محاضرات في تقنيات التشخيص

أ. د. بن خليفة محمود

المفاهيم والمصطلحات المتعلقة بالتشخيص

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

علم النفس المرضي (Psychologie pathologique)

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

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

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

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

أما **التصنيف الوصفي** (Nosographie): فهو وصف وترتيب الأمراض كما هي وكما توصل إليها المنهج التصنيفي، فهو يقوم على معايير التمييز بين الأصناف التي يحددها بالتجميع والحذف، أي تجميع أو حذف

العلامات العيادية التي تسمح بالتوصل إلى كيانات عيادية (Entités cliniques) متميزة تماما عن بعضها البعض ومختلفة عن السواء، بهدف تدعيم فرضية ما ودحض (رفض) أخرى.

يقوم منطق التصنيف الوصفي حسب **ويدلوشي** (1984) على تحديد مجموعات السمات التي تسمح في أحسن الحالات بترتيب الأفراد، أو بالتحديد الحالة التي يشتركون فيها. فالقيمة الترتيبية لنموذج كهذا تكمن إذن في قدرته على تحديد مجموعات خفية من السمات التي تفصل بطريقة أفضل مجموعة من الأفراد عن الآخرين (Widlocher ، ص149)، وينتظر من مثل هذا النظام أن يقدم ليس فقط قيمة ترتيبية بل أيضا قيمة تفسيرية.... إن أي ترتيب للاضطرابات العقلية يستلزم مفهوم المرض العقلي. تحدد مجموعة السمات تنوعا لاختلال النشاط العقلي يشمل مصدرا وآلية وطريقة تطورية خاصة به... وبهذا يتبع التصنيف الطبي العقلي النموذج الكلاسيكي لكل صنافة طبية (Taxinomie médicale). ص 150

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

علم الأعراض (sémiologie)

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

يعتبر علم الأعراض بداية أو مدخلا لتجميع أو تنظيم أولي لدلالات تضع على الفور العلامة في مجموعة أشمل تكون فيها تلك العلامة كمعدل (Bergeret, p116).

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

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

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

إذا كان الترتيب الطبي العقلي يعتمد على علامات، وعلى قيم مستخرجة من التصرفات الملموسة التي تحملها كتعبيرات عن اضطراب ما، فإن التقصي التحليلي لا يختصر التصرف في قيمة بسيطة للعلامة بل يتعامل معه كنشاط أو فعل (acte). يتبع البحث التحليلي ترابط الأفعال عبر تصرفات اللفظ، إنه يعبر تسلسلها التتابعي وتورطها في قصديات متباعدة أو متقاربة... إن ترابط الأفكار يفسر كتدفق أو فيض مستمر لأفعال معقدة مشتبكة بنوايا متعددة. والعرض مثل أي تصرف آخر يعتبر لزوما كفعل قصدي يتبع الفعل الذي يسبقه أو يقطعه (Widlocher، 151).

إن نفس العرض الرهابي مثلا يستجيب لمقاصد مختلفة من مريض إلى آخر، ومن ثم فهو يلتزم بأنظمة ضغط وفعل مختلفة. فالخوف من الأماكن الواسعة قد تكون له وظيفة التلذذ العصابي اللاشعوري، أو الحصول على فوائد

ثانوية، أو تكرار حدث صدمي أو سلوك اعتيادي في الطفولة.... وتبعا للمقصد يتدخل العرض في ظروف مختلفة ويندرج في برامج فعل متميزة (154).

انطلاقا من الوصف السلوكي العام نتدرج عبر تجربة الشخص المعاشة في مجرى زمن تنظيمه الحالي، للتوصل لاحقا إلى الاحتفاظ الأساسي بعلاقته بالموضوع وإلى تنظيمه البنيوي القاعدي. ولا ينبغي لأي تسمية بنيوية (عصابية مثلا أو ذهانية...) أن تكون هدفا تشخيصيا في حد ذاته كي لا نتوقف عند الملاحظة البسيطة والترتيب الآلي. وعليه فإن التسمية التشخيصية كقاعدة انطلاق لفهم الشخص يجب أن تجتهد في توضيح وتدقيق أطر (حواف) تلك التسمية دون تحديد أو تضييق امتداداتها ودون منع الإعادة المحتملة لبنائها (Bergeret, p117).

إذا كان علم النفس العيادي في منظور **بيرون** يهدف إلى معرفة التوظيف النفسي فهو يريد وصف طرق لذلك التوظيف، وبناء نظري لنماذج ذلك التوظيف، وحتى لو اقترب قليلا من التناول البيولوجي الإسمي الذي يقيم سببية آلية للرتب والأصناف، فإنه يبتعد عنه في إقامة ارتباط بنيوي معقول ومفهوم بين الأحداث النفسية الملاحظة والمنظمة برؤية نظرية وبوسائل تطبيقية (Perron R., 1979).

التشخيص

التشخيص في نظر هوبار (Huber) هو "النتيجة النهائية لعملية معقدة يبحث فيها النفساني العيادي عن معلومات حول شخص ما وتصميمها من أجل الإحاطة بمشاكله وأسبابها، وتقرير ما إذا استدعى الأمر التدخل ، وكيف يكون ذلك التدخل، وكذا تقييم التدخلات وآثارها".

يعتبر التشخيص أساسا كفرضية وليس تأكيد نهائي لحكم ما ، فهو يُبقي مجالا مفتوحا للمناقشة وإعادة النظر.

يشكل تحليل الأعراض المرحلة الأولى من خطوات التشخيص، وفيها يقوم المختص انطلاقا من ملاحظة المريض بجمع الأعراض البارزة تبعا لأهميتها من أجل ترتيبها ثم تجميعها بعد ذلك في تناذر (زملة) ، هذا الأخير ما هو إلا مجموعة علامات وأعراض تشكل وحدة معرّفة بفعل ارتباطها الثابت أو السبب المتشابه في حدوثها.

ويفضل **هوبار** (1987) الحديث عن التقييم في إطار تناولنا لمسألة التشخيص، وذلك للتشديد على أن العملية لا تقتصر على الترتيب بالمعنى الأمراضي وإدماج اضطرابات الشخص بل تهدف إلى "وصف كل الديناميكية الفردية، ونقاط القوة والضعف ، النقائص والكفاءات التكيفية ، التي تحدد السلوك الفردي وتطوره" .

