضاه ، وأن يفهم مشاعرهم ويقدرها ، ولكنه هذا لا يعني الموافقة على تغيراتهم لسلوك الأب أو الأسرة ، أو أية مبررات يقدمونها ؛ لأن الموافقة على تغيراتهم أو مبرراتهم للانحراف قد تشجع المريض على الاستمرار في سلوكه المنحرف .

14. **خطأ في تفسير فترات الصمت** : يعتقد بعض الأخصائيون النفسيين أن صمت المريض أثناء الحديث معه في المقابلة التشخيصية معناه قد انتهى من الموضوع، ولهذا فهم يقفزون بتقديم أسئلة أخرى ، وهذا قد يحرم العلاقة الإكلينيكية من التفاعل، ويحرم الأخصائي في كثير من المعلومات المتصلة بحياة المريض النفسية والعقلية .

وعادة ما يكون شعور المريض بالقلق في موقف الصمت أشد من شعور الأخصائي ، ولهذا فهو قد يقطع الصمت باستئناف الحديث ، وفي هذا الموقف يتطلب من الأخصائي النفسي أن يتصف بحسن الإصغاء ، وتحمل صمت المريض ، بل وتأمله ، وتجنب القفز إلى كسر الصمت بأسئلة تشتت انتباه المريض ، وبيعده عن الموضوع الرئيسي ؛ لأنه في كثير من الحالات يكون صمت المريض محاولة جاهدة منه لتجميع أفكاره ، وقد يكون مؤشراً للانسحاب أو الاستغراق مع الذات ، أو نوعا من أحلام اليقظة .

فمن الضروري أن يقوم الأخصائي بمعالجة الموقف ، وذلك بتقديم أسئلة من هذا النوع . أمثلة :

- أراك تلتزم الصمت ؟ ولماذا ؟
- هل هناك من يضايقك في إثارة هذا الموضوع ؟
- ما الذي يجعلك تشعر بالندم في حديثك في هذا الموضوع ؟
- ألاحظك ساكتاً بعد تناولك بالحديث عن النقطة (كذا) ؟

واستمراراً لمناقشتنا لبواعث الصمت لدى المريض خلال المقابلة التشخيصية إنه في بعض الحالات الذهانية أو العصابية الشديدة قد يستمر المريض بالصمت ، ويصر على السكوت ، مما يتطلب من الأخصائي ألا يتصف بالمرونة ، وبدلاً من استمراره في مواصلة الحوار يتخذ قراراً بإنهاء الجلسة ؛ لكي يستأنفها في وقت لاحق .

تصنيف إجابات المرضى العصابيين في المقابلة التشخيصية :

لقد تحدثنا بأسلوب المناقشة والتحليل تفاصيل مرحلتين من مراحل المقابلة التشخيصية هي البداية ، ووسط المقابلة ، وأكدنا على أهمية إقامة علاقة تواصلية إكلينيكية بين الأخصائي النفسي والمريض الذي يطلب التدخل ، وحددنا الأخطاء التي يقع فيها بعض الأخصائيين النفسيين ، تلك الأخطاء التي أطلق عليها الأخطاء الشائعة ، وحددنا الأساليب التي يمكن للأخصائي إتباعها في سبيل تجنب الوقع فيها ، مؤكدين في ذلك على ما ذهب إليه من سبقنا في الحديث عنها ، وبعضهم من أطلق عليها تسمية ((الاستدراكات الإكلينيكية)) ، ونحن أعطينا هذا الحيز المهم في المقابلة التشخيصية زخم أكبر فأطلقنا عليه تسمية (دور الأخصائي الإكلينيكي بين المتطلبات والأخلاقيات) ، وكان حديثنا موجهاً نحو الأخصائي النفسي في دراسته للحالة المرضية موضوع اهتمامه ، وتشخيصه للأعراض ودرجة إدراكه بخطورة مهنته ، وما تفرضه عليه من مهام ينبغي أن يمارسها بنجاح ، ولما كانت المقابلة التشخيصية هي عملية دينامية ثنائية الطرف، فسيكون حديثنا الآن حول المريض الذي يطلب التدخل باعتباره الطرف الثاني .

الجوانب الإكلينيكية لشخصية المريض :

أولاً : استجابات المريض : لعل أهم الجوانب التي تثير الاهتمام هو موضوع الإجابات المحتملة لدى الحالة المرضية خلال المقابلة التشخيصية ؛ لأن هذه الإجابات لها أهمية تشخيصية عالية ، فهي تعكس فكرة المريض عن نفسه من خلال إجابته عن مجموعة من الأسئلة مثلا :

- حدثني عن نفسك ؟
- ترى أي نوع من الناس أنت ؟
- هل ترى أنك ذو شخصية ممتازة ؟ أم أن بك بعض العيوب ؟
- ما هي فكرتك عن نفسك ؟

يرى الأخصائي تباين الإجابات لدى المرضى عن هذه الأسئلة ، فقد يجد مريض يعطي إجابة مختصرة جدا ، وآخر يتلاعب بالألفاظ ، وقد يكون مراوغا فيستجيب لها بذكاء أو بتهكم ، أو بدعي الجهل ، وأحيانا يجد مريض يحاول الدفاع عن ذاته بأن يسقط مشاكله الشخصية على الآخرين ، وبعض المرضى يستجيبون لمثل هذه الأسئلة استجابات واضحة ومباشرة ، ويناقشون جوانب الضعف فيهم بموضوعية ، وهنا ينتبه الأخصائي إلى ما يقوم به المريض من استخدام الحيل الدفاعية التي يلجأ إليها ، إضافة إلى محتوى استجاباته .

