

التقييم السريري

يتضمن **التقييم السريري** تقييم نقاط القوة والضعف للفرد أو العائلة ، وتصورًا للمشكلة المطروحة (بالإضافة إلى العوامل المسببة المحتملة) ، وبعض الوصفات الطبية لتخفيف المشكلة ؛ وكل هذا يقودنا إلى فهم أفضل للعميل. التقييم ليس شيئاً يتم إجراؤه مرة واحدة ثم يتم الانتهاء منه إلى الأبد، ففي كثير من الحالات ، تكون عملية مستمرة - حتى عملية يومية.

يستخدم باحثو واطباء الصحة العقلية مجموعة متنوعة من تقنيات وادوات التقييم للتأكد من الأداء النفسي ، بما في ذلك المقابلات والاختبارات المتعلقة بالأداء العقلي والشخصي. أي ان الأدوات والتقنيات التي سوف تستخدم تعتمد على الغرض من التقييم. فمن الممكن ان يكون الغرض من التقييم تحديد نوع الاضطراب او العلاج المناسب، او قد يكون الغرض من التقييم تحديد ما اذا كان الفرد يشكل خطراً محتملاً على نفسه او على الآخرين، او تحديد اذا كان مؤهلاً لرعاية احدهما.

تعتبر **المقابلة السريرية** احدى الأدوات المهمة المستخدمة لتقييم الأداء النفسي والأكثر استخداماً من قبل المختصين في الصحة العقلية، وهي لقاء بين الطبيب والمريض يسأل فيه الطبيب أسئلة تتعلق باعراض المريض وسيرها. الغرض من المقابلة السريرية هو تطوير العلاقة مع العميل، مع الحصول على فهم شامل لأعراض العميل، بما في ذلك السيرة الذاتية والمعلومات التاريخية ذات الصلة. وتُستخدم هذه المعلومات لإجراء تشخيص نفسي دقيق، والذي يوجه عادةً عملية العلاج. توفر المقابلة السريرية معلومات مهمة للتشخيص وتعتمد على نوعين من المصادر: محتوى الأجابات على أسئلة المقابلة ، والطريقة التي يجيب بها المفحوص. قد تركز الأسئلة في المقابلة على الأعراض، والأداء بصورة عامة، ودرجة ونوع الخلل الوظيفي ، وتاريخ المريض ذو الصلة بالأعراض والشكوى.

المقابلات السريرية قد تكون غير منظمة أو شبه منظمة أو منظمة مقيدة. ولكل منهج مزايا وعيوب ، لكن الغرض الأساسي من الأنواع الثلاثة هو الحصول على معلومات دقيقة ذات صلة بإجراء تشخيص وفقاً لـ DSM5.

ولتكون المقابلة فعالة ومثمرة نحتاج كخطوة أولى بناء علاقة جيدة مع العميل أو المفحوص. فبناء علاقة جيدة بين الفاحص والمفحوص شيء أساسي لعمل تقييم ناجح وبالتالي تشخيص دقيق للحالة وتقديم المعالجة الفعالة للمريض الذي يعاني من مشكلة نفسية. وبالرغم من أن هذه العلاقة الجيدة ضرورية في جميع فروع الرعاية الطبية إلا أنها أكثر ضرورة عندما يتعلق الأمر بمريض نفسي. ويتوقف بناء هذه العلاقة الجيدة على قدرة ومهارة الفاحص في إظهار الاهتمام والتعاطف مع المفحوص، والاهتمام بأدق التفاصيل، والسيطرة على جلسة الفحص وإدارة الحوار بما يخدم الوصول إلى تقييم سليم.

فالقائم بالفحص يحتاج إلى تنمية مهاراته في الأنصات وتفهم المشاعر والحيادية في التقييم والموضوعية وسرعة البديهة وهذه مهارات وخبرات تحتاج إلى تدريب وصل.

ويمكن كخطوة أولى لفهم هذا الموضوع أن نتفحص ردة فعلنا تجاه المريض النفسي، لأن ذلك سيؤثر على طريقة تقييمنا لمثل هذه الحالات . ولعل من المفيد تقسيم المرض النفسي إلى نوعين :

- **الأنواع الشديدة :** التي يمكن أن تسمى **الذهانات**، والذهان هو مصطلح عام يشير إلى عدة أنواع

من الاضطرابات العقلية الشديدة تمتاز بضعف القدرة على ادراك الواقع إلى الحد الذي يكون فيه

الأداء الطبيعي غير ممكن. أذ يعاني مرضاها من اضطرابات الإدراك والتفكير كالأوهام

والهلاوس، وفقدان البصيرة (عدم ادراك المريض لمرضه وحاجته للعلاج)، ويتأثر أداؤهم بدرجة

كبيرة ويختل انسجامهم داخل المجتمع ، ويتم علاجهم بصورة رئيسية بالأدوية وأستجابتهم للعلاجات النفسية ضئيلة ، كما ان نسبة الشفاء التام والتعافي قليلة أذ يقدم العلاج للسيطرة على الأعراض.

