

### مقدمة في المقابلة الإكلينيكية

## An Introduction to The Clinical Interview

### أهداف التعلم

#### Learning Objectives

بعد قراءة هذا الفصل، ستكون قادراً على:

- تعريف المقابلة الإكلينيكية.
- تحديد أوجه الاختلاف (والشبه) بين المقابلة الإكلينيكية والإرشاد أو العلاج النفسي.
- وصف نموذج خاص بتعلم كيف تجرى المقابلة الإكلينيكية.
- تطبيق أربع كفاءات للتعدد الثقافي.
- وصف ما يعنيه التواصل الثقافي وكيف أن القولية ظاهرة طبيعية، لكننا ننصح بتجنبها.

### توجهات الفصل (Chapter Orientation)

”المقابلة الإكلينيكية *Clinical interview*“ هو تعبير شائع يستخدم للإشارة إلى وجود اتصال أولي وأحياناً مستمر بين اختصاصي إكلينيكي مهني وعميل. واعتماداً على عدة عوامل، يتضمن هذا الاتصال نسباً متباينة من القياس النفسي psychological assessment والتدخل الحيوي النفسي الاجتماعي biopsychosocial intervention. وبالنسبة للعديد من الفروع المعرفية والتخصصات ذات الصلة بالصحة النفسية، تعتبر المقابلة الإكلينيكية منبعاً يتدفق منه كل العلاج.

يركز هذا الفصل على تعريف المقابلة الإكلينيكية، وتقديم نموذج لتعلم كيف يتم إجراء المقابلات الإكلينيكية، وكفاءات التعدد الثقافي الضرورية بالنسبة لاختصاصي الصحة النفسية.

### مرحباً بك في الرحلة

#### (Welcome to the Journey)

كنا نسلم بشكل أعمى أن الأمانة والالطف هي من المسؤوليات الأساسية لأي طبيب معاصر. لقد كنا واثقين أنه في مثل هذا الموقف سيتصرف الطبيب بشكل رحيم.

*p. 3, 2014, Being Mortal* آتول جواندى،

تخيل أنك تجلس وجهاً لوجه مع أول عميل لك. لقد اخترت ملابسك بحذر. وقمت بترتيب المقاعد بشكل مقصود، وأعددت كاميرا الفيديو، وأكملت الأعمال الورقية الأولية. وفي اللحظات الافتتاحية لجلستك، تفعل أقصى ما بوسعك لتوصيل الدفء ونية المساعدة من خلال أوضاع جسدك وتعبيرات وجهك. الآن، تخيل أن عميلك:

- على الفور يهينك بالكلمات، أو إيماءات جسده، أو معتقدات كراهية يصرح بها تجاهك.
- يرفض الكلام.
- يتكلم كثيراً جداً بحيث لا يمكنك فهم أي كلمة.
- يطلب أن يرحل مبكراً.
- يبدأ في البكاء.
- يقول أنك لا يمكن أن تفهمه أبداً بسبب الاختلافات العرقية أو الإثنية بينكما.
- يغضب فجأة (أو يخاف فجأة) ويندفع راكضاً إلى الخارج.

هذه كلها سلوكيات محتملة للعميل في المقابلة الإكلينيكية الأولى. لو حدث واحد من تلك السيناريوهات، كيف ستستجيب؟ ماذا ستقول؟ ماذا ستفعل؟

إن كل عميل يفرض تحديات مختلفة. وأهدافك هي أن تؤسس رابطة rapport مع كل عميل يأتي إليك، وأن تبني تحالفاً للعمل، وأن تجمع المعلومات، وأن تغرس الأمل، وتحافظ على استمرارية نية تقديم المساعدة لديك بينما تتوقف عن إصدار الأحكام، وأن تضع صياغة للحالة case formulation، وإذا كان مناسباً أن تنفذ تدخلات مهنية واضحة وتساعد العميل. بعد ذلك، لابد أن تنهي المقابلة في الوقت المحدد بأسلوب لطيف. وأحياناً، ستحتاج لفعل كل ذلك مع عميل لا يثق فيك أو لا يريد العمل معك.

هذه مهام جسيمة، لذا، من المهم أن تتذكر أن تكون صبوراً مع نفسك. إن إجراء المقابلات الإكلينيكية بشكل حسن هي مهارة متقدمة. لا أحد يصبح مثالياً على الفور في المقابلة الإكلينيكية أو أي شيء آخر في الحياة. أن تصبح اختصاصياً في الصحة النفسية يتطلب مثابرة واهتماماً بتطوير قدرتك العقلية، ونضجك الاجتماعي، وأن تعيش حياة انفعالية متوازنة، وأن تملك مهارات الإرشاد / العلاج النفسي، ومواجهة وتضامناً وجدانياً، وصدقاً، وشجاعة. ولأن هذه المهنة تتطور باستمرار، فإنك ستحتاج للتعلم طوال حياتك لتظل مواكباً ومهراً في عمل الصحة النفسية. ولكن اطمئن، هذا مسار مهني مثير ومشعب (Rehfuß et al., 2012; Norcross & karpia, 2012). وكما قال نوركروس :

الغالبية العظمى من اختصاصي الصحة النفسية راضون عن خياراتهم المهنية وكانوا سيختارون مهنتهم مرة ثانية لو أنهم كانوا يعرفون ما يعرفونه الآن. معظم زملائنا يشعرون بإثراء، وإثمار، وامتياز (Norcross, 2000, p.712).