فقد قام (روبرت مارتن R.M.Martin) بوضع تصنيف لاستجابات العصابيين والذهانيين في المقابلة التشخيصية ، واستطاع أن يصنف استجابات المفحوصين موزعة بين ثمانية فئات عن السؤال الآتي :

حدثني عن فكرتك بنفسك ؟ أو ما هي فكرتك عن نفسك بالتفصيل ؟

وصنفت الإجابات على النحو التالي :

1. الإجابات التي تدل على إدراك المريض لوضعه الاجتماعي (التقبل أو الرفض من الآخرين) ، أي الإجابة التي تدل على أهمية التوافق الاجتماعي ، مثال يقول المريض: (إنني أحاول أن أكون شخصاً مقبولاً من الناس ، ومتفاعلاً معهم) ، وهذا النوع من الإجابة يشيع بين العصابيين ثلاثة أضعاف شيوعه بين الذهانيين ؛ لأننا نلاحظ العصابي دائما يتحدث عن المحيط الاجتماعي ، الأمر الذي يدل على أن علاقاته بالناس تشكل جانباً مهماً في مفهومه عن ذاته .

2. إجابات تدل على شعور المريض بالعجز عن أسئلة معينة . مثال يقول المريض (لا أعرف) ، وهذا النوع من الإجابة يشيع بين الذهانيين خمسة أضعاف شيوعه بين العصابيين ؛ لأن الذهاني عادة يعجز عن الإجابة عن هذا السؤال أكثر من العصابي ، وإذا رجعنا إلى الفئة الأولى من الإجابات نرى أن الذهاني لا يفكر في نفسه بوصفه شخصاً له علاقات اجتماعية كما يفعل العصابي ، وهذه الفئة الثانية من الإجابات تدل

على أن الذهاني يكن عاجزاً عن تكوين مفهوم لذاته ، وذلك لانعدام قدرته على التعبير ، والاعتماد على النفس .

3. الإجابات التي تعكس التقييم السلبي للمريض عن ذاته ، وهي الإجابات التي يعبر فيها المريض عن انطباع الناس له ، كيف يتصرفون حياله ، وما هو شعورهم نحوه. مثال يقول المريض : (كثير من الناس يبتعدون عني ولا يحبونني) . هذه الاستجابة نجدها عند العصابيين بخمسة أضعاف وجودها عند الذهانيين ، مما تؤكد على أهمية الوضع الاجتماعي للفرد العصابي .

4. إجابات تعكس حساسية المريض المفرطة نحو نظرة الآخرين له وحرصهم على شعوره . مثال يقول المريض : (إنني عادة أشعر بالصدمة وأحس بالضيق عندما لا يلتفت إليّ الناس) ، وهذا النوع من الإجابة يشيع بين العصابيين ضعف شيوعه بين الذهانيين اثني عشرة مرة ، مما يدل على حساسية العصابي إزاء العلاقات الاجتماعية السائدة في بيئته الاجتماعية .

5. استجابات تعكس عجزاً واضحا لدى المريض في الحكم على نفسه وإدراكه لذاته ، بل إسرافه في اعتماده على غيره . مثال يقول المريض : (لا أستطيع أن أحكم على نفسي ، ولكنك تستطيع أن تسأل والدي عني فيخبرك بما تريد) ، وهذا النوع من الإجابات لم يوجد مطلقاً عند فرد واحد من مجموعة العصابين في بحث (مارتن Martin) ، ولكنه يوجد بدرجة متوسطة في مجموعة الذهانيين ، وهذا يدل على أن شخصية المريض الذهاني خائفة وعلى درجة كبيرة من الاتكالية .

6. الإجابات التي يحمل فيها المريض على نفسه ، ويحقر ذاته ، وينسب إليها كثيراً من الصفات السيئة . مثال يقول المريض : (في نفسي الكثير من السمات الرديئة، وأعتقد أنني أسبب لمن حولي متاعب كثيرة) ، وهذا النوع من الإجابة يشيع لدى المرضى العصابيين ثلاثة أضعاف شيوعه بين الذهانيين . فالعصابي كثيراً ما يحقر ذاته ويكسر بشخصيته ؛ نظراً لإحساسه الشديد بالذنب ، إلا أن هذه الاتجاهات السلبية نحو الذات ليست مفقودة بين الذهانيين ، ولكنها منتشرة لدى العصابيين أكثر .

