

جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2 -  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس

محاضرات مقياس

# دراسة الحالة

## للسنة الثالثة عيادي

إعداد:

د/ اسمهان عزوز

السنة الجامعية: 2015 / 2016

## محتوى البرنامج الخاص بمقياس

### دراسة الحالة

#### مقدمة

- 4.....-المحاضرة الأولى :مدخل لدراسة الحالة
- 8..... المحاضرة الثانية : أهداف دراسة الحالة
- 12..... المحاضرة الثالثة :الفحص النفسي
- 19.....-المحاضرة الرابعة:التشخيص
- 23..... - المحاضرة الخامسة :أدوات دراسة الحالة (المقابلة)
- 29..... - المحاضرة السادسة :الملاحظة
- 34..... - المحاضرة السابعة : الاختبارات النفسية
- 38..... - المحاضرة الثامنة:عوامل التنبؤ في دراسة الحالة.
- 40..... - المحاضرة التاسعة : محتويات دراسة الحالة.
- 44..... - المحاضرة العاشرة :نماذج دراسة الحالة
- 51 ..... - المحاضرة الحادية عشرة: نموذج تطبيقي لدراسة حالة 1
- 55..... - المحاضرة الثانية عشر : نموذج تطبيقي لدراسة حالة 2.
- 58..... - قائمة المراجع :

## مقدمة:

تعد دراسة الحالة من أهم التقنيات التي تستعين بها العديد من العلوم كعلم الاجتماع والإدارة ، وعلم النفس بجميع تخصصاته إذ نجد دراسة الحالة في الجانب الإرشادي وفي الجانب العيادي فالعديد يعتبرونها كمنهج إكلينيكي كونها تستخدم لدراسة حالة فردية بعينها ، فهي تستخدم أساسا لأغراض عملية من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال التي تحمل الشخص على الذهاب إلى الأخصائي العيادي وبالتالي فهي الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات و النتائج التي يحصل عليها من الفرد بواسطة العديد من الأدوات كالمقابلات والملاحظة ، بالإضافة للاختبارات النفسية ، فالعلماء اتفقوا على كونها تستهدف الإحاطة الشاملة المعرفية بتفاصيل الحالة من المنظور الدينامي و الترابطي العلائقي - التاريخي .

تأتي هذه المطبوعة البيداغوجية في محاولة لتوفير مادة علمية مركزة قدر الإمكان لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي لمساعدتهم على كيفية التعرف أفضل على دراسة الحالة في الجانب العيادي وأهم التقنيات والأدوات المستخدمة من قبل الباحث العيادي سواء كتقنية في يد الأخصائي أو كمنهج في يد الباحث العيادي .

## المحاضرة الأولى:

### أولا - مدخل لدراسة الحالة :

أخذ علم النفس الإكلينيكي مصطلح دراسة الحالة عن الطب النفسي والعقلي ، وعم استخدام المصطلح بالرغم من اعتراض بعض الإكلينيكيين على استخدام كلمة **الحالة** في الإشارة إلى كائن أنساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي .(خالد عبد الرزاق النجار ، 2008 ، ص 9)

إذ تاريخيا بدأ استخدامها من طرف ايبوقراط (Hippocrate) والذي أسس بدوره الملاحظة العيادية في العلوم الطبية ، بالنسبة للطب كما هو في علم النفس العيادي وصف الأعراض يعتمد أساسا على تاريخ الحالة وملاحظة العميل والفحص النفسي العيادي وهذا ما يسمح بوضع تشخيص و وضع الخطة العلاجية . ( Samacher,R,2005,p6 ) فاستحضار تاريخ الحالة تسمح بمعرفة الأعراض والسببية المرضية ( pathologie ) والتي تسمح بفهم الحالة ، فكل دراسة تسمح ببناء جدول عيادي محدد يستعمل كإطار مرجعي من قبل الأخصائيين العياديين ، فدراسة الحالة تسمح ب تدريب العياديين ، بإعطائهم معلومات تسمح بتطوير البحث . ( Samacher,R,2005,p6 )

- فدراسة الحالة مصطلح يستخدم بكثرة خاصة في مجال العلوم السلوكية والاجتماعية والإنسانية ليشير إلى الوصف والتحليل الشامل والدقيق لوحدة مستقلة، أيا كانت هذه الوحدة (موضوع، شخص، جماعة، حادثة، حالة، ظرف، عملية... الخ) .( عبد الفتاح دويدار ، 1999 ، ص 103)

فهي من الوسائل الهامة التي يمكن من خلالها جمع البيانات متعددة وشاملة حول الفرد ، مما يتيح بالتالي من فهم سلوكه أو المشكلة التي يعاني منها .فمن خلالها يتم جمع بيانات كثيرة تتعلق بالحالة من حيث تاريخها وأعراضها ومظاهرها وظروف حدوثها وما يترتب عليها من آثار ونتائج وعادة ما يتم تتبع مثل هذه الحالة لتأخذ شكل الدراسة الطولية وفيه يتم اللجوء إلى عدد من المصادر للحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة . ففي دراسة الحالة يتم الاتصال بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية مباشرة والحديث معهم ومحاورتهم من أجل الحصول على بعض المعلومات ، كما يتم جمع بيانات حول هؤلاء الأفراد من خلال الاتصال بأولياء الأمور والمعلمين والأفراد والأصدقاء وإجراء المقابلات مع هذه الظروف والاستعانة بتقديراتهم وملاحظاتهم ، كما يتم اللجوء كذلك إلى السجلات

والوثائق الطبية والأكاديمية والمذكرات وتوظيف الأدوات المسحية مثل قوائم الشطب والاستبيانات.(عماد عبد الرحيم زغلول ،2006،ص 46 )

فقد برزت أهميتها في ميادين الخدمات الاجتماعية المختلفة كونها أسلوب لتجميع المعلومات ، إذ تستخدم بوصفها وسيلة لجمع البيانات والمعلومات في دراسة وصفية ويمكن أيضا استخدامها في دراسة لاختبار فرض بشرط أن تكون الحالة ممثلة للمجتمع الذي يراد تعميم الحكم عليه بحيث تستخدم أدوات قياس موضوعية لجمع البيانات وتحليلها وتفسيرها حتى يتمكن تجنب الوقوع في الأحكام الذاتية

بالرغم من أن هذه التقنية موجودة في ميادين متعددة مثل دراسات النمو والتغير الاجتماعي وعلم الإجرام وغيرها ، إلا أن الاهتمام الرئيسي للأخصائي الإكلينيكي منصب حول استخدامها في فهم السببية المرضية سواء أكانت نفسية أو عقلية .(بوسنة ، بدون سنة ، ص 16 )

## ثانيا - تعريف دراسة الحالة:

لقد تعددت التعاريف التي تناولت دراسة الحالة وقبل التطرق إليها نعرف **الحالة** وهي وحدة قد تكون فردا أو مجتمعا ، أو سكانا للمجتمع من الوحدات التي يمكن أن تخطر على بال المرء وتتميز بكونها محددة الملامح ، واضحة الحدود .(فراس عباس فاضل البياتي،2012،ص43) بحيث يرى بعض الباحثين بأنها { تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل ، وهي منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى عن الحالة وعن البيئة {

ويرى البعض " أنها استثمار وتنظيم وتلخيص كل المعلومات المجتمعة عن المستجيب من مصادر المختلفة بما يخدم الأهداف من دراسة الحالة ، لذلك فان دراسة الحالة هي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة مشتملة على حقائق محددة باستخدام طرق المقابلة والملاحظة ، وتاريخ الحالة ، الاختبارات والمقاييس والسير الشخصية وتهدف إلى الوصول إلى فهم أفضل للمستجيب وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات والتخطيط للخدمات اللازمة".

(سالم صالح الحراشة ، 2012 ، 128)

وحسب **مروان إبراهيم** فإن دراسة الحالة هي وسيلة لفهم التفاعل الذي يحدث بين العوامل التي تؤدي إلى التغيير والنمو والتطور على مدى فترة من الزمن وهي تتكامل مع عملية خدمة الفرد التي تهدف إلى العلاج اعتمادا على ما تقدمه لها دراسة الحالة. (مروان إبراهيم ، 2000 ، ص135)

يصف **جابر عبد الحميد جابر** دراسة الحالة بقوله { يمكن أن تستخدم دراسة الحالة كوسيلة لجمع البيانات والمعلومات في دراسة وصفية ، ويمكن أيضا استخدامها في دراسة لاختبار فرض شريطة أن تكون الحالة ممثلة للمجتمع الذي يراد تعميم الحكم عليه ، بحيث تستخدم أدوات قياس موضوعية لجمع البيانات وتحليلها وتفسيرها ، حتى يمكن تجنب الوقوع في الأحكام الذاتية ، وبهذا يؤكد على أربع جوانب في دراسة الحالة :

أ- إن دراسة الحالة هي إحدى الدراسات أو المناهج الوصفية.

ب- تستخدم لاختبار فرض أو فروض .

ج- من الضروري التأكيد على الحالة للحالات الأخرى المشابهة التي تقترض تعميم نتائجها عليها.

د- التأكيد على الموضوعية، والابتعاد عن الذاتية في اختيار الحالة وفي جميع البيانات والمعلومات اللازمة، ومن ثم تحليله وتفسيرها. (عامر قنديلجي، 1999، ص112)

أما **لاغاش (Lagache)** فيعرفها بأنها التعرف على اضطراب ما من خلال تطبيق معطيات عامة على حالة فردية مع استيعاب خصوصيات المريض .

ويعرفها **عقيل حسن عقيل** بكونها ( الطريقة العلمية المتبعة في دراسة الحالات الفردية والجماعية والمجتمعية ، وهي التي تهتم بالبحث في أعماق الظواهر الاجتماعية التي تظهر في كل وقت من الأوقات ، وهي الطريقة التي تولي اهتماما خاصا بتشخيص كل حالة من الحالات المبحوثة والمدرسة ، ولذا يركز التشخيص على المعلومة وتحليلها مع مقابلة الحالة أو عناصر الحالة لإجراء التشخيص مباشرة على الحالة ومن يعاني من تأزماتها. (عقيل حسن عقيل ، 2003، ص142)

في حين **حسن مصطفى عبد المعطي** يعرفها بكونها الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد وذلك عن طريق: الملاحظة، المقابلة، التاريخ

الاجتماعي، السيرة الشخصية، الاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية... الخ. (حسن مصطفى عبد المعطي : 1998، ص156)

### ثالثا - دراسة الحالة الطريقة والمنهج :

تعتبر دراسة الحالة طريقة أو تقنية في علم النفس العيادي ، عندما تركز على الفرد فهي الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد ، فهي تقنية تدور أساسا حول الكائن الإنساني ، في تفرد ، فهي الطريقة المفضلة لدى الإكلينيكي لفهم السببية المرضية .

(خالد عبد النجار ، 2008، ص 5)

ومن العلماء من يسميها بالمنهج الإكلينيكي لكونها تستخدم لدراسة حالة فردية بعينها ، فهي تستخدم أساسا لأغراض عملية وتعنى من اجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال التي تحمل الشخص على الذهاب إلى الأخصائي العيادي .(محمد الطيب وآخرون ، 2005، ص179)

كما تعتبر منهج في يد الباحث العيادي لدراسة ظاهرة نفسية بغرض تحليلها وتفسيرها .

### رابعا - بين دراسة الحالة وتاريخ الحالة :

يعتبر تاريخ الحالة أو ما يطلق عليه أحيانا تاريخ الحياة جزءا لا يمكن الاستغناء عنه في دراسة الحالة وهو موجز عن ماضي الفرد يمكن الحصول عليه من خلال ما يكتبه الفرد عن نفسه في مذكراته الشخصية أو وثائقه الرسمية كما يمكن الحصول عليه عن طريق استقصاء الأفراد الذين عاشوا مع العميل والاطلاع على الوثائق الماضية التي تخصه وهي دراسة مسحية شاملة لنمو العميل . وبذلك يستخدم مصطلح تاريخ الحالة للإشارة إلى البيانات الخام ، في حين دراسة الحالة تشير إلى الاستخدام العلمي لتاريخ الحالة من خلال التركيز على تحليل المعلومات من الوثائق الشخصية والاختبارات والسجلات الطبية و سجلات المقابلات التشخيصية لبناء خطة علاجية هادفة لمساعدة العميل .

## المحاضرة الثانية

### - أهداف دراسة الحالة :

إن الهدف من دراسة الحالة ليس فقط فهم المشكلة أو المشاكل التي تعاني منها الحالة طيلة تاريخها الشخصي ، لكنها تتمثل كذلك في دراسة مشاكلها الشخصية الحالية ووضعيتها المعاشة لأنه في هذه الوضعية يمكن أن نساهم في إيجاد الحلول الملائمة وإحداث التغيير المناسب .

- تبصير المبحوثين بذواتهم ومستقبلهم .

- معرفة موقف الأفراد من الموضوع .

-إشراك المفحوص في التعرف على حالته وتوليد الرغبة لديه بما يحفزه للبحث على حلول .

- تحديد كل العوامل والعناصر المؤثرة والمتأثرة بالموضوع.

-تهدف إلى الإصلاح وليس إلى المساعدة .(مروان عبد المجيد إبراهيم ، 2000 ، ص 136)

- العمل على تعديل الاتجاهات غير المرغوبة أو تغييرها.

- اكتشاف الأسباب الرئيسية للأوضاع الحالية من خلال التحليل الدقيق والوصف الشامل العميق للبيانات والمعلومات.

-التعرف إلى الحقائق وتسجيلها بموضوعية والقيام بتحليلها بغرض تعلمها وتشخيصها والوصول إلى استنتاجات ومبادئ عامة.(عبد الفتاح محمد دويدار، 1999 ، ص 107)

-**أهمية دراسة الحالة :** ، هي طريقة علمية تتميز بالعمق والشمول والفحص التحليلي الدقيق لأي ظاهرة أو مشكلة أو نوع السلوك المطلوب دراسته لدى شخص أو أسرة أو جماعة أو مؤسسة مجتمع ، بعد فهم الظاهرة فهما مستفيضا ، بهدف الوصول إلى استنتاجات ومبادئ عامة تصلح لوضع تعميمات تخدم عمليات التشخيص والعلاج والتوجيه والإرشاد.. فهي أكثر الوسائل شمولاً وتحليلاً، وهي بحث شامل لأهم عناصر حياة العميل، وهي وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل وبذلك تشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضره وماضيه وهي بذلك تصور فعلا فردية الحالة.