من هنا تطرح مسألة مستويات التشخيص كمفهوم يدل على عملية معرفية للتعرف عن ظاهرة ما وتسميتها عن طريق اللجوء إلى جمع أصناف متنوعة من المعلومات (عن طريق "الموازنة السيكولوجية" (Bilan psychologique) التي تضم عدة تقنيات في إطار دراسة الحالة) ومعالجتها الفارقية تبعا لأهداف متميزة تشمل خاصة : تشخيص المرض، نمط الشخصية، نمط التفكير، تقييم السياقات السيكومرضية، الكفاءات التكيفية مع المحيط وقدرات الاتصال... كل هذه تمثل مستويات للتشخيص قد يلجأ إليها العيادي بمجملها او قد يكتفي بالبعض منها.

البنية

لا ينفصل مفهوم البنية عن المفاهيم السابقة ذات الصلة بالتشخيص، إذ أن الأحداث النفسية النابعة من فرد معين أو مجموعة أفراد تستدعي البحث عن بنية التوظيف بالمعنى الذي حدده **بياجيه** : "البنية هي نظام من التحولات يستدعي قوانين تعتبر كنظام (عكس ميزات العناصر)، يبقى ذلك النظام وينمو بفعل تلك التحولات ... وبذلك فإن البنية تشمل الميزات الثلاثة: الكل، التحولات والتعديل الذاتي... من هنا يستنتج ر. **بيرون** ثلاث أنواع من الطرق المسماة "عيادية":

– الطرق التشخيصية (بعيدا عن الرؤية التصنيفية الإسمية) التي تعين على محاولة إنشاء أحداث سيكولوجية مناسبة للفرد في بنية معقولة ، من أجل احتفاظ أفضل بخصوصيته، وبدون استعمال أية تقنية هادفة إلى تغيير حالته.

– الطرق ذات الهدف العلاجي و/ أو التربوية، وهي امتداد للسابقة في إطار رؤية حالية للمساعدة.

– الطرق التي تهدف إلى البحث، وهي ترمي إلى تحسين الجهاز النظري والتقنيات المستعملة في المناهج أو الطرق الأولى والثانية من أجل جمع وبناء الوقائع.

والبنية في منظور **جوينيي** (2001) هي نموذج عام مجرد ، مشكلة من تركيب عناصر منتظمة يخضع بعضها لبعض وتشكل مجتمعة كلا متكاملا (totalité) غير قابل للاختزال. يخضع هذا النموذج المبني انطلاقا من الأحداث العيادية ومن المسلمات المجردة لتطور المعارف.. فالبنية هي تصور شكلي تقريبي للنفس (Juignet P., p 37).

نستطيع القول أنها مجموعة من الأعراض ومن السلوكات والاستعدادات الكامنة التي تعين على تحديد طريقة السير النفسي لدى فرد ما.

التشخيص ومفهوم القطبية (polarité)

أشرنا سابقا إلى أن كل من الطرق التشخيصية، والطرق العلاجية و/أو التربوية تساعد على جمع وبناء الوقائع، أما الطرقة البحثية فهي تهدف إلى تحسين الجهاز النظري والتقنيات المستعملة في المناهج.

وأشرنا إلى رؤية ب. **جوينييه** (2001) للبنية التي تتوخى الشمولية من خلال اقتراحه لمصطلح القطبية (Polarité)، وهي عبارة عن مرجعية تقوم على التوافق بين التناولات (المقاربات) المتكاملة التي تؤسس ميدان علم النفس المرضي التحليلي.

إذ أنه من الممكن بناء تناسب (تطابق) بين التناول السيكوتكويني (Psychogénétique)، التناول العيادي (Clinique) والتناول البنيوي (Structurale)، وإذا ما تحقق هذا التطابق فإنه سيحدد ما نسميه قطبا (Pôle).

تستند القطبيات على المفاهيم الكلاسيكية (العصاب ، الذهان ، الحالات الحدية والانحرافات) غير أنها تتجنب التصنيف المتشدد (الصلب) ولا تتقيد بعلم الأمراض. تجلب فكرة القطب المرونة بتحديد دوائر للتأثير وليس عُلبا أو أقفاصا (cases) ضيقة ومغلقة. إنها أداة لصد التجزيء المتوخي في العيادة ضمن فهارس (سجلات) (catalogues) عويصة وغامضة مثلما يريد ذلك المذهب التجريبي ل DSM.

يتكون القطب إذن من التقاء أو تجمع مستنتج بين عناصر تجريبية أو ميدانية (جداول عيادية) ونظرية (بنية ، تكوين نفسي).

فكلما اقتربنا من المركز (من أحد الأقطاب) كلما كان هناك انسجام قوي بين العناصر المكونة للحقل، وكلما ابتعدنا يقل التجانس فنلمس تأثير أقطاب جاذبة أخرى، وبهذه الرؤية نستطيع إعطاء فرصة لاحتمال ظهور كل الأشكال البينية واللانموذجية دون أغفال مرجعيات مستقرة نسير على ضوئها. فلكي نحدد وجهتنا يجب تسجيل الاختلافات عن طريق الربط بين مميزات التكوين النفسي، الاختلافات العيادية (العرضية، السلوكية، الطبعية ...الخ) وخصوصيات التنظيم النفسي للفرد.

مكونات القطب (حسب جوينيي)

رؤية سريرية	رؤية بنيوية	رؤية سيكوتكوينية
جداول عيادية مستخلصة من وصف السلوكات، الأعراض، سمات الطبع المترابطة وفق نظام مطرد.	أنظمة / أركان وآليات نفسية مترابطة فيما بينها في كل مبني (بنائي) وله انسجام خاص.	نمو نفسي متميز بمراحل تطورية لها تأثير منظم أو معدل.

تسمح الأقطاب في حقل علم النفس المرضي التحليلي بتحديد مرجعي خصوصي ومتجانس، في إطار التنوع النفسي البشري، ولا يَعتبِر القطبُ المرضَ النفسي كإصابة جسدية محددة تدخل في إطار سببي مرضي (Etiologique)، فهو لا ينطبق على نتائج التغيرات أو اختلالات الوظائف العصبية الفيزيولوجية، أو على مظاهر الشخصية الصادرة عن العوامل السوسيولوجية.