7. إجابات تعكس أن المريض يشعر بنفسه إنه شخصاً عادياً رغم أن حالته قريبة من حالة الذهان . مثال يقول المريض : (أنا إنسان عادي جداً مثل كل الناس) ، وهذا النوع من الإجابة يوجد بين العصابيين والذهانيين ، إلا أنه يشيع عند الذهانيين ضعف شيوعه لدى العصابيين وهذا أمر طبيعي ؛ لأن الذهاني ليست لديه أحياناً القدرة على إدراك أي فرق بينه وبين الناس في السلوك والأفكار والمعتقدات ، كما هو لدى الفرد العصابي .

8. إجابات هروبية تشير إلى أن المريض يستخدم أعراضه المرضية كأعذار للانسحاب من ممارسة الأدوار الاجتماعية والاقتصادية ، أو تغيراً لمشكلاته الشخصية . مثال يقول المريض : (إنني عصبي إلى حدٍ كبير ، وأعتقد أن عصبيتي هذه هي السبب في

المشكلات التي تحدث بيني وبين زملائي) ، وهذه الفئة من الإجابات توجد بدرجة متوسطة عند العصابيين ، ويندر وجودها بين الذهانيين .

وهكذا يستنتج (مارتن) ثمانية فئات لأنواع الإجابات الصادرة عن المرضى لسؤاله: (حدثني بالتفصيل عن فكرتك عن نفسك ؟) ، وأوضح فيها الفروق في مفهوم الذات بين العصابيين والذهانيين ، وكان الغرض من هذا السؤال هو بيان هذه الفروق ، ولكن لو نستخدم هذا السؤال مع المريض لتحقيق أهداف أخرى ، لكي نرى كيف يستجيب المريض في هذا الموقف ، وما هي المعلومات التي نحصل عليها من هذه الإجابة .

فإجابة المريض هنا تتيح لنا الفرصة لكي نتعرف على مدى قدرته على الاتصال الاجتماعي ، وتعطينا فكرة عن مفهومه عن ذاته ، أي كيف يدرك المريض نفسه ؟ وكيف يدرك إدراك الآخرين له ، وهل مستوى طموحه إعلى بكثير من قدراته الفعلية أم أنه أقل مما يجب ؟ . إضافة إلى معرفتنا لمدى ثقته في تقييم ذاته مقارنة بسلوكه الفعلي ، فقد يجيب المريض أنه صادق وأمين ، وهذا في حد ذاته لا يعني شيئا ، ولكن إذا عرفنا بعد ذلك أنه شخص كاذب وسارق فهذا يعني الكثير .

ثانيا : اهتمامات المريض : من الجوانب المهمة في شخصية المريض هي اهتماماته ، لذا يجب التعرف عليها من خلال هذه المرحلة من مراحل المقابلة التشخيصية ؛ لأنها تدخل ضمن العوامل المساعدة على التشخيص ، والأخصائي الإكلينيكي هنا يصيغ أسئلته بالطريقة التي يراها مناسبة . مثال : (ما هي اهتماماتك الرئيسية في الحياة ؟) ومن الممكن أن تقودنا إجابات المريض إلى المزيد من الأسئلة ، ومن خلالها يتم التعرف على الاهتمامات التي تشغل تفكير المريض ونشاطه الحركي ، مع ملاحظة سعة هذه الاهتمامات أو ضيقها ، ومشاركته فيها سلبية كمتفرج أم إيجابية كمساهم فعلي بها ، وهل يحب العمل الجماعي أم يفضل العمل بمفرده .

ثالثا : طموحات المريض : وهذا الجانب مهم في شخصية المريض من الواجب معرفته بدقة ، وخاصة طموحات المريض في مجال الدراسة ، أو العمل أو الزواج أو الأسرة ، ومعرفة ماذا يعني المستقبل بالنسبة له ؟ وهل يتوقع عادة الفشل والخيبة ؟ ويتوقع حدوث أذى ومصائب ؟ أم أنه يتأمل النجاح والإنجاز في الأعمال التي يقوم بها ؟

ويرى أن المستقبل مايزال يتصف بالإشراق والأمل ؟ إضافة إلى معرفة طموحه بنتائج العلاج ، وهل أنه يتوقع الشفاء من مرضه ؟ أم إن حالته ميئوس منها ؟

والأسئلة التي تستخدم في الكشف عن طموحات المريض ليست صعبة . مثال :ما هو هدفك الأساسي في الحياة ؟ وما هو طموحك للمستقبل ؟ أو ما هي المهنة التي تعد نفسك لها ؟ .