ويذكر احمد محمد عبد الخالق أن منهج دراسة الحالة قد استخدم بنجاح على يد عالم النفس السويسري " جان بياجيه " J.Piaget لملاحظة الاستدلال وحل المشكلة لدى أطفاله هو خلال مرحلتي الرضاعة والطفولة . وأطرف استخدام لدراسة الحالة استخداما معينا ما قام به عالم النفس الألماني (هيرمان ابنجهاوس) H.Ebbinghaus (1850-1909) من دراسة لنفسه فاحصا ومفحوصا بهدف تحديد منحى النسيان. (عبد الفتاح محمد دويدار، 1999، ص 108)

وفيما يلي بعض النقاط التي تبين أهمية دراسة الحالة :

- إنها تستوعب الموضوع بوضوح منى خلال تناوله بشكل متكامل تتضح فيه الأسباب والعلل والمتغيرات المتداخلة والمستقلة والمتداخلة والدخيلة .

- تمكن من العودة إلى ماضي العميل (المفحوص ) وتمكن من الوقوف على العلل والأسباب والمعطيات التي يحتويها ، وهي المؤثر الأساسي في إظهار الحالة قيد البحث والدراسة .

(عقيل حسن عقيل ، بدون سنة ، ص142)

-تهتم بدراسة الماضي كمؤثر أساسي في إظهار الحالة في الزمن الحاضر وتوقعاته المستقبلية .

- تهتم بدراسة السلوك والعمل على تقويم انحرافاته .

- تزيل المخاوف من المفحوص من خلال تقبله لحالته واستيعابه لعناصر الضعف التي ألمت به وتأثر بها.

- تمكن المجتمع من الاهتمام بأفراده وجماعته بتطبيق الإصلاحات المتوصل إليها عن طريق الدراسة

(مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000 ، ص136).

- **مسلمات منهج دراسة الحالة:** لمنهج دراسة الحالة ثلاث مسلمات هي:

1- **التصور الدينامي للشخصية :** بمعنى أن ننظر إليها والى المسالك التي تصدر عنها على أنها نتاج تفاعل الأجهزة المختلفة ، ونتائج الصراع بين القوى المختلفة ، فالدراسة السيكولوجية للشخص ليست في الواقع غير دراسة لصراعاته . فكل كائن بشري ، بل وكل كائن حي يوجد دائما في موقف صراع ، فليست الحياة غير سلسلة متصلة من الصراعات ومحاولات حلها ، أو قل من الضياع الاتزان ومحاوله

إعادة الاتزان . والكائن المتكيف هو الذي يستطيع أن ينهي صراعاته ، بمعنى انه يزيل توتراته ويشبع حاجاته . أما الكائن غير المتكيف فهو هذا الذي لا يبلغ إلى إنهاء التوترات ، فيلتجئ إلى الدفاع ضدها .

2- **النظر إلى الشخصية كوحدة كلية حالية** في صلتها بالعالم وعدم إغفال كافة الاستجابات التي تصدر عن الشخص من حيث هو كائن عياني مكتمل مشتبك في موقف ، فقد كانت العناية في البداية تقتصر على مجرد الأعراض الخاصة بالمرض في انعزال عن الشخصية ، وكأن هذه الأعراض ، لا تنتسب إلى الشخص بعينه يعيش في بيئة بعينها ولذا فان مهمة الإكلينيكي تنحصر في محاولة تحديد مكان هذا السلوك ، أو هذا المرض ، ضمن وحدة الشخصية ككل ، بمعنى أنها تحدد دلالاته ووظيفته .

3- **النظر إلى الشخصية كوحدة كلية زمنية**، تتضح في ضوء تاريخ حياة الشخص وتوجهاته نحو المستقبل، فاستجابة الشخصية إزاء موقف مشكل إنما تتضح في ضوء تاريخ حياته بل واتجاهاته إزاء المستقبل، فالتشخيص يهدف الإمساك بلحظة من لحظات تطور الكائن البشري.

(محمد الطيب وآخرون، 2005، ص180).

وينبثق عن هذه المسلمات ركيزتان أساسيتان هما:

1- ملاحظة السلوك على نحو يسمح بتبيين الوحدة الكلية الحالية للشخصية في استجاباته للموقف النوعي الذي هو موقف الفحص أو الدراسة .

2- الحديث الذي يتيح لنا من المعطيات التاريخية ما يسمح بتحديد مكانة المعطيات الحاضرة من إطارها التاريخي ، ومعنى ذلك أن هذه الركيزة تحاول رسم حياة الشخص ، وهي تصل إلى ذلك إما عن طريق الاستجواب وإما عن طريق المحادثة الحرة الطليقة التي لا تتقيد بخطة مسبقة .

(عبد الفتاح محمد دويدار، 1999، ص110)

- **عوامل نجاح دراسة الحالة** : لكي تتجح دراسة الحالة لا بد من الشروط الآتية :

1- **التنظيم**: يشمل ذلك الموضوع والتسلسل في الأفكار وذلك لكثرة المعلومات التي تشمهاها دراسة الحالة.

2- **الدقة**: نلتزم الدقة في تحري المعلومات وخاصة أنها تجمع عن طريق وسائل متعددة ومراعاة تكامل المعلومات.

3- الاعتدال: ويقصد به الاعتدال بين الشرح المفصل الممل والاختصار المخل ويتحدد في ضوء دراسة الحالة وهدفها.

4- الاهتمام بالتسجيل: بالإضافة إلى كثرة المعلومات أو تجنب المصطلحات الفنية المعقدة.

(سالم حمود صالح الحراشنة، 2012، ص 130)

## - المحاضرة الثالثة ( الفحص النفسي )

لا يمكن الحديث عن دراسة الحالة وكل ما يتعلق بها بدون التطرق للفحص النفسي والتشخيص والذات يمثلان الأهمية القصوى التي يهدف الفاحص العيادي الوصول إليهما من خلال دراسته لحالة ما (المفحوص).

### - الفحص النفسي : (l'examen clinique)

- **تعريفه:** هو طريقة متعددة الأساليب لمعرفة وفهم شخصية الإنسان بحيث تلقي الضوء على طبيعة جذور المشكلة لتسمح باقتراح حلول لها. فالهدف من الفحص ليس معرفة الأفكار ولكن الرغبة في الوصول للإجابة . يتوقف الفحص النفسي على أربع صعوبات وهي:

1- الصعوبة الفكرية (التأخر العقلي، مشكلات التعليم والعوامل النفسية العصبية)

2- صعوبة الالتزام الانفعالي (مشكلات سلوكية ، شخصية ، القلق ، الاكتئاب )

3- صعوبة الالتزام (النفس جسدي) ( كل سياق مرافق للإعلان عن مرض خطير كالسرطان )

4- المشاكل الاجتماعية ( الجنوح، التسمم، الإدمان ) .(Aude Michel,2006,p6)

هو مجموعة الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل الطارئ على هذا التوازن. من هنا فان الفحص النفسي هو مجموعة الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص ونعني بها :

- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.

- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية .

-تحديد منشأ هذه الاضطرابات .

- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.

-مقارنة التناسب بين نضج الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

والفحص النفسي إذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.

وهكذا فإننا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهملاً بقية أبعادها.

فالحوار أثناء الفحص النفسي هو فن وإبداع وممارسة أكثر منه مبادئ جامدة ودراسة محددة الجوانب. فهذا الحوار هو الذي سيساعدنا على تبين المتغيرات الخمسة المذكورة أعلاه. وهو بالتالي الذي سيقود خطواتنا لوضع التشخيص ولكن أيضاً لتقرير أساليب ووسائل العلاج.

(محمد احمد النابلسي، 1997، ص141)

لهذه الأسباب وللأهمية القصوى التي يمتاز بها الفحص النفسي نلاحظ أن الفاحصين النفسيين يعملون دوماً وبأقصى جهدهم للتعمق في فن الفحص النفسي وتنمية مواهبهم في هذا المجال .

وبالتالي هناك مبادئ عامة في هذا المجال هي مبادئ مستخلصة من تجارب كبار الباحثين ، ونبدأ باستعراض آراء العالمين شترن ( Stern ) و روبنس ( Robbins ) : { أن فن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت ، متى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه ، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص }.

نلاحظ من خلال هذا الرأي أهمية اكتساب الفاحص لبعض الصفات التي تمكنه من القيام بدوره.

- **الشروط الواجب توافرها في الفاحص** (محمد أحمد النابلسي، 1997، ص142)

هناك ثلاث نقاط يجب توافرها في الفاحص وهي:

1- **صفات الفاحص:** إن التوصل إلى حوار مثمر مع المفحوص يفرض على الفاحص التقيد بواقف معينة من شأنها أن تشجع المفحوص على الإفضاء بما يعتدل في نفسه من أحاسيس (بغض النظر عما إذا كانت هذه الأحاسيس سلبية أو ايجابية) ، وفي سبيل ذلك على الفاحص أن يعتمد موقفين قد يبدوان متعارضان ولكنهما في الواقع منسجمان تمام الانسجام.

- الموقف الأول : عليه أن يتخذ موقف المتفهم ، المتعاطف والإنساني ، مما يتيح له التقرب من المفحوص ، وهذا الموقف يقتضي من الفاحص أن يكون صاحب حضور ، مليئا بالهدوء ، حسن النية وقادرا على تقديم العزاء بعد التفهم .

-الموقف الثاني: وهو استمرار الموقف الأول ولا يتعارض معه كما قد يبدو لنا من الوهلة الأولى. ويتجلى هذا الموقف الذي يلي توصل الفاحص للحصول على ثقة المفحوص بايجابية . ابعاد التعاطف ، الذي أظهره الموقف الأول ، يأتي دور الحزم واستعمال القدرة على الإقناع الهادفين أساسا إلى إحداث تأثيرات ايجابية في تصرفات المفحوص . وفي محاولته للإقناع على الفاحص أن يلجا لمختلف الشروح والتعليقات التي يعطيها للمفحوص بشكل حازم ومقتنع في آن معا.

والحقيقة أن الوصول إلى هذه النتائج، وفي الدرجة الأولى كسب ثقة المريض، يفرض على الفاحص أن يبدو في نظر المفحوص على النحو التالي:

أ- أن يكون الفاحص متفرغا بحيث يخلف لدى المفحوص انطباعا بأنه مستعد لإضاعة الوقت في سبيل التوصل إلى فهمه وفهم ومعاناته ، وهو اي الفاحص ، يملك الصبر الكافي لذلك.

ب- على الفاحص أن يغفر للمفحوص انفعاله وتصرفاته. حتى ولو احتوت على بعض العدائية تجاه الفاحص نفسه (كما يحدث لدى بعض المرضى المهتاجين مثلا)

ج- على الفاحص أن يكون مرحا ولكن دون أن يتكلم كثيرا، نشطا هادئا ومرتاحا بحيث يكون قادرا على التركيز. وبناء عليه وجب عليه أن يرفض الظهور أمام المفحوص بمظهر المثار أو المتوتر أو العنيف أو الضجر، لان ظهور الفاحص بأي من هذه المظاهر من شأنه أن يجعل المفحوص أكثر تحفظا وقل اطمئنانا.

د- على الفاحص أن يتحلى بصفات المستمع الجيد الإصغاء والصبور.ولكن كذلك أن يتمتع بالقدرة على المراقبة الدقيقة، الدبلوماسية في طرح الأسئلة وأخيرا أن يملك القدرة على الإقناع والتأثير في المفحوص.

هـ- على الفاحص أن يحسن التحكم في ردات فعله . بحيث لا يظهر تعجبا أو يتخذ موقفا هازئا مما يرويه المفحوص.فمن واجب الفاحص أن يحافظ على هدوء أعصابه أمام أية مفاجأة قد يبادر بها المفحوص.

## 2- طريقة الدنو من المفحوص :

كثيرا ما يتخذ المفحوص موقفا سلبيا من الفاحص ومن الفحص ذاته ، بل كثيرا ما يعتمد إلى رفض الفحص.سواء أكان هذا الرفض صريحا مباشرا أو كان غير مباشر كرفض التعاون أو حتى مجرد الكلام أو إعطاء الإجابة الكاذبة المضللة.

وأيا كان موقف المفحوص فعلى الفاحص أن يتقبله كما هو إن أراد فعلا إجراء فحصه.وتقبل المفحوص كما هو يعني بالطبع عدم معاقبته مهما كان هذا العقاب بسيطا (حتى مجرد السخرية) لان ذلك سيزيد من سلبيته. ولكم من المهم التنبيه إلى أن قبول المفحوص كما هو لا يعني مطلقا أن نتقبل أفكاره ، فالمقصود من قبول المفحوص كما هو ، هو إثبات احترام الفاحص لذاتية المفحوص ولإنسانيته وكذلك الاهتمام به كإنسان بحيث يشعر المفحوص (مهما كانت درجة مرضه ) بأنه شخصية إنسانية لها احترامها ، شعورها وحريتها.ولعل أهم الخطوات في سبيل إقناع المفحوص بذلك تتمثل بإصرار الفاحص على تجنب استعمال القوة أو التعنيف واعتماده مبدأ الحوار المتفهم والمقنع .

## 3- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين :

بالرغم من ضالة نسبة المرضى المهتاجين إلا أن وضعهم الخاص يقتضي التنويه بالخطوات الواجب اتخاذها في مواجهتهم وأثناء فحصهم . وهذه الخطوات هي:

أ- على الفاحص أن يكون هادئا، صبورا وان يبدو أمام المريض كحليف له يستطيع فهمه.

ب- على الفاحص أن يحافظ على جدية مهنته رافضا اقتراحات أقرباء المريض القاضية بإخفاء الفاحص لمهنته أمام المريض.

ج- على الفاحص ألا يشارك في خداع المريض أو في إغداق الوعود عليه، لأن الفاحص سيفقد بذلك الكثير من أسهمه في كسب ثقة المريض.

د- في حال استفاد الفاحص لكافة الوسائل ، التي من شأنها أن تهدئ المريض المهتاج فعندها عليه الاستعانة بممرضين أقوياء وإجبار المريض على تلقي العلاج اللازم.

- مبادئ الفحص النفسي: لكل فاحص نفسي تقنية خاصة يكونها من خلال خبرته ومن خلال المدرسة النفسية التي ينتمي إليها ومن أهمها:

### 1- تحديد السوابق المرضية للمفحوص:

على الفاحص أن يتحلى بالمتابعة وألا يتسرع بالتشخيص قبل إتمامه لمختلف مراحل الفحص النفسي ، فيجب أن يبدأ منذ الجذور الوراثية للمفحوص ولغاية أدق مظاهر الاضطراب لديه :

أ- السوابق الوراثية: عليه أن يحدد وجود مظاهر الاضطراب ، أو المرض النفسي في عائلة المفحوص  
ب- طفولة المفحوص ومراهقته: عليه أن يتقصى المعلومات التالية :

- ظروف حملهُ وولادته : فمن المعروف بأن هناك العديد من الأمراض التي يولد بها الطفل وان لم تظهر إلا لاحقاً(مثل الصرع ،الفصام...الخ) ، كما أنه من الضروري تحديد ظروف الولادة التي يمكن أن تؤدي إلى صدمة الولادة والأخطار الجسدية والنفسية التي تتجم عنها.