ويمكن تلخيص الرؤية التحليلية للتصنيف السيكومرضي في إطار مفهوم القطبية في الجدول التالي:

التناولات / السجلات أو الجداول	رؤية سريرية	رؤية بنيوية	رؤية سيكوتكوينية
	وصف مرتبط بكشف او تحديد نظام مطرد، يستخرج جداول عيادية بخصوصياتها.	نموذج يربط الأركان والوظائف والدفاعات النفسية فيما بينها. البحث عن الخصائص البنيوية.	إعادة بناء النمو النفسي المتميز بمراحل تطورية، باستقصاء المحطات (الفترات) الإشكالية.
العصابات	جدول العصابات المتوازنة (النموذجية): هستيري، هجاسي، رهابي.	سير نفسي متطور، نكوص ليبيدي (نزوي)، بنية عصابية.	التشكيل المرحلي الثالث: ترسيخ (تكامل) نرجسي، مرحلة تناسلية (تقمص جنسي، علاقة ثلاثية).
الحالات البينية	جدول الحالات الحدية، الانحرافات والشخصيات الجسدية.	سير نفسي مختلط، نقائص نرجسية، تثبيت قبل تناسلي. بنية بينية.	التشكيل المرحلي الثاني: تشكل الذات وميل إلى الاستقلالية. مرحلة شرجية وقضيبية.
الذهانات	جدول الذهانات، عظامي، فصامي (انفصالي) أو دوري.	سير نفسي بدائي، أنا هش وعاجز، بنية ذهانية.	التشكيل المرحلي الأولي: التفرد أو الانفراد، المرحلة الفمية.

جدول ملخص للعناصر المشكلة للقطبيات حسب التناول التحليلي

معايير التصنيف

- النموذج التناذري (المعيار الوصفي) : أي وصف الأعراض المجمعة في تناذرات تبعا لعدد من الارتباطات الخاصة معتبرة كخصائص لاضطراب أو مجموعة من الاضطرابات (أي تحديد مميزات اضطراب معين على شكل أعراض تميز وحدة معينة).
- النموذج السببي (المعيار السببي المولد للمرض étiopathogénique) : أي ترتيب الاضطرابات وفق أسبابها ، كأن تكون عضوية للكشف، داخلية السبب، نفسية....
- النموذج العيادي (المعيار التطوري) : أي التاريخ الطبيعي للأمراض، طريقة بدايتها، سن الأشخاص أثناء ظهورها، تطورها نحو الشفاء أو تدهورها التدريجي، طابعها الدوري أو المزمن، مدتها ونهايتها مع مرور الوقت.

- النموذج السيكولوجي (المعيار السيكومرضي) : مباشرة الاضطرابات العقلية في منظور سيكولوجي ، سواء تعلق الأمر بأسسها أو ميكانيزمات ظهورها (بلولر، جاسبرس).
- النموذج الذرائعي (معيار البحث) : يحدد التصنيف حسب الهدف ، أي الحصول على عينات مختارة بدقة، متجانسة قدر الإمكان ، لأهداف بحثية مثل : تحديد عدد أدنى من الأعراض أو العلامات المجمعة من أجل وضع تشخيص.

المراجع

1. Bergeret J. (1979). *Abrégé de psychologie pathologique*, Masson
2. Huber W. (1987). *La psychologie clinique aujourd'hui* ; Editions Mardaga
3. Juignet, Patrick (2001). Manuel de psychopathologie psychanalytique, Grenoble ;
4. Widlocher D., (1984). « Le psychanalyste devant le problème de classification », *Confrontations psychiatriques*, 24, 141-156.

أدوات التشخيص

اعتمادا على التعريف السابق للتشخيص يمكن أن نفهم التشخيص النفسي (psychodiagnostic) العيادي كونه سياق له خمس وظائف أو أهداف أساسية هي: الوصف (Description)، الترتيب (Classification)، الشرح او التفسير (Explication)، التنبؤ (Pronostic) والتقييم (Evaluation).[1]

وعليه فإن هذا السياق التشخيصي يعتمد على سجلات مختلفة ومصادر متنوعة. تتمثل تلك السجلات في المعطيات المجمعة في مستويات عامة هي: المستوى البيولوجي الجسدي، المستوى السيكولوجي، المستوى الاجتماعي، المستوى البيئي (المادي). أما المصادر فهي المعطيات التي نحصل عليها من الأدوات المستعملة من أجل التقييم، بداية بالطرق الأداتية (instrumentaux) كأدوات التشخيص السيكوفزيزلزجي (EEG, ECG, EMG...) واختبارات الفعالية او الأدائية (الذكاء، الذاكرة...) ووصولا عند اختبارات الشخصية.

[1] Perrez & Baumann (2005). Lehrbuch Klinische Psychologie – *Psychothérapie*. Bern: Huber. (Prof. Dr. C. Martin Sölch ©).

عموما يمكن تلخيص اهم أدوات التقييم في وسائل متنوعة سنذكرها باختصار، مع تركيزنا بعد ذلك على الأداة الرئيسية في التشخيص وهي المقابلة العيادية. تتمثل تلك الأدوات إذن في:

- استبيانات أو سلالم التقييم الذاتي (Auto-évaluation) مثل مقياس بيك للاكتئاب (Inventaire de Dépression de Beck, BDI) .
- إجراءات الملاحظة الذاتية (Auto-observation).
- بروتوكول ملاحظة الآخر (Hétéro-observation) على شكل ملاحظة السلوك، مثل مقياس هاميلتون للاكتئاب.(Echelle de Dépression de Hamilton, HAMD، أو تسجيل معطيات سلوكية عن طريق ترددات (fréquences) في أجهزة ...)
- إجراءات المقابلة (Entretien ou Interview)
- اختبارات القدرات والفعالية (WISC, WAIS, cubes de Kohs, Figure de Rey...).
- اختبارات الشخصية (الرورشاخ، تفهم الموضوع، مينيسوتا Minnesota المتعدد الأوجه (MMPI)، اختبار الإحباط ل Rosenzweig ...).