والمقابلة الإكلينيكية هي المكون الأساسي لتدريب الصحة النفسية في الإرشاد التخصصي، والطب النفسي، وعلم النفس، والعمل الاجتماعي (Jones, 2010; J. Sommers- Flangan, 2016). إنها الوحدة الأساسية للرابطة بين مقدم المساعدة والشخص الذي يطلب المساعدة. وهي بداية أي علاقة علاجية وحجر الزاوية للقياس النفسي. وهي أيضاً بؤرة تركيز هذا الكتاب.

هذا الكتاب سيساعدك على اكتساب المهارات الأساسية والمتقدمة للمقابلة الإكلينيكية. وتقودك الفصول عبر مهارات الإصغاء أو الاستماع الأولية وصعوداً نحو الأنشطة المهنية المعقدة الأكثر تطوراً، مثل فحوصات الحالة النفسية *mental status examination*، وقياس الانتحار، والمقابلة التشخيصية. نحن نرحب بكم بحرارة كزملاء جدد ومتعلمين زملاء.

بالنسبة لكثيرين منكم، يصاحب هذا الكتاب أول تذوق لكم لخبرة التدريب العملي والتطبيقي للصحة النفسية. وبالنسبة لهؤلاء منكم الذين يمتلكون بالفعل خبرة إكلينيكية كبيرة، قد يساعد هذا الكتاب في وضع خبراتكم السابقة في سياق تعلم أكثر تنظيماً. وأياً كانت الحالة، نأمل أن يتحدثك هذا الكتاب ويساعدك على تطوير المهارات المطلوبة من أجل إجراء مقابلات إكلينيكية قوية ومحترفة.

## ما المقابلة الإكلينيكية؟ (What is a Clinical Interviewing?)

”المقابلة الإكلينيكية *clinical interviewing*“ هي إجراء مرن يستخدمه الاختصاصيون من المجالات المختلفة للصحة النفسية لبدء العلاج.

في عام 1920، استخدم جان بياجيه Jean Piaget لأول مرة الكلمتين ”إكلينيكية“ و ”مقابلة“ معاً بطريقة مشابهة لما يفعله الممارسون المعاصرون. كان يعتقد أن إجراءات مقابلة الطب النفسي الموجودة غير ملائمة لدراسة النمو المعرفي للأطفال، ولذلك، ابتكر ”المقابلة شبه الإكلينيكية“ (semi-clinical interview).

وكان مدخل بياجيه جديداً في زمنه. وجمعت مقابله شبه الإكلينيكية بين أسئلة المقابلة عالية التقنين *tightly standardized* وطرح الأسئلة غير المقننة *unstandardized* أو العفوية كوسيلة لاستكشاف ثراء عمليات تفكير الطفل (Elkind, 1964; J. Sommers – Flangan et al., 2015). ومن المثير للاهتمام أن الخلاف بين هذين المدخلين المختلفين للمقابلة (القياسي المقنن مقابل العفوي غير المقنن) يستمر حتى اليوم. الأطباء النفسيون *Psychiatrists* وعلماء النفس الباحثون *research psychologists* يستخدمون بشكل أساسي مداخل المقابلة الإكلينيكية المقننة المنظمة *structured*. و ”المقابلات الإكلينيكية المقننة“ التي تتضمن طرح الأسئلة نفسها بالترتيب نفسه مع كل عميل. والمقابلات المقننة مصممة لجمع بيانات قياس ثابتة *reliable* وصادقة *valid*. وكل الباحثين في الواقع يوافقون على أنه إذا كان الهدف هو جمع بيانات قياس ثابتة وصادقة تتعلق بمشكلة محددة (أو تشخيص نفسي محدد)، فإن المقابلة الإكلينيكية المقننة هي المدخل الأفضل.