- ظروف طفولته الأولى: هل تم إرضاعه من ثدي أمه ؟ عمره عندما خطا خطوته الأولى ؟ عمره عندما لفظ كلمته الأولى ؟ عمره عندما لفظ كلمته الأولى...الخ

- عمر المفحوص عند البلوغ وإذا ظهرت لديه بعض التغيرات في هذا السن.

- حالة المريض الاجتماعية وعلاقاته العاطفية وممارساته الجنسية.

- حالته المهنية ، وضعه الاقتصادي ،علاقاته بزملائه وبمحيطه ، نجاحاته وإخفاقاته.

- الأمراض الجسدية التي تعرض لها في طفولته (التهابات، تسمم، تشنجات...)

ج- الصدمات النفسية في حياة المفحوص: وهذه الصدمات تتلخص عادة ب:

- صدمات عائلية مؤثرة خاصة في فترة الطفولة مثل: موت احد الوالدين أو كليهما، خلافات الوالدين، انفصالهما أو طلاقهما، مرض احد الوالدين.

- صدمات فترة المراهقة : وتتلخص عادة بالإخفاقات العاطفية والجنسية.

- صدمات مهنية: بطالة، فقدان عمل، الإفلاس، صراع في مكان العمل...الخ



د- **السوابق المرضية، الجسدية للمفحوص:** أمراض خلقية ، نوبات تشنجية ، حوادث ورضوض في الجمجمة ، الالتهابات الجنسية ، التهاب السحايا ، أمراض الغدد الصماء.

ه- **تاريخ وشكل بداية الاضطراب النفسي:** وهي مرحلة من مراحل الفحص المهمة التي يتجلى فيها مبدأ تقاطع المؤشرات، وتاريخ الاضطراب النفسي للمفحوص يجب أن يبحث أولاً بداية الاضطراب النفسي وكيفية ظهوره ؟ هل هي بطيئة، سريعة، أم عنيفة؟ وبعد ذلك يجب السؤال عن الأسباب المباشرة المؤدية لظهور هذا الاضطراب ، هل هو نتيجة مرض جسدي أم هو عارض ظهر لدى امرأة أثناء أو بعد ولادتها ، أم أن هذا الاضطراب أتى عقب التعرض لعملية جراحية أو لحالات متطرفة من الخوف من الموت أو بعد إصابة المفحوص برضوض في رأسه...الخ.

#### - الفحص العيادي النفسي:

إذا كانت الخطوة الأولى للفحص النفسي ، وهي تحديد التاريخ المرضي للمفحوص ، على درجة كبيرة من الأهمية إلا أن الخطوة الثانية ، المتمثلة بالفحص العيادي - النفسي ، لا تقل أهمية .فهو تقتضي مواجهة (فاحص - مفحوص) ، هذه المواجهة التي تفرض على الفاحص الاعتماد على عاملين أساسيين في تشخيصه وهما :

أ - **دراسة المظهر الخارجي للمفحوص:** من دراسة لشكل الوجه وتعابير التي يمكن أن تعكس الانهيار ، القلق ، الحيرة ، التنافر أو فقدان القدرة على التعبير والإيماء...الخ ، حركات المفحوص هل هي متصنعة أو غريبة أو تشنجية من نوع اللزمات (TIC) ، مزاج المفحوص والذي يمكن أن يظهر من خلال مظهره وتصرفاته ، يمكن أن يكون المفحوص متفائلاً أو متشائماً ، ضاحكاً أو باكياً أو مترواحاً بين الضحك والبكاء دون سبب ظاهر، النظرة وممكن أن تكون ثابتة ، متحركة ، كثيرة الحركة ، ثيابه وتسريحته ، درجة غرابة هندامه ، ومراقبة النشاط الحركي العام للمفحوص . هل هو جامد وهامد أم انه حالة ذهول ، هل يرتجف لا إرادياً ، هل هو مضطرب ومحتاج ، هل يتخذ مواقف تخشبية ...الخ

ب- **الحوار مع المفحوص:** إن الأهمية التي يعلقها الفاحص النفسي على الحوار والدور الذي يعطيه هذا الفاحص للحوار كعامل محدد للتشخيص.فان الفاحص لا بد أن يعترف أن الحوار هو أصعب واعقد مراحل الفحص النفسي. والحقيقة أن خبرة الفاحص هي العامل الأساسي المحدد للحوار ولأهمية النتائج التي يمكن أن تستخلص منه. وفيما يلي أهم النقاط الواجب عل الفاحص استخلاصها من خلال الحوار :

- اضطراب الحديث لدى المفحوص: وهذا الاضطراب هو أول ما يلفت النظر أثناء الحوار مع المفحوص.

- إدراك المفحوص للزمان والمكان: والذي يتم بطرق متعددة وابطسها السؤال عن تاريخ اليوم وعن عنوانه ومكان وجوده.

- إدراك المفحوص لجسده وللعالم الخارجي ، الانتباه ، الذاكرة ، فالعديد من اضطرابات الذاكرة تكون عارض مميز لعدد من الأمراض النفسية والعصبية.

- قدرة المفحوص على التجريد ، مقدرته في الحكم على الأشياء وكذلك مدى اطلاعه.

- مدى ثقافة المفحوص ، ومحتوى أفكاره الذي سيتيح له التوجه الجيد في تشخيصه .

- **شروط الفحص** : يجب مراعاة الشروط الآتية في عملية الفحص :

- موضوعية الفحص والبعد عن الذاتية بقدر الإمكان.

- الدقة في استخدام أدوات الفحص.

- بذل أقصى الجهد لتغطية كل ما هو مطلوب في عملية الفحص.

- تعاون العميل في إعطاء البيانات والمعلومات الصحيحة.

- سرية المعلومات والبيانات.

- تنظيم المعلومات وتقييمها بدقة وعناية.

## المحاضرة الرابعة: التشخيص (Diagnostic)

### 1- تعريف التشخيص: (Diagnostic)

استمدت كلمة تشخيص من أصل إغريقي يعني " الفهم الكامل " ، والتشخيص كما يعنى في الطب النفسي وفي علم النفس ، يتطلب خطوات أو عمليات أساسية تشتمل على : الملاحظة ، الوصف ، تحديد

الأسباب (الاثولوجيا)، التصنيف والتحليل الدينامي بقصد التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة العميل ، بقصد التنبؤ ورسم خطة العلاج ومتابعتها وتقويمها ، وبتعبير آخر فإن التشخيص هو تقويم خصائص شخصية العميل (قدراته ، انجازاته ، سماته... الخ) التي تساعد في فهم مشكلاته ، أي أن التشخيص يتطلب بعد جمع المعلومات المتاحة ، تحليلها وتنظيمها والتنسيق بينها بقصد التخطيط للمستقبل .

- التشخيص كعملية تشتمل على جميع الأنشطة والممارسات الإكلينيكية المتعلقة بفهم الطبيعة الإنسانية وتتضمن التعرف على ماضي الحالة ومشكلاتها الحالية وتبنى عملية التشخيص بوجه عام على المعرفة الجيدة والتقنيات الحديثة وعلى مهارات القائم بعملية التشخيص.(محمد كامل عمر ، 2011، ص55)

وهو تحديد وتجميع المعلومات عن الاضطراب أو المرض ، أو هو الطريق الذي يؤدي إلى التعرف على نوع الاضطراب أو المرض. وللتشخيص أهمية كبيرة بالنسبة للمعالج والمريض إذ يساعد في فهم المريض وما يعانيه . فالتشخيص يعني الفهم العميق والشامل لسلوك المريض . ويقول بعض العلماء أن التشخيص هو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة مرضية.

ومنه فإن التشخيص هو عملية مهنية يتم من خلالها مقارنة النتائج المبدئية التي وصل إليها الباحث أو الأخصائي من عملية تحليل المعلومات ومقارنتها مع واقع العميل والحالة التي يعاني منها.

(عقيل حسين عقيل، د س ، ص142)

**فالتشخيص الإكلينيكي** عملية تشير إلى تشخيص الاضطراب من لحظة إلى لحظة ، وتحديد الأسباب والأعراض السريرية حسب تصنيف الاضطرابات النفسية ، وعلى أساس التشخيص يتم اتخاذ الأحكام الإكلينيكية المتعلقة بالأعراض ، ولا بد أن يضع المعالج في اعتباره طبيعة الاضطراب هل هي حادة أم مزمنة أو عابرة ؟ وهل تحدث في فترات زمنية متقطعة أو متواصلة ؟ هل تتضمن اضطرابات نفسية ، جسمية ؟

- **التشخيص الفارقي** : احد أنواع التشخيص الذي يتضمن دراسة الأسباب المحتملة للحالات النفسية وتحديد مبدئي للاضطراب وفي الغالب فان ابسط طريقة أو منهج لاكتشاف ما ينظم حالة نفسية هو نسال ماذا؟ ولماذا؟ (عبد الله أبو زعيزع ، 2009، ص 409 )

فالتشخيص يساعد على التنبؤ بمستقبل العلاج واختيار طريقة العلاج المناسبة.

**2- مضمون التشخيص:** ليس التشخيص مجرد إصاق بطاقة بهذا الصنف أو ذاك من أصناف الطب النفسي التقليدي. أي ليس تحديد النمط بالرجوع إلى تصنيف جاهز ، بل هو عملية دينامية تنصب على فرد بعينه في موقف بعينه ، في لحظة بعينها ، تحدد الدلالة العميقة لجملة علاقاته مع بيئته . فعلم النفس الإكلينيكي يأخذ على عاتقه في كل حالة ، تحديد برنامج العمل بما يلزم حاجات الفرد ، موضوع التشخيص، ومن ثم ينتهي إلى الإمساك بالدلالة الخاصة بالموقف المشكل الذي يعيشه هذا الفرد ، وبالوظيفة المحددة لاضطرابات السلوك عنده .فالتشخيص تعبير عن لحظات التطور لتاريخ شخصيته في علاقته بالبيئة.

### **3- بنية التشخيص : ثمة وجهان متتامان للتشخيص :**

أ- **مماثلة:** بمعنى إدراج الحالة، ضمن نمط كفي استنادا إلى علم النفس النظري.

ب- **ملائمة :** بمعنى ملائمة هذا النمط الكيفي ، بحيث توضع في الاعتبار الخصائص الفريدة التي يتجسد عليها النمط العام في هذه الحالة ، أي بتبين الانتظام الفريد الذي يتخذه النمط الكيفي في هذه الحالة.ومن هنا فان التشخيص ينطوي على عملية تأويل للوقائع والمعطيات.

**4- معايير التشخيص:** لعل أهم معايير التشخيص في المنهج الإكلينيكي، مبدأ التكامل ومبدأ التقاء الوقائع.

- **مبدأ التكامل :** ويعني إقامة وحدة كلية واحدة من المعطيات ، مما يتطلب الكشف عن العامل المشترك فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تأتلف ، وتنظم ضمن الشخصية برمتها ، في وحدتها التاريخية ، وفي علاقتها الراهنة بالبيئة . وفي هذا الصدد يشبه فرويد التحليل النفسي بلعبة الصبر ، التي يكون فيها على الشخص أن يقيم صورة مكتملة ،ابتداء من أجزائها المبعثرة . فليس ثمة غير حل واحد صحيح . وطالما لم يتم التوصل إليه، فربما استطاع المرء أن يتعرف على أجزائه معزولة، لكن لا يوجد كل مترابط. فإذا ما تم الوصول إلى حل الصحيح، فلن يكون من شك في صحته، لان كل جزء، يجد مكانه ضمن الكل الشامل، فالحل النهائي، يكشف عن وحدة مترابطة، فيها كل التفاصيل، التي كانت حتى ذلك الحين غير مفهومة، قد وجدت مكانها.

- **التقاء الوقائع:** فالتأويل الذي تترد إليه كثرة من الوقائع الواردة في الأحلام مثلا، ينبغي أيضا أن تترد إليه كثرة من الوقائع المماثلة في المسالك اليومية للشخص، وضمن إطار الطرح العلاجي.

وهناك معايير أخرى تحكم إقامة التشخيص نلخصها فيما يلي:

- **مبدأ وفرة المعلومات:** ويعني أن درجة اليقين أو الاحتمال في التشخيص إنما تتوقف على ثراء ودقة المعطيات التي تم جمعها.

- **مبدأ الاقتصاد:** ويعني أن أكثر التأويلات معقولة ، هو هذا الذي يتيح تفسير أكبر عدد من الوقائع ، بأقل عدد من الفروض.

- **معيار الخصوصية:** ومعناه أن التشخيص ليس له من قيمة إلا حين يأتي بجديد يستتطق الوقائع.

- **معيار الانتظار:** بمعنى أن التشخيص لا يعدو أن يكون مؤقتا ، ومن ثم يظل النفساني في حالة انفتاح عقلي تتيح له أن يعدل من تشخيصه ، إذا ما برزت أية وقائع جديدة.

( محمد الطيب وآخرون ، 2005 ، ص 184 )

**5- الأهداف العامة للتشخيص :** تتعدد الأهداف العامة للتشخيص الإكلينيكي وتتنوع فتشمل ما يلي :

- تحديد العوامل المسببة.

- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي .

- الكشف عن الاستجابة للاضطراب.

- تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي.

- تقدير درجة الاضطراب في مداها وفي عمقها.

- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب .

- تحديد الأسس التي يبنى عليها اختيار منهج علاجي معين.

- تحديد الأسس التي تدور حول مناقشة الحالة مع المريض أو مع أقاربه.

- تكوين فرض دينامي يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها. وعموما فالهدف الرئيسي لعملية التشخيص هو الوقوف على أنسب التدخلات العلاجية الممكنة.

## المحاضرة الخامسة:

### أدوات دراسة الحالة (المقابلة)

تعتبر المقابلة وسيلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات وأكثرها استخداما نظرا لمميزاتها المتعددة ومرونتها، وفيما يلي شرح مفصل لها.

1- **المقابلة:** هي "محادثة موجهة بين القائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو عدة أشخاص، ولكنها تتميز بخصائص أساسية سنوجزها فيما يلي:

- المقابلة هي مواجهة بين الباحث والمبحوث.

- لا تقتصر المواجهة على التبادل اللفظي بينهما فقط، بل تستخدم تعبيرات الوجه ونظرات العيون، والإيماءات والسلوك العام.