إجراءات المقابلة

يكون الحديث هنا عن المقابلة العيادية السيكولوجية، وهي الأسلوب الأساسي والتمهيدي في سياق التشخيص، وتباشر بعد الانتهاء من الفحوص الطبية أو قبلها أحيانا، وهي لا تطبق عادة على شكل استجواب يكون فيه العميل أو الشخص (le sujet) سلبيا او مستكينا بل يكون فعالا مُنظِّما حقيقيا لطريقة اتصاله مع العيادي. هذه الوضعية إذن هي بينذاتية (intersubjective).

وباعتبارها وسيلة للكشف المنظم فهي مرحلة لتقييم السلوك اللفظي وغير اللفظي، تُقيّم الانسجام الفكري وتوجه الشخص، كما أنها تخبر عن طريقة اندماج الشخص في الواقع.

تجزأ المقابلة عادة إلى قسمين :

مرحلة أولية يُصغي فيها العيادي إلى طلب الاستشارة من طرف الشخص المعني، في جو من الراحة بتوفير الشروط المادية (الوقت والمكان والمسافة) والمعنوية (العاطفية : الجاهزية للتلقي، القبول، المشاركة الوجدانية)، وهنا نتيح للشخص فرصة التحرر في تعبيره عن انشغالاته ومعاناته و/أو اهتماماته، وهذا من أجل تحديد أو تعيين طلبه. وخلال هذه المرحلة نولي الاهتمام الفائق لكل تصرفات الشخص : تدفق التعبير اللفظي، نبرة الصوت،

طريقة الحوار (فترات الصمت، التوقفات الكلامية، استراحة، رفض الكلام...)، حالات الغضب، الكف العقلي و/أو العاطفي، سهولة استحضار الذكريات، القدرات التكيفية مع وضعيات جديدة وغير منتظرة....، كل ذلك سيسمح بتحديد مكانة العرض (symptôme) على المستوى العقلي أو السلوكي أو الجسدي. (Bergeret, 1977).

تسمح هذه المرحلة الأولية من الإصغاء والتعبير الحر بكشف أولي عن العناصر التي تشكل علامات (signes) العيادة السيكومرضية، من أجل تحديد الأعراض الأكثر إعاقة للذات والآخرين، مما يسمح بضبط طبيعة الاضطراب وشدته (حصر مرتبط بوضعية صعبة، اكتئاب، ضعف من نوع عصابي مسبوق بمحاولات علاجية سابقة)، وكذا تنظيم الجدول العيادي المستخلص (اضطراب المزاج، ذهان مع أفكار هذيانية وهلاوس، تسمم بالمواد الكحولية أو العقاقير، اضطرابات سلوكية، اضطرابات الشخصية...).[2]

في هذا الإطار العام لا يجب إغفال إحساس العيادي تجاه ما عبر عنه الشخص من أجل ضبط الأهمية التشخيصية لديناميكية المشاركة الوجدانية والوعي بحيثيات ما يسمى التحويل المضاد (contre-transfert).

يمكننا اعتبار هذه المرحلة التمهيدية من المقابلة وسيلة لما سماه Baekeland (2014) التشخيص السيكولوجي العرضي (symptomatique) الذي يعين على معرفة المعاناة الظاهرية (السطحية) للعميل، فهو تشخيص وصفي غير عميق.

أما القسم الثاني من المقابلة **كمرحلة ثانوية** فهو يركز على نقاط أساسية نجدها عادة على شكل محاور يتخذها العيادي كدليل يحصل به على معطيات منظمة وهادفة تعينه على معرفة البنية النفسية للشخص. وبمنظور **بايكلاند**[3] دائما نحصل في هذه المرحلة على التشخيص السيكولوجي البنيوي (structural). تظهر بنية الشخصية في نمط ارتباط الفرد بالآخرين، نوعية وشدة نزواته وعواطفه، آليات الدفاع المستعملة وقدرات التكيف مع الوضعيات، إلى جانب مظاهر أخرى..

يقترح Bergeret و Dubor (1979) المحاور التي تساعد على استخلاص تشخيص سيكولوجي بنيوي وهي : – **السوابق الفردية للشخص**: ميلاده، أين عاش تدريجيا، طفولته، مراهقته، دراسته ومشاكلها، خدمته المدنية أو العسكرية المحتملة.

[2]AFPAG « Introduction au Diagnostic Psychologique et Psychopathologique » ; Mars 2018
https://afpag.eu/news/introduction-au-diagnostic-psychologique-et-psychopathologique/

[3] « Qu'est-ce qu'un diagnostic psychologique ? » ***Charles E. Baekeland ;*** Mars 2014
https://www.consultabaekeland.com/p/fr/psychanalyste-madrid-blog/quest-ce-quun-diagnostic-psychologique.php

- **الوالدين**: أحياء ام أموات، حاضران أو غائبان عن البيت، عمرهما، مهنتهما، صحتهما، مزاجهما، كيف يتعاملان، من يفرض إرادته على الآخر، نوعية العلاقة الحالية والقديمة معهما، لمن يعتقد أنه يشبه أكثر.
- **العلاقة الأخوية** (Fratrie): عدد الإخوة والأخوات، جنسهم وعمرهم، أحياء أو أموات، سبب الموت، في أي عمر، رتبة الشخص بين إخوته، مهنتهم، صحتهم، متزوجون أم لا، علاقة الفرد القديمة والحالية معهم.
- **الحياة الزوجية** : عمر الزوج أو الزوجة، المهنة، الصحة، المزاج، تاريخ الزواج، طريقة الزواج، كيف تم التعارف، كيف كان التفاهم في بداية الزواج، فيما بعد، من قرر الزواج، أحدهما فقط، الوالدين أو شخص آخر. وضعية الحياة الزوجية العاطفية والاجتماعية، الروابط الزوجية الخارجية وكيف عاشها كلاهما.
- **الأولاد**: عددهم، سنهم، جنسهم، صحتهم، دراستهم أو مهنتهم، مرغوب فيهم من قبل أو لا، مشاكل علائقية محتملة معهم أو فيما بينهم، كيفية التصرف مع ذلك معهم.
- **الحالة الصحية الحالية للعميل**: الاضطرابات الهضمية، النوم، السلوك تجاه التبغ، الكحول، القهوة، وزن الجسم، وعلاقته مع القامة.
- **مراحل النمو**: 1) المرحلة قبل التناسلية (Prégénital): الفمية (الشهية الغذائية والعاطفية، الحاجات، مقاومة الإحباطات، الشراهة). الشرجية (الهضم الجسمي والأخلاقي، النظافة، إفراط في الدقة، تشبث أو عناد، الدراهم، طريقة الانتقال الهضمي والتعبير العاطفي).