رابعا : دوافع المريض : يتطلب في المقابلة التشخيصية وفي هذه المرحلة منها بالذات معرفة دوافع المريض بدقة ، وما هو أسلوبه في تحقيق أهدافه ، والتعرف على طبيعة دوافعه بدقة ، أم إنها عوامل هدم لشخصيته ومستقبله ، ومعرفة مدى تقبله للعلاج أو عدم

الإقبال عليه . وفي هذا الجانب من جوانب شخصية المريض يمكن التعرف على الدوافع ، إن كانت ضعيفة أم قوية في توجيه سلوك المريض ، فتوجه له أسئلة تتعلق بالدافع لاختيار هذا الهدف أو المهنة دون غيرها ؟ وسؤال آخر : ماذا تعني الحياة بالنسبة لك ؟ من خلال هذه الأسئلة يمكن التعرف على المجالات التي تنتمي إليها دوافع المريض كالأمن ، تأكيد الذات ، السيطرة ، الانسحابية .... وغير ذلك .

خامسا : استبصار المريض بالمواقف والاحباطات : من الجوانب المهمة التي يتطلب الكشف عنها ، أو التعرف عليها في المقابلة التشخيصية هي درجة استبصار المريض بما يتعرض إليه من إعاقة للإنجاز ، أو الشعور بالإحباط حيال ما يطمح لتحقيقه من أهداف، ومن الطبيعي أن درجة استبصار المريض بها وبحاجاته الشخصية من الأمور المهمة في التشخيص ، وهذا يعني معرفة ما يدل على أن المريض يحاول أن يفهم مشاكله مع الناس في علاقتها بسلوكه مع الآخرين ، إلى جانب التعرف على مستوى مدركاته العقلية بما يمكنه من الاستبصار بالجوانب المعتلة من شخصيته .

سادسا : خبرات المريض المؤلمة : في المقابلة التشخيصية يجب أن يعطى المريض الفرصة المناسبة لكي يعبر عن خبراته المؤلمة ، مما تسمح للأخصائي التعرف على الأحداث التي كانت بمثابة مواقف مهددة للمريض ، وذلك من خلال طرح أسئلة مناسبة في هذا المجال .

مثال : هل حدث في الفترة الأخيرة شيئا ما جعلك مكتئبا بشدة ؟ ما هي الأشياء التي تجعلك حزينا ؟ ما هي المواقف التي تجعلك تشعر بالضيق والتوتر الشديد ؟ هل تعرضت إلى صدمة عاطفية ، أو صدمة في مجال الأسرة ؟

وهنا يستطيع الأخصائي ملاحظة نوع الصدمات التي تعرض لها المريض إن كانت عاطفية أو أسرية ، أو دراسية ، أو اجتماعية ، أو اقتصادية ، وكذلك معرفة رد فعل المريض للصدمة النفسية .

سابعا : الحالة المزاجية – الوجدانية للمريض : يعد مزاج المريض أو حالته الوجدانية من الجوانب الإكلينيكية المهمة في شخصيته ، وأن معرفة مستوى حالته الانفعالية بين الاختلال والإصابة الشديدة أمرا مهما في التشخيص ، كأن يكون المريض سهلا للاستثارة، أو يبدو عليه الانفعال أو يفقد ثقته بنفسه بسهولة ، أو إنه متفائل أو متشائم فيما يتضح عليه من نبرات صوته ، وتغيرات وجهه ، وأن سلوكه أو تصرفاته بصفة عامة تقوم على أساس واقعي ، أم إنه يقوم على أوهام وتخيلات ، وأن تفاؤله قائمٌ على أساس قدرته على مواجهة الواقع وأحداث الحياة الفعلية ، أم على أساس نظرة استعراضية ليس ورائها ما يدعمها ، وهذه النظرة التفاؤلية تتصف بأنها ابتهاج أم تعالٍ ، وكذلك النظرة التشاؤمية تقوم على أساس من الشعور بالاكتئاب أم شعور بالتوجس والخوف ، أو الضيق، أو الغضب ، وقد وضع (كيلي Kelly) مجموعة من الأسئلة في هذا المجال منها:

هل أنت سعيد ؟ أم حزين ؟ إلى أي مدى تشعر بالسعادة أو الحزن؟ هل تشعر أنك لا تريد أن تعيش أكثر مما عشت ؟ هل شعرت أنك سعيد لدرجة أنك لا تدري ماذا تفعل ؟ إلى أي مدى تبلغ من الاستثارة عندما تكون في أسعد أوقاتك ؟ ما هو شعورك عندئذ ؟ هل تشعر بالفرح ثم بالانقباض يتعاقبان عليك بأوقات منتظمة ؟

هل تشعر بأنك تريد أن تؤذي نفسك ؟ وهل يتكرر عندك هذا الشعور؟ هل تشعر عادة بالاكتئاب أو الحزن لدرجة الحداد (الماليخوليا)؟ هل تشعر أن الحياة لا جدوى منها؟

إن الإجابة عن مثل هذه الأسئلة تكشف عن معلومات توضح طبيعة المريض المزاجية ، أو الصورة الإكلينيكية الوجدانية للمريض ، وتوضح فيما لو كانت لديه ميول انتحارية ، أو مشاعر اليأس ، وتأنيب الضمير ، ولوم الذات ، والندم الحاد . ورغم هذا، إن بعض المرضى يبدون وكأنهم يعانون من أفكار مرضية نتيجة لما في هذه الأسئلة من إيماءات تجعلهم يقظين لإدراك هذه الأفكار المرضية ، وعلى الأخصائي الإكلينيكي في المقابلة التشخيصية أن يستبعد الأسئلة التي يرى أنها قد تثير لدى المريض انفعالات شديدة واهتياج عصبي .