ومن جهة أخرى، الممارسون الإكلينيكيون - وبخاصة هؤلاء الذين يعتقدون منظورات ما بعد الحداثة *Postmodern* والعدالة الاجتماعية *Social Justice* - يستخدمون عموماً المقابلات الإكلينيكية غير المقننة أو المفتوحة *unstructured*. و ”المقابلات الإكلينيكية المفتوحة“ تتضمن خبرة ذاتية وتلقائية تقوم على العلاقة. هذه الخبرة القائمة على العلاقة *relational experience* تستخدم لبدء عملية الإرشاد بطريقة تعاونية. وقد وصف مورفي وديلون القطب الأخير (الأقل تنظيماً) لهذا المتصل بقولهما:

نحن نعني محادثة تتسم بالاحترام والتبادلية، والفورية والحضور الدافئ، والتركيز على نقاط القوة والقدرات الكامنة/للعميل]. ولأن المقابلة الإكلينيكية علاقة في الأساس، فإنها تتطلب انتباها مستمرا لـ “كيف” يتم قول وفعل الأشياء، وكذلك “ما الذي” تم قوله وفعله. والتركيز على العلاقة يمثل أساس “نوع الحديث المختلف *different kind of talking*” الذي هو المقابلة الإكلينيكية (Murphy & Dillon, 2011, P.3).

وعلماء النفس الموجهون للبحوث والأطباء النفسيون الذين يستخدمون المقابلات الإكلينيكية المقننة للأغراض التشخيصية يحتمل أنهم سيرون وصف مورفي وديلون لـ “نوع الحديث المختلف” تخريبياً للقياس العلمي الجاد. وبالعكس، الممارسون الإكلينيكيون عادة ينظرون لإجراءات المقابلة التشخيصية عالية التقنين بأنها أمر عقيم وغير إنساني. وربما الأكثر أهمية أنه رغم هذه الاختلافات المفاهيمية الكبيرة – والتي أحياناً تحيط بها الانفعالات الحادة – فإن كلاً من المدخلين المقنن والمفتوح يمثلان مناهج شرعية لإجراء المقابلات الإكلينيكية. إن أي مقابلة إكلينيكية يمكن أن تكون مقننة، أو مفتوحة، أو توليفة مقصودة من كليهما. (انظر الفصل 11 للاطلاع على مناقشة للمقابلات الإكلينيكية شبه المقننة).

والتعريفات الرسمية للمقابلة الإكلينيكية تؤكد على وظيفتها الرئيسيتين أو هدفها الرئيسيتين (J. Sommers-Flangan, 2016; J. Sommers-Flangan et al., 2015)

1. القياس

2. تقديم المساعدة (بما فيه احتمال التحويل إلى متخصص آخر)

ولإنجاز هذين الهدفين، تحتوي كل المقابلات الإكلينيكية على تكوين علاقة علاجية Therapeutic relationship أو تحالف عمل Working alliance. وفي الظروف الأمثل، توفر هذه العلاقة العلاجية منصة للحصول على بيانات قياس ثابتة وصادقة و/أو تقديم تدخلات حيوية نفسية اجتماعية Biopsychosocial interventions فعالة.

وبوضع كل هذه الخلفية في الاعتبار، نعرف “المقابلة الإكلينيكية clinical interviewing” بأنها:

عملية اجتماعية معقدة ومتعددة الأبعاد تحدث بين مقدم خدمة متخصص وعميل. الهدفان الرئيسان فيها هما: (أ) القياس و(ب) المساعدة. ولتحقيق هذين الهدفين، قد يركز الاختصاصي الإكلينيكي على الأسئلة التشخيصية المقننة، أو الحديث والإصغاء التعاوني العفوي، أو كليهما. ويستخدم الاختصاصيون الإكلينيكيون المعلومات المحصول عليها في مقابلة إكلينيكية تمهيدية لوضع صياغة حالة وخطة علاج.

وفي ضوء هذا التعريف، يسأل الطلبة عادة: “ما هو الفرق بين المقابلة الإكلينيكية والإرشاد أو العلاج النفسي؟” هذا سؤال ممتاز يستحق إجابة دقيقة.

## المقابلة الإكلينيكية مقابل الإرشاد والعلاج النفسي (Clinical Interviewing Versus Counseling and Psychotherapy)

أثناء أي مقابلة إكلينيكية، يقوم الاختصاصيون الإكلينيكيون بشكل متزامن بابتداء علاقة علاجية وجمع معلومات القياس، وفي معظم الحالات يقومون ببدء العلاج النفسي. إنها نقطة الدخول بالنسبة لعلاج الصحة النفسية، أو إدارة الحالة، أو أي شكل من أشكال الإرشاد. واعتماداً على الوسط الذي يتم العمل داخله setting، وتخصص الاختصاصي الإكلينيكي، وتوجهه النظري، وغيرها من العوامل، قد تعرف المقابلة الإكلينيكية أيضاً بأنها: (أ) مقابلة القبول أو التي تجري بهدف دخول إحدى المؤسسات للعلاج intake أو (ب) المقابلة التمهيدية initial، أو (ج) مقابلة الطب النفسي psychiatric أو (د) المقابلة التشخيصية diagnostic، أو (هـ) الاحتكاك الأول أو اللقاء الأول (J. Sommers-Flangan, 2016).