-تختلف عن الحديث العادي وذلك لأنه توجه نحو هدف واضح ومحدد

-يقوم الباحث بتسجيل الاستجابات التي يحصل عليها في نموذج سبق إعداده وتقنيه.

(فاطمة صابر، ميرفت خفاجة، 2002، ص131)

تعتبر المقابلة أداة بارزة من أدوات البحث العلمي في علم النفس الإكلينيكي، وفي غيره من العلوم. وتبرز أهمية المقابلة في الميدان الإكلينيكي من حقيقة كونها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجالي التشخيص والعلاج النفسي. (عبد الستار إبراهيم، 2008، ص108)

ويوضح روبرت كاهن (Robert Kahn) بان المقابلة بمفهومها العام تعني مجموعة أعمال الاتصال الشخصي وأوجه نشاطه التي يكون فيها شخص في مركز الطالب لمعلومات من شخص آخر ويكون هذا الشخص الأخير في مركز المعطي والمزود لتلك المعلومات للشخص الأول.

(ربحي عليان ، عثمان غنيم ، 2000 ، ص 102)

في حين يعرفها بنجهام بأنها " المحادثة الجادة والموجهة نحو هدف محدد وليس مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها". (علي معمر عبد المؤمن ، 2008 ، ص 246)

تهدف فلسفة المقابلة إلى التعرف على جوهر الإنسان الذي لا يمكنه أن نصل إليه عن طريق المشاهدة لأنه لا يرى ولكنه ينعكس في سلوكيات وأفعال يمكن مشاهدتها ومن خلالها تعرف الأسباب وفيها تكمن الحلول والمعالجات. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 171)

فالمقابلة سواء كان الهدف منها تغيير الشخصية وعلاجها أو الوصول إلى بعض المحكات التشخيصية تحتاج إلى الخبرة والتدريب بالإضافة إلى الإلمام بالفنيات الرئيسية التي تساعد على حسن إجرائها وتحقيق الأهداف منها.

- **أنواع المقابلة:** تختلف أنواع المقابلات باختلاف الهدف أو الغرض الذي تجرى من اجله المقابلة، ولهذا يختلف العلماء في تحديدهم لأنواع المختلفة في المقابلة. فهناك العديد من التقسيمات وفيما يلي موجز لأنواع المقابلات:

**1- المقابلة حسب درجة الحرية:** ويقصد بها درجة الحرية التي تعطى للمستجيب في إجاباته وعلى هذا الأساس يمكن تقسيمها إلى ثلاث أنواع رئيسية هي:

أ- **المقابلة المفتوحة:** وفيها يعطى المستجيب الحرية في ان يتكلم دون محددات للزمن أو للأسلوب .

ب- **المقابلة شبه المفتوحة:** وهي تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب مزيدا من التوضيح.

ج- **المقابلة المغلقة:** وهي لا تفسح المجال للشرح المطول، بل يطرح السؤال وتسجل الإجابة التي يقررها المستجيب.

**2- من حيث وظيفتها والغرض منها:** وتنقسم بدورها إلى ثلاث أشكال:

أ- **المقابلة العلاجية:** تهدف إلى مساعدة المبحوث على فهم نفسه بشكل أفضل ، ووضع خطة لعلاجه وعلاج العوامل المسببة وتخفيفه وتحسين الحياة الانفعالية ، ويؤدي هذا النوع من المقابلة إلى استبصار المبحوث بذاته وبسلوكه وبدوافعه وتخليصه من المخاوف والصراعات الشخصية المؤرقة لحياته ومساعدته في تحقيق لذاته ، وحل صراعاته وفي هذا النوع من المقابلة يتم علاج الموقف تبعاً لمعتقدات وظروف المبحوث وقناعاته ووقف الرؤية النظرية والمدرسة الفكرية التي يؤمن بها المعالج. (علي معمر عبد المؤمن

، 2008 ، ص 250 )



**ب- المقابلة التشخيصية :** وهي التي تجرى بغرض الفحص الطبي النفسي للمريض بحيث يمكن من خلالها وضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة . وتركز هذه المقابلة على تحديد الأعراض المرضية ، بحيث ينتهي الأخصائي منها بصورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة ، ومتى ظهرت وكيف تطورت .(عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ،2008،ص 108)

**ج- المقابلة الإرشادية:** وتهدف إلى تمكين المقابل من أن يفهم مشكلاته الشخصية والتعليمية والمهنية على نحو أفضل، وإن يعمل خططا سليمة لحل هذه المشكلات.

### 3- من حيث عدد المبحوثين : وتنقسم إلى نوعين :

**أ- المقابلة الفردية:** تعتبر المقابلة الفردية من أكثر أنواع المقابلات شيوعا في الدراسات النفسية، حيث تتم بين القائم بالمقابلة أو الباحث وبين شخص واحد من المبحوثين. كما تعتبر موقفا خاصا حيث يشعر المبحوث بالحرية في التعبير عن نفسه تعبيرا كاملا وصادقا، ويبدى رأيه بدون تحفظ.

**ب- المقابلة الجماعية:** وهي المقابلة التي تتم بين القائم بالمقابلة أو الباحث وبين عدد من الأفراد أو المبحوثين في وقت واحد ومكان واحد.

### 4- من حيث درجة المرونة في موقف المقابلة: وتنقسم بدورها إلى نوعين:

**أ- المقابلة المقننة:** وهي المقابلة تكون أكثر تحديدا من حيث الأسئلة التي توجه لأفراد عينة من البحث وترتيبها ونوعها وما إذا كانت مقيدة أو مفتوحة ، ومن حيث توجيه الأسئلة فإنه يجب أن يكون موحدًا أي بنفس الأسلوب ونفس الطريقة والترتيب لكل مبحوث من أفراد العينة ، كما تقتصر الإجابة على الاختيار من إجابات محددة في قائمة سبق تحديده.

**ب- المقابلة غير المقننة:** وهذه المقابلة أكثر مرونة من سابقتها، وذلك لان أسئلتها لا تحدد تحديدا سابقا، حتى إذا وجهت أسئلة سابقة التخطيط والتحديد. فإنها تعدل بحيث تناسب أفراد العينة والموقف ونظرا لما تتميز به المقابلات غير المقننة من مرونة فإنها تحتاج إلى مهارة فائقة من الباحث تمكنه من تحليل نتائج مقابلاته والمقارنة بينها.(فاطمة صابر، ميرفت على خفاجة ،2002 ، 135)

-**مراحل المقابلة والإعداد لها** : كأي عملية اتصال تتكون من بداية و وسط و خاتمة . ولكي يكون الاتصال ناجحا وموجها نحو تحقيق الأهداف المطلوبة منه يجب أن تتوافر في كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث شروط نجملها في السطور الآتية:

- **البداية** : يري جونسون ( Johnson,1981 ) أن الملاحظات الأولى لسلوك المريض من قبل الأخصائي نفسه تشكل عملية رئيسية في بناء بداية المقابلة . ولهذا ينصح بان تبدأ عملية الملاحظة ببداية أول احتكاك بصري بالمريض.ومن المهم أن نلاحظ: كيف يجلس ؟ وكيف يستجيب لتحية الأخصائي ؟ وهل يبادل النظر أم يتجنب ذلك ؟ ومن المهم أن نلاحظ تعبيرات وجهه ، ونبرات صوته وحدته وانخفاضه ، ومدى اهتمامه بملبسه أو عنايته بمظهره وحديثه.

كما يلفت كورشين (Korchin,1976) إلى الانتباه إلى الحجرة التي يتم بها اللقاء الأول . ويؤكد أن كل ما نحتاجه بهذا الصدد هو حجرة هادئة مريحة تخلو من المشتتات .

ويحسن إذا كان المفحوص مصحوبا بعائلته أن تطلب لقاءه أولا قبل أن تلتقي بأحد من أهله، فهذا يمنحه الثقة بنفسه دون تجاهل الأسرة، فان الالتقاء بالأسرة بعد الجلسة التمهيديّة مع المريض يعتبر ممارسة إكلينيكية جيدة ينصح بها كثير من العلماء بسبب المعلومات الكثيرة التي يمكن أن يجنيها الممارس من خلال ملاحظاته لأنماط التفاعل التي تتم بين المريض وأهله.

(عبد الستار إبراهيم ،عبد الله عسكر ،2008، ص ص 117-118)

-**الجزء الأوسط من المقابلة** : يتوقع الكثير من المرضى بعض التوجيه من الأخصائي القائم بالمقابلة في بداية اللقاء . وهذا شيء طبيعي ومقبول خاصة وان المريض يكون غارقا في مشكلاته لدرجة قد تعوقه عن اختيار نقطة البداية في شرح مشكلاته. فمن الأفضل أن يقوم الممارس بفتح باب الحوار أمام المريض لكي يسترسل في شرح ظروفه ومتاعبه، وذلك بسؤال المريض عما جعله يفكر في الحضور، أو عن السبب المباشر لإحضاره للعيادة.

لكن قد يرتكب بعض الأخصائيين بعض الأخطاء في المراحل الوسطى من المقابلة منها :

- **الإسراف في الحديث وكثرة الكلام**: فالممارس الجيد هو من يقل من كلامه ويختصر أسئلته ولا يكثر من مقاطعة مريضه.

-**خطا محاولة العلاج وتقديم المساعدة:** فالمقابلة الأولى ليست للعلاج النفسي بل لغرض الفهم المتعمق للمريض. لهذا يحسن بالممارس الجيد أن يكثر الإصغاء والاهتمام بالمعلومات التي يحصل عليها. ويرى جونسون بحق أن المقابلة الأولى هي من أسوأ الأوقات التي يمكن أن نقدم خلالها النصح أو العلاج .

-**التساؤل:** توجيه الأسئلة وإجراء المقابلة الإكلينيكية ليست باستجواب ويرتكب الأخصائيون خطأ فادحا إذا تحولت الجلسات إلى استجابات بدلا من أن تتجه إلى التساؤل الذي يساعد المريض على الثقة والتفانية. فمن الأفضل أن تكون الأسئلة مشتقة من عبارات المريض . مثلا أعطني أمثلة لما يجعلك تعتقد أن الناس لا يوثق فيهم ؟ فهذا النوع من السؤال يسمح بتبادل الحوار .

-- **ملاحظة التغييرات :** إن التغييرات التي تطرأ على سياق حديث المريض أو على سلوكه وهو يروي لك قصته تكون شديدة الأهمية والدلالة من حيث فهمنا لمصادر الصراع ومواقف الحرج والحزن والضيق... الخ ، ولهذا فان التساؤل فيما بعد عن الموضوعات التي صوحت بالتغير في سلوك المريض أمر هام خاصة في المقابلات التشخيصية لما تعطيه من معلومات قيمة عن مشكلات المريض.

-**التعاطف:** يختلف عن العطف والشفقة وهو نوع من المشاركة الوجدانية الضرورية لنجاح العلاقة الإكلينيكية ويتضمن التفهم وليس بالضرورة الموافقة على ما يقوله المريض.

( عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، 2008، ص123)

- **معالجة فترات الصمت:** عادة ما يكون شعور المريض بالقلق في موقف الصمت اشد من شعور الأخصائي، ولهذا فهو يقطع الصمت باستئناف المحادثة. ويحدث أن يعتقد الأخصائي خطأ أن صمت المريض معناه انه قد انتهى من الموضوع ولهذا فهو يقفز إلى إلقاء أسئلة أخرى. ولهذا قد يحرم الموقف من التفاعل ويحرم الأخصائي من كثير من المعلومات الانفعالية والعقلية عن مريضه. ولكن في المواقف التي يكون فيها الصمت علامة على الانسحاب والإغراق في الذات وأحلام اليقظة ، فان من الضروري أن يقوم المعالج بمعالجة الموقف بأسئلة من هذا النوع: "أراك ساكنا بعد أن أخذت بالتحدث عن موضوع... (كذا) :أو : "أراك تلتزم الصمت ، هل هناك ما يضايقك في إثارة هذه النقطة ؟".

**3- إنهاء المقابلة أو الجزء الختامي منها :** من أصعب المشكلات التي تواجه الأخصائيين الممارسين هي البحث عن طريقة ملائمة لإنهاء المقابلة ، فمن ناحية يجب أن لا تنتهي المقابلة إلا بعد أن يكون الأخصائي قد نجح في بعث قدر كبير من الطمأنينة والراحة لدى المريض. ومن جهة أخرى يجب أن

تنتهي المقابلة بالتخطيط للجلسات القادمة وخطة العلاج أو المقابلات المستقبلية. ومن الأفضل أن يعطى الأخصائي اكبر قدر ممكن من المعلومات عن طبيعة اللقاءات القادمة وضرورتها وما الذي سيتم فيها والتوقعات المطلوبة من المريض.(عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، 2008، ص126)

- **مزايا المقابلة:** - يمكن استخدامها في الحالات التي يصعب فيها استخدام الاستبانة ، كان تكون العينة من الأميين أو من صغار السن.

-تمكن الفاحص من دراسة وفهم التغييرات النفسية للمفحوص والاطلاع على مدى انفعاله وتأثره بالمعلومات التي يقدمها.

-تمكن الفاحص من إعاقه علاقة ثقة ومودة مع المفحوص مما يساعد في الكشف عن المعلومات المطلوبة.( محمد خليل عباس وآخرون ، 2007، ص 250)

-تستدعي معلومات من المستجيب من الصعب الحصول عليها بأي طريقة أخرى، لان الناس بشكل عام يحبون الكلام أكثر من الكتابة.

-توفر مؤشرات غير لفظية تعزز الاستجابات وتوضح المشاعر، كنغمة الصوت وملامح الوجه وحرك اليدين والرأس...الخ

-المرونة وقابلية شرح وتوضيح الأسئلة للمستجوب في حالة صعوبتها أو عدم فهمه لها.

- وسيلة مناسبة لجمع المعلومات عن القضايا الشخصية الانفعالية والنفسية الخاصة بالمبحوث وهي أمور يصعب جمعها بطرق أخرى كالوثائق والاستبيانات.

(ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم ، 2000 ، ص 108)

- **عيوب المقابلة:** - تتأثر بعوامل متعددة كتوتر المستجوب أو محاولة إرضاء الباحث أو محاولة الباحث الضغط عليه.

-تتوقف على استجابة المستجوب للمقابلة ورغبته في الحديث .

- تتطلب وقتا طويلا وجهدا كبيرا وتكاليف كثيرة.

- يمكن تحيز القائم بالمقابلة على النتائج فقد يخطئ في فهم الاستجابة.

(مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 174)

## المحاضرة السادسة

### الملاحظة (Observation):

تعد الملاحظة واحدة من أقدم وسائل جمع المعلومات حيث استخدمها الإنسان الأول في التعرف على الظواهر الطبيعية وغيرها من الظواهر، ثم انتقل استخدامها إلى العلوم بشكل عام وإلى العلوم الإنسانية والاجتماعية بشكل خاص.