على سبيل المثال من حاول الانتحار سوف لن توحي له هذه الأسئلة بشيء جديد ، وأن الأخصائي الإكلينيكي اليقظ يقترب من هذه الموضوعات بحذر شديد ، أو بعد التمهيد لها .

ثامنا : مشاعر القلق لدى المريض : في المقابلة التشخيصية يجب على الأخصائي الإكلينيكي أن يكشف عن المصادر التي تسبب شعور المريض بالقلق والهم . والواقع أن الكثير من الموضوعات التي يتحدث عنها المريض ويصفها مصادر لقلقه هي واجهة أو سطحية ، وغالبا ما تكون بدائل للمصادر الحقيقية المكبوتة ، ومع ذلك إن معرفتها أمرا مهما بالنسبة للأخصائي ، فقد تكون مرتبطة بالمصادر الحقيقية التي لا يستطيع المريض تحديدها بوضوح ، وفي هذا الجانب من شخصية المريض يمكن للأخصائي الإكلينيكي أن يوجه للمريض أسئلة للكشف عن مصادر قلقه وهمومه مثل :

- عندما تشعر بالحزن ، ترى ما هي أسباب هذا الحزن ؟
- في أي شيء تفكر بحيث تجعلك هذه الأفكار حزيناً ؟
- ما الذي يثير همومك عادة ؟
- ما الذي يقلقك ويجعلك مهموما ؟
- هل تشعر دائما بالقلق دون سبب ؟

إن إجابات المرضى عن هذه الأسئلة تتضمن موضوعات مختلفة تتعلق بالصحة ، والدراسة ، والحب ، والربح والخسارة المالية ، أو الحمل والزواج ، والأمور الجنسية ، والأبناء ، والمسئولية ، والمعتقدات الدينية ، والحوادث ، والامتحانات ، والفشل والعمل .... الخ .

ولكن من المهم هنا أن يتأكد الأخصائي الإكلينيكي أن قلق المريض مزمنا أم مؤقتا أم طارئا ، ومدى عمقه أو سطحيته ، ودرجة تأثيره على سلوك المريض ، وموقعه في الصورة الإكلينيكية لشخصيته .

تاسعا: مخاوف المريض : في المقابلة التشخيصية يحاول الكثير من المرضى إخفاء المخاوف الحقيقية التي يعانون منها ، والتي تذكر هي المخاوف التي تكون بديلة لها ، إلا أنه ينبغي الاهتمام بموضوعات المخاوف التي يستشعرها المريض سواء كانت حقيقية أم بدائل .

ومن الممكن للأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يستخدم أسئلة في هذا المجال ، مثل :

- ما الذي يثير الخوف عندك ؟
- هل تخاف من النار ؟
- هل تخاف من الظلام ؟
- هل تخاف من الأشباح ؟
- هل تخاف من مشاهدة الميت ؟
- هل تخاف من الأفعى ؟
- هل تخاف من الرسوب ؟
- هل تخاف من الناس ؟
- هل تخاف من الأماكن المزدحمة ؟
- ما الذي تخاف منه أكثر من أي شيء آخر ؟
- هل تخاف من أشياء لا تعتقد أنها خطرة بالفعل ؟
- هل تخاف من أمور تعتقد أنها ليست ذات معنى أو غير مقبولة ؟

وتتوافر أعداد كثيرة من الأشياء التي تثير الخوف لدى المرضى لدرجة تصل إلى استخدام كلمة الخواف The phobia . المهم هنا أن يقوم الأخصائي الإكلينيكي بتسجيل نوع المخاوف ، أو خوف محدد يبديه المريض .

عاشرا : درجة انفعال الغضب لدى المريض : يهم الأخصائي النفسي كثيرا أن يتعرف على المصادر التي تثير في المريض غضبه ، ودرجة هذا الانفعال لديه ، كما يهم الأخصائي أن يلاحظ الطريقة التي يعبر بها المريض عن غضبه أو كراهيته ، وإلى من يوجه هذه الكراهية أو العدائية أحيانا ، إضافة إلى معرفته بأن العجز في التعبير عن الغضب والعدائية أو الكراهية له دلالالة سيكولوجية كما لو استطاع التعبير عنها .

