المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الإضطرابات النفسية لدى الراشدين: نسخة عربية مستندة إلى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع[1]

أ.د/ محمد أحمد شلبى
قسم علم النفس – جامعة المنيا

أ.د/ محمد ابراهيم الدسوقى
قسم علم النفس –جامعة المنيا

د/ زيزى السيد ابراهيم
قسم علم نفس – جامعة المنيا

ملخص.

تهدف الدراسة الحالية إلى بناء أداة تشخيصية للاضطرابات الإكلينيكية للراشدين تتسم بالشمولية وبساطة الاستخدام معا. هذه الأداة اعدت لتشخيص الاضطرابات النفسية (المحور الأول) واضطرابات الشخصية مشتقة من DSM-IV. وهي عبارة عن مقابلة اكلينيكية مبسطة يستخدمها اختصاصى علم النفس أو اختصاصى الطب النفسى في عمل تشخيصات لمشكلات المرضى. تم التحقق من ثبات وصدق المقابلة، وذلك بتطبيقها على عينة مرضية (ن=٤٠) بمستشفيات وعيادات الطب النفسي بمدينة المنيا. تنوعت التشخيصات الإكلينيكية لهم ، بعضهم من المرضى الداخليين (ن= ٣٦) وعدد من المرضى المترددين على العيادات الخارجية (ن= ٤) وقام الباحثون بحساب ثبات القائمين بالتقدير على عدد ١٢ حالات مرضية، وكانت قيمته مرتفعة (٠.٩٩)، كما تم حساب صدق التعلق بالمحك من خلال الارتباط بين تشخيص الطبيب النفسي المعالج للحالة والتشخيص الذي تسفر عنه المقابلة الإكلينيكية وكانت قيمته مرتفعة كذلك (٠.٩٧). استخدم كذلك صدق المحكمين وحسبت نسب الاتفاق على ملاءمة البنود ومدى كفايتها للتشخيص. واخذت اقتراحات خبراء الطب النفسي المشاركين في التحكيم في الاعتبار. تشير النتائج بصفة عامة إلى دقة الأداة وكفاءتها الواضحة للـ "المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية للراشدين" في المساعدة في عملية التشخيص الطبي النفسي. وتفوقت في عدد من الجوانب حيث أتاحت للقائمين بالتقدير اكتشاف الأنماط النوعية من الاضطرابات، كما ساهمت الأداة بشكل ناجح في الكشف عن التشارك المرضي Co- morbidity حيث قدمت صفحة نفسية كاملة لما يعاني منه المريض من أعراض كافية لتشخيصه تحت فئات أخرى من الاضطراب النفسي. وتعد النتائج الأولية لتقنين المقابلة واعدة وتنبئ بكثير من الشمولية والدقة في تشخيص الاضطرابات النفسية الشائعة لدى الراشدين، وتتسم بالبساطة كذلك في طريقة الاستخدام والتصحيح، كما تم وضع عدد من التوصيات لبحوث قادمة حول الأداة.

مقدمة.

هناك مرحلتان بارزتان في عملية جمع المعلومات الإكلينيكية وفي اتخاذ القرار المتعلق بالصعوبات والا ضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية التى تواجه العميل. المرحلة الأولى جمع المعلومات بطريقة تتسم بالكفاية،حيث يقوم الاختصاصي النفسي الإكلينيكي خلالها بوضع الفروض حول مشكلات المريض وأسبابها وصياغة تلك الفروض حول ما قد يكون قد ساهم في ظهور أو استمرار تلك المشكلة وتفاقمها (ليندزاي & بول ٢٠٠٠ ، ٣). أما المرحلة الثانية من جمع المعلومات فتتحدد فى التعامل بطريقة تتسم بالمرونة والدينامية مع ما يتوفر من معلومات وترتيبها بصورة انتقائية تمكننا من

---

1) ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM-4*)**

حقوق الطبع والنشر محفوظة للمؤلفين – المراسلات الخاصة بهذه الأداة تتم مع المؤلف الأول

اختبار الفروض حول الحالة وتحديد أولويات التدخل المبني على تقديرات دقيقة للمزاج أو السلوك المضطرب. والأدوات التي تستخدم في جمع المعلومات الأولية ومعلومات دراسة الحالة المرضية تعد بذلك هي حجر الزاوية لتكوين فهم علمى دقيق يمكن الاختصاصي الإكلينيكي من وضع فروض صحيحة حول طبيعة الاضطراب ومن ثم اتخاذ القرارات السليمة في إجراءات التدخل العلاجي وإدارة الحالة. والعديد من أدوات التشخيص الإكلينيكي للأمراض النفسية أصبح متوفرا في يد الاختصاصي العيادي ومتاحا للاستخدام. ولكن تبقى مشكلة تتعلق بالرضا عن كفاءة الأدوات المستخدمة حاليا والتى يعتمد بعضها على المقاييس التى تعتمد على أسس قياسية (سيكومترية) أو تعتمد على تصنيفات الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية (د ت ح ض ن) DSM-IV.

والقضية المهمة التي يجب مناقشتها هنا، هي المواصفات المثلى للأداة التي يستخدمها الاختصاصي النفسي الإكلينيكى لجمع المعلومات واختبار الفروض؟. فبالرغم من أن عديدا من الأدوات متاحة إلا أنها تتنوع في طريقة التطبيق والحصول على نتائج من خلالها، كما تتنوع أيضا في درجة البساطة والتعقيد في البناء وطريقة الاستخدام والكفاءة فى التشخيص. وبالرغم من القيمة التشخيصية لبعض الأدوات المتاحة للاختصاصي النفسي الإكلينيكى والطبيب النفسي، إلا أن عدم البساطة في استخدام الأداة والتعقيدات الإجرائية لها قد تجعل المتخصصون متخوفين من استخدامها. فمثل هذه الأدوات برغم ما قد تقدمه من معلومات تفصيلية حول الحالة إلا أنها تتطلب من الاختصاصي العيادي انتباها حادا وتيقظا شديدا لمواضع الانتقال والتوقف والتحول من جزء إلى آخر وغيره مما قد يكون من الصعب عمله مع الاختصاصيين المبتدئين أو غير الحاصلين على تدريبات متخصصة حول استخدام تلك الأدوات (مثال ذلك المقابلة العيادية المقننة لتشخيص الاضطرابات النفسية Structured Clinical Interview for DSM – IV (SCID المنبثقة عن الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV,1994) (ابراهيم، ٢٠٠٤، ابراهيم، ٢٠٠٦).

إن الاعتماد على الدراسات المفردة للحالات تعد مصدرا ثريا لجمع المعلومات التي تيسر التشخيص العيادي وإدارة الحالة. ويؤكد ذلك عديد من الباحثين والعلماء (ليندساي وباول،٢٠٠٠) والفحص الدقيق والشامل للحالة يقدم للاختصاصي النفسي الإكلينيكي معلومات تتسم بالدقة والكفاية والمصداقية التي ترفع جودة قرارات التدخل العلاجي وإدارة الحالة بالاشتراك مع فريق العمل. واستخدام دراسة الحالة من أجل جمع معلومات كافية ودقيقة تتطلب عديدا من المهارات والأدوات النفسية التي تمكن الاختصاصي النفسي العيادي من جمع المعلومات بطريقة تتسم بالتنظيم والمصداقية والملاءمة كذلك. وتعد اختبارات التشخيص من الأدوات التي تعين القائم بجمع المعلومات على الوصول إلى توصيف دقيق لما هو موجود من أعراض ومظاهر للاضطراب لدى المريض.مع ملاحظة أن أدوات التشخيص التي تبني على أنظمة التصنيف العالمية للأمراض النفسية تتنوع في بنائها، منها المقاييس التي تهتم بتشخيص واحد من الاضطرابات العيادية بشكل منفرد؛ مثال ذلك: مقياس لتشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Obsessive – Compulsive Personality Disorder Scales (Samuel, & Widiger, 2010)

ومقياس تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post traumatic Diagnostic Scale الذي أعدته "إدنا فوا" وزملاؤها Foa, et al, 1997 وتم تحديثه وترجمته للغات عديدة؛ منها تحديثه باللغة الفرنسية على يد"هيران" وآخرين (Heran et al, 2011) ، وكذلك مقياس تشخيص الاضطراب الوجداني

ثنائي القطب Bipolar disorder لزيمرمان وآخرين (Zimmerman, et al, 2010). وتشخيص الاكتئاب الأساسي Major depressive disorder؛ كما حدثه "زيمرمان" وزملاؤه (Zimmerman, et al., 2010) وغير ذلك من المقاييس التي تختص بتقدير وتشخيص اضطراب واحد أو زملة لأحد الاضطرابات النفسية، وهذا هو النوع الأكثر انتشارا من المقاييس التشخيصية.

وعلى الجانب الآخر نجد الاختبارات التشخيصية الشاملة، وهي نادرة نسبيا في التراث، وتكون في صورة مقابلة عيادية تشخيصية من خلالها يتم تقدير مختلف الاضطرابات النفسية العيادية وليس اضطرابا واحدا. ومن أمثلة هذه المقابلات الشاملة المقابلة العيادية المبنية على الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية. وفي الدراسات العربية نجد أن الأدوات التشخيصية الشاملة تكاد تكون غير متوفرة، وإن استخدمت فقد تستخدم بطرق فردية حيث أنها لم يتوفر لها ترجمة وتعريب للتأكد من صلاحيتهاالقياسية (السيكومترية) بطرق منهجية محكمة.

ويمثل البحث الحالي محاولة علمية جادة لبناء مقابلة مقننة للتشخيص الطبي النفسى للاضطرابات النفسية الإكلينيكية للمحور الأول للراشدين، وذلك بهدف توفير أداة تشخيصية شاملة ومحكمة منهجيا لتعين الاختصاصي النفسي الإكلينيكى والقائمين بالتشخيص الطبي النفسي من عمل تشخيصات دقيقة لمشكلات المرضى وفقا للنظم التصنيفية الحديثة.

مشكلة الدراسة.

لا تزال مشكلة فحص الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية من المعضلات العلمية، وتمثل مشكلة في مجال الخدمة النفسية، وقد أجريت بحوث عديدة لإستخدام تصنيفات DSM (د ت ح ض ن) – IV في شكل مقابلات نفسية إكلينيكية مقننة – سيعرض أهمها فى جزء لاحق في هذا البحث–ولكن تظل هناك مشكلة في تقدير الدرجات، فإن الاختبارات المتاحة في اعتمادها على الجمع المتواصل للدرجات قد توقع القائم بالتشخيص في خطأ واقعى وتجريبى نتيجة العيوب المرتبطة بمقاييس التقرير الذاتي (صفوت فرج، ١٩٨٥، عبد الخالق،٢٠٠٠) في التشخيص الإكلينيكي. ومثال على ذلك الدرجة التي يحصل عليها شخص في قائمة "بيك" لتقدير الاكتئاب قد تكون على النحو التالى: صفر = لا يوجد ١ = يوجد بدرجة طفيفة

٢= يوجد بدرجة متوسطة ٣= يوجد بدرجة شديدة.

وإذا تم تجميع الدرجات (جميعها) فإن الشخص الذي يختار (٣) في بنود قليلة قد يشخص علي أنه مريض بالاكتئاب، بينما الذي يختار خمسة بنود (بدرجة طفيفة أو متوسطة) قد لا يشخص بالمرض، علي الرغم من أنه طبقاً لـ DSM – IV فإن شدة الأعراض هى المحك الذى يشخص أن الفرد مريض وبشدة، ولذلك حاولنا في الدراسة الحالية أن نجمع بين مزايا DSM – IV وتقديم طريقة مقترحة لحساب الدرجات تبعاً للاختيار الأعلى فقط. وهنا يجب الإشارة إلي أهمية إعطاء وزن نسبي لبنود المقاييس خاصة في المجال الإكلينيكي والشخصية، حيث أن البنود لا تكون بالقيمة نفسها لدى الفرد أو لدى كل الأفراد، فهناك بنود محورية وهامة للغاية في حياة الفرد أكثر من غيرها. (شلبى، ٢٠٠٥؛١٩٩٥؛ ١٩٨٩؛ شلبى ،الضوى، هاشم ،٢٠٠٠)

ويهتم البحث الحالي ببناء أداة تشخيصية تتسم بالمصداقية والبساطة للاضطرابات النفسية والتغلب على انخفاض الكفاءة التشخيصية لعديد من الأدوات النفسية في تشخيص الأمراض النفسية رغم أن بعضا منها مثل استخبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI واستخبار أيزنك للشخصية

EPQلازال يستخدمان حتى الآن، ولكن بدون أي حماس سواء من الطبيب النفسي أو الاختصاصي الإكلينيكي حيث أن الأول (MMPI) يحتاج لوقت طويل للتطبيق، واعتماده على تصنيفات قديمة للإضطرابات وعدم توافق البنود مع (د ت ح ض ن) DSM – IV والمقياس الثاني EPQ (أيزنك للشخصية) لا يتسم بالكفاءة في تشخيص الأمراض. مثلاً مقياس العصابية يجمع بين القلق والاكتئاب والوسواس والرهاب والأمراض الهستيرية، وهذا لا ينطبق علي الواقع، فلكل مرض مظاهره الخاصة، ويجب ألا نخلط بينها وبين بعضها بعضا.

وكذلك الحال في قائمة " بك " للاكتئاب فإن الدراسات الحديثة توصي بعدم استخدام هذه القائمة في التشخيص، ولكن فقط في قياس شدة المرض (ليندساى وباول،٢٠٠٠).

نقد الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع المعدل(د ت ح ض ن)كنظام تصنيفى فئوى.

يذكر الصبوة (٢٠١١) أن هناك مجموعة من الانتقادات توجه لتصنيف (د ت ح ض ن) وهى:

١- ينتقد بعض علماء النفس مفهوم الفئات حيث لايوجد بها مستويات متدرجة، مثلا السمة غير موجودة (١) ثم موجودة بدرجة بسيطه(٢) ثم بدرجة متوسطة (٣) ثم بدرجة فوق متوسطة (٤) ثم موجودة بدرجة شديدة (٥)، حيث يقع كل فرد على نقطة معينة خاصة ببعد نفسى معين، مثلا سمة الانبساط يفترض إن (س) يحصل على درجة ١٥ ويشير ذلك إلى أن السمة لدى الفرد هى فوق متوسط الجمهور العام اذا كان المقياس مقنن. وهذا عكس مايحدث فى الفئات حيث يتم وصف الفرد إما مريض وإما غير مريض ولا درجة وسطى.

ويتبنى أغلب علماء النفس مفهوم البعد، وهذا المصطلح بحاجة للمراجعة فالظواهر النفسية ليست مماثلة للظواهر الطبيعية، ويبدو أن الأنسب للإستخدام هى المناهج الكيفية وهذا مايتم فى مجال الطب النفسى والذى يعتمد على الملاحظات والخبرة الإكلينيكية وليس من خلال المعاملات الإحصائية.

٢-ينتقد بعض علماء النفس قلة البحوث التى تستخدم مفاهيم القياس النفسى مثل الثبات والصدق للتحقق من تصنيفات الدليل التشخيصى الرابع (د ت ح ض ن)، مع ملاحظة أن المنهجية الصارمة لاتفيد كثيرا فى ميدان الاضطرابات النفسية وكذلك علم الشخصية، حيث لايقدم علماء النفس نظريات متفق بشأنها، بل ان علماء النفس لايتفقون على مصطلحات متفق على تعريفها الإجرائى.

ويذكر الصبوة (١١٥:٢٠١١) عدة مزايا لتصنيفات الدليل التشخيصى الرابع للإضطرابات النفسية (د ت ح ض ن):

١-أن هذا التصنيف ييسر التواصل المهنى وتراكم المعرفة العلمية بشأن الاضطرابات النفسية.

٢-أن هذه التصنيفات توظف فى المجال الاكلينيكى، كما أنها غير مرتبطة بالنظريات التى لايتفق بشأنها علماء النفس مثل نظرية التحليل النفسى.

٣-التشخيص الدقيق (طبقا لمفهوم الفئات) ييسر إختيار العلاج المناسب للمريض.

وتقترح المقابلة الإكلينيكية المقترحة فى الدراسة الحالية مايلى:

- إضافة محكات إضافية في تشخيص الفصام.
- و إضافة الفصام المبكر كفئة مرضية إضافية في الفصام.
- وتم تقسيم الفصام إلي ثلاث مجموعات تتسم الأولى بالتدهور العقلي والثانية تتسم بالمحافظة علي القدرات العقلية وتتسم الثالثة بوجود عرض واحد مع وجود تكامل وسواء فى الشخصية.
- وتم إضافة أعراض إضافية لمرض الاكتئاب.

- وتم إضافة أعراض إضافية لمرض القلق.
- ويتم التعامل مع الوساوس العقلية والأفعال القهرية باعتبارها من مصدر عقلي واحد وتنتمي لفئة واحدة.
- وكما تم فصل بعض الجمل التي تتضمن عرضين إلي جملتين منفصلتين وذلك في أغلب فئات الاضطرابات النفسية بالمقابلة.

وتهدف الدراسة الحالية إلى إعداد أداة لتشخيص الاضطرابات النفسية التي تمثل المحور الأول وهى مشتقة من (د ت ح ض ن) DSM-IV وتتضمن أيضا اضطرابات الشخصية، وهى تصنف ضمن المحور الثاني من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM – IV عن طريق تكوين مقابلة إكلينيكية مبسطة يستخدمها اختصاصى علم النفس أو اختصاصى الطب النفسى حيث تقدم طريقة تصحيح جديدة للبنود، وهى تجمع بين مزايا المقابلة الإكلينيكية والمقاييس النفسية التقليدية.

ويتمثل تساؤل الدراسة في الآتي.

هل يمكن بناء مقابلة لتشخيص الاضطرابات النفسية تجمع بين الفئات المرضية كما يصفها دليل التشخيص الرابع للاضطرابات النفسية (د ت ح ض ن)، وبين المقاييس النفسية التقليدية التى تخضع للمواصفات القياسية (السيكومترية)؟

وهل استخدام طريقة جديدة فى حساب قيم البنود (مبنية على الوزن النسبى لكل بند) سيوفر الطريقة المناسبة للتشخيص؟

المقابلات الإكلينيكية الشائعة لتشخيص الاضطرابات النفسية:

شهدت العقود الأربعة الماضية استخدام وتطوير مقابلات مقننة وشبه مقننة لتشخيص الاضطرابات النفسية، وهناك عدم قناعة بما وصل إليه حال التشخيص النفسي، وأظهر عدد من البحوث التقليدية عدم وجود اتفاق بين مختلف الأساليب لتشخيص الاضطرابات النفسية.