- **الأنواع الأقل شدة:** والتي تسمى **الاضطرابات العصابية** والتي تكون اعراضها اقل شدة أذ نادرا ما ترافقها الأوهام والهلاوس، ويكون أدائهم على الأغلب أفضل من اداء مرضى الاضطرابات الذهانية ، وتكون البصيرة موجودة لديهم، وتستجيب وتستفيد هذه الاضطرابات للعلاجات النفسية ، كما أن إمكانية التحسن والشفاء أعلى بكثير من الاضطرابات الذهانية.

أن مشاعرنا تجاه **النوع الشديد (الذهان)** يمكن أن تتخذ شكلاً أو أكثر من الأشكال التالية:

1. الخوف أو التوجس من أن المريض يمكن أن يؤذينا.
2. الكراهية أو الأشمئزاز لأنه قدر أو سيء المنظر.
3. الغضب والرفض لأنه متعال أو سلوكه مريبك ومزعج.
4. العطف والشفقة لأن معاناته واضحة.
5. الضحك والاستهزاء من سلوكه وأقواله ومظهره.

أما مشاعرك تجاه **النوع الأخف من المرض النفسي (الاضطرابات العصابية)**، فقد تكون مختلفة تماماً. ففي البداية قد تجد صعوبة في الأحساس بمعاناتهم وإدراك أعراضهم المرضية وتحديد اضطرابهم بصورة محددة، أما في مرحلة متقدمة فقد تشعر بعدم الرضا لعدم تجاوبهم مع العلاج أو عودتهم بعد فترة من التحسن بنفس الشكوى.

وهنا يتبادر الى الذهن كيف نجعل المريض يدرك بأنك ترغب بمساعدته؟ وكيف تشعره بأهتمامك ؟

وكيف نبني علاقة جيدة مع المريض؟

1. عليك أن تستمع بعناية لما يقوله، وتعطيه فرصة كافية للكلام عن مشكلته بعفوية وبدون مقاطعة

قدر الإمكان. وإذا تبادر لذهنك سؤال أثناء حديثه سجله ثم أطرحه عليه لاحقاً.

2. أجلس أمامه وحاول ان تبقي عينيك على اتصال مع عينيه قدر الامكان.

3. يجب عليك أن تشجعه على الكلام بكلمة او إشارة منك تدل أنك تستمع اليه وتتابع حديثه وتولي

اهمية لما يقول.

4. لا تظهر أي حركة أو إشارة تظهر ان وقتك محدود وأنت على عجلة.

5. لا تعلق كثيراً على كلامه سواء أكنت مؤيداً أم مستنكراً، ويمكنك ان تتخذ دوراً محايداً.

6. تجنب الضحك او التعليق اللاذع على كلامه أو تصرفاته وكن حذراً في استخدام كلماتك معه.

7. أنصت للمريض ولكل مايقول بالدرجة الأساس ولا تولي أهمية لمرافقيه على حسابه وامنع المرافقين

من الإجابة عوضاً عن المفحوص.

8. يجب أن تكون حذراً في السؤال عن الأمور الجنسية أو العاطفية أمام الآخرين، وكذلك بعض

الأمر الشخصية، وتوجّلها الى مقابلات انفرادية.

9. قل للمريض مباشرة أنك مهتم بحالته وبما يعاينه وأنت مخلص في محاولتك مساعدته. ان أي

معلومات سيقولها ستساعد في مساعدته وستبقى سرية وغير متاحة لأحد.

أخذ القصة المرضية/ تاريخ الحالة

بعض الأعراض لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر، مثل الهلوسة في الفصام، أو القلق أو المخاوف التي تتميز بعض اضطرابات القلق. وبالتالي يصبح تقرير المريض الخاص عن تجاربه جزءاً أساسياً من التقييم السريري. في مرحلة ما من عملية المقابلة ، سيسأل الفاحص عن تاريخ المريض (العوامل أو الأحداث الماضية التي قد توضح الصعوبات الحالية). ففي مقابلة تاريخ الحالة، يتم أخذ التاريخ الشخصي والاجتماعي كاملاً قدر الإمكان. يهتم الطبيب بكل من الحقائق والتواريخ والأحداث الملموسة ومشاعر المريض تجاهها. من المهم أن نلاحظ أن السعي الدؤوب للتواريخ والأسماء يمكن أن يحجب أحياناً بيانات مهمة ويخلق لدى المريض اليات دفاعية أو افكار ذهنية قوية للاستجابة قد تعيق هذه المجموعة التقدم في المقابلات اللاحقة.

الغرض الأساسي من تاريخ الحالة هو توفير خلفية عامة وسياق يمكن وضع كل من المريض والمشكلة فيه. ففنياتنا التشخيصية والعلاجية لحد الآن لم تكن متقدمة بحيث تمكننا دائماً من فهم سلوكيات أو مشاكل أو أفكار معينة بنفس الطريقة تماماً لدى كل شخص. لذلك من الضروري وضع مشاكل المريض في سياق تاريخي - تطوري مناسب بحيث يمكن تحديد أهميتها التشخيصية وآثارها العلاجية بشكل أكثر موثوقية.