**أولاً - مفهوم الملاحظة:** إن معنى ومفهوم الملاحظة هو أن يوجه الباحث حواسه وعقله إلى طائفة خاصة من الظواهر لكي يحاول الوقوف على صفاتها وخواصها سواء أكانت هذه الصفات والخواص شديدة الظهور أم خفية يحتاج الوقوف عليها إلى بعض الجهد.

- وحسب كارتر جود فهي " الوسيلة التي نحاول بها التحقق من السلوك الظاهري للأشخاص وذلك بمشاهدتهم بينما هم يعبرون عن أنفسهم في مختلف الظروف والمواقف التي اختيرت لتمثل ظروف الحياة العادية أو لتمثل مجموعة خاصة من العوامل. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 176)

كما تعرف بأنها عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف .

(ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم ، 2000، ط112)

ثانياً - أنواع الملاحظة: تقسم الملاحظة من حيث

1- من حيث درجة الضبط: إلى نوعين وهما:

أ- **الملاحظة البسيطة:** وتستخدم في الدراسات الاستكشافية حيث يلاحظ الباحث الظاهرة أو حالة دون أن يكون لديه مخطط مسبق لنوعية المعلومات أو الأهداف أو السلوك الذي سيخضعه للملاحظة.

أي ملاحظة الظواهر كما تحدث تلقائيا في ظروفها الطبيعية، دون إخضاعها للضبط العلمي.

ب- **الملاحظة المنظمة:** ويحدد الباحث الحوادث والمشاهدات والسلوكيات التي يريد أن يجمع عنها المعلومات، وبالتالي تكون المعلومات أكثر دقة وتحديدا عنه في الملاحظة البسيطة.

2- **من حيث دور الباحث :** وبدورها تنقسم إلى شكلين:

أ- **الملاحظة بالمشاركة :** وفيها يكون للباحث دور ايجابي وفعال ، بمعنى انه يقوم بنفس الدور ، ويشترك أفراد الدراسة في سلوكياتهم وممارساتهم المراد دراستها.مثال أن يعيش الباحث مع السجناء وكأنه سجين منهم دون أن يعرفوا ذلك .

ب- **الملاحظة من غير مشاركة :** وفيها يقوم الباحث بأخذ موقف أو مكان ويراقب منه الأحداث أو الظاهرة أو السلوك دون أن يشارك أفراد عينة الدراسة بالأدوار التي يقومون بها وقد يستخدم الكاميرا وخاصة الفيديو في هذا النوع من الملاحظات شريطة عدم معرفة المبحوثين بذلك.

(رحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم ، 2000 ، ص 115)

ثالثا - **الشروط الواجب إتباعها عند إتباع أسلوب الملاحظة :** ثمة مجموعة من الشروط المهمة وتنقسم إلى شروط موضوعية وشروط سيكولوجية :

1- **الشروط الموضوعية :** وتتمثل في استخدام الملاحظة وفق نظام خاص تحدد فيه الجوانب التي يراد ملاحظتها ، كذلك ينبغي أن تسجل المعلومات آنيا حتى لا ينسى الملاحظ ما يذكر ، كما ينبغي أن لا يتأثر بالانطباعات المسبقة أو يتأثر بالهالة.

2- **الشروط السيكولوجية :** يطرح فان دالين ( Van Dalen ) أربع عوامل سيكولوجية ، يحث الملاحظ على إتباعها حين يؤدي هذه المهمة وتتمثل في :

- **الانتباه :** ويعدده فان دالين شرطا مهما للملاحظة الناجحة ، حتى لا تفوت الملاحظ أية بادرة أو شيء عارض أو حتى ملامح تنضح في تصرفات الشخص الملاحظ.

- **سلامة حواس الملاحظ:** بحيث يستطيع أن يسمع ويرى بدقة كل ما يجري أمامه من أحداث.

-نضج عملية الإدراك لدى الملاحظ: حيث يتمثل ذلك في قدرته على تأويل كل ما يجري أمامه من أحداث.

- قدرة الملاحظ على التصور: بحيث يستطيع أن يرسم طريقة دقيقة لحالة الشخص الذي يلاحظه.(محمد الطيب و آخرون ، 2005، ص ص 217 -218 )

- أدوات تسجيل الملاحظة : تعددت أدوات تسجيل الملاحظة فهناك الكثير منها والتي يمكن أن تستخدم لتسجيل الملاحظات العلمية وكل منها يلائم غرضا معيناً ومن أشهرها :

1- بطاقة الملاحظة : هي عبارة عن قائمة تحتوي على جميع الجوانب التي يراد ملاحظتها بحيث يعبر عن كل جانب ببند أو فقرة للملاحظة والقياس تعبر عن السمة المراد قياسها وأمام كل فقرة بدائل تعبر عن ظهور السمة أو عدم ظهورها في وقت محدد ، يقوم الملاحظ بتأشير البديل الذي يعبر عن السمة التي تظهر أو عدد مرات ظهورها وقد يترك مجالا بين بند وآخر لإتاحة المجال للملاحظ كي يدون ملاحظاته عن السمة.

2- سلم التقييم: بموجب هذا النوع من الأدوات تعد أداة الملاحظة في صورة سلم تقدير عديدة أو لفظية وتتسم هذه الأداة بأنها تتطلب أحكاما أكثر دقة لقياس الفقرة أو البند، فهي لا تكتفي بظهور السمة أو عدم ظهورها وإنما تهتم بتحديد مستوياتها بموجب فئات تتدرج على سلم يمثل احد طرفيه انعدام وجود السمة التي يراد تقديرها، والطرف الثاني يمثل أعلى مستوى لوجودها وبين الطرفين مستويات تتدرج من المستوى الضعيف حتى المستوى الأكمل بمعنى أن ما بين طرفيها درجات متفاوتة متدرجة تمثل وجود السمة ، ومهمة الملاحظ هنا هي ملاحظة الفئة أو المستوى الذي تظهر فيه السمة والتأشير عليه ليعبر عن المستوى الذي توجد فيه السمة في الظاهرة التي تخضع للملاحظة. .

(محسن علي عطية، 2009، ص ص 235 - 238)

3- السجل الوصفي أو جدول الملاحظة : يستخدم عندما يراد تسجيل مظاهر سلوكية محددة يظهرها المفحوص في مواقف معينة ووصف هذه المظاهر ، والمواقف التي حدثت فيها مع ذكر الوقت والتاريخ الذي حدثت فيه . فالسجل الوصفي يتضمن معلومات أساسية عن المفحوص تنظم في جداول يحدد فيه اسم المفحوص وصفه ومرحلته والسلوك المستهدف بالملاحظة والتاريخ فضلا عن أعمدة يدرج فيه تكرار السلوك المستهدف وزمن ظهوره والمدة التي استغرقها ودرجته .

(محسن علي عطية، 2009، ص ص 235 - 236)

\* ومن الجدير بالذكر أن هناك أدوات تسجيل آلية يمكن أن تسجل السلوك المستهدف بدقة وتحفظ بالمعلومات التي يراد تسجيلها وتقدمها للباحث في الوقت الذي يشاء ومن مميزاتها أنها تمكن الباحث من تحليل السلوكيات أو الأنشطة المعقدة التي يبدونها المفحوص ومن هذه الأدوات أفلام الفيديو وأجهزة التسجيل المختلفة غير أن استخدامها قد يؤثر في نتائج البحث لأنها قد تجعل المفحوص يغير من سلوكه فيظهر على غير حقيقته. (محسن علي عطية، 2009، ص -238)

#### -خطوات الملاحظة:

- اختيار الموضوع وتحديده وفق أهداف واضحة ومحددة.
- تحديد الظروف المناسب لإجراء الملاحظة وذلك لان الموضوع يتأثر ويؤثر على الظروف الزماني والمكاني .
- تحديد نوع العلاقة المناسبة للموضوع .
- تحديد كيفية وأسلوب التسجيل.(مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص176)
- **مزايا الملاحظة:** للملاحظة مجموعة من المزايا نورد منها ما يلي:
  - تستخدم في البحوث التجريبية والمسحية وذلك عندما تهدف إلى جمع بيانات عن السلوك غير اللفظي.
  - تعتمد بدرجة كبيرة على حاضر الموقف وليس ماضيه، لان الباحث يلاحظ السلوك كما يحدث تماما، ويمكن أن يعطي ملاحظات دقيقة عن ملامح هذا السلوك.
  - يسجل سلوك المبحوث الذي يتم سلوكه وقت حدوثه مباشرة.
  - يمكن التعرف على بيانات قد لا يفكر فيها الباحث أثناء استخدام أساليب عملية المقابلة والاستفتاءات.
  - يساعد أسلوب الملاحظة الباحث في مهمته الخاصة بتجميع البيانات في مواقف سلوكية مثالية.(فاطمة عوض صابر ، 2002، ص 149)

- **عيوب الملاحظة:** مع ما يبق من مزايا إلا أن هناك بعض العيوب نوجزها فيما يلي :



- قد يعتمد المبحوثين عن قصد إلى إظهار انطباعات غير حقيقية للباحث وذلك عند معرفتهم أنهم تحت الملاحظة.

-تعتمد على الأشياء الحاضرة مما يجعلنا نجهل الماضي.

-معرضة للخطأ لاعتمادها على الحواس التي لا بد من الاستعانة بها حتى عند استخدام الآلات الدقيقة.

- إن النتائج التي نصل إليها عن طريق الملاحظة نتائج يغلب عليها الطابع الشخصي إلى حد كبير.

- أن هناك بعض موضوعات يصعب أو يتعذر ملاحظتها كما هي الحال فيما يختص بالخلافات العائلية. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 177)

## المحاضرة السابعة

### الاختبارات النفسية

-تعتبر الاختبارات النفسية من الأدوات المهمة في دراسة الحالة والتي تساعد المعالج أو الباحث عن الحصول على نتائج شكوكة من خلال تطبيقها على المفحوص.وقبل التطرق إليها نعرف الاختبار.

- **الاختبار ( test )** : امتحان مقنن يتكون من مشكلة يطلب من الشخص المفحوص حلها أو من عمل يقوم به أو من أسئلة يجيب عنها و يختلف الاختبار عن الاستبيان في انه يكلف المفحوص عادة القيام بعمل ، ثم تقدر النتيجة على أساس مقدار ما أنجزه ، أو درجة صعوبته أو ما استغرق من وقت في أدائه.(فتحي محمد مرسي ، 2010 ، ص 215)

- **الاختبارات النفسية : ( les test psychologiques )** :يعرف الاختبار في قاموس علم النفس انه أسلوب علمي روتيني ، يسمح بدراسة سمة شخصية أو أكثر لا يمكن تحديدها تجريبيا وذلك بهدف الحصول على إيضاح قابل للتكميم .(بوسنة ، ص 19)

وحسب بيرون ( Piéron ) 1968 فالاختبار امتحان ينطوي على إتمام مهمة ، متطابقة لجميع الأشخاص المفحوصين ، مع أسلوب محدد لتقييم النجاح أو الفشل أو لتتقيط الأداء بالأرقام (Jean.A.Randal, 2003, p40).

إلا أن هناك بعض التعريفات للاختبار النفسي:

يعرفها **بيشو** " على أنها وضعية تجريبية يراد بها قياس سلوك المفحوص وإعطاؤه قيمته أو درجة معينة

-ورد في قاموس انجلش و انجلش (English & English,1958) بان الاختبار النفسي هو " مجموعة الظروف المقننة أو المضبوطة تقدم بنظام معين للحصول على عينة ممثلة للسلوك ، في ظروف أو متطلبات بيئية معينة ، أو في مواجهة تحديات تتطلب أقصى جهد أو طاقة ، وغالبا ما تأخذ هذه الظروف أو التحديات شكل الأسئلة اللفظية".(بشير معمري ،2002،ص106)

فالاختبارات النفسية أداة مضمونة، لأنها عملية مقننة ولها صدقها وثباتها وتعطيك معلومات بالدرجات تعكس قدرات الشخص.

تستخدم هذه الاختبارات لقياس جوانب الشخصية التكيفية ، وأنواع الصراعات التي يعاني منها الأفراد (عماد عبد الرحيم زغلول ، 2006، ص 54).

تقسم الاختبارات النفسية إلى:

1\_ الاختبارات النفسية الخاصة بالوظائف العقلية والذهنية كالذكاء، القدرات اللفظية، الاستعدادات، الميول، الاتجاهات والقيم.

2- الاختبارات النفسية الشخصية: والتي تنقسم إلى:

- الاختبارات الإسقاطية : إن مصطلح اختبار إسقاطي يرجع إلى لورانس فرانك (L.Frank) 1939 وهو وصف لبعض المباحث الداخلية (المقاربات) غير المباشرة في دراسة الشخصية ، التي تهدف إلى الوصول بالفرد إلى أن يقدم تقييما لصفاته دون أن ينتبه إلى انه يقوم بذلك.

لقد استخدم فرويد مصطلح إسقاط ليبين الاولية الدفاعية التي بها تلف الأفكار والمشاعر غير المقبولة من الذات إلى العالم الخارجي .

يقترَب كل اختبار إسقاطي من الشخص بطريقة غير مباشرة ، ففي الاختبار الإسقاطي لا يمتحن الشخص مباشرة بالسؤال عن نفسه وإنما يطلب منه أن يستجيب للمثير مما يترأى له من أفكار ومشاعر وما يدركه في هذا وفي هذه الطريقة ، فان ما يكشف الشخص عنه يكون اقرب إلى الحقيقة مما يقدمه مباشرة ، وبالتالي فالفرد يستجيب للمادة غير المشكلة التي تعرض عليه بطريقة عفوية دون أية تأثير بإرادته إلى حد بعيد . والفرد حين يستجيب فانه يتداعى بأفكاره ، ويسقط من مشاعره ورغباته وانفعالاته اللاواعية ويكشف عن كل ذلك بطريقة ما في المادة المعروضة أمامه .(ص 78)

ومن بين الاختبارات الإسقاطية نجد : اختبار تفهم الموضوع ، اختبار القدم السوداء ....الخ

- الاختبارات الموضوعية: تعني الموضوعية الابتعاد عن الأهواء والميول الذاتية، والأغراض الشخصية للفاحص. وتعني في مجال القياس النفسي ، أن السلوك يمكن ملاحظته مباشرة ويمكن قياسه . كما تعني أن إجراءات تطبيق الاختبار أي تعليماته وإجراءات الإجابة عن بنوده وإجراءات تصحيحه واحدة . فالموضوعية إذن تعني أن إجراءات القياس كلها تتم مستقلة عن تدخل الفاحص في جميع إجراءاته .(بشير معمري ، 2002،ص126)

ومن بين الاختبارات الموضوعية نجد : سلم هاملتون لتقدير القلق و سلم بيك للاكتئاب ...الخ

- **أهمية الاختبارات النفسية:** من العلماء من يرى في الاختبار أداة تقييم وتشخيص، لا تخلو من قصور وعيوب. في مقابل ذلك هناك حركة معارضة شديدة تحذر من كثرة الاعتماد على الاختبارات . رغم الاعتراض القائم على تطرف بعض العلماء القياس في أولوية الاختبارات، إلا أن هناك شبه اتفاق بين الأخصائيين الإكلينكيين والأطباء النفسانيين وعلماء القياس، على أن الاختبار دون شك هو وسيلة ذات قيمة كبيرة في عمليات التشخيص والتوجيه والإرشاد.