وسنعرض بإيجاز للمقابلات المقننة ونصف المقننة والواسعة الاستخدام. والأدوات المستخدمة جميعها مصممة للراشدين لتشخيص الاضطرابات النفسية (الموجودة في المحور الأول لـ DSM – IV)، حيث يتم تطبيق بنود فئة مرضية معينة وليس كل الأسئلة المتاحة في المقابلة.

ذكر سومرفيلد وأنطونى (Summerfeldt & Antony, 2002: 1) أن هناك سبع أدوات واسعة الاستخدام:

أولا – جدول المقابلة الإكلينيكية لتشخيص اضطرابات القلق.

Anxiety Disorder interview schedule for DSM – IY (ADIS – IV)

ومقياس ADIS – IV نصف مقنن، وهو عبارة عن مقابلة إكلينيكية تشخيصية لإضطرابات القلق طبقاً لمحكات (د ت ح ض ن) DSM – IV، وتشمل تشخيص الاضطرابات المزاجية،والجسمانية واضطرابات التعاطي. وهو واسع الانتشار بين الباحثين لتشخيص اضطرابات القلق. وهي مصممة للاستخدام في المجال الإكلينيكي والبحث العلمي.

وهناك صورتان للمقياس، والنسخة المعيارية تمد الاختصاصي بمعلومات عن التشخيص الحالي فقط، وهناك النسخة الثانية HDIS – IV – IL وتمدنا بمعلومات تشخيصية للزمن الحالي والماضي.

ثانياً: جدول المقابلة الشخصية.

Diagnostic Interview schedule (DIS) وهذا المقياس مقنن بالكامل وهو مصمم للمتخصص والرجل العادي لتشخيص مدى واسعاً من الاضطرابات النفسية وملامحها (مثل مدتها ومتى بدأت والعلاج المستخدم) وقد صدرت النسخة الكاملة الحديثة منها عام (ADIS – IV, 1995) وظهرت النسخة الأولي عام ١٩٧٨ لاستخدامها مع الأعداد الكبيرة في البحوث الوبائية.

ومقياس (ADIS) مصدر أساسي للمقابلة التشخيصية الدولية المركبة composite international diagnostic interview (CIDI), و(CIDI) نسخة موسعة عن (ADIS) حيث يسمح بـ:

أ- البحوث الوبائية عبر الثقافات المختلفة.

ب- التشخيص طبقاً لـ (د ت ح ض ن) (والتصنيف الدولى للأمراض النفسية(ت د م ن)-١٠ International classification of diseasesالمنظمة الصحة العالمية والصورة الحديثة للمقابلة التشخيصية الدولية المركبة مصممة لكي تتسق وتوافق (د ت ح ض ن) وكذلك النسخة العاشرة من(ICD – 10) وهي(CIDI version 2. 1)

ثالثاً: تقويم الرعاية الأولية للاضطرابات النفسية.

Primary care Evaluation of mental disorder (PRIME – MD)

وهو أداة موجزة(مختصرة) سهلة التقديم ونصف مقننة وتستخدم للتشخيص السريع في مواقف الرعاية الأولية (spitzer et al., 1994) وتم تطويرها لتناسب (د ت ح ض ن)، وتستخدم مع المرضي الجدد حيث هناك شك بوجود اضطراب نفسي.

ويتكون المقياس من:

١-: استخبار المريض.

ويتكون من صفحة واحدة يملأها المريض قبل رؤية الطبيب العام.

وتتكون من ٢٥ سؤالا عن الحالة النفسية.

٢-: دليل التقويم الإكلينيكي The clinician Evaluation Guide (CEG)

ويتكون من ٩ صفحات تتضمن خمس فئات تشخيصية لكي تكشف المزيد عن المريض بناءاً علي أسئلة استخبار المريض.

والفئات التشخيصية الخمسة هي:

١- المزاج ٢- القلق ٣- الاضطرابات الجسمانية

٤-اضطرابات الأكل ٥- الاعتماد علي العقاقير

رابعاً: قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام.

Schedule for affective & schizophrenia (SADS)

وهو مقياس يستخدمه الطبيب النفسي لتشخيص مدي واسع من الاضطرابات النفسية طبقاً للمحكات التشخيصية البحثية Research diagnostic criteria (RDC)

وهو مقصور علي الاكتئاب والفصام وهذا يقلل من أهميته.

وهناك أكثر من مئة دراسة استخدمت المقابلة الإكلينيكية (النسخة القديمة) واستمرت هذه الشعبية للنسخة الأحدث (SCID) المستمدة من (د ت ح ض ن).

وهناك صورتان من المقابلة الأولي مخصصة للطبيب والثانية مخصصة للبحث العلمى، وهناك صورة مكملة ومنفصلة للاضطرابات الشخصية. ونسخة الطبيب النفسي تمدنا بقياس مقنن شامل للاضطرابات النفسية (المحور الأول).

خامساً: المقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية.

The Mini – international Neurosychiatric interview (MINI)

وهي مقابلة مقننة لتشخيص الاضطرابات النفسية طبقاً لـ (د ت ح ض ن) DSM – IV و – ICD 10 وهي تغطي اضطرابات القلق واضطرابات الأكل والاضطرابات الوجدانية والاعتماد علي العقاقير والاضطرابات الذهنية. وهي تهتم بالأعراض الحالية للمرض وهى مقياس قصير يستغرق حوالي ١٥ دقيقة ويستخدم للبحث العلمي والتشخيص.

سادساً: قوائم القياس الإكلينيكي للأمراض النفسية والعصبية.

Schedules for clinical Assessment in neuro – psychiatry (SCAN)

وتتكون من مجموعة من الأدوات لقياس الخبرات والسلوكيات الشائعة في الاضطرابات النفسية الكبري وكذلك للمقارنة في التشخيص عبر مختلف الثقافات وهو مزيج من الأدوات النفسية للتشخيص فهو لا يؤكد علي التشخيص لفئات معينة للاضطرابات. ولكن لكي يوضح ويتحقق من المؤشرات الرئيسية للأعراض المرضية وقد أصدرته منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 1998)

ويتكون من أربعة مكونات:

١- صورة الطبيب وهي مقابلة نصف مقننة.
٢- قاموس للمفردات الصعبة للتشخيص الفارق.
٣- معلومات مستمدة من المحيطين بالفرد.
٤- تاريخ الحالة.

سابعا: نسق التشخيص المستمد من الأعراض (للرعاية الأولية).

Symptom – Driven Diagnostic system for primary care (SDDS–PC)

وهو مقابلة موجزة وقصيرة ومقننة ويستخدمها الطبيب للتعرف علي الاضطرابات النفسية الشائعة في مواقف الرعاية الأولية. وقد تم تصميمه لكي يتفق مع محكات DSM – III – R (د ت ح ض ن) وتم تطويره ليتفق مع DSM – IV. ويختبر الاكتئاب والتعاطي والقلق العام والهلع والوسواس القهري وسلوك الانتحار. ويجيب عن بنودها المريض، ويتبعها مقابلة قصيرة (٥ دقائق) للتشخيص ويجريها الطبيب.

أدوات الفحص السريع.

يعرض بوفكا وكراوفورد وليفيت (Bufka, Crawford,&Levitt,2002: ch 2) للمقاييس القصيرة المستخدمة فى الفحص السريع للأمراض النفسية، ويستخدم اختصاصى علم النفس عدة مقاييس للفحص السريع الذي يقوم به الممارس العام أو اختصاصي علم النفس أو هيئة التمريض ، وسنعرض لأكثر هذه الأدوات انتشاراً ،ويطلق عليها مقاييس التقرير الذاتي self – report measures

١- **استخبار الصحة العامة** General Health Questionnaire (GHQ)

ويفحص الاضطرابات الإنفعالية (غير الذهنية). ويتكون المقياس من ٦٠ بندا تشير إلي شدة المرض خلال الـ ٤ أسابيع الماضية وهناك صورة مختصرة من ٣٠ بندا ويستغرق تطبيق النسخة الأصلية حوالي ١٥ دقيقة.

٢- **قائمة الأعراض الـ٩٠ المعدلة:Symptom Checklist – 90 –Revised 90.**

ويتكون من ٩٠ بندا لقياس الأمراض النفسية، وهو لا يشخص المرض ولكن يستخدم لفحص وجود مرض نفسي وكذلك لشدة المرض خلال الأسبوع الأخير. ويقيس تسعة أبعاد هي القلق والاكتئاب والعدائية والحساسية الاجتماعية والرهاب والاضطهاد والعظمة والذهان والأمراض الجسمية ذات المنشأ النفسي والوسواس القهري. وتشير الدرجة التي حصل عليها المريض لإحتمال وجود المرض.

٣- **القائمة الموجزة للأعراض: Brief Symptom Inventory (BSI)**

وهو صورة موجزة من المقياس السابق، ويتكون من ٥٣ بندا. وهناك ارتباط عالي بين المقياس الأصلي SCL – 90 – R والصورة المختصرة (BSI).

وصمم للتعرف علي الأفراد المحتمل وجود مرض نفسى لديهم لأجل إجراء فحص تال شامل لهم لتشخيص المرض.

ويتكون المقياس من ثلاثة مقاييس فرعية:

١- الأعراض النفسية المرضية (السيكاترية)

٢- الأعراض الاجتماعية

٣- الاكتئاب

٤- **الصفحة الصحية متعددة الأبعاد: الوظائف النفسية الاجتماعية.**

:Multidimensional Health profile, part 1

Psychosocial functioning (M H P. P)

ويتكون من مكونين: الأول لقياس الوظائف النفسية الاجتماعية. والثاني لقياس الوظائف الصحية ويتكون الأول (MHP – P) من ٥٨ بندا يقيس أربعة مجالات: الصحة العقلية والعلاقات الاجتماعية وضغوط الحياة ومهارات مواجهة الضغوط.

والمقياس لا يتبني أي توجه نظري أو إكلينيكي واضح، ولا يستخدم في التشخيص ولكنه يوضح مجالات نفسية واجتماعية في حياة الفرد يمكن أن تكون مهمة للممارس الطبي العام.

٥- **استخبار الفحص السريع للتشخيص الطبنفسى.**

:Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ)

ويتكون من ١٢٦ بندا للتقرير الذاتي وذلك لفحص ١٣ اضطرابا مشتقة من (DSM – IV) في خمسة مجالات هي (الأكل، والحالة المزاجية، والقلق، وتعاطي المخدرات، والاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ) وهو استخبار شامل للأمراض النفسية، ولا يستغرق وقتاً طويلا (١٥ دقيقة تقريباً) والفئات الـ ١٣ تطابق تصنيف DSM – IV، وهو أول استخبار يقيس فئات (DSM – IV).

٦- **مقياس التعرف على السلوكيات والأعراض النفسية.**

:Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS – 32)

ويتكون من ٣٢ بندا، ويفحص الأعراض الطبية النفسية والقدرات الوظيفية. ويستخدم لقياس التحسن من الحاله المرضية. ولا يقدم معلومات عن التشخيص الطبنفسى، ويقيس خمسة مجالات هي:

العلاقة بالنفس والآخرين والحياة اليومية، وجودة الأدوار الاجتماعية والاكتئاب والقلق والإدمان والذهان. وكما هو واضح فهو لا يتبني أي توجه نظري أو إكلينيكي واضح.

الدراسات السابقة.

هناك دراسات عديدة قامت على فكرة إعداد استبانات تستهدف تشخيص الأمراض النفسيةمن منظورالقياس النفسى، وتعتبر المقابلة الإكلينيكية المقننة المشتقة عن (د ت ح ص ن) Structured Clinical Interview for DSM – IV (SCID – I) SCID أكثر المقابلات شبها بالمقابلات الإكلينيكية التقليدية. ويتم التشخيص بناًء علي (د ت ح ض ن) ويتكون من تسع فئات تشخيصية، ويمكن للاختصاصي استبعاد واحد أو أكثر من هذه الفئات، حيث يركز فقط علي الفئة الأكثر قرباً من أعراض المرض.

وفي دراسة أجريت علي جامعيين للمقارنة بين التشخيص الطبي النفسى للاكتئاب وارتباطه بالتشخيص المبني علي المقابلة الإكلينيكية التشخيصية، أظهرت النتائج وجود ارتباط جيد بين الطريقتين (Sanche– villegasSchlatter, t., Ortu no, F., Lahortiga,Pla, J., Beinto, Martinez – Gonzalez, 2008).

وحاول عدد من الباحثين الرومانيين تقديم استخبار للفرز والتصنيف بهدف التشخيص الطبنفسى The psychiatric diagnostic screening questionnaire (PDSQ)

وهو أداة للتقويم الذاتي لتشخيص أمراض المحور الأول في (د ت ح ص ن) DSM – IV. وقد سبق لباحثين آخرين إعداده (Zimmerman & lish, 1995 cited in Zimmerman, 2002)، وقد استبعد الباحثون مقاييس الاضطرابات الخاصة بالجسم مثل فقدان الشهية العصبي فى الوقت الذى أضافوا فيه الذهان، والهوس والاكتئاب الشديد، ويتكون الاستخبار من ١٠٢ بندا تم تصنيفهافي ١٥ مقياسا فرعيا. (Zimmerman & Mattia, 1999 cited in Zimmerman, 2002)

والنسخة النهائية لهذا الاستخبار والتى تم استخدامها كذلك في الدراسة الرومانية تتكون من ثلاثة عشرمقياسا فرعيا بها ١٢٥ بندا. وقد استبعد الهوس والاكتئاب الشديد بسبب وجود مشكلات عديدة بشأن تقييمهم، وطبقت البطارية على عينة تكونت من ٣٥٦ مريضا، مقابل ١٢٢٥ شخصا سويا وتتراوح أعمارهم بين ١٨ – ٨١ سنة. وقد أظهرت النتائج أيضا إمكانات في تشخيص الاضطرابات النفسية بهذا المقياس (Cimca, Albu, Perte, Budau, Miclea,, & Miclea, 2011)

كما أجريت دراسة علي ٢. ٥٥١ راشد تراوحت أعمارهم بين (١٨ – ٢٣ سنة) من الشباب الاسترالي، بهدف فحص الارتباطات بين المقاييس ذات التوجه المبني علي (د ت ح ض ن) DSM مثل التقرير الذاتى للشباب Young Adult Self – Report (YASR)، وبين المقابلة المقننة structured لتشخيص القلق والاكتئاب. وأظهرت النتائج أن استخبار التقرير الذاتى للشباب YASR يتنبأ باضطرابات المزاج (القلق والاكتئاب). وبصفة عامة وجد أن قوائم الاكتئاب والقلق المبنية علي (د ت ح ض ن) لا تظهر أفضلية في توافقها مع المقابلة المقننة. (Dingle, Clavarin, Williams, Bor, Najman & Alati, 2010)

كما وضع " زيمرمان " استخبارا لتشخيص الأمراض النفسية (Zimmeman, & Mattia, 1999)

ولكن لم يلق الاهتمام أو الرعاية، ويبدو أن الطريقة التقليدية في تكوين القوائم والاستخبارات ليست هي الطريقة المناسبة في تشخيص الأمراض النفسية، وهو ما تجنبناه في المقابلة التشخيصية في البحث الحالي.

كذلك أجريت دراسة علي ٣١٢ راشدا بإستخدام قائمة مراجعة لأعراض اضطراب ضغوط مابعد الصدمة (The PTSD checklist – Civilian version (PCL – C)، وهى قائمة معتمدة علي (د ت ح ض ن) DSM – IV، وتم إجراء تحليل عاملي أظهر وجود ثلاثة عوامل تتفق وتدعم الأعراض المذكورة في (د ت ح ض ن) DSM –IV والخاصة بإضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وهي تكرار استعادة خبرات الصدمة والتجنب والإثارة المفرطة (Calbari,& Anagnostopoulos, 2010) وفى هذا الأطار أجريت دراسة علي ٦٢٦ مريضا نفسيا وطبق عليهم القائمة التشخيصية للاكتئاب Diagnostic Inventory for Depression (DID) وكذلك المقابلة المقننة الإكلينيكية Structured Clinical Interview for (DSM –IV) (SCID). وتبين أن هذه القائمة ارتبطت ارتباطا دالا مع التشخيص الطبينفسى للاكتئاب (Zimmer man, Sheeran &Young, 2003، كما أجريت دراسة علي ١٨٣ فردا تراوحت اعمارهم مابين ١١ – ١٨ سنة، وحاول الباحث أن ينتقي أفضل بنود من استخبار التقرير الذاتى للشباب Youth Self – Report (YSR) لتشخيص القلق بالمقارنة بالمقابلة التشخيصية المقننة لقلق الأطفال. Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS – C)(Ferdinand, 2007)

ومما هو جدير بالذكر أن غالبية الدراسات السابقة قد اعتمدت فى جمع بياناتها على آراء الخبراء من الأطباء النفسيين والمعالجين النفسيين (Achenbach & Dumenci, 2001; Achenbach et al., 2003; Lengua & Sadowski, 2001)

وتظهر الدراسات السابقة عدة ملاحظات:

١–لاتوجد قائمة أو استخبار واحد يشمل الجوانب المرضية فى المحور الأول بالإضافة الى اضطرابات الشخصية. وسنحاول تحقيقه فى الدراسة الحالية.

٢–لايوجد اتفاق بين الدراسات السابقة حول كفاءة المقابلات والقوائم التشخيصية المنبثقة عن (د ت ح ض ن) DSM-IV.

٣–تستخدم المقابلات والاستخبارات النفسية الاختبارات التقليدية مثل (لايوجد) و(موجود بدرجة بسيطة) و(موجود بدرجة متوسطة) و(موجود بدرجة كبيرة). ويؤدى ذلك إلى الدخول فى نفس الدائرة المغلقة نفسها، ويعنى ذلك الفشل فى تحديد الوزن النسبى لكل بند وهو مايؤكده نظام التشخيص فى (د ت ح ض ن) DSM-IV.

منهج البحث واجراءاته.

تمثل المقابلة الإكلينيكية التشخيصية المقننة أداة أكثر كفاية عند استخدامها في الإجراءات التي يقوم عليها التشخيص الطبنفسى للاضطرابات النفسية؛ حيث أنها تتيح للقائم بعملية التقييم تسجيل الملاحظات السلوكية والاستفادة منها في عملية اتخاذ القرار التشخيصى، وهي بذلك تتيح للاختصاصي القائم بالتشخيص الاعتماد على أكثر من مصدر للمعلومات على عكس أساليب التقرير الذاتي بمفردها أو الاعتماد على المشاهدة الإكلينيكية وحدها، وهي بذلك توفر للقائم بالتشخيص معلومات تتسم بالثراء

والشمولية، الأمر الذي يعد مقدمة ملائمة للخروج بتشخيص دقيق لمشكلات المريض، وما يترتب عليه من تدخلات علاجية ملائمة لهذه المشكلات المرضية.