2) المرحلة التناسلية (génital): مشاكل الاستمناء (حاضرة بقوة أم غائبة، هل هناك هوامات متعلقة بذلك)، الانجذاب الجنسي المستمر (نحو الذكور، نحو الإناث)، العلاقات الجنسية (أول مرة، في أي ظروف).

- **النوم والأحلام**: نوعية النوم ومشاكله، تذكر الأحلام أو عدمه، نوع الأحلام.
- **العلاقات الاجتماعية**: الزملاء، الأصدقاء (كثيرون، قليلون)، أماكن الترفيه، الهوايات، الرغبة في العيش وحيدا أو مع الجماعة.

تختم المقابلة بتقديم ثلاثة طلبات من العميل: ماذا ينتظر من المقابلة؟ ماذا يريد أن يقول كإضافة؟ ما هو مشكله حسب رأيه هو؟

خلال المقابلات الأولية يحاول النفساني العيادي التوصل إلى تشخيص بنيوي تقريبي كي يستطيع فهم ما حدث للعميل ويصف له العلاج المناسب أكثر لوضعيته. وعند الوصف العلاجي يستعمل النفساني لغة بسيطة ومفهومة كي يوضح للمفحوص ما يستطيع القيام به من أجل مساعدته في تجاوز صعوباته الأساسية.

إضافة إلى هذا النوع من المقابلات غير المقيدة أو الحرة، هناك نوع آخر يتمثل في المقابلة الموجهة أو المبنية (structuré) يتقيد فيها العيادي بمجموعة من الأسئلة المقننة كما هو في النموذج المقترح في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (النسخة الرابعة). وهو مقدم في شكله الأصلي المختصر على الشكل التالي :

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpétrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

NOM DU PATIENT :	_____	*PROTOCOLE NUMERO :*	_____
DATE DE NAISSANCE:	_____	*Heure de Début :*	_____
ENTRETIEN REALISE PAR :		*Heure de Fin :*	
DATE DE L'ENTRETIEN :	_____	*DUREE TOTALE :*	_____

M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / current

MODULES	PERIODES EXPLOREES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + vie entière	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	Optionnel
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	Optionnel
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	Optionnel

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. ± 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

- **Entretien :**

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

- **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

- **Conventions :**

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « **gras** » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/),* le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (→) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

- **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être côtés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpétrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

– نموذج من أسئلة المقابلة عن اضطراب الاكتئاب الجسيم (Episode dépressif majeur) –

➔: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU **A2** SONT-ELLES COTEES **OUI** ? ➔	NON	OUI	
A3	**Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :**			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de ± 5 %, c. à d. ± 3,5 kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER **OUI,** SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS **3 OUI** EN **A3** ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)	**NON**	**OUI**	***EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL***
	SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :			
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ? ➔	NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11
	A5b EST-ELLE COTEE **OUI** ?	**NON**	**OUI**	***EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE***

لا شك أن قراءة هذا الدليل المصغر للمقابلة يتطلب شرحا وتوضيحا نظرا لغموض طريقة تطبيقه، لذلك فإننا مدعوون للتعرف على الدليل التشخيصي والإحصائي ولو في مبادئه العامة حول المعايير المعتمدة في تشخيص الاضطرابات النفسية.

معايير التشخيص في DSM– IV–TR وDSM–V

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

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

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

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

يشمل التشخيص حاليا نظاما متعدد المحاور يأخذ بعين الاعتبار خمسة محاور مختلفة للسلوك:

- **المحور الأول**: اضطرابات سريرية ووضعيات أخرى قابلة للفحص العيادي.
- **المحور الثاني**: اضطراب الشخصية (المعادية ، النرجسية ،الاعتمادية والمتجنبة) والتخلف العقلي.
- **المحور الثالث**: الاصابات الطبية (الجسدية) العامة وظروف مثل مشاكل القلب والسكري والربو التي قد تتفاعل مع الظروف النفسية أو تعجل بظهورها .
- **المحور الرابع**: المشاكل النفسية الاجتماعية والبيئية. تجمع المعلومات عن الحياة الحالية للمريض وماضيه لتحديد مستوى الضغوط النفسية والمحيطية التي يعاني منها هذا الشخص.
- **المحور الخامس**: تقييم شامل لمستوى الأداء والسير النفسي.

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

يمكن الاحتفاظ عموما ببعض المعايير المعتمدة في حذف (exclusion) أو تجميع (inclusion) الأعراض أثناء ضبط التشخيص الفارقي من أجل تجاوز اللبس التشخيصي (incertitude diagnostique) ، أهمها:

- التسلسل والتناسق الطولي للاضطرابات المؤسسة على سوابق العميل، أي عدم ظهور سابق لاضطراب غير متجانس مع الأعراض الحالية، مثل ظهور حلقة (فترة) هوسية يلغي تشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم (trouble dépressif majeur)، ويطرح ضرورة التأكد من تشخيص الاضطراب الدوري1.
- التناسق العرضي بين الاضطرابات والأصناف الفرعية فيما بينها، مثل تخصيص صفة " قهر التكرار " يتماشى مع صفة "النموذج الهجاسي"، لكن سمة "الشك" لا تتناسب حتما في كل الحلات مع "النموذج القهري أو الهجاسي". فالحالة الأولى قابلة للتجميع أما الثانية فهي قابلة للحذف.
- عدم تزامن وتداخل التشخيص لاضطراب ما مع ظهور اضطراب آخر (مشابه أو لا) خلال تطورهما. فلا نستطيع مثلا تشخيص اضطراب التحول (conversion) من زاوية التجسيد فقط عند ظهوره في حالات الشلل الجسمي النصفي.
- التأكد من عدم تأثير إصابات طبية عامة أو مواد كيميائية خلال ظهور الاضطراب النفسي أو العقلي، يجب مثلا حذف كل الأسباب الطبية التي تشكك في ظهور اضطراب الاكتئاب الجسيم.
- توافق الحكم العيادي في تحديد التشخيص من خلال القدرة على تمييز الاضطراب المدروس عن باقي الاضطرابات التي لديها مظاهر أو أعراض مشابهة (التشخيص الفارقي). لذا على المختص أن يدعم ويثبت العناصر المميزة لاضطراب ما من أجل تفريقها عن أعراض اضطراب آخر. كالتمييز مثلا بين الشخصيات الهزلية (الهستيرية) (Histrionique) والشخصيات النرجسية.