تعد الاختبارات حسب أنجرس (Angers) وسائل قياس، تستعمل غالبا في التجريب. إنها تسمح بالتعرف على مجموعة من الصفات تخص أفراد التجربة. يمكن الاستفادة من الاختبارات إذا أحسن استخدامها، ووضعت حولها ضوابط وأمكن معرفة معايير ثباتها وصدقها ودلالاتها الإكلينكية، بالإضافة إلى حدودها التي لا يمكن تجاوزها بحكم طبيعتها أو طبيعة القدرات التي تقيسها.

(بوسنة، ب س ،ص19) لقد سارت الاختبارات في تسلسل تاريخي متعاقب ، منها ما يرتبط بصميم التشخيص الإكلينيكي وعملياته وقد بدا العالمان **بينييه وسيمون ( Binet et Simon )** بأول محاولة رائدة في وضع اختبار لطلبة المدارس الابتدائية ، نتيجة لوجود أطفال متخلفين عقليا . ابتكر بينيه فكرة العمر العقلي إدراكا منه أن المشكلة لا بد أن تواجه بطريقة تختلف عن مفهوم الإثارة والاستجابة السلوكية، فهو يرى انه يجب قياس أوجه النشاط المعقد مثل إتباع مجموعة من التوجيهات وحل المشكلات واستخدام الكلمات بطريقة سليمة. أما **اختبار الرورشاخ** فجاء نتيجة لاستبصار الطبيب النفسي هيرمان رورشاخ بما أورده المرضى النفسانيين عما توحى لهم بقع الحبر العشر . وحين يواجه الفرد موقفا غامضا غير واضح ، سوف يستجيب وفقا لحاجاته الداخلية واتجاهاته ، وأسلوبه وإدراكه للعالم .

أما اختبار **مينسوتا (MMPI)** في منتصف العقد الرابع للقرن العشرين على يد كل من **هاتاوي و ماكنلي** ، حيث تضمن مقاييس عديدة منها مقياس توهم المرض ، الانقباض ، الهستيريا ، الانحراف السيكوباتي ، البارانونيا وغيرها . وقد وضع تصحيح هذا الاختبار على أساس يختلف عن باقي الاختبارات الشخصية ، حيث استخدمت فيه الطريقة الامبريقية عن طريق اختيار البنود أو الأسئلة التي تميز بين الأسوياء والغير أسوياء.(عطوف محمود ياسين، 1994، ص ص448-449)

أما اختبار تفهم الموضوع TAT فهو مجموعة صور على شكل لوحات عددها 31 لوحة تحتوي كل واحدة منها على موضوع، وتعرض على العميل ليؤلف حولها قصة تعكس احتياجاته والضغوط المحيطة.

وفي الأخير بعد تطرقنا لأدوات دراسة الحالة وقد ركزنا على أهم الأدوات استخداما في الدراسات الإكلينيكية من مقابلة وملاحظة واختبارات. إلا انه توجد مصادر أخرى للحصول على المعلومات في دراسة الحالة منها:

- **السجلات الرسمية:** وثائق رسمية، شهادات وتقارير رسمية كالوثائق الدراسية، الوظيفية، التعليمية...الخ

- **الوثائق الشخصية:** قد تكون كتابات خاصة، رسائل، هويات...الخ

## المحاضرة الثامنة:

### عوامل التنبؤ في دراسة الحالة

في البداية لا بد من الإشارة انه من الصعب فصل التنبؤ عن كل التشخيص والعلاج، ويهدف التنبؤ إلى تقدير احتمالات تطور المرض أو المشكلة ومدى الاستجابة لعلاج معين. وفيما يلي أهم العوامل التي يفيد فحصها في عملية التنبؤ عن تطور المرض وتقرير نوع العلاج.

**1- الحالة الجسمية :** قد تكون الحالة الجسمية عاملا في تقرير الحدود التي يمكن أن تصل إليها المحاولات العلاجية ، ولذلك فإن إجراء فحص طبي قد يكون ضروريا لتقرير إمكان وجود اضطراب عضوي ومدى و نوع تأثيره في المرض ، وحتى في الحالات التي لا تؤثر فيها العوامل العضوية تأثيرا مباشرا في الحالة العقلية ، فإن سوء الحالة الجسمية أو أزماتها قد تشكل عائقا خطيرا في تقدم العلاج النفسي .

**2- بيئة المريض :** قد تكون التعديلات الممكن إحداثها في بيئة المريض من العوامل الهامة التي تحد من تأثير العلاج وذلك إذا اضطر المريض للمعيشة في بيئة لا يشعر فيها بالأمن ، وإذا لم يكن هناك طريق لتحسين العلاقات العائلية أو الزواج غير الموفق أو تحسن علاقات العمل ، وبينما قد يكون من الممكن إحداث بعض التغيير في أولئك الذين يتعين على العميل العيش معهم ، إلا إن إحداث التغيير في البيئة كلها يكون عادة أمر متعذرا ، وفي هذه الحالات تكون الدلالات التنبؤية سيئة ، وبخاصة إذا كان لهذه المتغيرات التنبؤية دورها في نشأة وتطور المرض أو المشكلة.

**3- عمر المريض :** وله أهميته في تقرير إمكانيات العلاج ، وقد وجد في العلاج عن طريق التحليل النفسي الكلاسيكي أن المرضى بعد أواخر الأربعين لا يستجيبون استجابة طبية للعلاج ، وذلك لان الطريقة تتطلب الرجوع إلى الماضي البعيد ، وعلى ذلك يتسع مدى ما يتعين فحصه من مادة سيكولوجية . وفي كل طرق العلاج يتطلب الأمر تغييرا وتعلما جديدين ، وحيث أن الشباب وصغار الراشدين يسهل عليهم إحداث التغيير وتعلم الجديد ، فإن صغر السن من العوامل التي تحسن التنبؤ ، ولا يعني هذا أن كبار السن من الناس يتعذر علاجهم ، ولكنه يعني فقط أن التنبؤ يكون أحسن لمن هم اصغر سنا حيث أنهم أكثر قابلية للتغيير .

**4- الذكاء والتعليم :** يجب أن ندخل في اعتبارنا ذكاء المريض وتعليمه في تقييمنا قابليته للعلاج ، ولا يعني ذلك انه كلما ارتفع الذكاء والمستوى التعليمي تحسن التنبؤ ، إلا انه بالنظر إلى أن الكثير من العلاج يتضمن استخدام اللغة ، فان ادني حد من القدرة على استعمال اللغة والاستجابة لها يكون ضروريا

**5- القابلية للموائمة :** وهي تتضمن دراسة الطرق التي يجابه المريض بها المواقف الجديدة في الحياة ،ويمكن استقراء درجة هذه القابلية من استقراء تاريخ حياته ، وبخاصة استجابته لواقف مثل الفطام ، والخبرات المدرسية الأولى والبلوغ ، والانتقال إلى جيرة جديدة ، وخبرات العمل الأولى والوفيات في العائلة ، والخبرات الجنسية والزواج ... الخ وعن طريق هذه الدراسة يمكن تقييم قدرة الأنا على التكامل .

**6- ظروف الاضطراب :** إذا تركز الصراع الذي يواجهه الفرد في مجال واحد فان فرصته للاستفادة من العلاج تكون أحسن من الفرصة المتاحة لغيره ، كما انه من المهم معرفة الظروف التي نشأ فيها الاضطراب ومداه ودرجة التكيف الناجح في أوقات الصحة ، فان المريض الذي يبدأ اضطرابه في مرحلة مبكرة ، ويلزمه هذا الاضطراب بصورة مستمرة ، يغلب أن تتكون لديه عادات وأساليب استجابية يصعب تغييرها.

**7- قوة الدافع لطلب العلاج :** يكون التنبؤ أحسن في حالة المريض الذي يتوفر لديه دافع قوي لتحسين حالته ، فينشد العلاج بنفسه بدلا من أن يدفع إلى ذلك دفعا ، وبالمثل فان الاستعداد والعزم والتضحية للحصول على العلاج يكون علامة تنبؤية طيبة.(خالد عبد الرزاق النجار،2008،ص52 )

## المحاضرة التاسعة

### محتويات دراسة الحالة

إن جوهر تقرير الحالة يجب أن يتضمن وصفا وتحليلا للمشكلة التي صممت أو أجريت الدراسة من أجلها ، فضلا عن التوصيات المقترحة بناء على تحليل الحالة ولا يتأتى ذلك إلا من خلال خلفية علمية واسعة تشمل على المعلومات الهامة والاعتبارات لمثل هذه القضايا الرئيسية وهي معلومات علمية واعتبارات مهنية وتقنية ومنهجية ، ينبغي توافرها في تقارير الحالة عند الدراسة النفسية للحالات الفردية .  
ومن هذه المعلومات الجوهرية مايلي:

**1- الهوية الشخصية:** ويقصد بها كينونة الفرد موضع الدراسة، ويتضمن ذلك بيانات عن: اسمه وعنوانه وعمره وجنسه وهيئته الطبيعية.

**2- تاريخ حياة الحالة:** وظروفها الحالية، وتوجهاتها، والتوقعات المستقبلية لها، بما في ذلك توضيح لأهم النشاطات الروتينية والممتلكات المادية والصحة الجسمية العامة، والأحداث الهامة في حياة الحالة.

**3- الصفات والخصائص النفسية المميزة للحالة:** الاستجابات، والدوافع والاتجاهات، والانفعالات والقدرات والاستعدادات والقيم الدينية والخلقية، والشمائل والمآثر والمبادئ التي يعتنقها الشخص وتقوم بدور في تشكيل سلوكه وصورته عن ذاته.

**4- الحياة الاجتماعية للحالة:** أي الوضع الاجتماعي والمدني للشخص ودوره ومكانته، وعلاقته الاجتماعية بمحيطه وبيئته، مع توضيح رؤية المفحوص لمعاني الولاء والوفاء والانتماء والإخلاص لأسرته وعشيرته ومجتمعه.

**5- الوصف الدقيق لطبيعة ونوع العلاقات المتبادلة بين الباحث والمبحوث و رسم صورة واقعية واضحة لحدود هذه العلاقة.**

**6- نسق القيم لدى المبحوث وكذلك الأحكام القيمية التي توجه سلوكه وتهيمن على تصرفاته.**

**7- الاتفاق بين الباحث والمبحوث عن أهم المشكلات الرئيسية التي يجب عرضها لتكون موضع الاهتمام في البحث وتوضيح الأهداف المنشودة وتحديد الزمن اللازم لدراسة الحالة.**



**8- التفسير التفصيلي للشواهد والأدلة والبراهين التي تصف وتحلل القضايا الخاصة بالحالة والتوثيق المرجعي لها ، وإثبات الحجج القائمة عليها.**

**9- يجب عدم الإسراف في استخدام المصطلحات الفنية المعقدة والاختصار على المصطلحات العلمية والمهنية التي تستخدم لمزيد من التوضيح في تمثيل القضايا الرئيسية للحالة، ويسهم في وصفها وصفا شاملا ودقيقا.**

**10- لا بد أن يتسق عرض نتائج دراسة الحالة وكذلك التوصيات والحلول المقترحة والاستنتاج الختامي، مع المقدمات التي ظهرت في الدراسة، وذلك للبرهنة على الاطراد القائم على الاستقراء الذي تبرزه الخبرة الحسية.**

**11- إذا كان تقرير الحالة كبيرا جدا فانه يستحسن أن يذيل بالملاحق والملخصات والمذكرات والمراجعات ، للاطلاع عليها عند الضرورة.**

**12- لا بد من التأكد من مراجعة الأدلة والبراهين المتمثلة في القضايا الرئيسية للحالة، ومطابقتها على النتائج المستخلصة وتوضيح علاقتها بالتوصيات المقترحة.**

**13- من الضروري أن يتضمن تقرير الحالة بيانا بالطرق والمناهج والأساليب والأدوات المستخدمة في إجراء الدراسة وكذا مذكرة عن بيئة الحالة ( الظروف المحيطة بها ، والأوضاع والظروف الاجتماعية التي تسببت في وصول الحالة إلى ما هي عليه ، كذا العوامل المؤثرة على مستقبلها) بالإضافة إلى أي تحفظات أو احتياطات ، أو مضامين ، أو تعليقات ، تبدو مناسبة أو ملائمة في تقرير ووصف الحالة.**

**14- يجب أن تقدم خلاصة الدراسة بيانا مختصرا ومبسطا عما تدور حوله دراسة الحالة.**

**15- كما يجب أن يشتمل ملخص الدراسة على تقرير مختصر عن المشكلة والمناهج المستخدمة في بحثها، واهم نتائج الدراسة والتوصيات والتنبؤات، وذلك بتوضيح الحقائق ومحاولة الاستفادة منها بأكبر درجة ممكنة.**

**16- وأخيرا ذيل الدراسة بالشكر لمن أسهم فيها، ويقائمة المراجع والمصادر المستخدمة في جمع البيانات.(عبد الفتاح محمد دويدار ، 1999، ص 116-117)**

- خطوات دراسة الحالة : يمر منهج دراسة الحالة بالخطوات الآتية :

- أ- تحديد الحالة التي يراد دراستها من جميع أبعادها، ومراعاة أهميتها وجدوى البحث فيها.
- ب- مراجعة الأدبيات التي تناولت الحالة للحصول على المعلومات النظرية التي تعين الباحث على فهم الحالة ، واستيعاب الأسس العامة والأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى ظهور مثل هذه الحالة.
- ج- تحديد الأسلوب أو النمط الذي تدرس به الحالة فهناك حالات ذات نمط إكلينيكي ، عيادي تشخيصي وهناك حالات ذات نمط تاريخي مسحي ولكل من النمطين أدواته في جمع المعلومات عن الحالة.
- د- بناء أداة جمع المعلومات أو مايسمى بطاقة الحالة التي تستخدم من الباحث للحصول على المعلومات المتعلقة بجميع المتغيرات التي يمكن أن تشكل الحالة ، وغالبا ما تتضمن هذه البطاقة :
  - معلومات عامة عن المبحوث .
  - تحديد الحالة.
  - تاريخ ظهورها، وما تعرضت له من معالجات.
  - معلومات عن البيئة التي ظهرت فيه الحالة بأبعادها المادية والبشرية أو الاجتماعية.
  - تطورات الحالة.
  - العلاقة بين الحالة ومتغيرات الواقع البيئي .
  - التشخيص.
  - التوصيات.
- هـ -تطبيق الأداة أو بطاقة الحالة من الباحث في الوقت والمكان الملائمين والطريقة الملائمة التي تضمن الحصول على بيانات حقيقية يمكن الاعتماد عليها في دراسة الحالة.
- و- تبويب المعلومات التي تم جمعها بطريقة تساعد الباحث على بلورة الأفكار التي تفسر المشكلة وتحديد أبعادها ونشأتها في ضوء البيانات التي تم جمعها.