ويعتمد الباحثون على أسلوب المشاهدة والخبرة مع الحالات المرضية لتوضيح واضافة عناصر جديدة فى الاضطرابات النفسية، وقد حاول الباحثون تبسيط البنود لدرجة فهمها واستيعابها لأى شخص مهتم بالاضطرابات النفسية.

عينة البحث.

تكونت عينة البحث من ٤٠ مريضا من المرضى النفسيين المحتجزين بمستشفى بني أحمد للطب النفسي بمدينة المنيا، والمرضى المترددين على العيادات الخارجية فيها. وفيما يلى مواصفات العينة وفقا للمتغيرات ذات الأهمية للبحث الراهن. متوسط أعمار العينة هو ٣٠.٥ عاماوانحراف معياري قدره (٩.٨٥) سنة، وتتراوح أعمار المرضى في عينة البحث بين ١٦ و٥٤ عاما بمدى قدره ٣٨ سنة.

بالنسبة لمتغير الجنس في عينة البحث فان نسبة الذكور تزيد كثيرا عن نسبة الإناث حيث تمثل نسبة الذكور ٨٢% من أفراد العينة بينما تمثل الاناث نسبة ١٧.٥ %.

ويوضح جدول (١) توزيع متغير التعليم ويظهر في الجدول أن نسبة غير المتعلمين بالعينة كانت مرتفعة وقدرها ٢٥.٥ % من العدد الكلي للعينة، أما نسبة الحاصلين على شهادة متوسطة فهي ٣٧.٥ % من العينة الكلية للبحث، والحاصلين على الشهادة الابتدائية نسبتهم ١٧.٥، بينما الحاصلون على تعليم إعدادي فإن نسبتهم ١٢.٥ %، والحاصلون على شهادة جامعية يمثلون أقل نسبة وهي ٧.٥ %.

جدول (١)

توزيع متغير التعليم في عينة البحث والبيانات الوصفية له (ن= ٤٠)

مستوى التعليم	التكرار	النسبة المئوية
ابتدائي	٧	١٧.٥
إعدادي	٥	١٢.٥
ثانوي	١٥	٣٧.٥
جامعي	٣	٧.٥
أمي	١٠	٢٥.٥
المجموع	٤٠	١٠٠

ويوضح جدول (٢) توزيع متغير الحالة الزواجية والبيانات الوصفية له ويظهر في الجدولان نسبة الأفراد غير المتزوجين في العينة بلغت ٥٢.٥% ونسبة المتزوجين هي ٣٢.٥% وكان هناك ١٥% من أفراد العينة مطلقين

جدول (٢)

توزيع الحالة الزواجية لعينة البحث والبيانات الوصفية له

(ن= ٤٠)

الحالة الزواجية لأفراد العينة	التكرار	النسبة المئوية
اعزب	٢١	٥٢.٥
متزوج	١٣	٣٢.٥
مطلق	٦	١٥
المجموع	٤٠	١٠٠

وبالنسبة لتوزيع المهن في عينة البحث والبيانات الوصفية له يعمل ٣٧.٥% من أفراد العينة في أعمال حرفية بدون تعليم أو بتعليم في المرحلة الابتدائية، ويعمل٢٧.٥% من أفراد العينة بأعمال فنية بشهادة الاعدادية، بينما يعمل ٥% من أفراد العينة بأعمال فنية بشهادة متوسطة وهي الثانوية العامة أو الدبلوم وما في مستواه، وفرد واحد من أفراد العينة يعمل في وظيفة تخصصية بشهادة جامعية ويمثل نسبة ٢.٥ % من أفراد العينة وهناك ٢٢.٥% لم يعملون من قبل و٥% لا يعملون الآن بسبب المرض.

وبالنسبة للتاريخ المرضي في عينة البحث وجد أن ٨٧.٥% لهم تاريخ مرضي سابق أي أصيبوا بنوبات سابقة خضعوا فيها للعلاج و١٢.٥ % ليس لديهم تاريخ نوبات سابقة من المرض النفسي الذي يعالجون منه الآن.

وبالنسبة لعدد مرات دخول المستشفى للمرضى في عينة البحث والبيانات الوصفية له، فهناك نسبة ٦٥% من المرضى احتجز لأول مرة بالمستشفى، ونسبة ١٥% محتجزين للمرة الثانية بالمستشفى، ونسبة ١٠% احتجزوا لأكثر من مرتين بالمستشفى، ونسبة ١٠% لم يحتجزوا بالمستشفى رغم وجود أعراض مرضية نفسية.

وبالنسبة لإزمان المرض في عينة البحث، كان هناك ١٥% من عينة البحث الكلية مرضى لفترة أقل من عام، ونسبة ٣٥% مرضى لمدة تتراوح ما بين عام إلى عامين و ٥٠ % من المرضى بالعينة الكلية يعانون من المرض النفسي لفترة تزيد عن العامين.

وصف بناء "المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية للراشدين".

تم مراجعة الإنتاج الفكرى للأدوات التي يستخدمها الاختصاصي النفسي في عملية التشخيص لعديد من الاضطرابات النفسية للوقوف على مدى كفاءتها وجدواها. وأسفرت المراجعة عن وجود قليل من تلك الأدوات التى تساهم بشكل دقيق في عملية التشخيص، وذلك لما لأدوات التقرير الذاتي من مشكلات في التقييم الطبنفسى. كما وجد عديد من الأدوات التي تستخدم بالعيادات النفسية داخل مصر لا يحدث لها تطوير متزامن مع التغييرات العالمية في نظم التصنيف الطبنفسى. وأن الأدوات التي تم بناؤها وفقا لأنظمة تصنيف الأمراض النفسية المعيارية إما أن تكون مهتمة بقياس اضطرابات فردية كالقلق والاكتئاب والفصام والوسواس، بما لا يجعلها أداة تشخيص أولية تكفي لجمع كل المعلومات المتوفرة حول مشكلات المريض من حدوث الأعراض أو وجود تاريخ مرضي سابق. الخ. أو أن تلك الأدوات لم يتم تطويرها بالاشتراك مع عضو الفريق العلاجي المسئول عن التشخيص بالأساس وهو الطبيب النفسي. وفي محاولتنا لسد الفجوات المذكورة تم بناء المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية للراشدين وفقا للدليل التشخيصى والإحصائي الرابع DSM-IV. حيث تمثل الأقسام الفرعية للمقابلة والبنود المكونة لها نتاجا للاطلاع عليه في لغته الأصلية والنسخ المترجمة منه الى اللغة العربية. كما تم الاطلاع كذلك على المقابلة الإكلينيكية للتشخيص المنبثقة عنه والمعروفة بإسم المقابلة الإكلينيكية المقننة لتشخيص الاضطرابات النفسية (م ع ت ض ن) SCID-I وSCID- II. ووضعت بنود المقابلة في معظمها وفقا لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، فيما عدا بعض التشخيصات الفرعية للفصام، كالفصام المبكر والفصام ذى العرض الواحد. كما تم إضافة اضطراب القلق ذو العرض الواحد ضمن اضطرابات القلق حيث لم تكن تلك الاضطرابات مدرجة ضمن الصورة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطربات النفسية DSM-IV.

وأسفرت تلك الخطوة عن البناء الراهن لأجزاء المقابلة والتي تمثلت في (٥١) اضطرابا نفسيا متمثلة في الفئات الكبرى للفصام والاضطرابات المزاجية واضطرابات القلق والاضطرابات الجسمية واضطرابات الألم والتوهم المرضي، بالإضافة إلى اضطرابات الشخصية التسعة المصنفة في الدليل التشخيصى والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية،وكانت متمثلة في الاضطرابات التالية: الفصام ويضم فصام العرض الواحد والفصام المتناثرو النوع التخشبى (الكتاتونى) والفصام المبكر والفصام غير المتميز والفصام المتبقي والاضطراب الفصامى المؤقت واضطراب الفصام الوجداني والاضطراب الذهانى الوجيز والاضطراب الذهانى المشارك واضطراب ذهانى ناتج عن مرض جسمي واضطراب ذهاني ناتج عن تعاطي المخدرات وذهان غير محدد والفصام الهذائى (البارانويا) والاضطراب الضلالي (هذاء). واضطرابات المزاج وتضم: الاكتئاب الأساسي ومحكات تشخيص الديستيميا ونوبات الهوس ونوبة الهوس الخفيف ونوبة الهوس الوحيدة والاضطراب ثنائي القطب I واضطراب ثنائي القطب II واضطراب ثنائي القطب III واضطراب ثنائي القطب IV واضطراب ثنائي القطب غير المحدد واضطراب المزاج الناتج عن أمراض جسمية واضطراب المزاج الناتج عن تعاطي المواد المخدرة والهوس النوعي. ثم اضطرابات القلق وتتمثل في: القلق العام وقلق العرض الواحد والوسواس القهري واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واضطراب الضغط الحاد واضطراب الهلع ورهاب الأماكن المتسعة والهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة والهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة والرهاب المحدد (البسيط) والرهاب الاجتماعي. ويليها الاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ والاضطراب الجسمي غير المميز والاضطراب التحولي واضطراب الألم والألم المقترن بأسباب نفسية والألم المقترن بأسباب نفسية ومرض جسدي وتوهم المرض و اضطراب التشوه الوهمي للجسم والاضطراب الجسمي الشكل غير المحدد، وختمت المقابلة بوضع معايير تشخيص اضطرابات الشخصية التالية: اضطراب الشخصية الهذائية (البارنويا) واضطراب الشخصية الفصامية واضطراب الشخصية فصامية النمط واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية البينية واضطراب الشخصية الهستيرية واضطرابات الشخصية التجنبية واضطراب الشخصية الاعتمادية واضطراب الشخصية الوسواسية.

وتضمنت المقابلة في بدايتها وصفا موجزا لمحتواها، تلاها البيانات الأساسية والديموجرافية للمريض وتاريخ الحالة والمشكلة الراهنة وأرفق بالمقابلة أسئلة "المسح الشامل"التي توجه الاختصاصي الى فئة الاضطراب النوع الذى سيجمع بيانات عنه، جنبا إلى جنب مع سؤال الإحالة الذى أتي به المريض إلى التقييم.

وتمت كتابة البنود ومراجعتها من ناحية البناء والتركيب اللغوي وملاءمة المفردات من قبل فريق البحث بشكل فردي، ثم تم مراجعتها في لقاءات دورية بين فريق البحث وعدد من الزملاء في التخصص. ثم بدأت مرحلة التحقق من صلاحية الأداة للتشخيص حيث تم التحقق من الثبات والصدق للمقابلة كما سيتم وصفه في الفقرات التالية.

إجراءت التحقق من الصلاحية القياسية (السيكومترية) للمقابلة الإكلينيكية ونتائجها.

صدق المحكمين: تضمن الفريق العلاجي للمرضى النفسيين عديدا من التخصصات، فهو يضم الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي والاختصاصي الاجتماعي واختصاصي خدمة المجتمع وكذلك فريق التمريض النفسي،وبرغم التكامل بين أدوارهم في التقييم ووضع خطة العلاج وتنفيذها، إلا ان الطبيب النفسي ما زال يحتل موقع قائد الفريق العلاجي في الثقافة المحلية وذلك لما له من خبرة ذات

طبيعة متكاملة في الناحية الحيوية والدوائية والنفسية كذلك، لذلك فإنهم بمثابة الخبراء في عملية التشخيص بالتعاون مع بقية الفريق العلاجي وخاصة الاختصاصي النفسي العيادي، لذلك فإن صدق المحكمين اعتمد في التحقق على عدد من الأطباء النفسيين (١٢) من الحاصلين على درجة الدكتوراه أو ما بعدها في الطب النفسي،ولهم سنوات خبرة في التشخيص الطبنفسى والعمل في مواقع العيادات الطبية النفسية لا تقل عن ٧ سنوات.

وتكون فريق المحكمين من أطباء بقسم الطب النفسي والعصبي بجامعة المنيا والاطباء العاملين بمستشفى بني أحمد للطب النفسي بمحافظة المنيا، وقاموا بتقييم بنود المقابلة والفئات الفرعية فيها لتحديد مدى ملاءمة كل منها لتشخيص الاضطراب المطلوب تشخيصه وفقا لمعايير التشخيص التي وضعها الدليل التشخيصى والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV والمهمة الثانية للمحكمين هي تحديد المواضع والعبارات التي تحتاج إلى تعديل أو تبديل أو حذف من بنود المقابلة، والحكم على مدى الاتساق في الترتيب والتسلسل وملاءمة المفردات اللغوية المستخدمة.

وتم توزيع ١٢ استمارة تحكيم على خبراء الطب النفسي بجامعة المنيا ومستشفى بنى أحمد للطب النفسي بمدينة المنيا، وتم استرجاع عدد ٩ منها، ثم تم فحص نتائج التحكيم في ضوء العناصر والمحكات الثلاثة السابقة وهي:

١-الملاحظات المتعلقة ببناء البنود وتسلسلها وكفايتها داخل المقابلة

٢-التعديلات اللازمة على مستوى بناء اللغة والمفردات المستخدمة في بنود المقابلة

٣-الاتفاق حول تصنيف الاضطرابات، ومعايير تشخيص الاضطرابات النفسية موضع التقييم.

وجاءت النتائج الخاصة بآراء المحكمين كالآتي:

١-اتفق المحكمون التسعة على ملاءمة المقابلة من حيث الغرض الذي بنيت من أجله وهو تشخيص الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية لدى المرضى النفسيين الراشدين.

٢-اتفق المحكمون بالإجماع على أن المقدمة والبيانات الأساسية وبنود المسح الشامل أجزاء جوهرية للحصول على المعلومات التي تدور حولها.

٣-اقترح بعض المحكمين(وكان عددهم ٣)إضافة بعض البنود التي توضح ترتيب المريض بين أخوته وعدد الأخوة ومكان الإقامة إذا كان من الريف أو من الحضر.

٤-اقترح بعض المحكمين (وكان عددهم ٣) إضافة بعض الأسئلة للمسح الشامل ليغطي كل الاضطرابات النفسية كما صنفت داخل المقابلة.

٥-اقترح أحد المحكمين تبسيط الكلمات حتى يفهمها المرضى ونزعها من السياق المرضي المنفر، كاستبدال كلمة "ضلالات" بكلمة "أفكار" أو هذاءات أو اعتقادات أو إضافة كلمة لتوضيح معنى السؤال بشكل أكثر دقة وأكثر تبسيطا.

٦-وفيما يتعلق بالاضطرابات النفسية التي يتم تشخيصها من خلال المقابلة جاءت نتائج التحكيم كما هي موضحة بالجدول (٣) ويمكن وصفها في التالي:

١-اتفق المحكمون التسعة على ملاءمة الفئات التصنيفية وطرق قياسها كما عرضت في المقابلة الإكلنيكية لتشخيص الإضطرابات النفسية.

٢-اتفق المحكمون بالإجماع على ملاءمة بنود قياس ٤٨ اضطرابا من مجموع ٦٠ اضطرابا نفسيا تقوم المقابلة بتقييمها من دون إدخال أية تعديلات عليها.

٣-اقترح المحكمون بعض التعديلات على بنوداثني عشر اضطرابامتضمنة في المقابلة؛ وهي بنود تشخيص الفصام والاكتئاب الأساسي والديستيميا والهوس والقلق العام والوسواس القهري واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

جدول (٤)

نسب اتفاق المحكمين حول المقاييس الفرعية من المقابلة والتعديلات المقترحة لبعضها

الاضطراب النفسى موضع التحكيم	النسبة المئوية للأتفاق %	التعديل المطلوب	الاضطراب النفسى موضع التحكيم	نسبة الاتفاق	التعديل المطلوب
الفصام	٦٠	٣٠% ترتيب البنود وفئات الاعراض	الديستيميا		١٠٠% تعديل الى اكتئاب مزمن
فصام العرض الواحد	٦٠	٣٠% غير مصنف في (د ت ح ض ن) dsm-iv	نوبات الهوس	٦٠	٣٠% تأكيد عدم رجوع الاضطراب الى تعاطي المخدرات
الفصام المتناثر	١٠٠		نوبة الهوس الخفيف		١٠٠% بشرط أنها لا تكفي للايداع بمستشفى
النوع الكاتاتوني(التخشبي)	١٠٠		نوبة هوس وحيدة	١٠٠	
الفصام المبكر	٦٠	٣٠% غير مصنف في (د ت ح ض ن	اضطراب ثنائي القطب I	٦٠	٣٠% تعديل البنود
الفصام غير المتميز	٦٠	تعديل المصطلح المستخدم	اضطراب ثنائي القطب II	١٠٠%	
الفصام المتبقي	١٠٠		اضطراب ثنائي القطب III	٦٠	٣٠% تعديل البنود
الاضطراب الفصامى المؤقت	١٠٠		اضطراب ثنائي القطب IV	٦٠	٣٠% تعديل البنود
اضطراب الفصام الوجداني	٣٠	٦٠ % تعديل البنود	اضطراب ثنائي القطب غير محدد	١٠٠	
الاضطراب الذهانى الوجيز	١٠٠		اضطراب مزاجى ناتج عن أمراض جسمية	١٠٠	
الاضطراب الذهانى المشترك	١٠٠		اضطراب المزاج الناتج عن تعاطى المواد المخدرة	١٠٠	
اضطراب ذهانى ناتج عن مرض جسمي	١٠٠		الهوس النوعي	١٠٠	
اضطراب ذهاني ناتج عن تعاطي المخدرات	١٠٠		القلق العام		١٠٠% تعديل البنود ودمج المتشابه منها
ذهان غير محدد	٩٠	١٠ تعديل البنود	قلق العرض الواحد		
البارانويا (الفصام الهذائى أو الاضطهادى)	١٠٠		الوسواس القهري	٦٠	٣% تحديد أن زمن الانشغال بالأعراض يزيد عن ساعة باليوم
الاضطراب الضلالي (هذاء):	١٠٠		الأفعال القهرية	٦٠	٣٠% دمجها في الفئة السابقة
الاكتئاب الأساسي	٦٠	٣٠% بشرط تحقق عرض ١ & ٢	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة		١٠٠% مع إضافة فترة الاعراض لا تقل عن ٤ اسابيع
اضطراب الضغط الحاد	١٠٠		توهم المرض	١٠٠	
اضطراب الهلع	١٠٠		اضطراب التشوه الوهمى	١٠٠	

الاضطراب النفسي موضع التحكيم	النسبة المئوية للأتفاق %	التعديل المطلوب	الاضطراب النفسي موضع التحكيم	نسبة الاتفاق	التعديل المطلوب
			للجسم		
رهاب الاماكن الواسعة	١٠٠		الاضطراب الجسمي الشكل غير المحدد	١٠٠	
الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن الواسعة	١٠٠		اضطراب الشخصية البارانوية(الهذائية)	١٠٠	
الهلع المصحوب برهاب الاماكن الواسعة	١٠٠		اضطراب الشخصية الفصامية	١٠٠	
الرهاب المحدد (البسيط)	١٠٠		اضطراب الشخصية فصامية النمط	١٠٠	
الرهاب الاجتماعي	١٠٠		اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع	١٠٠	
الاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ	١٠٠		اضطراب الشخصية البينية	١٠٠	
الاضطراب الجسدي غير المميز	١٠٠		اضطراب الشخصية الهستيرية	١٠٠	
الاضطراب التحولي	١٠٠		اضطرابات الشخصية التجنبية	١٠٠	
اضطراب الألم	١٠٠		اضطراب الشخصية الاعتمادية	١٠٠	
الألم المقترن بأسباب نفسية	١٠٠		اضطراب الشخصية الوسواسية	١٠٠	
الألم المقترن بأسباب نفسية ومرض جسدي	١٠٠				

- ووفقا لنتائج هذه الخطوة تم إعادة صياغة بعض البنود وإجراء عديد من التعديلات المقترحة من المحكمين ومنها الآتي:
- إضافة البيانات التي اقترحها بعض المحكمين إلى قائمة البيانات الأساسية.
- ضم اضطراب فصام العرض الواحد تحت اضطراب الفصام غير المحدد.
- عدم اعتبار قلق العرض الواحد اضطرابا مستقلا وضمه تحت اضطراب القلق العام أو تصنيفه وفقا للفئة الفرعية الملائمة ضمن اضطرابات القلق.