مثال : إمكانية المريض للتعبير عن كراهيته اتجاه السلطة أو اتجاه الوالدين ، أو المدرسين، وفي هذا المجال يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يستخدم نماذج من الأسئلة ، مثل :

- هل تغضب أحيانا غضبا شديدا ؟ ضد من ؟
- هل أنت عصبي بحيث يعرفك الآخرين هكذا أنت ؟
- هل هناك من تكرههم ؟ من هم ؟
- هل تصل بك درجة غضبك إلى المشاجرة أحيانا ؟ ضد من ؟
- هل لديك أعداء كثيرون ؟ ما الأسباب ؟
- ما هي المواقف التي تثير غضبك أكثر من غيرها ؟
- هل تتشاجر مع الناس لأسباب تبدو بسيطة لا تستحق ذلك ؟
- هل تكبت عادة مشاعر الكراهية نحو بعض الناس ؟
- هل تدخل في مناقشات عادة مع الآخرين ؟
- تحدث عن الأشخاص الذين يثيرون غضبك ؟

ويستفيد الأخصائي النفسي الإكلينيكي من إجابات المريض عن هذه الأسئلة لمعرفة الأشخاص والأحداث التي تثير غضب المريض وعدوانيته ، ومعرفة الأسباب الكامنة وراء هذا الانفعال الشديد ، وهل ترجع إلى انعدام المقدرة على التحكم الذاتي أو ضبط النفس ، أم الشعور بالذنب ، أم احتقار الذات ، ثم معرفة اتجاهات إسقاط اللوم في هذا الصراع ، يسقطه نحو الداخل (نفسه) ، أم نحو الخارج (الآخرون) .

أحد عشر : مشاعر الذنب والإثم لدى المريض : أن شعور المريض بالذنب خبرة نسبية مؤلمة ومتغيرة ، بعيدة عن الثبات أو الاستقرار في الشعور ، فهي مرتبطة بالمواقف والأحداث التي يتعرض لها ، وكذلك حسب نوعية تلك المواقف ، ودرجة تأثيرها في الحيز النفسي للمريض ــ كما يدركها هو ــ بعضها يجدها مهددة لحياته ، وبعضها الآخر يفسرها بأنها وقائية توافقية خالية من الشعور بالخطر ، وتوقع الإحباط والخيبة ، ولهذا من الصعب الحكم على درجة شعوره بالذنب والإثم ، وتأنيب الضمير ، أو لوم النفس كردود فعل لها ، ولكن على الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يضع فروضا عن وجود

هذه المشاعر ، ودورها في التوافق النفسي والاجتماعي ، وتتضح هذه المشاعر عادة عندما يتقدم العلاج ، ويكشف المريض عن حقيقة مشاعره ، وتتضمن الفروض التي يضعها الأخصائي من خلال مناقشة ذاتية يعقدها مع نفسه حول مجموعة من الاستفسارات، مثل : ما درجة شعور المريض بالذنب ؟ وهل يستطيع أن يعبر عنه في كلماته وحديثه ؟ أم تتضح هذه المشاعر لديه عند إسقاطها على الغير؟ أم يكبتها ولا يتحدث عنها ؟ ثم ما هي المجالات التي يدور حولها شعوره بالذنب ؟ وما هو اتجاهه إذا ألقى المسؤولية على نفسه ؟ هل يدين نفسه أم يتعهد بأن يصلح من حاله ؟ ثم ما مقدار مشاعر الذنب التي يظهرها المريض ؟

والأسئلة التي يمكن توجيهها للمريض للكشف عن مشاعر "الذنب والإثم" مثل:

- هل تشعر أنك ذو سلوك غير مقبول اجتماعيا ؟
- هل تشعر أنك إنسان سيء ؟
- ما هي الجوانب السيئة أو الشريرة فيك ؟
- هل تشعر بالذنب والإثم دائما ؟
- ما الذي تعتقد أن عليك أن تقوم به إزاء هذه المشاعر ؟

وفي الإجابة عن مثل هذه الأسئلة قد يعبر المريض عن شعور عام بالذنب ، أو شعور خاص بموضوعات معينة ، وقد يعبر عن رغبته في التكفير عن الذنب ، وقد يحاول استخدام حيل دفاعية معينة لتبرير ما فعله ، وقد يعبر عن خوفه من نبذ الآخرين له أو احتقاره لنفسه ، وقد يتضح في بعض الأحيان أن لديه ثنائية في اتجاهاته نحو سلوكه الشخصي .

اثني عشر : توهم المرض : تعد فكرة المريض عن صحته ودرجة انشغاله بوظائف جسمه المختلفة من الجوانب المهمة التي تتشكل منها الصورة الإكلينيكية لشخصيته ، لذا يتطلب من الأخصائي النفسي الإكلينيكي الانتباه إليها أثناء المقابلة التشخيصية ، فإذا كانت لدى المريض أوهام مرضية فسوف تفرض نفسها على المناقشة أثناء عرضه لمشكلته فيقوم بحركات معينة مثل مسك رأسه ، أو يتحسس نبضه ، أو يأخذ شهيق عميق ويطرد زفير طويل ، أو يتحسس ساقيه أو ذراعيه .... الخ .