مواصفات الشدة (sévérité) والتطور (évolution) في DSM-4[4] DSM-5[5]

يطبق تشخيص ال DSM-5 عموما على الحالة الراهنة للفرد ولا يستخدم بصورة نموذجية لتنقيط الاضطرابات القديمة التي تعافى منها الفرد. يمكن إدراج المواصفات التالية للإشارة إلى الشدة والتطور بعد التشخيص: خفيف، متوسط، شديد، في هدأة جزئية، في هدأة تامة، والسوابق المرضية.

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

- خفيف :عدم وجود أعراض أو وجود القليل منها زيادة على ما هو مطلوب لوضع التشخيص، ولا ينشأ عن الأعراض أكثر من اختلال طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني.
- متوسط: وجود أعراض أو اختلال وظيفي يقع بين «الشديد » و « الخفيف» .

[4] Mini-DSM-IV-TR ; Critères diagnostiques ; TF : J.D. GUELFI, Masson,

[5] معايير ال DSM-5 ، ترجمة أنور الحمادي ،

- شديد: وجود الكثير من الأعراض التي تزيد عما هو مطلوب لوضع التشخيص، أو وجود بضعة أعراض شديدة على نحو خاص، كما ينجم عن الأعراض اختلال صريح في الأداء الاجتماعي أو المهني.
- في هدأة جزئية (rémission partielle): تحققت المعايير التامة للاضطراب سابقاً، لكن ما تبقى حالياً هو بعض أعراض وعلامات الاضطراب فقط.
- في هدأة تامة (rémission complète): لم يعد هناك أية أعراض أو علامات للاضطراب ولكن يبقى مناسباً تدوين الاضطراب، على سبيل المثال، عند فرد لديه نوبات سابقة من الاضطراب ثنائي القطب ظل خالياً من الأعراض لمدة 3 سنوات وهو يعالَج بالليثيوم. بعد فترة من الهدأة التامة، يمكن للطبيب أن يقدّر أن المريض تعافى، وبالتالي لا يعود بعدها ليرمّز الاضطراب كتشخيص راهن. يتطلب التفريق بين الهدأة التامة والشفاء اعتبار عوامل كثيرة، بما في ذلك السير المميز للاضطراب وطول الزمن بعد آخر فترة من الاضطراب، والمدة الكلية للاضطراب والحاجة إلى تقييم مستمر ومعالجة وقائية.
- السوابق المرضية (القصة السابقة) : من أجل أغراض محددة، قد يكون مفيداً تدوين قصة المعايير التي تحققت لاضطراب ما، حتى لو اعتبر الشخص شافياً منه. مثل هذه التشخيصات الماضية سيشار إليها باستخدام المحدِّد سوابق مرضية (مثال، اضطراب قلق الانفصال، قصة سابقة لفرد لديه قصة اضطراب قلق الانفصال لم يعد لديه اضطراب حالياً أو تتحقق لديه حالياً معايير اضطراب الهلع) .

أعدت معايير نوعية لتحديد خفيف ومتوسط وشديد بالنسبة للاضطرابات التالية: التخلف العقلي واضطراب المسلك (conduite) والنوبة الهوسية والنوبة الاكتئابية الجسيمة. وتوجد معايير نوعية لتحديد الهدأة الجزئية والهدأة التامة بالنسبة لما يلي: النوبة الهوسية والنوبة الاكتئابية الجسيمة والاعتماد على المواد.

المعاودة (الرُجعة) (Récidives)

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

*إذا اعتُبرت الأعراض نوبة جديدة لحالة معاودة، يمكن تشخيص المرض على أنه حالي (أو مؤقت) حتى قبل أن تتحقق المعايير الكاملة (مثال: بعد تحقق معايير نوبة اكتئابية جسيمة لمدة 10 أيام فقط عوضاً عن14 يوماً المطلوبة عادة).

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

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

التشخيص الرئيسي/ دافع الاستشارة

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

يمكن تسجيل تشخيصات متعددة في عدة محاور أو لا. عندما يكون التشخيص الأساسي مندرجا في المحورI ، يُستدلُّ عليه بإدراجه أولاً. أما بقية الاضطرابات فتُدرج بالترتيب حسب أهميتها السريرية والعلاجية. عندما يحصل شخص ما على تشخيصات في المحورين I و II ، سيُفترَض أن التشخيص الأساسي أو دافع الزيارة يناسب ما هو مسجل في المحور I ما لم يُتبع التشخيص في المحور II بعبارة وصفية « تشخيص أساسي» أو « دافع الزيارة» .

التشخيص المؤقت

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

ثمة استخدام آخر لتعبير "مؤقت" وذلك للحالات التي يعتمد فيها التشخيص الفارقي حصراً على مدة المرض. فعلى سبيل المثال، يتطلب تشخيص الاضطراب ذا الشكل الفصامي مدة تقل عن الستة أشهر ولا يمكن تسجيله إلا بصورة مؤقتة طالما لم تحدث الهدأة.