صدق الارتباط بمحك خارجى.

تمت إجراءات صدق الارتباط بمحك خارجى عن طريق تطبيق المقابلة على عينة من المرضى المودعين بمستشفى الطب النفسي (٣٦) ومجموعة من المرضى بالعيادة الخارجية (٤) وأخذ التشخيص الذي وضعه الطبيب المعالج للمريض كمحك صدق للمقابلة الإكلينيكية في تشخيص الاضطرابات النفسية للراشدين، وكانت نسبة الاتفاق بين نتائج المقابلة وتشخيص الطبيب هى ٩٧ % حيث صنفت المقابلة (٣٩) مريضا من العدد الكلي للعينة موضع البحث تصنيفا مطابقا للتشخيص الذي وضعه الطبيب سلفا في ملف المريض.

وتفوقت المقابلة في أنها استطاعت في بعض الحالات تصنيف الفئة الفرعية للاضطراب مثل: تحديد نوع الفصام لدى المريض، أو تحديد شكل الاضطراب ثنائي القطب. وهكذا.

كما نجحت المقابلة في تحديد أكثر من اضطراب لدى المريض الواحد حيث حددت المقابلة الأعراض الأخرى الثانوية التي يعاني منها المريض بالإضافة إلى الاضطراب الأولى لديه مثل وجود

أعراض قلق عام مع الفصام أو حدوث أعراض وسواسية مع الاضطراب المزاجي... وهكذا. وحسب كذلك معامل الارتباط بين التشخيص الذي نتج عن إجراء المقابلة وتشخيص الطبيب(المحك) وكانت قيمته تساوي (٠.٩٧٥)

حساب ثبات ما بين المصححين (القائمين بالتقدير).

لما كان ثبات المقدرين (ثبات المصححين) inter-rater reliabilityمن المعايير القياسية المهمة لضمان موضوعية التقييم للمقاييس النفسية بصفة عامة وذات أهمية خاصة في المقاييس الاكلينيكية القائمة على منهج المقابلة؛ فلقد تم التحقق من ثبات ما بين المصححين (القائمين بالتقدير) inter-rater reliability وفقا للإجراءات التالية:

تم تدريب عدد ثماني باحثين من قسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة المنيا على كيفية إجراء المقابلة وكيفية تسجيل النتائج على يد فريق البحث الرئيسي قبل البدء في التطبيق الفعلي في مواقع العيادات النفسية. وتم تقسيم الباحثين إلى أربعة فرق كل فريق منها يتكون من باحثين يقوم كل منهما باجراء المقابلة وتسجيل استجابات المريض بشكل مستقل عن الآخر أثناء تطبيق المقابلة. وكذلك الاطلاع على ملف المريض للحصول على تشخيص الطبيب وملء المعلومات التي لم نتمكن من الحصول عليها من المريض مثل الشكوى على لسان الأهل والمشكلة التي جعلته يطلب العلاج بالمستشفى.... الخ. وتم ذلك على عدد ١٢ مريضا من المرضى المودعين بمستشفى الطب النفسي ببني أحمد بمدينة المنيا. ثم بعد ذلك تم تجميع الحالات التي طبقها كل باحث ومقارنة نتائجه بنتائج زميله في فريق التقدير على المريض نفسه، وكشفت النتائج عن اتفاق الباحثين في نتائج المقابلة في الاثني عشر حالة التي تم اختبار ثبات ما بين المصححين (القائمين بالتقدير) لها. بما يكشف عن مستوى مرتفع من ثبات القائمين بالتقدير، وكان معامل الارتباط بين التقديرات التي أعطاها المقدر الأول والتقديرات التي أعطاها المقدر الثاني للمريض نفسه هو ارتباط تام(١٠٠%)،كما اتفقت تقديرات الباحثين مع التشخيص الذى أعطاه الطبيب لمرضى عينة ثبات المقدرين.

وبهذا فإن النتائج الأولية تشير إلى الصلاحية القياسية للمقابلة الإكلينيكية لتشخيص الاضطرابات النفسية للراشدين المطورة عن الـ (د ت ح ض ن)DSM-IV في ضوء عينة البحث. ويوصي فريق البحث بعدد من الخطوات التي يمكن من خلالها تعميم هذه النتائج في مجال التشخيص الطبي النفسي بقدر اعلى من الثقة، وهي كالآتي:

- إجراء مزيد من البحوث للتحقق من صدق المقابلة وثباتها في تشخيص مدى أوسع من الاضطرابات النفسية حتى نتمكن من تعميم النتائج التي توصل إليها البحث الراهن.
- القيام بخطوة التحقق من صدق المحكمين بواسطة مجموعة من علماء النفس الإكلينيكي ذوي الخبرة في مجال تشخيص وعلاج الإضطرابات النفسية
- تطبيق المقابلة على عينة كبيرة من المرضى وكذلك عينة من الأسوياء للتحقق من صدق التكوين بطرق أخرى للمقابلةوالتحقق من قدرتها على التمييز بين المجموعات الطرفية.

قائمة المراجع:

أولا: مراجع باللغة العربية:

١- الرابطة الأمريكية للطب النفسى(٢٠١٠). **الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطربات النفسية: المعايير التشخيصية.** (ترجمة): أمينة السماك وعادل مصطفى، الكويت: مكتبة المنار الاسلامية.

٢- ابراهيم، زيزي السيد(٢٠٠٤). **تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب:** رسالة دكتوراة (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة المنيا

٣- ابراهيم، زيزي السيد ، (٢٠٠٦). **العلاج المعرفي للاكتئاب: أسسه النظرية وتطبيقاته العملية،** القاهرة: دار غريب للنشر.

٤- الصبوة، م، (٢٠١١). **علم النفس الاكلينيكى المعاصر**(ط٢). القاهرة: الانجلو المصرية

٥- شلبى، محمد (٢٠٠٥). سمات الشخصية واستراتيجات المواجهة: تنقية لبعض المفاهيم النفسية واختبار لنموذج بحثى. **مجلة الآداب والعلوم الانسانية،** ٥٦، ٢٠٣-٣٢٧.

٦- شلبى، محمد (١٩٩٥). المكونات البارزة فى مفهوم الذات التلقائى لدى طلبة وطالبات الجامعة: دراسة فى منهج البحث. **مجلة الآداب والعلوم الآنسانية** ،١١،١٧-٣٢.

٧- شلبى، محمد (١٩٨٩). **النسبية النفسية: منحى معرفى – فردى فى دراسة الشخصية.** القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

٨- شلبى، محمد، الضوى، هدى؛ هاشم، عصام (٢٠٠٠). البحث عن النماذج العاملية الشائعة فى الشخصية: دراسات فى مناهج البحث. **مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الأنسانية** ،١٢،٩١-٢٠٨.

٩- عكاشة، أحمد، عكاشة، طارق (٢٠١٠). **الطب النفسى المعاصر**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية

١٠-عبد الخالق، احمد محمد، (٢٠٠٠). **استخبارات الشخصية.**(ط ٣) ،الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١١-فرج، صفوت،(١٩٨٥). **القياس النفسي**، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية

١٢-ليندسي، س. ج. ل. وباول، ج. ي (٢٠٠٠). قضايا الفحص العملية في علم النفس الإكلينيكي، في (صفوت فرج مترجم): **مرجع في علم النفس الاكلينكي للراشدين**، القاهرة: الأنجلو المصرية.

ثانيا: مراجع باللغة الإنجليزية

References:

13- American Psychiatric Association (2000), **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, fourth edition, textrevision, washington dc.

14- Achenbach, T. M, Dumenci, L, Rescorla, L. A. (2003) DSM-IV oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same

item pools.**Journal of Clinical Child Adolescent Psychology**, 32:328–340.

15- Achenbach, T. M., Dumenci, L. (2001). Advances in empirically based assessment: revised cross-informant syndromes and new DSM oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: Comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, and Fischer (2001*)*. **Journal of Consultant & Clinical Psychology**, 69:699–702.

16- Achenbach, T. M., Dumenci, L, Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. **Journal of Clinical Child Adolescent Psychology**,32:328–340.

17- Bufka,L.,Crawford,J.,& Levitt,J.,(2002). Brief screeing assessment for managed Care & primary care,In: M.,M.,Antony & D. Barlow(eds,). **Handbook of Assessment & Treatment Planning For Psychological Disorders**,NY.: The Guilford

18- Calbari, E., & Anagnostopoulos, F., (2010), Exploratory factor analysis of Greek Adaptation of the PTSD check list – civilian version. **Journal of Loss & Trauma**, 15 ; 339 – 350.

19- Cimca, A., Albu, M., Perte, A., Budau, O., Miclea, S., & Miclea, M., (2011). The Romanian adaptation of the psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ), **Cognition,Brain,Behavior,An Interdisciplinary Journal**,4, 69 – 93.

20- Dingle K, Alati R, Williams, G. M., et al (2010) The ability of YSR.

21- DSM-oriented depression scales to predict DSM-IV depression in young adults: a longitudinal study. **Journal Affect Disorder**, 121:45–51.

22- Dingle, K., Clavarin 6, A,. Williams, G. M., Bor, W., Najman, J., & Alati, R. (2010). *Predicting depressive and anxiety disorders with the YASR internalizing scales empirical and DSM – oriented.* **Social Psychiatric Epidemiology** (2011) 46:1313–1324.

23- Ferdinand,R. F.,(2007). Predicting anxiety diagnosis with the Youth Self-Report. **Depression & Anxiety**,24-32,40.

24- Hearn,M. ;Ceschi,G. ; Brillon, P. ; Fu¨rst, G. ;& Linden,M. V. 2012, A French Adaptation of the Posttraumatic Diagnostic Scale,Canadian. **Journal of Behavioural Science**, 44, (1), 16–28.

25- Lengua, L. J., Sadowski, C. A., Friedrich, W. N., Fisher, J., (2001)

26- Rationally and empirically derived dimensions of children's symptomatology: expert ratings and confirmatory factor analyses of the CBCL. **Journal of Consultant & Clinical Psychology**, 69:683-712.

27- SAMUEL, D. B. ; & WIDIGER,T. A., (2010). A Comparison of Obsessive–Compulsive Personality Disorder Scales, **Journal of Personality Assessment**, 92(3), 232–240.

28- Sanche– villegas s, A. Schlatter, t., ortuno, F., Lahortiga, F., Pla, J., Beinto, S,. Martinez – Gonzalez, (2008). Validity of a self – reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the structured clinical interview for DSM – IV (SCID–I) **Biomed Central Psychiatry**, 8, 43-49.

29- Summerfeldt, l., & Antony,M.,(2002). Structured & semistructured diagnostic interview, In: M.,M.,Antony & D. Barlow(eds,). **Handbook of Assessment & Treatment Planning For Psychological Disorders**,NY.: The Guilford.

30- Zimmeman, M., & Mattia, J. I. (1999). The reliability and validity of a screening questionnaire for 14 DSM – IV Axis I disorder (the psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire). **Journal of Clinical Psychiatry**, 60, 677 – 683.

31- Zimmerman & Mattia, J. I (2001) The psychiatric Diagnostic screening Questionnaire: Development, reliability and validity. **Comprehensive Psychiatry**, 42, 175 – 189.

32- Zimmerman, M. (2002). **Thepsychiatric Diagnostic Screening Questionnaire**. Los Angeles: western Psychological services.

33- Zimmerman, M., sheeran, T., & young, D. (2003). **Journal of Clinical Psychology**, 60: 87 – 110.

34- Zimmerman,M., Sheeran,T. ; and Young,D., (2004). The Diagnostic Inventory for Depression: A Self-Report Scale to Diagnose DSM-IV Major Depressive Disorder, **Journal Of Clinical Psychology**, 60(1), 87–110.

35- Zimmerman, M., Galione, J. N., Chelminski, I., Young, D, Ruggero, C. J., (2010). Performance of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in psychiatric outpatients., **Bipolar Disorder**,12: 528–538.

Clinical interview for diagnosis of psychological disorders: An Arabic version based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4)

Mohamed A. Shalaby
Menia University

Mohamed I .El Desoky
Menia University

Zizi I. Sabra
Menia University

Abstract:

This study aims at developing and validating a diagnostic tool for mental disorder in adults that is both simple and comprehensive. This tool developed to assess most of first axis disorders and personality disorders in DSM-IV-TR (2000). This DSM oriented interview could be used by psychiatrists and clinical psychologists to make diagnosis for patient's mental and psychological problems. To calculate the reliability and validity, the interview was used to diagnose a sample of patients, with various disorders (n= 40) in Elminia University hospitals. Some patients are hospitalized (n=36) and four patients drawn from out patients clinics. Inter-rater reliability which computed on 12 cases is (0.99). The criterion validity is made by calculating the correlation between doctor diagnosis -as it shown in patients' files- and that revealed by the interview, high correlation between these two diagnosis is found (r=0.97). Expertise validity revealed that the items and the subscales are characterized by high level of agreement, however, some modification was made as a result of this step . The results revealed that "the Clinical diagnostic interview for psychological disorders of adults" is accurate and adequately helps in psychiatric diagnosis.

The interview is effective also in revealing the co-morbidity of disorders in the patient and it was superior in identifying the subtypes of some diagnosis that the doctors give to the cases. The results are very promising and indicate an accurate, simple and comprehensive tool in diagnosing the common psychiatric disorders in adults. Further research is recommended.

Key words: Clinical interview - Diagnosis of psychological disorders - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4)

المقابلة الإكلينيكية لتشخيص الإضطرابات النفسية

١-هذه المقابلة تتم مع المريض إذا كان واعيا بالمرض أو بأهل المريض إذا كان ذهانيا (مثل الفصام).

٢-يقوم اختصاصى علم النفس الإكلينيكى أو اختصاصى الطب النفسى بدور نشط فى عملية تشخيص المرض حيث يبدأ بطرح فروض خاصة بتصنيف أعراض المرض لكى يتم تطبيق الجزء الخاص بالمرض.

٣-يمكن تطبيق أكثر من فئة مرضية مثل الاكتئاب أوالقلق أو الرهاب أو الهلع.

التعليمات:

دعنا الآن نجمع بعض المعلومات المهمة عن الفترة الحالية والمشكلات السابقة.

هل لديك أي سؤال قبل أن نبدأ فى طرح الأسئلة عليك؟

١- بيانات ديموجرافية:

اسم المريض:.. .. .. تاريخ التطبيق / / /

- الجنس: ذكر (١) أنثى (٢)
- تاريخ الميلاد العمر: ( ) سنة
- هل أنت

١- متزوج ( ) ٢- أرمل ( ) ٣- مطلق ( )(لماذا؟).. .. ..

٤- منفصل ( ) (لماذا؟).. .. .. ٥- لم يتزوج ( )(لماذا؟).. .. ..

- هل لديك أطفال؟ - نعم (عددهم) أعمارهم (، ، ،) - لا ( )

مع من تعيش؟.. .. ..

٢-التاريخ التعليمى أو العلمى:

- أعلى صف دراسي وصلت إليه.. .. ..

(عند الفشل في الدراسة:لماذا لم تكمل تعليمك؟.. .. ..

٣- التاريخ المهني:

- هل تعمل؟ نعم ( ) لا ( ) لماذا.. .. ..
- ما هى وظيفتك؟ . .. . -ما هو دخلك تقريباً .. ..
- منذ متى تعمل في هذه الوظيفة؟.. .. .. - هل هناك مشكلات في العمل.. .. ..

ماهى؟.. .. ..

.. ..

- هل تنفق على نفسك؟(نعم).. .. .. (لا) من ينفق عليك الآن.. .. .. ..

.. ..

إذا كان هناك تنقل بين الوظائف حديثا (٦ شهور)، تسأل: لماذا تركت العمل السابق؟

. .. .

وكيف تعول نفسك الآن؟.. .. ..

– هل حدث في فترة معينة من عمرك لم تكن قادرا على الذهاب إلى العمل أو المدرسة؟

نعم(   )   لماذا

–في حالة الاجابة بنعم: متى كان ذلك؟.. .. .. ماذا كان السبب؟.. .. ..

– كنت منتظم دائما فى العمل أو الدراسة (   )

٤- **المرض الحالي:** هل خضعت للعلاج من المرض الذي تعانى منه الآن؟ نعم ( ) لا(   )

عند الاجابة بنعم: ضع علامة أمام ما ينطبق على الحالة فيما يلي:

– ملازم للمستشفى   – بالمنزل

– منذ متى؟.. .. .. ما هي الأدوية الموصوفة لك الشهور أو الأسابيع الماضية.. .. ..

– ما هو تشخيص الأطباء للمرض الذي عانيت منه؟.. .. ..

– هل تعالج الآن: نعم (   )   لا (   )

٥– **الشكوى الأساسية** الآن ووصف المشكلة.. .. ..

– ما الذي جعلك تأتى للعلاج الآن؟ ... .

<u>مسح عام للأعراض والمشكلات النفسية المرضية .</u>

الآن دعني أسالك عن بعض المشكلات التي قد تكون واجهتها سنقوم الآن بتحديدها فقط وسوف نتكلم بالتفصيل عنها فيما بعد.

١– هل سبق لك أن عولجت من مرض نفسى؟ نعم (   ) لا (   )

٢– أ) ما هو هذا المرض وما هى الادوية التى تتناولها. .. ..

ب) هل لديك أعراض أخرى جديدة تستلزم الفحص؟ .. ..