ز- صياغة التقرير النهائي الذي ينبغي أن تتضمن وصفا للحالة، وأبعادها وظروف نشأتها وتطورها والأسباب التي تقف خلفها. (محسن علي عطية، 2009، ص ص 167- 168 )

أما بالنسبة لخطوات دراسة حالة عيادية فان خطواتها تتمثل في :

- تحديد موضوع البحث.

- اختيار الحالات.

- جمع المعطيات.

- معالجة المعطيات.

- تأويل المعطيات.

- استخلاص النتائج. ( Samacher .R& al,2005,p6 )

## محاضرة العاشرة

### نماذج من دراسة الحالة

هناك نماذج متعددة لدراسة الحالة، تختلف حسب الحالة المدروسة وحسب أهداف الدراسة فهي لا تعدو أن تكون مجرد دليل يستعان به وهو قابل للتعديل حسب الحالة المعنية ، وهذا النموذج اعد أصلا لدراسة حالات الراشدين وبخاصة من الذهانيين والعصابيين ، إلا أن الكثير من فقراته يصلح الاستخدام في مجالات الأخرى مثل حالات الأطفال والجانحين وغيرهم وفيما يلي نموذجين مختلفين لدراسة الحالة.

#### النموذج الأول: حسب فيصل عباس:

حسب فيصل عباس فان دراسة الحالة هي دراسة فرد سوي أو مريض. فمن خلالها نصل إلى فهم الإنسان والوصول إلى تعميم النتائج، وفي دراسة الحالة نعتمد على التاريخ الفردي للشخص.

#### 1- صفحة المعلومات الشخصية :

- الاسم:.....

-العنوان:.....

- العمر:.....

- الجنس:.....

- المستوى التعليمي:.....، العمل:.....

- المظهر العام :..أنيق ( ) ، مهمل ( )

2- المشكلة أو الشكوى: أ - نوعها: خوف.....، قلق .....

- بدايتها:.....

- خطورتها: .....

- تكرارها:.....

ب- محاولات الدراسة والعلاج السابقة:.....

ج- موقف المريض من المشكلة، أو من الشكوى.....

- موقف الأهل .....، المعلمين.....، الأصدقاء أو الأشخاص المحيطين به.....

\*كل علاج إفرادي غير مضمون استمراره إذا لم يطل علاج البيئة التي يعيش فيها الفرد.

### 3- الوضع الاجتماعي للعائلة :

- إن الحصول على معلومات عن العائلة من شأنها ان تلقي الضوء على العوامل المؤثرة في الفرد اجتماعيا و عائليا.

- عدد الأولاد .....

- الطبقة الاجتماعية للفرد والعائلة .....

- الثقافة .....

### 4- الوضع الصحي :

- نتائج الفحوصات الطبية .....

- الأمراض التي مر بها .....

- خصائص النمو وتطوره .....

- الصحة العامة للفرد ....., موقفه من وضعه الصحي .....

5- نتائج الاختبارات النفسية، والشخصية.....

### 6- التطور التعليمي والتحصيلي :

- موقف الفرد من المدرسة .....

- موقفه من معلميه .....

- موقف الفرد من الدراسة والمواد الدراسية .....

- مدى النجاح.....أو الفشل.....

- القدرات الخاصة.....، نواحي التفوق أو القصور.....( الرسم، الموسيقى، الرياضة، أعمال يدوية.....). (فيصل عباس، 1997، ص ص 20 - 21)

## 2- النموذج الثاني:

- البيانات المميزة: الاسم: ....., العمر:.....، العنوان: .....

الحالة الاجتماعية.....، العمل.....

- الشكوى : إما من المريض أو من احد أقربائه ، إن كان قاصرا أو غير مستبصر بمرضه ، خاصة في حالات الذهان .

-تاريخ المريض: ويؤخذ تطور الأعراض والعلامات منذ بدء المرض بالتفصيلات اللازمة بالتوقيت الزمني المرتب مع مراحل العلاج المختلفة.

- التاريخ العائلي : الأب ....., السن.....، أو سبب الوفاة .....

وشخصيته وعمله.....، وعلاقته مع أطفاله .....

- الأم : دراسة تفصيلية لشخصيتها وعلاقتها .

- الإخوة والأخوات : العدد ....., علاقاتهم الشخصية فيما بينهم ....., اعمالهم .....

أمراضهم ....., وعامل المنافسة .....

- الحالة الاجتماعية للعائلة: مكان وازدحام السكن.....، القدرة المادية ....., علاقة الأب بالأم

مناخ وتأثير الجو العائلي ....., تعدد الزوجات و الطلاق .....

6- **أمراض عائلية** : يجب الاستفهام عن أي مرض عصابي أو ذهاني أو عصبي ، أو صرع أو اضطرابات الشخصية بين أفراد العائلة ، ويجب الحرص والمجاملة في السؤال عن هذه الأمراض ، حتى لا يتعرض المريض لصدمة السلوك في قواه العقلية .

- **التاريخ الشخصي** : مكان الولادة .....، حالة الأم أثناء الحمل .....، طبيعة ومضاعفات الولادة .....، أي عقاقير أثناء الحمل .....، الرضاعة الطبيعية أم لا .....، تطور الطفل ووقت ابتسامته .....، جلوسه .....، وسيره .....، والتسنين .....، والبدء في الكلام .....  
والتحكم في التبرز والتبول .....، واهتمامه بنظافته .....

- **أعراض عصبية في الطفولة** : كالقزح الليلي .....، الجوال الليلي .....، شدة الانفعالية .....  
التبول الليلي .....، مص الإبهام .....، قضم الاضافر .....، التلعثم .....  
طقوس حركية .....، أو أن يكون الطفل وديعا مثاليا ، سلبيا.

- **صحة الطفل الجسمية** : من أمراض معدية .....، الحميات .....، النوبات الصرعية .....  
رغبة في اللعب مع اقرانه الأطفال .....

- **المدرسة** : درجة تحصيله الدراسي والمستوى الذي وصل إليه .....، سبب تركه المدرسة ...  
مع الإلمام بهواياته وعلاقاته مع زملائه في المدرسة ، ثم بالطبع الأسئلة نفسها بالنسبة للجامعة .

- **العمل** : السن التي بدا في أثناءه العمل ، ونوع الأعمال وسبب هجرته أو تغييره لها ومدى رضائه عن عمله ، وطموحه والناحية المادية في العمل وعلاقته مع زملائه.

- **الجنس** : سن البلوغ أو بدء الدورة الشهرية والآلام المصاحبة لها ، المعلومات والثقافة الجنسية ، ممارسة العادة السرية وما يصاحبها من الشعور بالإثم ، وممارسة أي نشاط جنسي آخر ، العلاقة مع الجنس الآخر ومدى نجاحها وتأثير ذلك على الفرد ..... الخ

- **الزواج**: مدته .....، المعرفة قبل الزواج .....، مدة الخطوبة .....، عمر الزوج والزوجة ..

مدى توافقهما العاطفي والجنسي ، عدد مرات الجماع الجنسي ودرجة الإثباع .....، البرود الجنسي ، استعمال أي وسائل لمنع الحمل...الخ

- العادات : الخمر ، مخدرات ، السجائر والكمية .

- التاريخ المرضي السابق : أي أمراض جسمية أو نفسية أو عمليات جراحية سابقة وكيفية علاجه .

- الشخصية قبل المرض :

- العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء وفي العمل، النشاط الفكري والهوايات : نوع الكتب أو الأفلام أو المسرحيات التي يشاهدها .

المزاج والتفاؤل والتشاؤم، القلق والتذبذب الانفعالي مع معرفة سلوكه من الغيرة، واشك والأناذية والعناد ، الصلابة والمرونة والخجل ، التحفظ...الخ مع القيم الأخلاقية والمعايير الدينية وطموحه مع أحلام اليقظة، وعاداته في الأكل والنوم...الخ ، لأنه أحيانا ما تتغير الشخصية تماما بعد المرض وان لم نسال عن طبيعتها قبل ذلك ، فيحتمل أن ينظر إليها نظرة سوية ، ولكن اختلاف الشخصية المفاجئ يدل على اضطراب مرضي واضح .

- الفحص الجسدي : أجهزة الجسم المختلفة ، الجهاز العصبي ، البطني ، الصدري ، القلبي ، ضغط الدم ...

- الفحص النفسي والعقلي:

1- السلوك : وصفه ، إهماله لذاته ، الخجل ، القلق ، الاستثارة ، الهبوط ، الحركات اللاإرادية ، علاقته مع المرضى الآخرين والأطباء...الخ

2- الكلام : يتكلم كثيرا أو قليلا ، يجاوب بلا أو نعم أو ينطق في الحديث دون توقف ، ترابط الكلام ام تطايره من موضوع لآخر ، السرعة أو البطء في الكلام .

3- المزاج : قلق ، مكتئب ، منبسط ، متبذل ، متجمد ....

4- التفكير : محتوى ، التعبير ، ومجرى التفكير ، والتحكم فيه وقدرته على وصف أعراضه ، وترتيب وتنسيق أفكاره ، وإمكانية التفكير التجريدي ، تفكك أو ترابط التفكير .



5- الضلالات : اعتقادات خاطئة اضطهادية أو عظمة ، أو تلميح أو تأثير أو توهم ....

6- الهلاوس والخداع : ادراكات بصرية أو سمعية أو حسية بدون وجود مؤثر .

7- الظواهر القهرية : من أفكار وصور واندفاعات والمخاوف والطقوس الحركية والتي يعرف المريض تفاهتها ، ويحاول المقاومة دون جدوى حيث تتغلب عليه قهريا .

8- التعرف للزمان والمكان .

9- الذاكرة : بالنسبة لأحداث القريبة التي تشير إلى مرض عضوي في المخ أو الأحداث البعيدة ويستحسن أن تقص على المريض قصة بسيطة ، ثم تطلب إعادتها أثناء أو بعد الفحص .

10- الانتباه والتركيز: خاصة في تشويش الوعي ، ويمكن سؤاله أن يعد الأيام بعكس ترتيبها ، أو يطرح 7 من 100 وهكذا بالعكس .

- الاستبصار : وهو اقتناع المريض بمرضه ورغبته في العلاج أو يقينه بأنه ليس مريضا ، إذ أن بعض مرضى الذهان ، ينفون إصابتهم بأي مرض ، بل ويتهمون الآخرين بالإصابة العقلية ، ومن ثم يرفضون العلاج ، وهنا يكون المريض غير مستبصر بمرضه ، وقد يحتاج الحجز للعلاج .(احمد عكاشة ، طارق عكاشة، 2010، ص 111-112)

- الاختبارات السيكولوجية التشخيصية

- الصياغة التشخيصية .

- مزايا دراسة الحالة :

- تساعد العميل على فهم نفسه بصورة أوضح .

- تفيد في التنبؤ وبخاصة بحالة فهم الحاضر .

- تعد من الأساليب والوسائل الشاملة لجمع المعلومات وتعطي صورة أوضح للشخصية.

- لها العديد من الفوائد الإكلينيكية لأنه يحدث خلالها نوع من التنفيس الانفعالي ، وإعادة تنظيم الخبرات و المشاعر والأفكار وتكوين استبصار جديد للمشكلة . (سالم حمود صالح الحراحشة ، 2012 ، ص128)

- عيوب دراسة الحالة :

- 1- تستغرق وقتا طويلا مما قد يؤخر تقديم المساعدة في موعدها المناسب .
- 2- إذا لم يحدث تجميع وتنظيم وتلخيص ماهر للمعلومات فإنها تصبح عبارة عن كم من المعلومات عديمة المعنى.(سالم حمود صالح الحراحشة ، 2012 ، ص128)
- 3- قد لا تعتبر هذه الطريقة عملية بشكل كامل، إذا ما أدخلنا عنصر الذاتية والحكم الشخصي فيها، أو كان بالأساس موجودا في اختيار الحالة، أو في تجميع البيانات اللازمة لهذه الدراسة وتحليلها وتفسيرها.(عامر قنديلجي ، 1999 ، ص 113)

## المحاضرة الحادية عشرة

### نموذج تطبيقي لدراسة الحالة

#### - عرض حالة 1:

- (م) امرأة تبلغ من العمر 47 سنة ، متزوجة ولديها بنتين ، البكر عمرها 16 سنة والثانية 14 سنة تحتل المرتبة الأخيرة من بين ذكرين ، المستوى الدراسي السنة الرابعة ابتدائي ، الوالدة متوفية ، توفيت عندما كانت (م) تبلغ من العمر 14 سنة ، والوالد على قيد الحياة متزوج وليس لديه أبناء من الزوجة الثانية ، تزوجت (م) زواج تقليدي في عمر 30 سنة ، مأكثة بالبيت زوجها بناء ، جاءت (م) للفحص النفسي عن طريق توجيه من طرف مختص في أمراض القلب .

تشكو (م) من حالة خوف وانزعاج شديد مصاحبة بتزايد خفقان القلب وارتعاش وتعرق وإحساس بالاختناق وضيق الصدر والشعور بالإغماء والخوف من الموت وتبلغ هذه الأعراض ذروتها خلال 10 دقائق ، حيث تتكرر هذه الأعراض عند (م) بصورة فجائية وغير متوقعة منذ سنتين ، كما تذكر انه بعد انتهاء هذه الحالة في كل مرة تشعر بقلق مستمر حول إمكانية حدوثها مرة أخرى وخوف من توقف قلبها ، ولقد بينت المقابلات العيادية التي أجريت مع (م) أنها لا تعاني من أي مرض عضوي ولا يوجد أي اضطراب على مستوى الغدد ، كما أنها لا تتناول أي دواء أو عقاقير مخدرة كما أن الحالة لا تقترن برهاب المساحات وليست استجابة لواقف رهابية أو وسواسية أو صدمية أو مقترنة باضطراب قلق الانفصال ، مع عدم وجود أي حالة مشابهة لدى أفراد العائلة . أما عن الحياة الاجتماعية ل (م) فهي فقيرة ليست لديها صديقات، فحياتها كلها مسخرة لبنتيها بالدرجة الأولى وزوجها، أما علاقتها بزوجها فهي كما تصفها فهي عادية.