استخدام الفئات "غير محددة" (Non spécifié)

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

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

فهرس الاضطرابات المصنفة في DSM-V

I- اضطرابات النمو العصبية:

1- الإعاقات الذهنية
- اضطراب النمو الذهني
- تأخر النمو الشامل
- الإعاقة الذهنية غير المحددة

2- اضطرابات التواصل
- اضطراب اللغة
- اضطراب صوت الكلام
- البدء الطفلي لاضطراب الطلاقة- التأتأة
- اضطراب التواصل الاجتماعي- العملي
- اضطراب التواصل غير المحدد

3 – اضطراب طيف التوحد

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

5-اضطراب التعلم (المحدد)

6- الاضطرابات الحركية
- اضطراب التناسق التطوري
- اضطراب الحركة النمطي
- اضطرابات العرّة (Tics)
  1. اضطراب توريت (Gilles de la Tourette)
  2. اضطراب العرة الحركية أو الصوتية المستمر- المزمن
  3. اضطراب العرات التمهيدي
  4. اضطراب العرات (المحدد الآخر)
  5. اضطراب العرة (غير محدد)
- اضطرابات النمو العصبي الأخرى

1.اضطرابات النمو العصبي (المحددة الأخرى)
2.اضطراب النمو العصبي (غير المحدد)

II– طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

1- الاضطراب التوهمي (trouble délirant)
2- الاضطراب الذهاني الوجيز
3- الاضطراب الفصامي الشكل
4- الفُصام
5- اضطراب الفصام الوجداني
6- الاضطراب الذهاني المحدث بالمواد
7- اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى
8- الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر- محدد الكاتاتونيا
9- كاتاتونيا بسبب حالة طبية أخرى
10- الكاتاتونيا غير المحددة
11- اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية المحددة الأخرى
12- اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى غير المحددة

III- ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

1- اضطراب ثنائي القطبI
2- الاضطراب ثنائي القطبII
3- اضطراب المزاج الدوري
4- ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة/دواء
5- ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى
6- ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى
7- ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة
8- محددات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة
- مع انزعاج قلقي
- نوبة هوس أو تحت هوس، مع مظاهر مختلطة
- نوبة اكتئاب، مع مظاهر مختلطة
- مع دوران سريع
- محدد المظاهر السوداوية
- مع مظاهر لا نموذجية
- مع مظاهر ذهانية
- مع كاتاتونيا
- مع بدء حول الولادة
- مع النمط الفصلي
- تحديد الهدأة
- تحديد الشدة الحالية

IV- الاضطرابات الاكتئابية

1- اضطراب المزاج المتقلب المشوش
2- الاضطراب الاكتئابي الجسيم
3- اضطراب اكتئابي مستمر- سوء المزاج
4- اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث
5- الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء
6- اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى
7- اضطراب اكتئابي محدد آخر
8- اضطراب اكتئابي غير محدد
9- محددات الاضطرابات الاكتئابية
- مع انزعاج قلقي
- مع مظاهر مختلطة
- مع المظاهر السوداوية
- مع مظاهر لا نموذجية
- مع مظاهر ذهانية
- مع بدء حول الولادة
- مع النمط الفصلي
- تحديد الهدأة (Rémission)
- تحديد الشدة الحالية

V- اضطرابات القلق

1- اضطراب قلق الانفصال
2- الصُمات الانتقائي
3- الرهاب النوعي
4- اضطراب القلق الاجتماعي- الرهاب الاجتماعي
5- اضطراب الهلع
6- رهاب السّاح (agoraphobie)
7- اضطراب القلق المعمم
8- اضطراب القلق المحدث بمادة/دواء
9- اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى
10- اضطراب قلق محدد آخر
11- اضطراب قلق غير محدد

VI- الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة

1- اضطراب الوسواس القهري
2- اضطراب تشوه شكل الجسم
3- اضطراب الاكتناز
4- هوس نتف الشعر اضطراب نتف الأشعار-
5- نزع الجلد اضطراب نزع الجلد-

6- الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحدث بمادة/دواء
7- الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى
8- الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى
9- الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

VII- الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد

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

VIII- الاضطرابات التفارقية

1- اضطراب الهوية التفارقية (dissociative)
2- النساوة التفارقية (amnésie dissociative)
3 - اضطراب تبدّد الشخصية/تبدد الواقع
4- اضطراب تفارقي محدد آخر
5- اضطراب تفارقي غير محدد

IX- العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة

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

X- اضطرابات التغذية والأكل

1- شهوة الطين
2- اضطراب الاجترار
3- اضطراب تناول الطعام التجنبي/المقيد
4- فقدان الشهية العصبي القمه- العصبي
5- النهم العصبي
6- اضطراب الشراهة للطعام
7- اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر
8- اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد

XI– اضطرابات الإفراغ

1- سلس البول
2- سلس الغائط
3- اضطراب الإفراغ المحدد الآخر
4- اضطراب الإفراغ غير المحدد

XII– اضطرابات النوم واليقظة

1- اضطراب الأرق
2- اضطراب فرط النعاس
3- النوم الانتيابي
4- اضطرابات النوم ذات الصلة بالتنفس
   - توقف التنفس أو قصور التنفس الانسدادي أثناء النوم
   - توقف التنفس وسط النوم
   - نقص التهوية المتعلق بالنوم
5- اضطراب وتيرة النوم اليقظة اليومي–
6- حالات النوم المضطرب
   - اضطرابات الاستثارة خلال نوم حركة العين غير السريعة
   - اضطراب الكابوس
   - اضطراب السلوك خلال نوم حركة العين السريعة
   - متلازمة الساقين المتململتين
7- اضطراب النوم المحدث بمادة/دواء
8- اضطراب الأرق المحدد الآخر
9- اضطراب أرق غير محدد
10- اضطراب فرط النعاس المحدد الآخر
11- اضطراب فرط النعاس غير المحدد
12- اضطراب نوم يقظة محدد آخر–
13- اضطراب نوم يقظة غير محدد–

XIII– اختلالات الوظيفة الجنسية

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

XIV- الانزعاج من الجندر (Identité sexuelle)

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

XV- اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك

1- اضطراب التحدي الاعتراضي
2- الاضطراب الانفعالي المتقطع
3- اضطراب المسلك (Actes)
4- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع
5- هوس إشعال الحرائق
6- هوس السرقة
7- اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك محدد آخر
8- اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك غير محدد