٣– هل تعرضت الى حادثة خطيرة أو شاهدتها ولا تنساها أبدا؟نعم (   ) لا (   )

٤– هل تتناول مخدرات أو خمور أو عقاقير طبية تؤثر على حالتك النفسية؟ .. ..

٥– هل هناك اضطراب وخلل في حياتك الاجتماعية أو المهنية؟ نعم (   ) لا (   )

٦– **قواعد استبعاد الذهان:**

أ– استبعاد الفصام

– هل ترى كائنات أو أشياء لا يراها الآخرون؟نعم(   ) لا (   )

– هل تسمع أصواتا تأمرك بفعل سلوكيات معينة؟ نعم (   ) لا(   )

– هل أنت كسول وفاقد الإرادة لا تفعل أى شيء؟ نعم(   ) لا(   )

– هل أنت متبلد المشاعر ولا يوجد لديك فرق بين الحزن والفرح؟نعم(   )لا(   )

* إذا أجاب الشخص بنعم فى واحدة من النقاط السابقة يتم تطبيق الجزء الخاص بالفصام وبيان نوع الفصام

ب- هل تعتقد أن الآخرين يتآمرون عليك وأن أجهزة المخابرات أو الشرطه يراقبونك ويصورونك بالمنزل أو الشارع؟

في حالة نعم: هل تنتابك ضلالات اضطهاد أو أنك مبعوث إلهى أو أحد أولياء الله الصالحين؟

- يتم تطبيق الجزء الخاص بالفصام " أ " والبارانويا(الهذاءات)

٧- هل تنتابك فترات حزن وكآبة وتشاؤم بشأن حياتك الآن وفي المستقبل (أو النشاط والانطلاق والسعادة كنوبة مفردة أو مع الاكتئاب)؟ نعم ( ) لا ( )

_ فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق بنود الاكتئاب أو الهوس

٨- هل حدث لك أية نوبة رعب وشعرت فجأة بالخوف أو القلق أو شعرت بأعراض بدنية متعاقبة وأنك على وشك الموت؟ نعم ( ) لا ( )

- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق القلق والذعر (الهلع)

٩- هل حدث أن كنت خائفا من الخروج من المنزل بمفردك أو أنتوجد في زحام أو تقف بطابور أو تسافر بواسطة القطار أو الأتوبيس؟ نعم( ) لا( )

- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق البنود الخاصة برهاب الأماكن الواسعة

١٠- هل هناك أشياء تخاف منها بشكل محدد كالطيور أو رؤية الدم أو الطيران أو الحقن أو الأماكن المرتفعة أو الأماكن الضيقة أوالمغلقة أو أنواع محددة من الحيوانات أو الحشرات؟

نعم ( ) لا ( )

- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق بنود الرهاب

١١- هل حدث أن ضايقتك أفكارا ملحة ليس لها معنى بحيث تميل هذه الأفكار لأن تدور برأسك حتى عندما تحاول أن تطردها من ذهنك؟ نعم ( ) لا ( )

- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق بنود الوسواس

١٢- هل حدث أن كان هناك شيئا عليك أن تفعله بشكل متكرر ولا يمكنك مقاومته مثل غسيل اليدين مرات عديدة أو العد حتى رقم معين أو مراجعة شيء ما عدة مرات للتأكد من أنك قد فعلته بالطريقة الصحيحة؟ نعم( ) لا ( )

- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق البنود الخاصة بالوسواس القهرى

١٣- في الشهور الستة الأخيرة هل كنت قلقا وعصبيا بشكل واضح ومصاب بالأرق أو أن نبضات القلب سريعة أو أن لديك مشكلات في النوم أو أنك على حافة الموت؟ نعم( )لا ( )

- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق بنود القلق العام والهلع فى حال أن الشخص يتعرض لما يشبه الذبحة الصدرية أو لما يشبه النوبة القلبية وحينها تطبق بنود الهلع

١٤- هل تعانى من أعراض جسمانية مثل اضطراب المعدة أو الإمساك أو القولون العصبي ويقول الأطباء انه عرض نفسي أو يحدث عمى أو طرشا مفاجئا ومرتبطا بأحداث ضاغطة؟ نعم( ) لا( )

- فى حالة الإجابة بنعم يتم تطبيق الاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ

الفصام.

اضطراب يفقد فيه الفرد الاتصال بالواقع (اعتقاداته وأفكاره لا تتفق مع الواقع) حيث يعانى من هلاوس وضلالات (هذاءات) وتبلد فى المشاعر واضطرابات في التفكير وتدهور في القدرات العقلية.

ملاحظة هامة.
يتم تصحيح الاختيارات على النحو التالى:
١ –لايوجد
٢ – يوجد بدرجة بسيطة
٣ – يوجد بدرجة كبيرة
؟ – لاتوجد معلومات لهذا البند

وفيما يلى أعراض تفصيلية للفصام بكافة أنواعه(وهى للتذكرة فقط)

أولا – ضلالات (هذاءات).

أ– ضلالات الاضطهاد	١	٢	٣	؟
– يعتقد في وجود مؤامرة ضده من الزملاء أو الأسرة وهناك من يحاول السيطرة عليه.				
– الأمن أو المخابرات تريد السيطرة عليه (أو على عقله).				
– لديه الموهبة والذكاء والعبقرية وهناك من يحاول إفشاله.				
ب– ضلالات العظمة	١	٢	٣	؟
– يعتقد أنه أذكى البشر ولديه نظريات أو طرق علاج لأمراض مستعصية.				
– يعتقد أنه نبى مرسل بدين جديد أو هو المهدي المنتظر أو المسيح.				
– يعتقد أن لديه القدرة على اختراع أجهزة متطورة لا يستطيع الآخرون القيام بها.				
– يستطيع قراءة أفكار الناس دون أن يتكلموا.				
ج– ضلالات التوهم المرضى	١	٢	٣	؟
– يعتقد أنه يعاني من مرض خبيث رغم تكذيب الأطباء				
– يعتقد بإختفاء أعضاء من جسمه على الرغم من وجودها				
– يشعر بحدوث تغير في حجم عضو من أعضاء جسمه.				
د– ضلالات التأويل	١	٢	٣	؟
– التأويل بالرغم من عدم حقيقة ذلك.				
– نشرات الأخبار تصدر للإشارة أو التلميح لتصرفاته.				
– أجهزة الإعلام تطلب منه أداء سلوكيات معينة.				
– يعتقد أن تصرفات الآخرين يكون له مدلول عدواني.				
س– ضلالات الأهمية	١	٢	٣	؟
– يعتقد أنه على اتصال بأهل الكواكب الأخرى				
– يعتقد أنه على علم بكل ما يحدث في أعماق النفس البشرية				
ص– ضلالات التأثير	١	٢	٣	؟
– يعتقد أنه تحت تأثير السحر.				
– يعتقد أن هناك أجهزة متطورة تؤثر على سلوكه.				
ل– ضلالات الغيرة والخيانة الزوجية	١	٢	٣	؟
– يعتقد بخيانة زوجته (أوتعتقد هى بخيانة زوجها).				
– يغير على زوجته من شخص معين دون وجود (سبب حقيقى).				
م – ضلالات الحب	١	٢	٣	؟
– هناك شخص مهم يحبه (ممثلة أو مغنية مشهورة).				

– الضلالات الجسمية	١	٢	٣	؟
يعاني المريض من خلل جسمي أو يتخيل فقدانه لجزء من الجسم مثل المعدة أو القلب				

ثانيا –الهلاوس.

هلاوس سمعية	١	٢	٣	؟
يسمع أصواتا تطلب منه تنفيذ أوامر معينة.				
يسمع أصواتا تلعنه أو تسبه.				
يسمع أصواتا تقول له أنه شاذ.				
هلاوس بصرية:	١	٢	٣	؟
– يرى أضواءا باهرة على الرغم من عدم وجودها.				
– يرى وجوها مخيفة على الرغم من عدم وجودها.				
– يرى حيوانات تزحف نحوه.				
– يرى سيارات تطير في الهواء.				
هلاوس شمية:	١	٢	٣	؟
– يشم روائح كريهة رغم عدم وجودها				
– يشم روائح وكأنها تصدر منه رغم عدم وجودها				
هلاوس لمسية:	١	٢	٣	؟
– يشعر بأن هناك من يلمسه في مناطق الأعضاء الحساسة رغم عدم وجود ذلك.				
هلاوس تذوق:	١	٢	٣	؟
– يشعر بوجود طعوم مختلفة في فمه رغم أنه لا يوجد شيء في الفم.				

ثالثا: اضطراب التفكير.

أ- اضطراب التعبير في التفكير:	١	٢	٣	؟
– عدم استطاعة المريض الاستمرار في موضوع واحد.				
– تطاير الأفكار وعجزه عن الانتهاء مما بدأه.				
– لا يستطيع التركيز على المعنى أو الفكرة المطلوبة وإظهارها بوضوح				
– لايميز بين الحقيقة والخيال.				
– عدم استطاعته التفكير تفكيرا تجريديا(أى يفكر تفكيرا عيانيا).				
ب . اضطراب مجرى التفكير.	١	٢	٣	؟
– ينتقل من موضوع إلى آخر دون إكمال الموضوع الأول.				
– يتوقف المريض فجأة عن إكمال موضوع يتحدث فيه.				
– يشكو من كثرة الأفكار ولا يستطيع سردها.				
– يشكو من أن محتوى أفكاره تسحب منه من خلال الآخرين.				
– يشكو المريض من أن هناك أفكارا خارجية تقتحمه دون إرادته.				
– يشكو المريض من سرقة أفكاره.				
– توجد لديه ضلالات (الحب، العظمة، الغيرة، الاضطهاد، ويمكن أن تجتمع عدة ضلالات معا).				

رابعا: اضطرابات الوجدان.	١	٢	٣	؟
– يعاني من تأخر الاستجابة الانفعالية (أو تسطح وجداني).				
– لا يستطيع الشعور بالانفعالات سواء أكانت سارة أو تعيسة (تبلد وجداني).				
– يتعرض المريض لتقلب حاد في الانفعالات بين الانفعالات السارة وغير السارة.				

خامسا: اضطرابات الإرادة.	١	٢	٣	؟
– الكسل وإهمال النظافة الشخصية.				
– عجز المريض عن اتخاذ أى قرارات.				
– يعاني من السلبية المطلقة (العناد والسلوك عكس مايطلب منه) في التصرفات.				

– يعجز عن وضع الخطط وتنفيذها.				
– نوبات من التصلب والإصرار على رأى بعينه				

سادسا – الاعراض التخشبية.	١	٢	٣	؟
– توقف فى بعض الحركات تصل إلى الغيبوبة التامة.				
– لا يرد على الأسئلة ولا يستجب لأى منبه.				
– نوبات من الهياج والعدوانية الشديدة.				
– يتخذ المريض وضعا معينا (وكأنه تمثال) لا يغيره لمدة ساعات أو أيام.				
– يقلد المريض الكلام والإشارات التى تحدث أمامه.				
– يقوم المريض بحركات متكررة بالرأس أو اليدين إلى آخره.				
– لا يتحدث المريض مطلقا وكأنه أصيب بالبكم.				
– يكرر المريض الكلام دون وجود رابط منطقى بين المفردات، وكأنها بلغة جديدة.				
– ينطق المريض بلغة سرية غير مفهومة.				

الفصام.

معايير تشخيص الفصام: تشير إلى توافر المعايير (أ) و(ب) و(ج).

أ. الأعراض المميزة (اثنان) أو أكثر من فئات مختلفة مثلا ضلالات (هذاء) مع هلاوس أو هلاوس مع تبلد وجداني، أو هلاوس مع اضطراب في التفكير.

أعراض الفصام

١– هلاوس

٢– ضلالات (هذاءات)

٣– اضطرابات وجدانية

٤– اضطرابات فى التفكير

٥– أعراض تخشبية (كتاتونية)

٦– اضطرابات في الارادة(قد يكون العرض الأول في الفصام المبكر).

- **اذا اقترن اضطراب الوجدان مع اضطراب الارادة فهذا لا يعتبر فصام ويجب انتظار فترة ٦ شهور أو أكثر لحين لظهور أعراض جديدة.**

ب.الأعراض تستمر لمدة ٦ شهور على الأقل

ج. هذه الاعراض تؤثر على حياة الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية

يتم جمع التقدير (٢) فقط فى كل الأعمدة وتشخيص المرض يكون بوجود عرضين على الاقل بتقدير (٢) أى (٤) درجات وإذا زاد عن ذلك فإنه يعنى شدة المرض

أنواع الفصام.

لكي يشخص المرض لابد من انطباق الأعراض بدرجة شديدة (٢) على الأقل ولا تحسب الدرجات الأخرى (الدرجة ١ لا تعد ولا تحسب).

المجموعة الأولى.

معايير تشخيص أنواع الفصام:

الفصام المتناثر: توفر المعيار "أ"من معايير تشخيص الفصام، وتوافر عرضين مما يلى:	١	٢	٣	؟

١- تفكك الكلام.				
٢- تفكك السلوك.				
٣- تسطح العواطف أو عدم ملاءمتها				
٤- بشرط عدم توافر خصائص النوع التخشبي				

النوع التخشبي: يتوفر اثنان(عرضان)مما يلي:	١	٢	٣	؟
١- التوقف الحركي كما يتبين في التخشب وكأنه تمثال في وضع معين.				
٢- النشاط الحركي المفرط الذي يتسم بعدم وجود هدف.				
٣- السلبية الشديدة (مقاومة كل التعليمات).				
٤- حركات متكررة (غريبة).				
٥- ترديد الكلمات أو الأفعال.				

الفصام المبكر: يوجد ثلاثة أعراض مما يأتي: ولابد من توافر البند الأول	١	٢	٣	؟
١- يحدث في سن مبكر (المراهقة).				
٢- ضعف الإرادة ويبدأ بالكسل وعدم العناية الشخصية.				
٣- هلاوس.				
٤- ضلالات.				
٥- اضطرابات في التفكير.				

الفصام غير المتميز:	١	٢	٣	؟
أ- تتوافر فيه ما يلي:				
١- هلاوس.				
٢- أعراض سلبية (العنادأو يفعل عكس مايطلب منه).				
ب- بشرط ألا تتوافر فيه: البارانويا أو تفكك الكلام أو السلوك شديد التفكك أو التخشبي.				

يتم الأخذ بالدرجة المتوسطة فقط ل(أ) و(ب) مما يلي:

الفصام المتبقي(الأعراض المتبقية)١	٢	بدرجة متوسطة	٣	؟
أ- وجود ما يدل على استمرار الاضطراب بصورة أقل حدة.				
ب- غياب أو وجود أعراض بصورة مخفضة في اثنين على الأقل مما يلي:				
١- أعراض سلبية (العنادأو يفعل عكس مايطلب منه).				
٢- الضلالات.				
٣- الهلاوس.				
٤- تفكك الكلام.				
٥- السلوك المتفكك.				
٦- التخشبي.				

الاضطراب الفصامى المؤقت: (لشهور فقط)	١	٢	٣	؟
١- تتوافر فيه ما يلي:				
أ- وجود الأعراض المميزة (أ) من معايير تشخيص الفصام.				
ب - استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطرابات المزاج.				
ج - استبعاد حالات الإدمان والمرض الجسمي.				
د - وجود نوبة الاضطراب لمدة شهر على الأقل (وتقل عن ستة أشهر والا أصبحت فصاما مزمنا).				
٢- وجود أعراض تنبئ بمصير (مآل) حسن مثل:				

أ- وجود أداء اجتماعي ومهني جيد قبل المرض.				
ب-عدم وجود تبلد أو تسطح وجداني.				

اضطراب الفصام الوجداني:	١	٢	٣	؟
١-وجود فترة متصلة من الاكتئاب أو الهوس أو نوبة اكتئاب . هوس مختلطة. بشرط وجود الأعراض الفصامية في (أ)، وتستمر الأعراض الفصامية لمدة أسبوعين على الأقل ولايصاحبها _ فى هذة الاثناء – أعراض وجدانية. ٢-هناك نوعان الأول مرتبط بإضطراب ذهانى دورى (هوس – اكتئاب او هوس فقط، والنوع الثانى مرتبط بالاكتئاب الاساسى).				

الاضطراب الذهانى القصير (الموجز): أ- **وجود واحد أو أكثر مما يلى:**	١	٢	٣	؟
١- ضلالات.				
٢- هلاوس.				
٣- تفكك الكلام.				
٤- سلوك شديد التفكك أو تخشبى (كتاتونى).				
ب- **مدة النوبة:** ألا تزيد عن شهر واحد، يعود المريض بعدها إلى السواء التام.				

الاضطراب الذهانى المشترك:	١	٢	٣	؟
أ-نشوء ضلال ناجم عن التفاعل مع مريض فصامى آخر (قريب أو صديق أو زميل).				
ب- الضلال مشابه فى محتواه لما لدى الشخص المريض (الآخر).				

اضطراب ذهانى ناتج عن مرض جسمى:	١	٢	٣	؟
أ- وجود هلاوس أو ضلالات.				
ب- يشترط أن تكون الأعراض ناجمة عن مرض جسمى.				

اضطراب ذهانى ناتج عن تعاطي المواد المخدرة:توفر المحكات الثلاثة التالية:				؟
أ- هلاوس أو ضلالات ولا يكون الشخص مستبصرا بأنها ناتجة عن مادة مخدرة.				
ب- الأعراض ناتجة عن التعاطي أو التوقف عن التعاطي.				
ج- قد تكون أعراض جانبية لدواء معين.				

المجموعة الثانية

الفصام الهذائى (البارانويا).

وجود ضلالات (هذاءات) العظمة والعبقرية واضطهاد الآخرين، ويشك بالآخرين وأنهم يتآمرون ضده، وأن المخابرات أو الشرطة تراقبه، وأن هناك كاميرات تصوره في البيت والشارع، وأن التليفزيون والراديو يوجهون له رسائل لكي يسلك بطريقة معينة.

النوع الهذائى (البارانوى): توفر المعايير التالية:	١	٢	٣	؟
أ- الانشغال بواحد أو أكثر من الضلالات				
ب- وجود هلاوس سمعية متكررة				

ج-يشترط عدم وجود أعراض أخرى كتفكك الكلام وتفكك السلوك وتسطح العواطف أو عدم الملاءمة				

يختلف عن الاضطراب الضلالى بوجود هلاوس سمعية متكررة

ملاحظة:لا تحتسب الدرجات الأخرى (مثل ١)

الاضطراب الضلالي (الهذائي) .