وهنا يمكن للأخصائي أن يوجه أسئلة في هذا المجال ، مثل :

- هل تعاني من مرض معين ؟
- هل تعتقد أنك مصاب بمرض خفي ؟
- ويمكن مراجعة المعلومات الواردة عن وضعه الصحي في دراسة الحالة ؟

المرحلة الثالثة : نهاية المقابلة :

وهذه المرحلة الأخيرة من المقابلة التشخيصية وتسمى أحياناً بمرحلة الإقفال Stage of Closing ، أو مرحلة ختام المقابلة ، ولاشك إن قرار إنهاء المقابلة ليس سهلا على الأخصائي النفسي الإكلينيكي لذلك فإنه يبحث عن طريقة ملائمة في سبيل ذلك . فالمقابلة التشخيصية قد تنهي بناءاً على رغبة أحد الطرفين ، نتيجة لطبيعة الغرض من إجرائها ، وانتفاء الحاجة لاستمرارها بعد الوصول إلى النتائج المطلوبة ، أو نتيجة لظروف معينة ومتغيرات تحول دون إمكانية استمرارها ، وعلى أية حال فإن العبء الأكبر في تحديد الوقت المناسب لإنهاء المقابلة في صورتها العادية ، أو في صورتها الاستثنائية ، في كلا الظرفين هناك دوافع مختلفة ، أو أسباب متعددة تؤدي إلى إنهاء المقابلة فهي متعلقة بوجهة نظر الأخصائي النفسي الإكلينيكي أولا ، والفرد الذي طلب التدخل (المريض) ثانياً ، ويمكن صياغة الدوافع أو الأسباب على النحو الآتي :

أولا : إنهاء المقابلة من وجهة نظر الأخصائي :

1. عدم التزام المريض بنظام التشخيص الإكلينيكي .
2. ضعف اهتمام الأخصائي بالمريض لبعد حالته المرضية عن اختصاصه الدقيق .
3. سلبية اتجاه الأخصائي نحو المريض لأسباب متعددة .
4. عدم ميل الأخصائي لحالة المريض (ميل موضوعي) .
5. رفض المؤسسة العلاجية (عيادة أو مستشفى) التعامل مع المريض ، كأن يكون عدوانياً نحو نظام المؤسسة ، أو المرضى الراقدين فيها والمترددين عليها .
6. انقطاع المريض من الحضور لمتابعة تطور حالته لأسباب متفرقة .

ثانيا : إنهاء المقابلة من وجهة نظر المريض :

1. عدم رغبة المريض في التعاون مع الأخصائي الإكلينيكي .
2. عدم اقتناع المريض بإجراءات التشخيص ، وكذلك العلاج النفسي .
3. سلبية اتجاه المريض نحو الأخصائي .
4. ضعف دافعية المريض لمعالجة حالته المرضية لأسباب أقوى منها .
5. طول الفترة الزمنية التي استغرقتها المقابلة التشخيصية إن حدث ذلك .
6. يأس المريض من حالته وانطفاء أمله في الشفاء .

7. عزوف المريض عن المكان الذي تجرى فيه معالجته .
8. سوء المعاملة التي يتلقاها المريض من العاملين في العيادة النفسية أو المستشفى .

وبصفة عامة يجب أن لا تنتهي المقابلة التشخيصية إلا بعد أن يكون الأخصائي النفسي الإكلينيكي قد حقق نجاحاً نفسياً مع المريض ، وذلك يجعله يشعر بالطمأنينة والأمن النفسي ، وغرس في نفسه الراحة والثقة به ، على الرغم من الشحنات الانفعالية التي تظهر خلال مناقشة الموضوعات الحساسة ، والمشكلات التي أثيرت في المقابلة ، والخبرات المؤلمة التي خبرها المريض ، فضلا عن الأسرار التي يجرأ المريض على كشفها للأخصائي ولأول مرة في حياته .

إذن في مثل هذه الظروف النفسية يجب أن تنتهي المقابلة بالصيغة التي ذكرناها ، وخاصة خلق اتجاها موجبا لدى الأخصائي والمريض نحو المقابلة التي عقدت بينهما ، ويفضل أن يزداد إظهار التعاطف والمشاركة الوجدانية من قبل الأخصائي النفسي نحو المريض في هذه المرحلة الختامية من المقابلة التشخيصية ، وذلك بعبارات توضح تفهم الأخصائي لحالة مريضه واهتمامه الخاص بوضعه النفسي ، كأن يقول مثلا :

- لقد سعدت جداً بحديثك ، رغم الذكريات الحزينة التي أثيرت فيه .
- شكراً لحضورك معنا ونحن دائما في خدمتك .
- لا تتردد في أن تتصل بي إذا شعرت بحاجة ماسة تستدعي ذلك .
- أعتقد أن مقابلتنا كانت مثمرة اليوم ، أرجو أن يكون وضعك أحسن في الأيام الآتية .
- أرجوك أن تذهب إلى المنزل لكي ترتاح .