أظهرت (م) حيرة شديدة حول حالتها وخوف من عدم شفائها ، تقول ( أنها في بداية الأمر كانت تظن أنها مصابة بمرض القلب ولكن الفحوصات أكدت سلامة قلبها ، في كل مرة تصرا لي هاذ الحالة نقول ذرك يحبس قلبي ونموت نخم في بناتي كيفاه يصرالهم بعدي ، تجي مرة باباهم ودير فيهم كيما دارت فيا مرت بابا ويعيشوا حياة مرة وقاسية ) وتضيف (م) {حسب واش راني نشوف خايفة مانرتاحش هاذو عامين وأنا نجري من طبيب لطبيب ، الطببة الكل يقولولي لاباس عليك ، لازملك طبيب نفسي ، زعمة الطبيب النفسي ايرتحنني ، ماضنيتش حالتي صعيبية وقليلة راح نموت في نفس العمر الوالدة ماتت عمرها 47 سنة

كيما أنا ، حتى هي مافهموش مرضها بقات تجري من طبيب لطبيب حتى ماتت { ، كما تقول أن ابنتيها تظهران قلق شديد واهتمام متزايد بها في كل مرة تحدث لها هذه الحالة.

-السؤال: قم بدراسة الحالة ؟

-أولا - المعطيات البيوغرافية :

- السن : 47 سنة .

- الجنس : أنثى .

-- الحالة المدنية : متزوجة .

- الرتبة : الأخيرة.

- الأبناء : بنتين (الكبرى 16 سنة ، الصغرى 14 سنة )

- المستوى الدراسي: الرابعة ابتدائي.

- عدد الإخوة: 2 ذكراين .

- المهنة: مائكة بالبيت .

- مهنة الزوج: بناء.

- السوابق الشخصية والعائلية :

- موت والدتها نتيجة مرض غير محدد، غير ذلك لا شيء يذكر.

- الأعراض والدلائل الإكلينيكية: - حالة خوف وانزعاج شديد مصاحب ب :

- تزايد خفقان القلب

- ارتعاش .

-تعرق

- إحساس بالاختناق وضيق الصدر .
- الشعور بالإغماء.
- الخوف من الموت.
- تبلغ هذه الأعراض ذروتها خلال 10 دقائق.
- تتكرر هذه الأعراض عند (م) بصورة فجائية وغير متوقعة منذ سنتين .
- بعد انتهاء هذه الحالة في كل مرة تشعر (م) بقلق مستمر حول إمكانية حدوثها مرة أخرى وخوف من توقف قلبها.
- لا تعاني من أي مرض عضوي ولا يوجد أي اضطراب على مستوى الغدد.
- لا تتناول (م) أي دواء أو عقاقير مخدرة.
- الحالة لا تقترب من الهلج المساحات وليست استجابة لواقف رهابية أو وسواسية أو صدمية أو مقترنة باضطراب قلق الانفصال.
- **التشخيص :** اضطراب الهلع بدون رهاب الساج.
- **التنبؤ:** من المحتمل ان تقاوم الحالة العلاج مع احتمال تطور الاضطراب وهذا بسبب مايلي :
- **السن :** 47 سنة كل مازاد عمر العميل ، زادت مقاومته للعلاج بالإضافة إلى ظهور الاضطراب في سن 45. وحسب مدرسة التحليل النفسي كلما زاد عمر العميل عن 40 كلما زادت مقاومته للعلاج
- **البيئة :** علاقات اجتماعية فقيرة ، مع علاقة عادية مع الزوج ، هذا قد يعتبر عامل غير مساعد في تحسن الحالة ، عدم توفر مصدر المساندة الاجتماعية.
- **ظروف الاضطراب :** الاضطراب متواجد منذ سنتين بدون تكفل نفسي ، كما انه ظهر عند بلوغ بنتها الكبرى 14 سنة وهو نفس العمر الذي توفيت فيه أمها ، بالإضافة إلى بنتها الثانية في عمر 14 سنة وهو نفس عمر العميلة عندما توفيت أمها ، اعتقاد العميلة أن مصيرها سيكون مشابه لأمها ، هذا قد يؤدي إلى تدهور حالتها.

- قوة الدافع للعلاج: العميلة لا تعتقد بمقدرة النفساني على مساعدتها في الشفاء من المرض.

-تأثير الاضطراب: يعطي الاضطراب مكاسب عاطفية للعميلة والمتمثلة في اهتمام بنتيها بها ، هذا الاهتمام المفقود لديها منذ وفاة والدتها وما عانته مع زوجة أبيها ، وهذا ما قد يعزز استمرار الأعراض.

## محاضرة الثانية عشر

### - عرض حالة 2:

س امرأة تبلغ من العمر 40 سنة ، مطلقة ليست لها أولاد ، تحتل المرتبة الأولى من بين بنت وذكر ، الوالدين متوفيين ، توفيا وعمرها 10 سنوات ، تربت عند أقاربها بعيدا عن أخيها وأختها التي تكفلت خالتها بتربيتهما ، كانت علاقتها جيدة مع أختها ولكنها ليست كذلك مع أخيها ، ليست لديها علاقات اجتماعية ، تزوجت س زواج تقليدي عن غير حب ، طلقت بسبب عدم قدرتها على الإنجاب ، تعمل كموظفة في احد البنوك . جاءت للفحص عن طريق توجيه من طرف طبيبها العام.

تشكو من قلق خاصة صباحا واضطراب في النوم { أصحو كل يوم حوالي الساعة الثانية صباحا واجد صعوبة في العودة إلى النوم ، ثم استمر في التفكير } وتعب شديد وعدم المقدرة على التركيز في العمل هذا ما جعلها كثيرة التغيب عن العمل لديها رغبة في التوقف نهائيا عن العمل بأنها أصبحت غير نافعة ، أصبحت تقضي معظم وقتها مستلقية في السرير تفكر في تفاهة الحياة وعدم معناها ، ليست لديها أي رغبة في أي شيء ، كما أن علاقاتها الاجتماعية أصبحت فقيرة ، كما أن فكرة الانتحار تراودها كثيرا ليست لديها الرغبة في الأكل ، تعاني من نقصان الوزن ، مع حزن وشعور باليأس ، بدأت هذه الأعراض تظهر منذ حوالي سنة بصورة يومية مع ازدياد في شدتها ، ولكنها لم تزر الطبيب إلا من حوالي شهرين بإلحاح من صديقتها ، وقد نصحتها الطبيب بزيارة الأخصائي النفسي لان العلاج لم يحسن من حالتها وتعاني كثيرا من ارق ، كما أنها ليست مواظبة على تناول الدواء ، لم ترغب س في زيارة النفسي لأنها لا تعتقد انه يستطيع مساعدتها فحتى الدواء لم ينفع معها لكن صديقتها ظلت تلح عليها.

لم يسجل عند س أي نوبة هوسية أو نوبة هوس خفيف ، ولا مرض عضوي ، اظهر فحص الحالة العقلية ل س على تفكير بطيء مع عدم وجود دليل على ذهان ، مع تسجيل أن نجدها كان يعاني من نفس الحالة ، كما تم تسجيل معاناة س من معظم الأعراض السابقة ولكن بشدة اقل بعد طلاقها في سن 30 حيث دامت حوالي شهر ولكنها تعافت بمساعدة صديقتها الوحيدة ، كما أنها تناولت مهدئات ومنومات المعروفة عند العامة دون زيارة الطبيب. أثناء الفحص النفسي كانت س تبكي قائلة { لا احد يحبني ، ما معنى أن تعيش دون حب الشخص الوحيد الذي كان يشعر بوجودي بعد وفاة أختي ، هي صديقتي هي

كذلك سوف تتزوج بعد أيام وسوف تبتعد عني ، لن يحبني احد ، ما معنى أن أشفى واجد نفسي وحيدة ، لا أريد العيش وحيدة مرة أخرى الموت أهون}.

- أولا : المعطيات البيوغرافية :

- السن : 40 سنة .

- الجنس : أنثى.

- الرتبة : الأولى .

- الحالة المدنية : مطلقة.

- عدد الأطفال : لا يوجد.

- المهنة: موظفة في بنك.

- السوابق الشخصية والعائلية:

- وجود نوبة اكتئابية لمدة شهر في سن الثلاثين منذ 10 سنوات.

- لا يوجد مرض عضوي .

- معاناة الجد من نفس الحالة

-- العميلة تخضع لعلاج طبي

- تناول العميلة لادوية نفسية سابقا.

-الأعراض والدلائل الإكلينيكية :

- ظهور الأعراض منذ 12 شهرا بصورة يومية.

- مزاج اكتئابي (حزن ، يأس )

- عدم الرغبة في القيام بأي شيء



- اضطرابات في النوم ( ارق )
- فقدان الشهية (نقصان في الوزن)
- قلق
- انسحاب اجتماعي ( الانقطاع عن العمل والرغبة في التوقف نهائيا ، علاقات اجتماعية فقيرة)
- فقدان الرغبة في الحياة
- أفكار انتحارية مهيمنة
- تفكير بطيء
- تعب
- **التشخيص :** اضطراب الاكتئاب الجسيم ( trouble dépressif majeur )
- **التنبؤ :** يمكن أن تتطور الحالة إلى اكتئاب مزمن وهذا بسبب العوامل التالية :
- الجنس : أنثى
- السن : 40
- البيئة : مطلقة وليست علاقات اجتماعية ، صديقتها الوحيدة سوف تتزوج.
- عدم معالجة الاضطراب إلا بعد أشهر من ظهوره.
- لا تأخذ الدواء بشكل منتظم
- سيطرة الأفكار الانتحارية وفكرة الموت
- معاناتها من الأرق رغم العلاج الدوائي
- تعرضها لنوبة اكتئابية سابقة
- إصابة الجد بنفس المرض

## المراجع :

- احمد بدر (1996): أصول البحث العلمي ومناهجه، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ط 9.
- احمد عكاشة ، طارق عكاشة (2010) : الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الانجلو مصرية ، مصر ، ط 15 .
- بشير معمريّة (2002) : القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية ، منشورات شركة بانتيت ، الجزائر ، ط 1 .
- خالد عبد الرزاق النجار ( 2008): حقيبة تدريبية - دراسة الحالة ، جمعية البر بالإحساء مركز التنمية البشرية ، المملكة العربية السعودية .
- رحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم (2000) : مناهج وأساليب البحث العلمي : النظرية والتطبيق ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- رافدة الحريري (2008) : التقويم التربوي ، دار المناهج ،القاهرة .
- سالم حمود صالح الحراحشة (2012) : التوجيه والإرشاد (الدليل الإرشادي العملي للمرشدين التربويين والعاملين مع الشباب ، دار الخليج للنشر والتوزيع ، عمان ،الأردن .
- عامر قنديلجي (1999): البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الأردن ، ط1.
- عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر (2008): علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي ، مكتبة الانجلو مصرية ، مصر ، ط 4.
- عقيل حسين عقيل (بدس): خطوات البحث العلمي من تحديد المشكلة الى تفسير النتيجة ، دار ابن كثير .
- عبد الفتاح محمد دويدار (1999): مناهج البحث في علم النفس ، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، ط 2 .

- علي معمر عبد المؤمن (2008): مناهج البحث في العلوم الاجتماعية الأساسية والتقنيات والأساليب ، المجموعة العربية للتدريب والنشر ، القاهرة .
- عبد الله أبو زعيزع (2009): أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق ، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- عبد الله الطراونة (2009): مبادئ التوجيه والإرشاد التربوي ، مشاكل الطلاب التربوية ، النفسية ، السلوكية ، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن
- عبد المجيد سيد احمد منصور ، محمد عبد المحسن التويجري ، إسماعيل محمد الفقي (2014) : علم النفس التربوي ، علم النفس والأهداف التربوية ، سيكولوجية التعلم ، سيكولوجية المتعلم ، التقويم التربوي ، سيكولوجية التنظيم العقلي ، دار العبيكان للنشر والتوزيع ، المملكة العربية السعودية ، ط 9.
- عماد عبد الرحيم الزغلول (2006): الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ، دار الشروق ، عمان ، الأردن ، ط 1.
- فيصل عباس (1997) : الشخصية : دراسة حالات المناهج ، التقنيات والإجراءات ، دار الفكر العربي ، بيروت ، ط 1.
- فاطمة عوض صابر ، ميرفت علي خواجه (2002): أسس ومبادئ البحث العلمي ، مكتبة الإشعاع الإسكندرية ، مصر ، ط 1.
- فراس عباس فاضل البياتي (2012) : علم الاجتماع : دراسة تحليلية النشأة والتطور ، دار غيداء للنشر والتوزيع ، عمان ، ط 1.
- كريس باركر ، نانسي بيسترانج ، روبرت اليوت ، ترجمة نجيب الصبوة ، ميرفت احمد شوقي ، عائشة السيد رشدي (1999): مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي ، مكتبة الانجلو مصرية ، مصر .

-مروان عبد المجيد إبراهيم (2000): أسس البحث العلمي لإعداد رسائل الجامعية ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، ط1.

- محمد احمد النابلسي (1997): أصول الفحص النفسي ومبادئه ، المكتبة العلمية للكمبيوتر والنشر والتوزيع الإسكندرية ، مصر .

- محمد خليل عباس ، محمد بكر نوفل ، محمد مصطفى العبسي ، فريال محمد أبو عواد(2007): مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، الاردن ، ط1

- مأمون طربية (2014): تقنيات البحث الخاصة في علم النفس الاجتماعي ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان .

- محمد الطيب ، شبل بدران ، حسين الدريني ، حسن البيلاوي ، كمال نجيب (2005) : مناهج البحث في علم النفس التربوي والنفسي ، دار المعرفة الجامعية ، الازاريطة ، مصر .

- محمد كامل عمر أبو الفتوح (2011) : الأطفال الاوتيستيك ، ماذا تعرف عن اضطراب الاوتيزم ، دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.

- Jean .Adolphe Rondal(2003) : l'évaluation du langage , Mardaga, Belgique 2 iem édition.

-Samacher .R , Béatrice alexandre , Jean .C.Bastice,Phillippe .c., Olivier Douville,Emile P.(2005) : psychologie clinique et psychopathologie, Bréal, 2 iem edition.

-Philippe scialom(2006) : Entretien clinique, dunod, Paris.