وجود ضلالات مسيطرة على الفرد مع احتفاظ الفرد بقدراتة العقلية دون تدهور

الاضطراب الضلالى (هذائى):	١	٢	٣	؟
أ- وجود ضلالات (ممكنة الحدوث) مثل: أن هناك من يطارده أو يريد أن يسممه أو أن يصاب بعدوى أو تخدعه زوجته أو أنه مريض).				
ب- بشرط الا تتوافر فيه المعيار (أ) من معايير تشخيص الفصام على الإطلاق، أحيانا توجد هلاوس لمسيه أو شمية ترتبط بموضوع الضلال وتدعمه.				
ج- وبشرط ألا يعانى عجزا ملحوظا وسلوكه ليس شاذا بصورة واضحة.				
د- كما يشترط أنه إذا حدثت نوبات وجدانية مزاجية (مع الضلالات) فإن مدتها تكون قصيرة.				
أنواع الضلالات: ضلالة الحبأو العظمة أو الغيرة أو الاضطهاد أو الجسدية (مثلاأن معدته غير موجودة) أو المختلطة.				
هـ- ويشترط حدوث أكثر من نوع من الضلالات السابقة معا لمدة٦ شهور				

المجموعة الثالثة

تحسب الدرجة المتوسطة فقط.

اضطراب ذهانى غير محدد:	١	٢	درجة متوسطة	٣	؟
أ- وجود أعراض فصامية متناقضة ولا تستوفى المعيار (أ) من معايير تشخيص الفصام؛ أي يوجد عرض واحد وبدرجة متوسطة					
ب- أعراض ذهانية لمدة أقل من شهر.					
ج- هلاوس سمعية فقط.					
د- ضلالات ليست غريبة تماما تتداخل مع نوبات مزاجية					
س – ذهان ما بعد الولادة					
و- أعراض ذهانية بدرجات متوسطة ولأسباب غير معلومة ولا تؤثر بشدة على توافق الفرد مع البيئة المحيطة به					

ذهان الهلاوس البصرية والسمعية.

أ. توجد هلاوس بصرية بمفردها أو هلاوس بصرية مع سمعية، مع تماسك في التفكير، ويكون الشخص متأكدا من أن هلاوسه أو ضلالاته حقيقية، مثلا هناك حالة تقول انها تشاهد الاحذية وهى تتطاير وتصطدم بالجدار وهناك حالات تذكر هلاوس مرئية وبصرية فقط(مثل أنه مخاوى وله زوجة من الجن) ولايشتكى من أيه أعراض أخرى.

ب.لا تنطبق عليه أعراض الفصام الأخرى.

ج. مستمر لستة أشهر على الأقل.

د. لايؤثر على الحياة الاجتماعية والمهنية.

هـ. يحتاج المريض لعلاج شخصى أو معرفى.

الاكتئاب.

قد يكون عرض ثانوي لعرض أساسي (أولى) مثل الفصام أو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.. . الخ ويشعر فيه المريض بالحزن والهم وتحقير الذات واضطرابات النوم وفقدان الشهية (أو زيادتها) وقد تكون الأعراض السابقة مرض مستقل بذاته وغير مصحوب بأمراض نفسية أخرى.

نوبة الاكتئاب الأساسي أو العظمى

أ- **تشخص بوجود خمسة (أو أكثر) من الأعراض الآتية خلال مدة أسبوعين:**	١	٢	٣	؟
١- مزاج مكتئب معظم اليوم ولمدة أسبوعين على الأقل بأن يقول ذلك أو يقولها المحيطين به.				
٢- نقص الاستمتاع بالأنشطة التي يقوم بها الفرد في معظم اليوم.				
٣- نقص أو زيادة ملحوظة في الوزن.				
٤- الأرق أو النوم المفرط كل يوم تقريبا.				
٥- تهيج (هيجان) أو تأخر في الاستجابة الحركية.				
٦- التعب بسرعة.				
٧- الإحساس بانعدام قيمة الذات أو لوم الذات.				
٨- الإحساس المفرط بالذنب.				
٩- ضعف التركيز.				
١٠- أفكار متكررة عن الموت أو التفكير في الانتحار أو محاولة الانتحار.				
١١- تبدد الشخصية (إحساسه ورغباته غريبة عنه) العالم المحيط به خيالي.				
١٢- التشاؤم بشأن المستقبل.				
١٣- الشعور بعدم القيمة.				
١٤- التردد والعجز عن اتخاذ القرار.				
١٥- ضعف الشهية أو زيادتها بشكل ملحوظ.				
١٦ - أعراض قلق جسماني(مثل: جفاف الحلق- اضطراب الهضم- الآم بالمعدة أو الأمعاء – خفقان القلب).				
إذا صاحبت بعض الأعراض السابقة أعراضا ذهانية مثل الضلالات (الهذاءات) والهلاوس فيصنف فصام وجداني(بشرط ان يستوفي المعيار "أ" من معايير تشخيص الفصام).				

أنواع الاضطراب الاكتئابى:

١- اضطراب اكتئابى أساسي نوبة مفردة فقط (مرة واحدة)

٢- اضطراب الاكتئاب الأساسي (النوبات المتكررة) أو وجود نوبتين أو أكثر من نوبات الاكتئاب الأساسي (توفر المعيار" أ"في الاكتئاب الأساسي)، وتكون هناك فترة توقف للأعراض لمدة لا تقل عن شهرين بين النوبة والأخرى.

٣- اضطراب نوبات اكتئابية شديدة ومنفصلة (**الديستيميا**)(مدة النوبة لا تقل عن شهرين متتابعين) ولا توجد أفكار انتحارية، ولايوجد انعدام (خلل شديد) فى الشخصية وتتصف بالآتي:

محكات تشخيص (الديستيميا) أو الاكتئاب الشديد	١	٢	٣	؟
أ- مزاج مكتئب معظم اليوم، وفى اغلب الأحوالتستمر النوباتمدة سنتين على الأقل				
ب- بالإضافة إلى اثنين مما يلي:				
١- ضعف الشهية أو الإفراط في الأكل.				
٢- الأرق أو الإفراط فى النوم.				
٣- التعب السريع.				

٤- نقص تقدير الذات.				
٥- ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ القرار.				
٦- الشعور بفقدان الأمل.				

٤- الاضطراب الاكتئابى غير المحدد:

اضطراب اكتئابى لا يمكن تصنيفه في الفئات السابقة، ومن أمثلة الاضطراب الاكتئابى غير المحدد:

أ. اضطراب عسر المزاج قبل الطمث.

ب. اضطراب الاكتئاب الخفيف ويشمل عددا قليلا من البنود الخمسة المطلوبة لتشخيص اضطراب الاكتئاب الأساسى.

ج. نوبات الاكتئاب المختصر وتستمر من يومين إلى أسبوعين وتحدث مرة كل شهر ولمدة ١٢ شهرا (ولا ترتبط بإضطرابات الطمث).

د. الاكتئاب المصاحب للمرحلة المتبقية للفصام(يصنف بأنه فصام متبقي).

هـ. نوبات اكتئاب أساسية مرتبطة بالفصام النشط مرتبطة بالضلالات ويصنف بأنه ذهان الضلالات الوجدانية.

و. وذلك بشرط صعوبة تشخيص الاكتئاب ضمن الأنواع السابقة من الاكتئاب.

نوبات الهوس

محكات تشخيص نوبات الهوس:	١	٢	٣	؟
أ- المزاج المرتفع العالي وسرعة الاستثارة بشكل شاذ ودائم لمدة أسبوع على الأقل (وفي حال الاستمرار قد يستوجب العلاج أو الحجز بالمستشفى).				
ب- هناك ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية(وأربعة إذا كان الشخص سريع الاستثارة) بدرجة ملحوظة:				
١- تضخم الذات أو العظمة.				
٢- قلة الحاجة إلى النوم والنشاط الزائد.				
٣- الثرثرة المبالغ فيها.				
٤- تطاير الأفكار.				
٥- تشتيت الانتباه (الاهتمام، بالمثيرات الخارجية غير الهامة).				
٦- زيادة النشاط الموجه لهدف اجتماعي أو الجنس أو النفسحركي.				
٧- التورط في أنشطة ممتعة خطيرة مثل الدخول في مشاريع ضخمة فاشلة أو الطيش الجنسى أو الشراء السفيه).				
٨- لديه قوة خاصة (غالبا مستمدة من الله أو من شخص ذى نفوذ).				

- يصبح هوسا ذهانيا إذا كان مصحوبا بضلالات او هلاوس.

نوبة الهوس الخفيف.

محكات تشخيص نوبة الهوس الخفيف	١	٢	٣	؟
١- فترة محددة من المزاج المرتفع أو المتعاظم أو سهولة الاستثارة (لمدة أربعة أيام على الأقل) ولا تزيد عن أسبوعين.				
٢- توفر المعيار "أ"لنوبة الهوس؛ أي وجود ثلاثة أو أكثر من أعراض الهوس في نوبة الهوس كما سبق.				

نوبة هوس وحيدة:

تشخص بوجود نوبة هوس واحدة فقط ولا ترتبط بنوبات اكتئاب أساسي

الاضطرابات ثنائية القطب وتنقسم إلى:

١- **نوبة هوس- اكتئاب خفيف:** توجد نوبة مختلطة واحدة على الأقل (توجد نوبة اكتئاب خفيف تسبق الهوس الخفيف الحالي)

٢- **نوبة هوس شديد- اكتئاب شديد:** ويشترط توفر المحك"أ" في الاكتئاب، وتوجد نوبة اكتئاب أساسى واحدة أو نوبة مختلطة تسبق نوبة الهوس الشديد (الحالي)

٣- **نوبات اكتئاب عظيم متكررة مع نوبات هوس خفيف**

٤- **اضطراب المزاج الدوري(السيكوسيميا، أي اكتئاب خفيف – هوس خفيف):ويستمر مدة سنتين** على الأقل،وتوجد أعراض هوس خفيف مع فترات عديدة من الاكتئاب (لا تستوفى المعايير الخاصة بنوبة الاكتئاب الأساسى) (بالنسبة للأطفال والمراهقين يجب أن تكون المدة سنة على الأقل)

٥- **اضطراب ثنائي القطب غير المحدد: وأمثلة ذلك:**

- التبدل السريع جدا بين الهوس والاكتئاب والذي لا يفي بالحد الأدنى للمدة التي يتطلبها تشخيص نوبة الهوس أو الاكتئاب.
- نوبات من الهوس الخفيف لا تعترضها أعراض اكتئابية.
- نوبة هوس أو مختلطة ترتبط بالفصام المتبقي أو الاضطراب الضلالي أو أى مرض ذهانى آخر.
- العجز عن التشخيص الدقيق لأي من الفئات السابقة.

٦- **اضطراب المزاج الناتج عن أمراض جسمية.**

اضطراب بارز ومستمر في المزاج ويتسم بالآتي:	١	٢	٣	؟
١- مزاج مكتئب.				
٢- نقص الاهتمام ونقص الاستمتاع بالأنشطة.				
٣- مزاج مرتفع أو متعاظم.				
٤- سهولة الاستثارة.				
٥- الاضطراب نتيجة مباشرة لأعراض جسمية عامة مثل السرطان أو القلب أو مرض نقص المناعة(الايدز) أو الإعاقات الجسمية.. . الخ.				

اضطراب المزاج الناتج عن تعاطي المواد المخدرة.

أ. اضطراب بارز ومستمر في المزاج يتسم بإحدى السمتين الآتيتين:

١- مزاج مكتئب أو نقص الاهتمام ونقص الاستمتاع بجميع الأنشطة.

٢- مزاج مرتفع أو متعاظم أو سهولة الاستثارة.

ب. يشترط أن يكون ناتجا من التسمم بمادة مخدرة أو التوقف عن تعاطيها (أعراض الانسحاب).

ج. هناك علاقة سببية ومباشرة لاستخدام دواء أو عقار معين.

الهوس النوعى.

هوس نتف أو إزالة الشعر:

- **فقدان الشعر في منطقة مشعرة بالجسم.**
- **الشعور بالقلق قبل ازالة الشعر.**
- **الاستمتاع بإزالة الشعر.**
- **يجب ألا يكون مرتبطا بهلاوس أو هذاءات أو مرض جسمي أو جلدي.**
- **أن يؤثر ذلك (سلبيا) على الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد.**

هوس السرقة:

- رغبة جامحةلا يستطيع الشخص إيقافها في السرقة واندفاع قهري لسرقة أشياء (تافهة وقد تكون غالية). وقد لا يحتاجها الفرد.

- يشعر الشخص بالقلق قبل السرقة والارتياح بعد السرقة
- وهي ليست استجابة لهذاءات أو هلاوس

هوس الحرائق:

- الرغبة في إشعال الحرائق في الحدائق في المنازل أو في المحال وقد يسلم نفسه للشرطة، وهى رغبة جامحة لا يستطيع مقاومتها.
- قلق وتهيج انفعالي قبل اشعال الحرائق وتشوق لإشعال النار ورؤية توابعه.
- يسعد برؤية الحرائق في منطقته.
- وقد يشعل النار لإحداث إنذار كاذب للحرائق وقد يشترك في إطفاء الحرائق.
- وهي ليست نتيجة لهذاءات أو هلاوس.

هوس المقامرة:

- سلوك مرضي متكرر لا يستطيع السيطرة عليه.
- يؤثر بالسلب على العائلة والعمل.
- تسيطر عليه فكرة المقامرة في الماضي والآن والمستقبل.
- يرغب في الإثارة أكثر من مجرد الحصول على المال.
- يشعر بعدم الراحة إذا توقف عن المقامرة.
- قد تكون المقامرة هروبا من المشكلات الشخصية أو المزاجية.
- يعتمد على الآخرين في تمويل المقامرة.
- إنكار القيام بالمقامرة.
- قد يسرق أو ينصب للحصول على المال.
- قد يفقد زوجته أو عمله نتيجة المقامرة.

اضطراب القلق العام.

القلق العام هو حالة من الشعور الجامح بالتهديد والهم والتوتر وعدم الراحة تنتاب الفرد دون وجود سبب (بيئي) واضح لذلك، وينكر الفرد أن ضغوط الحياة (مثل الامتحانات أو مرض الوالد أو مشاكل أسرية الخ) هي السبب في هذا القلق، أي أن القلق هو حالة نفسية يصعب السيطرة عليها لإظهار التوتر الذي ينتاب الفرد.

محكات تشخيص اضطراب القلق العام	١	٢	٣	؟
أ- قلق وشعور بالهم وتوقع السوء والشر لمدة ستة شهور على الأقل، ويكون بسبب العمل أو الأسرة.. . الخ.				
ب- لا يستطيع الشخص السيطرة على قلقه.				
ج-يقترن القلق **بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية (بالنسبة للأطفال يكفى عرض واحد فقط).**				
١- الشعور بعدم الراحة. ٢- وجود أفكار أو وساوس حول موضوعات مهمة أو غير مهمة.				
٢- الشعور بأنه على الحافة ومتأزم وقد يتعرض للموت.				
٣- العجز عنبلع الطعام.				
٤- ضعف التركيز أو أن ذاكرته لا شيء فيها.				
٥- الشعور بالتعب (من دون بذل مجهود).				

٦- التهيج بسهولة.				
٧- عدم الصبر.				
٨- يسهل تشتيته (بعيدا عن ما يؤديه).				
٩- تقلص بالعضلات.				
١٠- الأرق أو صعوبة النوم او صعوبة الاستمرار في النوم العميق ، او النوم لساعات قليلة(ثلاث أو أربع ساعات فقط).				
١١- عرق غزير.				
١٢- متاعب بالمعدة (أو الأمعاء).				
١٣- تقطع عند التنفس.				
١٤- إسهال.				
١٥- صداع.				

كما أن هناك أمراضا تعتبر مظهرا من مظاهر القلق الشديد(مرض عضوي)مثل الثعلبة والبهاق

قلق العرض الواحد

قد يحدث للشخص عرض واحد فقط، المهم هو ألا يؤثر ذلك على حياة الفرد الاجتماعية والمهنية والجنسية، وإلا اعتبر مريضا بالقلق النفسي العام.

الوسواس القهري .

وجود أفكار متكررة وملحة وغير منطقية ولا يستطيع الفرد إيقافها رغم علمه أنها خاطئة وغير منطقية، وقد تكون أفكارا أو أفعالا أو كليهما.

اضطراب الوسواس القهري.

١- فكرة أو صورة لمنظر حسن أو سيء أو جملة معينة أو مقطع موسيقى (مثلا إن أحدا سيقتله، أو أنه سيشتم رئيسه في العمل أو يتعرض أحد أفراد أسرته لحادثة خطيرة أو للموت إذا لم يفعل سلوكيات او أفعالا معينة

٢- الاندفاعات: رغبة جامحة لأن يقوم بأفعال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها. مثلاالتأكد من غلق الأبواب والأجهزة قبل النوم مرات عديدة، وترتيب الأشياء أو الأعمال بطريقة معينة وإن أخطأ فإنه يعيد أفعاله مرارا، وأن هناك أفكارتطارده مثل العدوان على الآخرين أو قتل أمه أو الانتحار من مكان مرتفع أو الغناء في مأتم أو تسميع جدول الضرب أو شتم الذات الإلهية. والاندفاعات قد تكون تافهة أو خطيرة والشخص يعرف أنها غير منطقية ولكن لا يستطيع التحكم فيها أو وقفها.

٣- اجترار الأفكار: تطارده الأفكار بأسئلة يصعب الإجابة عنها مثلا من خلق الله، لماذا يوجد المرض والمعاناة في هذا العالم، أو أن هناك احتمالا بأن أباها قد اغتصبها وهي طفلة (لا تعى شيئاً) وقد ترتبط المخاوف المرضية بالوسواس مثل الخوف من أماكن العبادة أو المطابخ أو دورات المياه، ويعتبر ذلك عرضا ثانويا لوسواس مرتبط بهذه الأماكن.

٤- الطقوس الحركية: مثل غسيل الأيدي عشرات المرات أو الخوف من التلوث والاستحمام المتكرر للطهارة أو تكرار الصلاة أو العد الاجبارى للأرقام تنازليا أو تصاعديا أو مراجعة إغلاق البوتجاز مرات عديدة للغاية أو الترتيب المفرط للأشياء وقد تستمر هذه الطقوس لساعات.

٥- يتم التعامل مع الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية بإعتبارهما تعبيرا عن خلل معرفى نابع من مصدر واحد، أى لايوجد فرق بين الفكرة أو الفعل.