ورغم أنها تتضمن أبعاداً علاجية، تعتبر المقابلة الإكلينيكية التمهيدية عادة إجراء قياس. ومع ذلك، بداية من عمل كونستانس فيشر Constance Fischer حول القياس النفسي المخصص فردياً individualized في ثمانينات القرن العشرين واستمراراً مع تطوير ستيفن فين Stephen Finn للقياس العلاجي Therapeutic Assessment في تسعينات القرن العشرين، من الواضح أيضاً أن القياس الإكلينيكي - إذا تم القيام به جيداً - يمكن أن يكون علاجياً في الوقت نفسه. (انظر القراءات والمصادر المقترحة لأعمال فيشر وفين في نهاية هذه الفصل).

وبعض التوجهات النظرية تتجاهل أو لا تهتم كثيراً بالقياس المنهجي Formal assessment إلى درجة تتحول عندها المقابلة الإكلينيكية التمهيدية إلى تدخل علاجي. وفي حالات أخرى، تتطلب الجهة التي يعمل فيها الإكلينيكي أو المشكلة الإكلينيكية أن تتحول جلسة علاج واحدة إلى مقرر كامل للإرشاد أو العلاج النفسي. على سبيل المثال:

في موقف الأزمة، قد يجري اختصاصي الصحة النفسية مقابلة إكلينيكية مصممة للتكوين السريع... للتحالف، وجمع بيانات القياس، وصياغة ومناقشة خطة علاج مبدئية، وتنفيذ تدخل أو التحويل إلى متخصص آخر (J. Sommers – Flangan et al., 2015, p.2).

من هذا المنظور، لا تكون المقابلة الإكلينيكية فقط هي نقطة البدء دائماً للإرشاد، والعلاج النفسي، وإدارة الحالة، ولكنها أيضاً - بسبب مجموعة مختلفة من العوامل والخيارات - قد تكون نقطة النهاية.

وقد تكون هناك مواقف أخرى لابد فيها لجلسة العلاج التقليدية أن تتحول إلى قياس إكلينيكي. المثال الأكثر شيوعاً لهذا يتضمن مقابلة قياس الانتحار suicide assessment interviewing (انظر الفصل 10). لو بدأ العميل في الكلام عن الانتحار، الممارسة القياسية بالنسبة لاختصاصي الصحة النفسية والرعاية النفسية هي أن يغير بؤرة التركيز من أي شيء حالي مهما كان إلى مقابلة لقياس الانتحار حسب النماذج المعاصرة.

بناءً على ذلك، رغم أفضلية التحديد الواضح لسير الأمور، فإن كل ما يتم تدريسه في مقرر كامل للإرشاد أو العلاج النفسي قد يحدث أيضاً داخل سياق مقابلة إكلينيكية واحدة. وكل التوجهات، والفتيات والاستراتيجيات التي تقرأ عنها في هذا الكتاب هي نفسها الضرورية في إجراء الإرشاد أو العلاج النفسي الأكثر تعقيداً والذي يلتزم بنظرية معينة. بالإضافة إلى ذلك، بعض الممارسين يعاملون كل جلسة علاج على أنها مقابلة إكلينيكية خاصة بنفسها.

وفيما يأتي وصف لعدة أبعاد رئيسة للمقابلات الإكلينيكية :

1. طبيعة العلاقة المهنية.
2. دوافع العميل للحضور إلى العلاج.
3. وضع الهدف بالتعاون بين المعالج والعميل.

### طبيعة العلاقة المهنية الأخلاقية

#### (The Nature of an Ethical Professional Relationship)

كل العلاقات المهنية تتضمن اتفاقاً صريحاً من جانب أحد الطرفين لتقديم خدمات إلى الطرف الآخر. في الإرشاد أو العلاج النفسي، يشار إلى هذا الاتفاق الصريح باسم "الموافقة المستنيرة informed consent" (Peuse- Carter & Minton, 2012). أن استخدام عملية صريحة للموافقة المستنيرة يضمن أن العملاء يفهمون العلاج وقاموا بالموافقة عليه بحريتهم (Welfel, 2016). والموافقة المستنيرة سناقشها لاحقاً في هذا الفصل.

والعلاقات المهنية تتضمن دائماً مقابلاً مالياً للخدمات (Kielbasa et al., 2004). وهذا حقيقي سواء أكان المعالج يأخذ المقابل المالي بشكل مباشر (كما هو الحال في الممارسة الخاصة) أو غير مباشر (كما يحدث عندما يدفع المصروفات مركز للصحة النفسية، أو برنامج الرعاية الصحية الحكومي، أو طرف ثالث آخر). في بعض المواقف، يتم تقديم الخدمات الإكلينيكية مقابل رسوم تناسب الحالة الاجتماعية للمريض أو مجاناً. والممارسون المحترفون والأخلاقيون يقدمون خدمات متسقة عالية الجودة حتى في المواقف التي يدفع فيها العملاء رسوماً مخفضة أو لا يدفعون شيئاً على الإطلاق.