فمعظم المرضى يرغبون بالأبلاغ عن مشاكلهم وتاريخهم الحالي بصدق ما يمكن. ومع ذلك فحتى التقارير الذاتية الصادقة تخضع لمختلف التحيزات. فالمرضى قد يبلغون الفاحص بدقة عما يتذكرونه، لكن قد لا تكون ذكرياتهم حول تواتر أو شدة أو مدة أعراضهم دقيقة تماماً، إذ يمكن أن تتحاز العاطفة الى ما نلاحظه ونتصوره ونتذكره. كما أن هناك تحيز آخر يمكن أن يؤثر على ما يقوله المرضى عن أعراضهم وهو تحيز القصة أو الإبلاغ (عدم الدقة أو تشوهات في تقرير المريض عن تاريخه وأعراضه بسبب الرغبة في الظهور بطريقة معينة). وفي بعض الحالات قد لا يعرف المرضى الأجوبة حقاً عن سؤال تم طرحه في مقابلة

سريرية. على سبيل المثال، عندما يُسأل المرضى "لماذا فعلت ذلك"، فربما لم يفكروا في دوافعهم من قبل وربما لم يكونوا على دراية بما كانت عليه بالفعل، فيقومون بأنشاء اجابة فورية لاتمثل حقيقة الدوافع.

في حالات أخرى يكون الأداء النفسي للمرضى ضعيفاً أذ يتدخل عالمهم الداخلي - ذكرياتهم أو مخاوفهم أو معتقداتهم أو تخيلاتهم أو أحلامهم- مع الواقع، مما يؤدي الى عدم دقة التقارير الذاتية، والأوهام هي من مثل هذا الضعف النفسي. فعلى سبيل المثال، قد يخبر المريض الفاحص بأنه كان يعمل في القوة الجوية ويروي له بطولاته وصولاته وكيف ساهم في انقاذ الكثير من الأشخاص وكيف تعرض لمحاولات اغتيال كثيرة وكيف نجى منها. لذا قد يكون من المفيد الحصول على معلومات إضافية من العائلة ، أو الأصدقاء ، أو أشخاص آخرين ممن هم في وضع يسمح لهم بتأكيد او تعديل تقرير المريض الذاتي من أجل التمييز بين الأوهام والتجميل .

ومع ذلك، فبعض المرضى يبلغون عن قصد عن وجود أعراض ليست لديهم بالفعل أو يبلغون في الأعراض التي يعانون منها، أما من أجل تحقيق مكاسب ما أو لتجنب الأحداث غير المرغوب فيها (مثل المقاضاة الجنائية).

الخطوط العريضة لتاريخ الحالة النموذجي

1. البيانات التعريفية ، بما في ذلك الاسم والجنس والمهنة والعنوان وتاريخ ومكان الميلاد والدين والتعليم.
2. سبب القدوم إلى العيادة أو المستشفى أو المركز، وتوقعات الخدمة.
3. الوضع او الظرف الحالي ، مثل وصف السلوك اليومي وأي تغييرات حديثة أو وشيكة.
4. الأسرة، بما في ذلك أوصاف الأم والأب وأفراد الأسرة الآخرين ودورالمجيب (العميل) في الأسرة التي نشأ فيها.

5. الذكريات المبكرة، وصف للأحداث المبكرة الواضحة ومحيطها.
6. الولادة والنمو ، بما في ذلك سن المشي والكلام ، والمشاكل مقارنة بالأطفال الآخرين ، ونظرة الشخص إلى تجاربه المبكرة.
7. الصحة، بما في ذلك أمراض الطفولة والإصابات اللاحقة ، ومشاكل المخدرات أو الكحول ، ومقارنة جسد المرء بالآخرين.
8. التعليم والتدريب، بما في ذلك الموضوعات ذات الاهتمام الخاص والإنجاز.
9. سجل العمل متضمناً أسباب تغيير الوظائف والمواقف تجاه العمل.
10. الترويح عن النفس والاهتمامات، بما في ذلك العمل التطوعي والقراءة والأهتمامات واليات أشباع الملذات.
11. التنمية الجنسية، وتشمل الوعي الأول، وأنواع الأنشطة الجنسية.
12. البيانات الزوجية والأسرية ، والأحداث الكبرى التي حدثت في الأسرة وما أدى إليها.
13. وصف الذات ، بما في ذلك نقاط القوة والضعف والمثل العليا.
14. نظرته إلى المستقبل ، بما في ذلك ما يود القيام به وما يرغب أن يراه يحدث في العام المقبل وفي غضون خمس أو عشر سنوات ، وما هو ضروري لهذه الأحداث لتحدث.
15. أي مادة أخرى قد يرى الفاحص الحاجة الى الاستفسار عنها.