أولا: الوساوس:

محكات تشخيص اضطراب الوساوس	١	٢	٣	؟
أ- يجب أن تتوفر النقاط الثلاث التالية لكى يشخص:				
٦- اقتحام أفكار أو اندفاعات أو صور ذهنية متكررة ومستمرة وتسبب له القلق والشعور بالكرب والضغوط لا تتمحور هذه الأفكار حول مشكلات حياتية حقيقية.				
٧- محاولة الشخص تجاهل أو إيقاف هذه الأفكار أو الاندفاعات أوالصور.				
٨- إدراك الشخص أن الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الذهنية هي نتاج عقله هو وليست مقحمة عليه من الخارج.				
ب- بشرط أن تعوق هذه الوساوس الفرد عن أنشطة هامة في مجالات حياته السوية كالعمل أو المذاكرة وتستغرق وقتا طويلا (أكثر من ساعة في اليوم)				

ثانيا: الأفعال القهرية:

محكات تشخيص اضطراب الأفعال القهرية:	١	٢	٣	؟
أ- يجب أن تتوفر النقاط الثلاث التالية لكى يشخص:				
١- سلوكيات متكررة أو أفعال متكررة يدفع الفرد إلى تأديتها استجابة لوسواس أو اتباعا لقواعد قام بإحداثها ويتوجب عليه أن يطبقها.				
٢- تهدف هذه السلوكيات إلي منع وقوع كرب أو مصيبة له أو لأحد أفراد أسرته.				
٣- يدرك الفرد أن الأفعال القهرية غير معقولة وغير واقعية.				
٤- هذه السلوكيات تعوق حياة الشخص الطبيعية وأدائه في مختلف المجالات المعتادة.				

هناك حالات لايدرك فيها الشخص أن لديه وساوس مرضية وهنا يحتمل أن:

١-أن الشخص ذو ذكاء أقل من المتوسط

٢-أن الوسواس قد يكون مقدمة للذهان

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

تسببه الأحداث والمواقف المروعة مثل الحروب والكوارث والحوادث وموت عزيز. ويستعيد الفرد الخبرات الصادمة في الأحلام وكذلك صور لها وهو يقظ. وينتاب الفرد صداع شديد وأرق وتوتر وكوابيس وصداع وقد يشعر بانفصال وانشقاق لذاته (وكأنه شخص آخر أو شخص مختلف) لمدة ساعات أو أيام. وقد يشعر بالقلق والاكتئاب والشعور بالذنب وسرعة في نبضات القلب، وقد يصاب (أحيانا) بهلاوس لصور بصرية غير مرئية.

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

محكات تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.	١	٢	٣	؟
أ- تعرض الشخص لحادث صادم بحيث يتوافر فيه شرطين:				
١- معايشة الفرد لحدث كبير مثل الموت أو الجرح الخطير أو التهديد الحقيقي للسلامة الجسمانية له أو للآخرين.				
٢- تسبب هذه المعايشة خوف أو ذعر شديد.				
ب- تكرار معايشة الحدث الصادم بطريقة أو أكثر مما يلي **(بند واحد يكفى للتشخيص):**				
١- تراود الشخص ذكريات مؤلمة للحدث بصورة آلية وغير متحكم فيها تتضمن صورا ذهنية أو أفكارا أو إدراكات حسية.				
٢- تراود الشخص أحلاما صدمية تدور حول الحدث المؤلم				
٣- يعايش الشخص الحدث وكأنه موجود أمامه. ويتضمن ذلك الخداعات الحسية والهلاوس ونوبات من الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم.				

٤- الشعور بالألم النفسي الشديد لأي شيء يذكره بالحدث الصادم.					
٥- وجود تفاعلات فسيولوجية حادة مثل زيادة نبضات القلب أو العرق.. . الخ.					
ج- محاولة الفرد تجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة وقد يحدث له تبلد في الاستجابات العامة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) **ويتبين ذلك فى ثلاثة أو أكثر مما يلى:**					
١- محاولة الشخص تجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.					
٢- تجنب الأنشطة أو الاشخاص أو الأماكن التي ربما تثير الذكريات الصادمة.					
٣- ينسى الفرد جانبا أو أكثر من الخبرات الصدمية.					
٤- نقص ملحوظ في الاهتمام أو مشاركة الآخرين في مهام مهمة.					
٥- الشعور بالاغتراب أثناء وجوده مع عند الآخرين.					
٦- اضطراب في الوجدان كأن يعجز الفرد عن الشعور بالحب.					
٧- التشاؤم من المستقبل.					
د- وجود أعراض دائمة لزيادة الاستثارة **وتتبين في اثنين أو أكثر مما يلي:**					
١- صعوبة البدء في النوم أو مواصلة النوم.					
٢- سهولة الاستثارة ونوبات الغضب.					
٣- صعوبة التركيز.					
٤- اليقظة المفرطة.					
٥- زيادة استجابة الإجفال (الخضة).					

اضطراب الضغط الحاد.

يحدث خلال شهر من التعرض لحدث بيئي مثل الحوادث أو التهديد بالموت، وتتضاءل الاستجابة العاطفية ويشعر بالذنب ونقص التركيز واختلال الإنية (كأنه في حلم أو منفصل عن جسمه أو أنه غير حى (مش عايش)) ولا يستطيع الاستمتاع بمباهج الحياة.

اضطراب الضغوط الحادة (شبه الذهانى) Acute Stress disorder

محكات تشخيص اضطراب الضغوط الحادة (شبه الذهانية)	١	٢	٣	؟
أ- تعرض الشخص لحدث صادم **يتضمن ما يلى:**				
١- مواجهة أو مشاهدة حدث أو أكثر تشمل موت أو إصابة خطيرة حقيقية أو مثلت تهديدا للسلامة الجسمية له أو للآخرين.				
٢- أظهر هذا الحدث خوفا أو ذعرا أو عجزا.				
ب- يظهر لدى الشخص **ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية:**				
١- تبلد الاستجابة الانفعالية.				
٢- حالة من الذهول ونقص الوعى بالأشياء المحيطة.				
٣- عدم الإحساس بالواقع وكأنه خارج الصورة.				
٤- اختلال الإنية لا يميز بين ذاته عن باقي الخبرات والشعور بعدم واقعية الذات.				
٥-العجز عن تذكر جانب مهم من الصدمة				
ج-معايشة الحدث الصادم باستمرار **بواحدة على الأقل من الطرق الآتية:**				
١- صور ذهنية متكررة أو افكار أو أحلام.				

٢- تجنب ملوحظ للمثيرات التي تثير الذكريات الصدمية.				
٣- ظهور أعراض من القلق أو زيادة الاستثارة وصعوبة النوم وضعف التركيز، والتقلقل الحركي (التململ) أو عدم الاستقرار.				

اضطرابات التوافق.

محكات تشخيص اضطرابات التوافق	١	٢	٣	؟
أ. وجود أعراض انفعالية أو سلوكية استجابة لضغوط معروفة حدثت خلال ثلاثة شهور ماضية.				
ب. تتسم هذه الأعراض بـ:				
١. كرب ملحوظ ومبالغ فيه عند مواجهة مثل هذه المواقف الضاغطة.				
٢. عجز جوهري وفشل في التكيف في الحياة الاجتماعية والمهنية.				
ج. لا علاقة للاضطراب بالأمراض النفسية الأخرى.				
د. لا يشمل ذلك الحزن العميق كما في الاكتئاب.				
هـ. يختفي الاضطراب بعد زوال سبب الكرب (في خلال ستة شهور).				
و. يعد اضطرابا حادا إذا كانت فترة حدوثه أقل من ستة شهور.				
ز. يعد الاضطراب مزمنا إذا تجاوزت مدته الستة شهور.				

الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة أو الواسعة.

اضطراب الهلع.

تنتاب الفرد نوبات من القلق والخوف الشديد، ويعتقد الفرد أنه قد يموت أو يصاب بالجنون ويستمر لدقائق أو ساعات. وهناك حالات تستمر فيها حالة الهلع لعدة شهور.

نوبات الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة تصاحب اضطرابات نفسية عديدة، ولذلك فقد وضعت معايير مستقلة لنوبة الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة ولا يجوز تشخيص أي منهما كمرض مستقل.

نوبة الهلع.

محكات تشخيص نوبة الهلع	١	٢	٣	؟
اضطراب (غير مستقل) أي يرتبط أو يصاحب اضطراب نفسي آخر. وتتبين نوبة الهلع من خلال **أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية، وتبلغ الذروةخلال عشر دقائق:**				
١-قوة ضربات القلب أو زيادة سرعة هذه الضربات عن المعتاد.				
٢-العرق.				
٣-الارتعاش.				
٤-ضيق التنفس أو الشعور بالاختناق.				
٥-الشعور بغصة (حاجز) في الحلق.				
٦-ألم أو ضيق بالصدر.				
٧-غثيان أو توعك بالبطن.				
٨-الشعور بالدوخة أو الإغماء.				
٩-الإحساس بأن الشخص قد تغير وأصبح إنسانا آخر.				
١٠-الخوف من الإصابة بالجنون.				
١١-الإحساس بالتنميل (الخدر) أو النخر (في العظام).				
١٢- الخوف من الموت.				

رهاب الأماكن الواسعة.

محكات تشخيص نوبة الهلع.	١	٢	٣	؟
اضطراب (غير مستقل) أي يرتبط أو يصاحب اضطراب نفسي آخر. **ويجب توفر المعايير التالية** لتحديد وجود أعراض مرضية:				
أ–الخوف من الأماكن او المواقف التي يكون فيها الهروب صعبا أو لا تتوفر فيها وسائل الاغاثة. مثل وجود الشخص بمفرده خارج البيت أو في السوق (حيث يمكن أن تنتابه نوبة قلبية ويموت ولا يراه أو يسمعه أحد)، أو أن يكون فوق جسرأو داخل قطار.				
ب–أن يقوم بتجنب هذه المواقف تجنبا مقصودا كأن يقلل من ذهابه للسوق.				
ج– يعاني إذا واجه مواقف مثيرة للهلع.				
د–يشترط ألا يكون من الممكن تفسير هذا الهلع بإرجاعه إلى الخوف الاجتماعي.				

اضطراب الهلع غير المصحوب بالخوف من الأماكن الواسعة.

محكات تشخيص نوبة الهلع غير المصحوب بالخوف من الأماكن الواسعة	١	٢	٣	؟
أ–توفر الشرطين الآتيين:				
١–تكرار حدوث نوبات ذعر غير متوقعة.				
٢–وجود عدة نوبات تتسم بالآتي:				
– شعور بالهم خوفا من حدوث نوبات جديدة. – قلق مرتفع خوفا من عواقب النوبة(مثل الاصابة بنوبة قلبية أو الإصابة بالجنون). – يؤثر على سلوكيات الفرد التي تتعلق بالنوبات(كأن يغير جدول أعماله أو يتجنب مواقف أو أماكن معينة لكي يقلل من حدوث النوبة).				
٣–يجب استبعاد وجود رهاب الأماكن الواسعة.				
٤–يجب استبعاد وجود الخوف (الرهاب) الاجتماعي.				
٥–أن تؤثر النوبات على حياة الفرد وأنشطته اليومية بشكل يعوقها.				

اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن الواسعة.

محكات تشخيص نوبة الهلع المصاحب لرهاب الأماكن المتسعة	١	٢	٣	؟
أ– **توفر كل من (١) و(٢) مما يلي:**				
١–تكرار حدوث النوبات بدون توقع				
٢–تحدث نوبتان على الأقل خلال شهر واحد أو أكثر قليلا تتسم بالآتي: – شعور بالهم خوفا من حدوث نوبات جديدة. – قلق مرتفع خوفا من عواقب النوبة(مثل الإصابة بنوبة قلبية أو الإصابة بالجنون) – يؤثر على سلوكيات الفرد التي تتعلق بالنوبات(كأن يغير جدول أعماله أو يتجنب مواقف أو أماكن معينة لكي يقلل من حدوث النوبة).				
ب– وجود خوف من الأماكن الواسعة				
ج– نوبات الهلع ليست ناتجة عن أدوية يتناولها الفرد أو أمراض بدنية أخرى مصاب بها				
د– أن تؤثر النوبات على تكيف الفرد و وتعوق أنشطة حياته اليومية				

الرهاب.

خوف غير منطقي (وزائد) ومبالغ فيه من موضوع أو موقف (بيئي) معين، رغم أن ذلك لا يمثل تمديداً أو ضرراً للأشخاص العاديين وتنتاب الفرد أعراض مثل الدوخة وزيادة في سرعة نبضات القلب، والتصلب الحركي.

الرهاب المحدد (البسيط).

محكات تشخيص اضطراب الرهاب المحدد (البسيط).	١	٢	٣	؟

أ. وجود خوف ملحوظ ودائم (غير مناسب) من موضوع أو موقف معين(مثل: الخوف من الطائرات والمرتفعات أو الحيوانات أو الحقنأو الدم).					
ب. أن يرتبط ذلك الخوف بنوبة هلع مرتبطة بالموقف.					
ج. يدرك الشخص أن خوفه غير مناسب لهذه المواقف.					
د. تجنب المواقف المثيرة للهلع أو تحملها مع المعاناة الشديدة منها.					
هـ. أن تؤثر على تكيف الفرد، وتعوق أنشطة حياته اليومية المهنية أو الاجتماعية أو وجود ضيق مستمر.					
أنواع الرهاب: ١-رهاب الحيوانات(أو الحشرات) ويبدأ في مرحلة الطفولة. ٢-رهاب البيئة الطبيعية (العواصف والماء) ويبدأ في مرحلة الطفولة. ٣-رهاب الدم (رؤية الدم أو إصابة شخص)والحقن والعمليات الجراحية وهو شائع الحدوث. ٤- أنماط الرهاب الموقفية مثل، رهاب المواصلات العامةأو الانفاق أو الكباري، أو المصاعد أو الطائرات أو السيارات والأماكن المغلقة. ويحدث غالبا في الطفولة وكذلك في منتصف العشرينات. ٥-أنماط أخرى من الرهاب مثل، تجنب المواقف التي قد تؤدي إلى الاختناق أو القيء أو العدوى، أو السقوط على الأرض إذا كان الفرد بعيدا من الحائط ويخاف الأطفال من الأصوات العالية أو ملابس الشخصيات التاريخية أو بعض الدمى.					

الرهاب الاجتماعي.

محكات تشخيص اضطراب الرهاب الاجتماعي	١	٢	٣	؟
أ. خوف دائم من المواقف الاجتماعية (مثل التحدث أمام جمهور نتيجة لتوقع الخزي والفشل أمامهم)				
ب. التعرض للمواقف الاجتماعية يثير القلقبصورة مرتفعة وربما الهلع.				
ج. يدرك الشخص أن هذا الخوف غير مناسب للموقف.				
د. يتجنب الشخص المواقف الاجتماعية وإذا حدثت فهو يتحملها بمعاناة شديدة.				
هـ. أن تؤثر النوبات على تكيفالفردوتعوق أنشطة حياته اليومية.				
و. يشترط ألا يكون الشخص مصابا باضطراب الشخصية التجنبية.				

الاضطرابات الجسمية نفسية المنشأ

محكات تشخيص الاضطرابات الجسدية نفسية المنشأ.	١	٢	٣	؟
أ- وجود تاريخ لشكاوى جسمية عديدة، وتتبين فى الآتى:				
١- تبدأ قبل سن الثلاثين.				
٢- تستمر لسنوات عديدة.				
٣- يطلب الشخص العلاج ويتردد على الأطباء لمرات عديدة.				
٤- وجود خلل فى الأداء الاجتماعى والمهنى.				
ب- يعانى الشخص من بعض الأعراض المرضية التالية خلال تاريخه المرضى:				
١- وجود أعراض مرضية **(أربعة على الاقل) مما يلى:** - الرأس. - البطن. - الظهر. - المفاصل. - الاطراف. - الصدر.				

– المستقيم. – أثناء الطمث. – أثناء الاتصال الجنسى. – أثناء التبول.				
٢– هذا بالإضافة إلى أعراض الألم مثل: – الغثيان. – الانتفاخ. – القئ (في غير حالة الحمل). – الاسهال. – النفور من أطعمة عديدة.				
٣– عرض جنسى واحد المعاناة والشكوى من **عرضواحد (على الأقل مما يلي):** – عدم الاهتمام بالجنس. – عدم انتظام الطمث. – نزيف مفرط في الطمث. – القئ (طوال فترة الحمل).				
٤– عرض عصبى كاذب (غير مقصور على الألم) – **<u>أعراض تحولية (مؤقتة) مثل</u>:** – اختلال التوافق الحركى. – خلل فى التوازن. – الشلل. – الضعف العضلى الموضعى. – صعوبة البلع. – احتباس الصوت. – احتباس البول. – فقدان حاسة اللمس. – فقدان الإحساس بالألم. – ازدواج الرؤية. – العمى. – الصمم. – نوبات تشنج (تشبه الصرع) أو أعراض إنشقاقية: – فقدان الذاكرة. – فقدان الوعى (بدون إغماء).				
ج– وجود إما (١) وإما (٢) مما يلي:				
١– بعد الفحص الطبى، نجد أن الأعراض المذكورة في (ب) لا تصف مرضا جسميا معروفا ومحددا (مع استبعاد آثار العقاقير والمخدرات).				
٢– أن يكون لدى الشخص مرض جسمى معين ولكن هناك مبالغة مفرطة في المعاناة من المرض، يتعارض مع ما هو متعارف عليه بالنسبة للحالات المماثلة لهذا المرض (الجسمى).				
د– يجب استبعاد حالات التمارض أو التصنع.				

الاضطراب الجسدي غير المتميز.

محكات تشخيص الاضطراب الجسدي غير المميز:	١	٢	٣	؟
أ– وجود عرض أو أكثر من الشكاوى الجسمية مثل:				
– التعب – فقدان الشخصية				

– شكاوى معدية – شكاوى معوية – شكاوى بولية ب– وجود إما (١) أو (٢) المتعلقة بأعراض الألم والأعراض المعدية المعوية التالية:				
١– بعد الفحص الطبي الدقيق يظهر أن الأعراض لا تصف مرضا جسميا واضحا ومحدد .				
٢– يجب استبعاد الحالات المؤقتة للعقاقير أو المخدرات.				
– إذا تبين أن هناك مرضا محددا فإن الأعراض والآلام. . يكون فيها مبالغة لا تتناسب مع ما يعانيه المرضى من هذا المرض.				
ج– يحدث خلل في الأداء الاجتماعي والمهني.				
د– مدة الاضطراب لا تقل عن ٦ شهور.				
هـ – الأعراض ليست مصطنعة أو إدعاء بالتمارض.				

الاضطراب التحولي.

محكات تشخيص الاضطراب التحولي	١	٢	٣	؟
أ. وجود ألم أو عجز (واحد أو أكثر) يرتبط بوظيفة حركية إرادية أو حسية، ويوحى ذلك بوجود مرض عصبي أو مرض جسمي.				
ب. هناك عوامل نفسية تقترن بالمرض أو العجز تظهر وجود علاقة سببية بين المرض والضغوط النفسية.				
ج. العرض ليس متعمدا أو إدعاء بالمرض.				
د. وجود اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني طبقالنوع العرض (أو العجز).				
هـ. لايتطابق مع أي مرض نفسي أو جسمي آخر.				
– **عجز حركي مثل:** – اختلال التوافق الحركي. – اختلال التوازن. – الشلل أو الضعف الموضعي. – صعوبة البلع. – احتباس الصوت. – احتباس البول. – **عجز حسي مثل:** – فقد اللمس. – فقد الاحساس بالألم. – الرؤية المزدوجة. – فقد الإبصار. – الصمم. – الهلاوس. – **تشنجات (مثل الصرع):** – نوبات تشنج (مثل الصرع). – تشنجات حركية (إرادية). – تداخل عدة أعراض (لا تصف مرضاً معيناً).				