XVI- الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية

1- الاضطرابات المتعلقة بالكحول
   - اضطراب استعمال الكحول
   - الانسمام بالكحول
   - سحب الكحول
   - الاضطرابات الأخرى المحدثة بالكحول
   - اضطراب متعلق بالكحول غير محدد
2- الاضطرابات المتعلقة بالكافيين
   - الانسمام بالكافيين
   - سحب الكافايين
   - الاضطرابات الأخرى المحدثة بالكافيين
   - اضطراب متعلق بالكافيين غير محدد
3- الاضطرابات المتعلقة بالحشيش
   - اضطراب استعمال الحشيش
   - الانسمام بالحشيش
   - سحب الحشيش
   - الاضطرابات الأخرى المحدثة بالحشيش
   - اضطراب متعلق بالحشيش غير محدد
4- الاضطرابات المتعلقة بالمهلوسات
   - اضطراب استعمال فينسكلدين
   - اضطراب استعمال المهلوسات الأخرى
   - الانسمام بفينسكلدين

- الانسمام بمهلوس آخر
- الاضطراب الإدراكي المستمر بالمهلوسات
- الاضطرابات الأخرى المحدثة بفينسكلدين
- الاضطرابات الأخرى المحدثة بمهلوس آخر
- اضطراب متعلق بفينسكلدين غير محدد
- اضطراب متعلق بمهلوس غير محدد

5- الاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات
- اضطراب استعمال المستنشقات
- الانسمام بالمستنشقات
- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالمستنشقات
- اضطراب متعلق بالمستنشقات غير محدد

6- الاضطرابات المتعلقة بالأفيون
- اضطراب استعمال الأفيون
- الانسمام بالأفيون
- سحب الأفيون
- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالأفيون
- اضطراب متعلق بالأفيون غير محدد

7- الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- اضطراب استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق
- الانسمام بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- سحب المهدئات والمنومات ومضادات القلق
- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق
- اضطراب متعلق بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق غير محدد

8- الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات
- اضطراب استعمال المنشطات
- الانسمام بالمنشطات
- سحب المنشطات
- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالمنشطات
- اضطراب متعلق بالمنشطات غير محدد

9- الاضطرابات المتعلقة بالتبغ
- اضطراب استعمال التبغ
- سحب التبغ
- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالتبغ
- اضطراب متعلق بالتبغ غير محدد

10- الاضطرابات المتعلقة بمادة أخرى أو غير معروفة-
- اضطراب استعمال مادة أخرى أو غير معروفة-
- الانسمام بمادة أخرى أو غير معروفة-
- سحب مادة أخرى أو غير معروفة-

– الاضطرابات الأخرى المحدثة بمادة أخرى أو غير معروفة–
– اضطراب متعلق بمادة أخرى أو غير معروفة غير محدد– –
11– الاضطرابات غير المتعلقة بالمواد
– اضطراب المقامرة

XVII– الاضطرابات العصبية المعرفية

1– الهذيان
2– هذيان محدد آخر
3– هذيان غير محدد
4– الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم
5– الاضطراب العصبي المعرفي المعتدل
6– الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء الزهايمر
7– اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل جبهي صدغي
8– اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب جسيمات ليوي.
9– اضطراب عصبي معرفي وعائي جسيم أو معتدل
10– الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب أذيات الدماغ الرضية
11– الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل المحدث بمادة/دواء
12– الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب خمج فيروس نقص المناعة البشري HIV
13– الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء بريون
14– اضطراب عصبي معرفي معتدل أو جسيم بسبب داء باركنسون
15– اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب داء هنتنغتون
16– اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل بسبب حالة طبية أخرى
17– الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل الناتج عن تعدد الأسباب المرضية
18– اضطراب عصبي معرفي غير محدد

XVIII– اضطرابات الشخصية

1– اضطراب الشخصية العام
2– المجموعة A من اضطرابات الشخصية
– اضطراب الشخصية الزوراني
– اضطراب الشخصية الفصامانية
– اضطراب الشخصية الفصامي النمط
3– المجموعة B من اضطرابات الشخصية
– اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع
– اضطراب الشخصية الحديّة
– اضطراب الشخصية الهيستريونية
– اضطراب الشخصية النرجسية
4– المجموعة C من اضطرابات الشخصية
– اضطراب الشخصية التجنبية
– اضطراب الشخصية الاعتمادية

- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

5- اضطرابات الشخصية الأخرى

- تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى
- اضطراب شخصية محدد آخر
- اضطراب شخصية غير محدد

XIX- اضطرابات الولع الجنسي

1- اضطراب التلصص
2- اضطراب الاستعراء
3- اضطراب الاحتكاك
4- اضطراب المازوخية الجنسية
5- اضطراب السادية الجنسية
6- اضطراب الولع بالأطفال
7- اضطراب الفيتشية
8- اضطراب لبس ملابس الجنس الآخر
9- اضطراب الولع الجنسي المحدد الآخر
10- اضطراب الولع الجنسي الغير المحدد

XX- اضطرابات عقلية أخرى

1- اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى
2- اضطراب عقلي غير محدد ناتج عن حالة طبية أخرى
3- اضطراب عقلي محدد آخر
4- اضطراب عقلي غير محدد

XXI- اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية

1- الباركنسونية المحدثة بمضادات الذهان
2- الباركنسونية المحدثة بأدوية أخرى
3- متلازمة مضادات الذهان الخبيثة
4- خلل التوتر العضلي الحاد المحدث بالأدوية
5- الزلز الحاد المحدث بالأدوية
6- خلل الحركة الآجل
7- خلل التوتر العضلي الآجل
8- الزلز الآجل
9- رُعاش الوضعَة المحدث بالأدوية
10- اضطراب حركة آخر محدث بالأدوية
11- متلازمة قطع مضادات الاكتئاب
12- تأثير جانبي آخر لدواء

XXII– حالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام السريري

1- مشاكل العلاقات

- مشاكل متعلقة بالتنشئة الأسرية
- مشاكل أخرى ذات صلة بمجموعة الدعم الأساسية

2- سوء المعاملة والإهمال

- مشاكل إساءة معاملة الطفل وإهماله
- مشاكل سوء المعاملة والإهمال للبالغين

3- مشاكل تعليمية و مهنية

4- مشاكل السكن والمشاكل الاقتصادية

5- مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية

6- مقابلات الخدمات الصحية الأخرى للنصح والمشورة الطبية

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

8- المشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الطبية وأشكال الرعاية الصحية الأخرى___

تقنيات التشخيص النفسي