والعلاقات المهنية تحتوي تبايناً في توزيع السلطة؛ الاختصاصي هو صاحب السلطة ذو الخبرة التخصصية. والعملاء يحتاجون لهذه الخبرة. وتباين السلطة يمكن أن يتزايد عندما يكون الاختصاصيون من الثقافة السائدة في المجتمع dominant culture ويأتي العملاء من ثقافات أو مجموعات اجتماعية تنتمي إلى أقليات minority. ولأن العملاء عادة ينظرون لأنفسهم على أنهم يأتون لرؤية شخص خبير، والذي سوف يساعدهم في مشكلتهم، فإنهم قد يكونون عرضة لقبول توجيهه، أو تغذية راجعة<sup>(1)</sup>، أو نصيحة غير مفيدة. الاختصاصيون الأخلاقيون لديهم حساسية لديناميات السلطة داخل وخارج حجرة العلاج النفسي (Patrick & Connolly, 2009).

1- ترجمنا اللفظ الإنجليزي Feedback بتغذية راجعة أحياناً أو فدبكة أحياناً أخرى ويعني تقديم تجاوب فيه مشاركة لانطباع أو خبرة أو إحساس كرد فعل لمشاركة الآخر. وهما غير نصيحة أو اقتراحات. (المترجم)

والعلاقات المهنية تحتاج درجة ما من المسافة الانفعالية emotional distance أو الموضوعية. في الحقيقة، لو بحثت في المعاجم عن كلمة ”مهني professional“، فإنك ستجد الكلمة ”خبير expert“ كمرادف محتمل. وأيضاً الكلمة ”إكلينيكي clinical“ ترتبط بكلمات مثل ”علمي scientific“ و ”منفصل detached“. ولكن متخصصي الصحة النفسية عموماً ليسوا هذا النوع من الخبراء المنفصلين. بدلاً من ذلك، نجد أن العلاقة العلاجية الراسخة تتضمن أيضاً التبادل، والاحترام، والدفع. هذا قد يجعلك تتساءل ما إذا كان من الممكن للاختصاصي الإكلينيكي أن يؤسس علاقة مهنية تقوم على الخبرة والموضوعية وتتضمن أيضاً التبادل والدفع. والإجابة هي نعم؛ هذا ممكن، ولكنه ليس سهلاً. إن اختصاصي الصحة النفسية الناجح يكون خبيراً في تحقيق الدفع والتعاون مع العميل وفي جعله يشعر بالاحترام، بينما يحافظ على المسافة المهنية الضرورية وعلى الموضوعية. الحفاظ على هذا التوازن عمل صعب ولكنه ممتع في إنجازه (انظر صندوق تطبيق المفاهيم 1.1)

### تطبيق المفاهيم (1.1): تعريف حدود العلاقة اللائقة

#### (Putting it in practice 1.1: Defining appropriate relationship boundaries)

رغم أننا لا نفكر فيها كثيراً، الحدود تشكل طبيعة معظم العلاقات. والتعرف جيداً على التوقعات، والمسؤوليات، والحدود ذات الصلة بالدور detaler elor هو جزء مهم من كونك معالجاً نفسياً جيداً. خذ مثلاً حالات الخروج المحتملة الآتية عن الحدود المعتادة للعلاقة المهنية. قيم وناقش مدى خطورة كل منها مع زملائك. هل هذا تجاوز غير مهم، أم خطير نوعاً ما، أم شديد الخطورة؟

- تناول القهوة مع عميلك في أحد المقاهي بعد المقابلة.
- أن تطلب من عميلك توصيلك بسيارته إلى المكان الذي توقف فيه سيارتك.
- الذهاب إلى حفل موسيقي مع العميل.
- أن تطلب من عميلك (معلمة رياضيات) أن يساعد طفلك في واجباته المدرسية.
- اقتراض المال من عميل.
- تبادل القليل من النسيئة مع عميل حول شخص يعرفه كلاكما.
- التحدث مع عميل بخصوص عميل آخر.
- تخيل إقامة علاقة جنسية مع عميلتك.
- إعطاء عميلك بعض المال لمعرفتك أنه يواجه نهاية أسبوع طويلة بلا طعام.
- دعوة عميلك إلى الكنيسة، أو المسجد، أو المعبد حيث تصلي.
- استخدام نصيحة مالية أعطاها لك عميلك.
- مواعدة عميلتك.
- كتابة خطاب توصية لعميلك من أجل وظيفة يتقدم لها.
- جعل عميلك يكتب لك خطاب توصية من أجل وظيفة تتقدم أنت لها.