اضطراب الألم.

محكات تشخيص اضطراب الألم:	١	٢	٣	؟
أ– ألم شديد بمكان محدد (أو أكثر)يستدعي طلب العلاج.				
ب– يؤثر الاضطراب على الأداء الاجتماعي والمهنيتأثيرا سلبيا.				
ج–هناك علاقة بين الضغوط النفسية والاجتماعية وشدة المرض (أو استمراره).				
د–الألم ليس مصطنعا أو إدعاء بالمرض.				

اضطراب الألم المقترن بأسباب نفسية.

محكات تشخيص اضطراب الألم المقترن بأسباب نفسية.	١	٢	٣	؟
أ.وجود أسباب نفسية واضحة تسبب الألم وشدته واستمراره خاصة في بداياته المبكرة.				
ب.(لا يشمل ذلك وجود مرض جسمي حقيقي)				
ج.يصبح حاد إذا استمر (أقل من ٦ شهور) ومزمناً إذا استمر (أكثر من ٦ شهور)				

اضطراب الألم المقترن بأسباب نفسية ومرض جسمي محدد في الوقت نفسه.

محكات تشخيص اضطراب الألم المقترن بأسباب نفسية ومرض جسمي محدد في الوقت نفسه:	١	٢	٣	؟
– وجود أسباب نفسية وعضوية لبدء الألم وشدته واستمراره.				
يصنف إلى: حاد: أقل من ٦ شهور. مزمن: أكثر من ٦ شهور.				

توهم المرض.

محكات تشخيص اضطراب التوهم المرضى	١	٢	٣	؟
أ.الانشغال بأن هناك مرضاً خطير بسبب التفسير الخاطئ للأعراض الجسمية.				
ب.رغم انكار الأطباء وجود مرض خطير، فإن الشخص يظل منشغلا بالمرض ويعتقد أن الاطباء جاهلون لا يعرفون تشخيص المرض الخطير الذى يعانى منه.				
ج.الشخص غير مدرك أن ادعاءاته زائدة عن الحد (وغير معقولة).				
د.لا يمثل ذلك اضطراباً ضلالياً (الاضطراب الضلالى).				
هـ.يؤثر على حياة الفرد الاجتماعية والمهنية تأثيرا سلبيا.				
و .يجب مرور ستة شهور على ظهور الأعراض على الأقل لتحديد الاضطراب.				

اضطراب التشوه الوهمي للجسم.

محكات تشخيص اضطراب التشوه الوهمي للجسم.	١	٢	٣	؟
أ.الانشغال المفرط بوجود خلل متخيل في الشكل، وأحيانا تكون هناك غرابة في جزء من الجسم (بطريقة ضعيفة) ولكن الشخص يكون مفرطا في انشغاله.				
ب.يتسببفى حدوث خلل فى الأداء الاجتماعى والمهنى.				
ج.أحيانا ما يكون هناك غرابة واضحة (للشخص وللآخرين) في جزء من الجسم وعندها فمن الطبيعى أن يكون ذلك موضع انشغال من الشخص.				

الاضطراب الجسمى الشكل غير المحدد.

والذى لا يستوفى الفئات السابقة. ومثال ذلك:

- الحمل الكاذب والذى يرتبط بعلامات موضوعية مثل كبر البطن وانقطاع الطمث او حدوث الطمث بشكل قليل والاحساس بحركة الجنين والغثيان وحدوث آلام الوضع في الوقت المتوقع للولادة
- توهم مرضى على ألا يكون فصاماً ،وأن يستمر لمدة ٦ شهور على الأقل.

- اضطراب لشكاوى جسمية ليس لها تفسير مثل التعب السريع أو ضعف الجسم (اقل من ٦ شهور).

اضطرابات الشخصية.

اضطراب الشخصية هوسلوكيات ثابتة تتسم بالانحراف عن السلوك السوي، حيث يدرك الفرد ذاته والآخرين والأحداث بصورة غير مماثلة لأفراد الثقافة التي يعيش فيها الفرد. وتتسم سلوكياته بالانفعال الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأحداث والأشخاص الذين يتعاملون معه. كما يتسم بعلاقات سيئة ومتوترة دائمة مع الآخرين، كما أن الفرد لا يستطيع إيقاف اندفاعاته وتهوراته وإهاناته أو عدوانه تجاه نفسه وتجاه الآخرين.

المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية.

أولا– نمط دائم من الخبرة الداخلية والسلوك يحيد (يشذ) بدرجة كبيرة عن المعايير الاجتماعية والسلوك في ثقافة الفرد. ويتمثل هذا النمط في مجالين أو أكثر مما يأتي:

١- المعرفة: وتتعلق بطرق إدراك وفهم الذات وفهم الآخرين والأحداث.

٢- الوجدان: يسود الوجدان إنفعالات شديدة والتأرجح وعدم التناسب مع الموقف.

٣- العلاقات بين الأفراد (علاقات سيئة ومضطربة مع الآخرين كالأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء).

٤- عدم التحكم في الاندفاعات.

ثانيا– نمط دائم من التصلب يشمل جميع المواقف الشخصية والاجتماعية يؤدى إلى الشعور بالكدر أو الكرب (الشعور بالضغط النفسي) واختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني

ثالثا– يتسم هذا النمط بالإزمان (عدة سنوات) والثبات. ويمكن تعقب بداية الاضطراب من الماضي بداية من مرحلة المراهقة.

رابعا– يتم التشخيص بداية من عمر ١٨ سنة.

وتنقسم اضطرابات الشخصيةإلى ثلاث فئات:الفئة (أ) الشخصية البارنوية (الهذائية) واضطراب الشخصية الفصامية، واضطراب الشخصية فصامية النمط. **والفئة (ب)** وتتضمن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، واضطراب الشخصية الهستيرية، واضطراب الشخصية النرجسية، واضطراب الشخصية التجنبية. **والفئة (ج)** وتتضمن اضطراب الشخصية التجنبية واضطراب الشخصية الاعتمادية واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، واضطراب الشخصية غير المحددة النوعيه.

الفئة(أ) من اضطرابات الشخصية.

١- اضطراب الشخصية البارانوية(الهذائية)

محكات تشخيص اضطراب الشخصية البارانوية:	١	٢	٣	؟
أ- شك شامل في الآخرين وانعدام الثقة فيهم، وتفسير دوافعهم تفسيرا سيئا. ويبدأ منذ مرحلة الرشد المبكرة، يتضح هذا الشك في **أربعة أو أكثر مما يلي:**				
١-الشك أن الآخرين يستغلونه أو يحاولون إيقاع الأذى به وخداعه.				
٢-يشك في إخلاص وولاءالآخرين (الأصدقاء، الزملاء، الأقارب) بحيث يصبحوا موضع تساؤل.				
٣-تجنب الحديث عن نفسه لاعتقاده أن هذه المعلومات قد يستخدمها الآخرون ضده.				
٤-تفسير الملاحظات البريئة بأنها تتضمن معاني الإقلال من الشأن أو التهديد.				
٥-لا يغفر أي إهانة أو إساءة.				
٦-يتصور أن الآخرين يعتدون على شخصه وسمعته ويسارع بأفعال غاضبة.				
٧-تكرار الشك بدون مبرر في إخلاص زوجته،(أو في إخلاص زوجها).				

٢- اضطراب الشخصية الفصامية

محكات تشخيص اضطراب الشخصية الفصامية (الانعزالى).	1	2	3	؟
أ- نمط متواصل من العزلة بعيداً عن الناس مع عدم التجاوب الانفعالى في مواقف العلاقات بين الأفراد. ويظهر في سياقات متعددة. ويتحدد **بوجود أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية:**				
١- العزوف عن التفاعل الاجتماعى وعدم الاستمتاع بالعلاقات الشخصية الحميمة، بما في ذلك أن يكون جزء من الأسرة.				
٢- التفضيل الدائم للأنشطة الفردية التي تتطلب العزلة.				
٣- ضعف الاهتمامات الجنسية.				
٤- الاكتفاء بنمط قليل من المتعة إذا قام بأى أنشطة (إجتماعية أو مهنية أو أسرية)				
٥- يفتقر إلى الصداقة الحميمة (فيما عدا الأقرباء من الدرجة الأولى).				
٦- غير مكترث بالثناء أو النقد من الآخرين.				
٧- يتسم بالبرود الانفعالي وتسطح العواطف.				

٣- اضطراب الشخصية فصامية النمط

محكات تشخيص اضطراب الشخصية فصامية النمط.	1	2	3	؟
أ- نمط شامل من العجز الاجتماعي (العلاقات مع الآخرين) وضعف في القدرة على إقامة علاقات حميمة مع الآخرين مع تحريفات (انحرافات) إدراكية ومعرفية مع غرابة في السلوك. ويتحدد هذا **النمط بوجود خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية:**				
١- يعتقد أنه محور اهتمام الآخرين، وأنهم يتحدثون أو يتغامزون أو أن أجهزة الإعلام تتحدث عنه				
٢- الاعتقاد في الخرافات والتخاطر والحاسة السادسة والسحر				
٣- يعتقد أن لديه خبرات إدراكية غير عادية تشمل أوهاما بدنية (خداع حسي بدني) مثلا لديه قدرة جنسية غير عادية أو معدة تهضم الظلط (قدرات خارقة).				
٤- غرابة في تفكيره وحديثه (تفاصيل غير مطلوبة، تعقد في الكلام، تداخل في الموضوعات).				
٥- الشك أو الأفكار الاضطهادية.				
٦- عدم ملاءمة العواطف للمواقف، وفتور(ضعف) هذه العواطف.				
٧- غرابة أو شذوذ في السلوك والمظهر.				
٨- الافتقار للعلاقات الحميمة (فيما عدا أسرته الأولى).				

الفئة(ب) من اضطرابات الشخصية .

١- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

محكات تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع	١	٢	٣	؟
أ- هذه الشخصية تتسم بالفشل في بناء علاقات اجتماعية صحيحة، مع الاندفاعية وغياب الشعور بالذنب مع العجز التام عن الاستفادة من الخبرة السابقة ويتسم الشخص بميل شديد للعدوان والاستهانة بحقوق الآخرين وإتيان سلوك مضاد للقانون والأعراف في المجتمع. **ويجب أن يتوفر لدى الفرد ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية:**				
١- العجز عن الامتثال للمعايير الاجتماعية المتعلقة بالسلوكيات الجائزة قانونيا (والإتيان بالسلوك الإجرامي مما يعرضه للوقوع تحت طائلة القانون)				
٢- الميل إلى الخداع والغش. ويظهر ذلك في تكرار الكذب والاحتيال على الآخرين والظهور بمظهر الرجل الطيب والمثالي بهدف تضليل الآخرين.				
٣- الاندفاع والعجز عن التخطيط للمستقبل				
٤- العدوانية التي تتحدد في تكرار الشجار أو الاعتداء البدني على الآخرين				
٥- التهور والاستهانة بسلامة نفسه أو الآخرين.				
٦- التحرر من المسئولية كما يتمثل في فشله المتكرر في الاستمرار في عمل واحد.				

٧- العجز عن الوفاء بالتزاماته المالية.				
٨- غياب الشعور بالذنب، كما يظهر ذلك في عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين وتبرير إيذائهم.				
ب- بشرط ألا يقل عمر الشخص عن١٨ سنة.				
ج- ويشترط وجود اضطرابات سلوكية لها تاريخ مرضي قبل سن الخامسة عشر.				

٢- اضطراب الشخصية البينية.

محكات تشخيص اضطراب الشخصية الحدية:	١	٢	٣	؟
أ- نمط عام من التقلب وعدم الثبات في العلاقات مع الآخرين، وكذلك فيما يتعلق بصورة الذات والعواطف مع الاندفاع الشديد (في السلوك والوجدان) ويبدأ في مرحلة الرشد المبكر، **ويظهر في خمسة بنود أو أكثر مما يلي:**				
١- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب هجر الآخرين له سواء أكان حقيقيا أو متخيلا.				
٢- التقلب ما بين التطرف في التقديس والتطرف في التحقير (مثلما يحدث في الحب أو الصداقة بين شخصين).				
٣- تذبذب كبير في صورة الذات ما بين التقدير إلى الانتقاص والتقليل من الشأن أو السلوك المشوه للذات.				
٤- الاندفاعية في مجالين على الأقل مثل التبذير أو الجنس أو تعاطي المخدرات أو القيادة المتهورة أو الأكل بشراهة، وجميعهم قد يحدثوا إضرارا بالفرد.				
٥- تكرار السلوك الانتحاري أو التهديد بالانتحار.				
٦- التقلب الوجداني مثل نوبات شديدة من تعكر المزاج أو الاستثارة أو القلق الذي يستمر عاده لبضع ساعات.				
٧- مشاعر مزمنة بأنه فارغ داخليا.				
٨- غضب شديد لا مبرر له وصعوبة في السيطرة على الغضب ويشمل ذلك تكرار الانفعال والغضب أو ربما الشجار الجسدي.				
٩- تفكير هذائي مؤقت يظهر عند حدوث ضغوط.				
١٠- أعراض انشقاقية شديدة مثل نسيان تفاصيل الأحداث فيما يتعلق بالمواقف الضاغطة.				

٣- اضطراب الشخصية الهستيرية.

محكات تشخيص اضطراب الشخصية الهيستيرية:	١	٢	٣	؟
أ- حب الظهور والانفعال المفرط، **وتتبين فى خمسة (أو أكثر) مما يأتى:**				
١. الشعور بالضيق حين لا يكون محط أنظار الآخرين.				
٢. سلوك يتسم بالإثارة والانفعال أو إغراء جنسى (غير ملائم).				
٣. تحول سريع من الحب إلى الكراهية.				
٤. عدم اهتمام فى التعبير عن العواطف.				
٥. يهتم بالمظهر والملابس بصورة مفرطة.				
٦. يحاول التأثير فى الآخرين لإقناعهم بوجهة نظره (التى قد لا يجانبها الصواب).				
٧. استعراض مع مبالغة في الانفعال.				
٨. يسهل التأثير عليه من الآخرين.				
٩. يعتقد أن علاقاته قوية بالآخرين (مع أن ذلك غير واقعي).				

الفئة(ج) من اضطرابات الشخصية.

١- اضطرابات الشخصية التجنبية.

محكات تشخيص اضطراب الشخصية التجنبية:	١	٢	٣	؟
يتسم اصحابها بعدم الاعتناء بالعلاقات الاجتماعية، ويشعر بقلة الحيلة ويحكم سلبياً على نفسهوالحساسية الاجتماعية، وتبدأ في مرحلة الرشد المبكر، **ويتبين في أربعة (أو أكثر) مما يأتي:**				
١-يتجنب الاحتكاك بالآخرين (حتى فى العمل) خشية من النقد أو اللوم				
٢- لا يندمج بسهولة مع الآخرين إلا إذا وثق أنهم يهتمون به.				
٣-يتجنب العلاقات الحميمة (مثل الحب) لخوفه من الخزي والسخرية.				
٤-يخشى النقد أو الرفض من الآخرين.				
٥-يشعر بقلة الحيلة والضعف فى المواقف الاجتماعية الجديدة.				
٦-شعور بالنقص والدونية (وأنه غير جذاب).				
٧-يخشى الاشتراك في أى أنشطة اجتماعية أو مهنية لاحتمال الحرج.				

٢- اضطراب الشخصية الاعتمادية

محكات تشخيص اضطراب الشخصية الاعتمادية.	1	2	3	؟
أ- يتوقع وينتظر الرعاية من الآخرين دائما، ويؤدى ذلك لسلوك خضوع وخوف من انقطاع الرعاية، ويبدأ فى مرحلة الرشد المبكر، **ويتبين فى خمسة (أو أكثر) مما يأتى:**				
١-ينتظر النصائح عند اتخاذ قرارات يومية عادية.				
٢-يعتقد تحمل الآخرين لسلوكياته وأفعاله.				
٣-لا يعارض الآخرين (الأسر، أو الرؤساء في العمل) غالبا خوفا من فقدان المساندة والاستحسان.				
٤-نقص فى الثقة بالنفس عند الحكم على الأمور.				
٥-ينتظر ويتوقع دائما طلب الرعاية والعون من الآخرين حتى لو أدى لأشياء بغيضة (تقديم تنازلات غير مبررة قد تمس الأخلاق أو القيود المتعارف عليها فى ثقافة الفرد).				
٦-يشعر بقلة الحيلة والعجز عندما يكون وحده.				
٧-يسعى لتكوين علاقة أخرى للرعاية عندما تنقطع صلاته الحميمة مع من يرعونه.				
٨-عقله مشغول دائما باحتمال أن يكون وحيدا بدون رعاية.				

٣- اضطراب الشخصية الوسواسية

محكات تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية.	1	2	3	؟
أ- الانشغال المفرط بالنظام والترتيب والسعي نحو الكمال وذلك على حساب المرونة، ويبدأ مع مرحلة الرشد المبكر. **ويتبين في أربعة (أو أكثر) مما يأتي:**				
١- ينشغل بالتفاصيل والتنظيم، بحيث ينحرف عن أهدافه الرئيسية (لا ينجز المهمة بسبب انشغاله بالتفاصيل).				
٢- الرغبة فى الكمال (وهذا مستحيل للبشر).				
٣- انشغال مفرط وتام للعمل والإنتاج على حساب حياته الاجتماعية.				
٤- يقظ الضمير بدرجة مفرطة.				
٥- متصلب في الموضوعات الأخلاقية والقيم.				
٦- يؤدى عمله بنفسه (لأنه لا يثق بأداء الآخرين).				
٧- بخيل مع نفسه ومع الآخرين.				
٨- متصلب وعنيد.				

اضطراب الشخصية غير المحدد

هذه فئة لا تستوفى معايير اضطرابات الشخصية السابقة، فقد يوجد (مثلا أكثر من اضطراب شخصية للفرد، أو وجود عرض واحد للرغبة في الكمال مثلا) يحيل حياة الفرد إلى جحيم، وهذه الأعراض تجعل الفرد غير متكيف وتؤثر على حياته المهنية والاجتماعية.

وتتضمن هذه الفئة اضطراب الشخصية الاكتئابية واضطراب الشخصية العدوانية- السلبية.