وفي ختام الجلسة التشخيصية يجب أن يشارك الأخصائي الإكلينيكي ما استطاع أن يكونه من أفكار عن مصادر المشكلات في حياة المريض وحاجاته وقيمه ، حيث من المتوقع أن يسأل المريض الأخصائي عن رأيه في مشكلاته أو أعراضه المرضية ، ومدى توقعه بنجاح العلاج وتنبؤاته بشأن مستقبله ، مثل هذه التساؤلات عادة ما تأتي من المرضى نتيجة لتصورهم أن تكون العلاقة تسمح بالاستفسار عن حتمية الشفاء بوقت قياسي ، وهنا لابد للأخصائي أن ينتبه لهذه النقطة المهمة ، وعليه أن يعطي تلخيصا للمشكلات التي يعانيها المريض من واقع عباراته خلال المقابلة ، ويكون التلخيص مصحوبا ببعض التوصيات الضرورية .

وفي ختام المقابلة أيضا على الأخصائي مراعاة التخطيط للجلسات القادمة وخطة العلاج ، وأن يعطي أكبر قدر ممكن من المعلومات عن طبيعة اللقاءات القادمة ، وضرورتها ، وما الذي سيتم فيها ، والتوقعات المطلوبة من المريض ، وعند مغادرة المريض على الأخصائي الإكلينيكي أن يعطي لنفسه الفرصة لتسجيل ملاحظاته الرئيسية

عن الجلسة ، وهذه المرحلة ضرورية ؛ لأنها تحرر الأخصائي من ضغط الموقف المباشر للمقابلة ، وتجعله أكثر حياداً وأوسع إدراكاً لما كان يدور خلال المقابلة .

هذا وقد أشارت كتابات المتحدثين عن مرحلة نهاية المقابلة التشخيصية بأنها تتغير بتعدد الأنماط أو المسارات ، وتكون مستقلة عن بعضها البعض بناءاً على نوع المقابلة ، ونظراً لخصوصية الحالة المرضية . وهذه الأنماط هي :

1) نمط الختام العادي Type of Normal Closing :

تستدعي الظروف العادية في المقابلة التشخيصية إلى أن يختمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي بعبارات شفافة ، تشير إلى أن موعد انتهاء المقابلة قد حان .

مثال من عبارات هذا النمط : (إن موعد مقابلتنا قد انتهى . جزاك الله خيراً على حضورك معنا ، نحن دائماً مستعدون لتقديم كامل خدماتنا لك ، لا تنس موعدنا في المقابلة القادمة ، نرجو الله أن تكون هي الأخرى مثمرة . إلى اللقاء) .

2) نمط الختام غير المنتهي (المعلق) :

هذا النمط يحصل عندما تكون هناك معلومة قد طرحت في الوقت المتأخر من مرحلة وسط المقابلة التشخيصية ، ولم تستكمل المناقشة حولها بسبب ضيق الوقت ، مما يستلزم الأمر الإشارة إلى استكمال مناقشتها .

مثال من عبارات هذا النمط : (نظراً لانتهاء وقت المقابلة يفضل استكمال الحديث حول هذه النقطة المهمة في المقابلة القادمة ؛ لأنها تحتاج إلى وقت أكثر يناسب أهميتها ، ما رأيك أن تكون المقابلة القادمة يوم .... الساعة ...؟) .

3) نمط الختام التوكيدي :

يستخدم هذا النمط في المقابلة التشخيصية من أجل التأكيد على أفكار أو معلومات مهمة طرحت في المقابلة ، وتتطلب التعمق فيها لفائدة الطرفين .

كأن تكون هناك خطوات عملية يكلف المريض للقيام بها استعداداً للمقابلة التالية ، وتحتاج هذه الخطوات إلى إيضاحات تفصيلية يهتدي بها المريض ، أو قد تكون هناك أفكار معينة استثارة قلق المريض ، وتحتاج إلى وقفة موضوعية توضيحية في سبيل إبعاد المريض عن مشاعر التوتر والضيق ، ويتم تناولها في مقابلة قادمة قريبة .

مثال ، من عبارات هذا النمط : (سوف أوضح لك باختصار ما فهمته منك عن هذه النقطة ، فإذا وُجد غموض في استيعابي لها ، أو اختلاف بين وجهة نظري وما تقصده أنت فأرجو أن توضح لي ذلك في المقابلة القادمة التي ستكون يوم ..... الساعة .....) .

وهكذا نصل إلى النهاية الطبيعية للمقابلة التشخيصية ، وما مرت به من مراحل (البداية ــ الوسط ــ النهاية) ، وما تميزت به كل مرحلة من خصائص ومتطلبات ، كما لاحظنا دور الأخصائي الإكلينيكي فيها وما يجب أن يتصف به من إمكانيات ، وتناولنا بالمناقشة والتحليل أيضاً الجوانب الإكلينيكية في شخصية المريض عند إجراء المقابلة التشخيصية معه ، لعلنا نكون قد قدمنا صيغة واضحة لهذه العملية المحورية من عمليات التشخيص النفسي الإكلينيكي .