## لماذا يختار العملاء العلاج النفسي؟ (Why Clients Choose Therapy?)

لماذا يسعى الناس إلى قياس صحتهم النفسية وطلب المساعدة؟ لواحد من الأسباب الآتية :

- العميل يمر بكرب ذاتي ، أو سخط عن الحياة، أو مشكلة تقيدته بشكل ما. (ملاحظة : كرب العميل قد يكون نتيجة لمشكلة في إحدى العلاقات في حياته).

Passion وهي ذات معاني الكلمة اليونانية Pathos التي اشتق منها التعبير Empathy بمعنى الدخول إلى وجد أو الدخول إلى الخبرة الداخلية العميقة التي قد تتضمن كل هذه المعاني. وللعربية ميزة استخدام صيغة المفاعلة مثل المشاركة أو المواكبة أو المنازلة، ومن أصل الحروف الثلاث تكون مواجهة. أما التعاطف فقد يفيد الشفقة أو الموافقة، وهذا غير معنى المواجهة (المترجم).

- شخص ما - ربما الزوج، أحد الأقارب، ضابط إطلاق السراح المشروط parole officer - أصر على أن يخوض العميل العلاج النفسي . وعادة، يعني هذا أن العميل سبب ازعاجاً لآخرين أو خالف القانون.
- زيادة النمو الشخصي.

وعندما يسعى العملاء إلى العلاج بسبب كرب يشعرون هم به subjective distress، فإنهم عادة يشعرون بإحباط شديد لأنهم لم يقدروا على إصلاح مشكلاتهم بأنفسهم أو التوافق مع علاقاتهم Frank & Frank, 1991; Frank, 1961. وفي الوقت نفسه، قد يكون الألم الناتج عن مشكلاتهم أو الخسائر التي تسببها لهم هي ما آثار الدافعية للتغير. هذه الدافعية يمكن أن تترجم إلى تعاون وأمل.

وخلال ذلك، أحياناً، ينتهي العملاء إلى العلاج النفسي دون كثير من الدافعية. هم ربما تم إقناعهم أو إجبارهم على طلب موعد. في مثل هذه الحالات، قد يكون الهدف الأساس لدى العميل هو أن ينهي الجلسة أو أن يعلن المعالج أنه "بخير". والواضح أنه إن لم يكن لدى العملاء دافعية، سيكون من الصعب تأسيس علاقة علاجية والحفاظ عليها.

والعملاء الذين يسعون إلى النمو الشخصي عادة يكونون مرتفعي الدافعية. والعمل مع هؤلاء العملاء يمكن أن يبدو أسهل بكثير من العمل مع العملاء الأقل دافعية.

والمعالجون المتمركزون على الحل solution-focused يستخدمون منظومة مشابهة ذات ثلاث فئات لوصف دافعية العميل (Murphy, 2015). منظومتهم هذه تتكون من الآتي :

1. "الزائرون للعلاج" visitors to treatment : العملاء الذين يأتون إلى العلاج فقط عندما يتم إجبارهم. هؤلاء لا يهتمون بالتغيير.
2. "المشتكون" complainants : العملاء الذين يحضرون العلاج بإلحاح من شخص آخر.
3. "زبائن التغيير" customers for change : العملاء الذين يهتمون بشكل خاص بالتغيير - إما لتخفيف أعراض مرضية أو للتنمية الشخصية.

وقد كتب كثير من الباحثين والاختصاصيين الإكلينكيين عن الطرائق البارة التي يستطيع بها المعالجون زيادة دافعية العميل (W. R. Miller & Rollnick, 2013; Berg & Shafer, 2004). في الفصل 3 ومرة أخرى في الفصل 12، ناقش دافعية العميل، وجاهزيته للتغيير، ومراحل التغيير في الإرشاد والعلاج النفسي (Prochaska & Diclemente, 2005). حيث أن فهم هذه المفاهيم ضروري جداً بالنسبة للمقابلة الإكلينيكية.

### وضع الهدف بالتعاون مع العميل (Collaborative Goal-Setting)

”وضع الهدف التعاوني“ أو وضع الهدف بالتعاون بين المعالج والعميل هي ممارسة إكلينيكية شائعة والتي يجب أن تحدث داخل أي مقابلة إكلينيكية تمهيدية (Tryon & Winograd, 2011). والنواتج الإيجابية المرتبطة بوضع الهدف التعاوني يحتمل أن تتضمن المناقشات التفاعلية مع العملاء، ليس حول المشكلات والمخاوف المحدودة التي جاؤوا بها ولكن أيضاً حول آمالهم الشخصية، وأحلامهم، وأهدافهم (Mackrill, 2010). واعتماداً على التوجه النظري للمعالج، قد تركز هذه العملية على القياس والتشخيص المنهجي بدرجة أكبر أو أقل.

من المنظور المعرفي - السلوكي Cognitive-behavioral perspective، يتم ابتداء وضع الهدف التعاوني عندما يعمل المعالجون مع العملاء لإنشاء قائمة مشكلات problem list. وضع قائمة بالمشكلات يساعد في إلقاء المزيد من الضوء على مشكلات العميل، ويوفر فرصة للإنصات Empathic<sup>2</sup> listening، ويبدأ عملية تحويل المشكلات إلى أهداف. وتقدم ج. بيك (Beck, 2011) مثالاً لكيف يستطيع معالج معرفي سلوكي ابتداء التحدث مع العملاء حول وضع الأهداف :

المعالج : (يكتب ”الأهداف“ عند قمة ورقة فارغة). الأهداف هي في الواقع الجانب المعكوس للمشكلات. نحن سنضع المزيد من الأهداف المحددة في الجلسة القادمة، ولكن بصورة عريضة، هل يجب أن نقول: خفض الاكتئاب؟ خفض التوتر؟ الأداء بشكل أفضل في المدرسة؟ العودة إلى الحياة الاجتماعية؟ (45.p).

وأيضاً، أشار بيك (2011) إلى أن وضع قائمة المشكلات بالتعاون مع العملاء يساعد العملاء في بدء صياغة أهدافهم بطرائق تتضمن قدرأ أكبر من التحكم الشخصي.

ووضع الهدف التعاوني هو عملية تسهم في نواتج العلاج الإيجابية بغض النظر عن التوجه النظري للمعالج. وقام ماكرييل (Mackrill, 2010) بوصف الحساسيات التعاونية Collaborative sensitivities المطلوبة من المنظور الوجودي:

2- الكلمة empathy يقوم أساتذة علم النفس الإكلينيكي العرب بترجمته بعدة طرائق مختلفة. منها التعاطف، التقمص، التقمص الانفعالي، التقمص الوجداني وغيرها، ونختار هنا ترجمتها إلى المواجهة وهي كلمة عربية سليمة على وزن مفاعلة من الوجد، والوجد هو الحماس أو الشغف أو المرض أو المكابدة أو الألم. وهي نفس معاني الكلمة الإنجليزية. (الترجم)

يحتاج المعالج إلى أن يكون حساساً للعزلة وربما الضعف الذي يشعر به العميل الذي يعبر عن أهدافه لأول مرة. ويحتاج المعالج إلى أن يكون حساساً لحقيقة أن استعراض المستقبل قد يكون شيئاً جديداً على العميل. ويحتاج المعالج لأن يكون حساساً لحقيقة أن التركيز على الأهداف والمهام قد يواجه العميل إحساسه بقيمة ذاته *htrow-fles* أو إحساسه بالتأثير على العالم. ويحتاج المعالج إلى أن يكون مستعداً للكلام عن مثل هذه التحديات مع العميل، مع إدراك أن هذا قد يكون عنصراً محورياً للعلاج (p. 401).

وعندما يتفق العميل والمعالج على مشكلة (مشكلات) العميل، يكون وضع أهداف العلاج سهلاً نسبياً. ومع ذلك، أحياناً، لا يتفق العملاء والمعالجون على الأهداف. الخلافات هنا ربما تنبع من عدة مصادر مختلفة، تتضمن: (أ) ضعف دافعية العميل أو استبصاره بمشكلاته insight؛ (ب) عدم التيقن في دوافع المعالج نفسه أو استبصاره بمشكلات العميل؛ و (ج) الفروق الاجتماعية - الثقافية. وفي هذه العملية، يملك كل من المعالجين والعملاء خبرة يساهمون بها في التفاعلات التي تحدث بينهم.

### المعالج كخبير (Therapist as Expert)

المعالجون النفسيون هم خبراء الصحة النفسية الذين يقبلهم المجتمع وتقع عليهم مسؤولية تقييم العملاء بطريقة تخصصية قبل الانتقال إلى العلاج. والحد الأدنى من التقييم في الجلسة الأولى يتضمن قياساً للمشكلات الحالية للعميل ومواقف حياته ذات الصلة بالمشكلة أو مثيرات المشكلة Problem triggers. وتحليلاً لتوقعات العميل أو أهداف العلاج، ومراجعة سريعة للمحاولات السابقة لحل المشكلة. في معظم الحالات لو كشف القياس الأولي أن المعالج غير قادر على مساعدة العميل، قد يقوم بإحالة العميل إلى معالج آخر أو مؤسسة علاجية أخرى. ومع ذلك، يتم القيام بالتحويل الأخلاقي Ethical referral دائماً عندما يفتقر المعالجون للمهارات أو الكفاءات وليس عندما تكون هناك اختلافات ثقافية أو اختلافات في القيم بين المعالجين والعملاء (Herlihy et al., 2014).

وهناك عوامل عديدة يمكن أن تقود المعالجين إلى أن يصبحوا أكثر ديكتاتورية وأقل تعاوناً. في بعض الأحيان، بعد سنوات من التدريب والخبرة، يصبح الاختصاصيون الإكلينيكيون مفرطي الثقة في أن مدخلهم إلى الإرشاد هو المدخل الصحيح. وفي أحيان أخرى، يشعر الإكلينيكيون بضغط لإصلاح مشكلات العملاء بسرعة، وينفذون تدخلات سابقة لأوانها لا تقوم على قياس كافٍ. في مثل هذه الحالات، قد يحدث عدد من النواتج السلبية (Castonguay et al., 2010):

1. قد يختار المعالج مدخلاً غير ملائم والذي ربما يضر العميل (مثلاً، يتزايد قلق العميل بدلاً من أن يتناقص).
2. قد يشعر العميل أن المعالج لا يفهمه بشكل صحيح ويتم استعجاله، وقد يستنتج أن مشكلاته حادة أكثر من اللازم أو أن المعالج ليس كفواً.

3. قد يتبع العميل إرشاد المعالج غير المستبصر أو السابق لأوانه ويصاب بخيبة الأمل والإحباط من العلاج.

4. قد يوصي المعالج بعلاج جربه العميل بالفعل ودون نجاح. هذا يمكن أن ينقص مصداقية المعالج.

إن المعالجين ذوي الحكمة والناجحين يتعاونون مع العملاء. والتعاون يتضمن تأسيس التآلف rapport<sup>(3)</sup> والاستماع بدقة أو الإنصات، وتقدير مشكلات ونقاط قوة العميل، وتحديد أهداف معقولة للعلاج أو الجلسة، وطلب مدخلات العميل قبل تنفيذ استراتيجيات تغيير معينة.

### العميل كخبير (Client as Expert)

من المهم الاعتراف والتأكيد على أن العملاء هم "أفضل الخبراء" في أنفسهم وفي تجاربهم. هذا أمر واضح للغاية حتى أنه من الغريب قوله، ولكن لسوء الحظ يمكن أن يغرق المعالجون في خبراتهم وينتزعوا من العميل سلطته الشخصية. ورغم أن قصص العملاء قد تكون ذاتية الدلالة idiosyncratic وأحياناً غير دقيقة من ناحية الحقائق، تكون هذه القصص وتفسيرات العميل فيما يتعلق بنفسه وحياته صادقة داخلياً ومن ثم، يجب احترامها.

#### مثال الحالة (1.1): النوايا الحسنة (Case Example 1.1: Good Intentions)

في الماضي القريب، كنت في موقف أحاول (أنا جون) فيه بشدة إقناع إحدى العميليات - التي تم تشخيصها منذ عام بالاضطراب ثنائي القطب bipolar disorder - أنها لم تعد "ثنائية القطب". ورغم نواياي الحسنة (بدا الأمر لي أن هذه الفتاة ستكون أفضل حالاً بكثير دون وصمة ثنائية القطب)، كان هناك شيء مهم بالنسبة لها في حمل هوية ثنائية القطب. وك "خبير نفسي" كنت أظن أن هذا الأمر يطمس نقاط قوتها الكثيرة تحت مسمى يضعف شخصيتها بناءً. على ذلك، حاولت بعنصرية إقناعها بتغيير منظومة معتقداتها. أخبرتها أن محكات الاضطراب ثنائي القطب لا تتحقق عليها، ولكني لم أكن ناجحاً في إقناعها بالتخلي عن هذا المسمى.

الشيء الواضح في هذه الحالة هو، رغم أنني كنت السلطة التشخيصية في الحجرة، وأني لم أستطع تغيير وجهة نظر العميل. كانت تريد الاستمرار في تسمية نفسها بثنائية القطب، وربما كان هذا جيداً بالنسبة لها. ربما كان هذا اللقب يمنحها المواساة؟ ربما كانت تشعر بارتياح تحت هذا المسمى الذي يساعدها في تفسير سلوكها لنفسها، ربما لم تكن ستترك أبداً مسمى ثنائية القطب. ربما كنت أنا الشخص الذي ينبغي عليه تقبل ذلك كنتيجة نهائية لها نفع ما.

3- فضلنا ترجمة كلمة Rapport لتآلف وإن كان الأدق في وصفها من كل مترادفات (أُس) لكن أُس صارت تجعل دلالة ترفيحية غير دلالتها الأصلية التي تعني نشأة علاقة ثقة وانسجام. (المترجم)