وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

محاضرات في مقياس دراسة الحالة

موجهة لطلبة السنة أولى ماستر عيادي

من اعداد:
الدكتور إسماعيل بن خليفة

السنة الجامعية: 2025 - 2026

فهرس المحتويات

المحاضرة الأولى: مدخل إلى دراسة الحالة 1
مقدمة **1**
1- المنهج الإكلينيكي ودراسة الحالة..... 1
2- تعريف دراسة الحالة..... 2
3- أهداف دراسة الحالة في العمل الإكلينيكي 3
4- مصادر المعلومات في دراسة الحالة..... 3
5- أهمية دراسة الحالة..... 4
قائمة المراجع: 5
المحاضرة الثانية: الفردانية في دراسة الحالة في المنهج العيادي..... 6
مقدمة: **6**
أولًا: تعريف الفردانية في المنهج العيادي 6
ثانيًا: خصائص الفردانية في دراسة الحالة العيادية..... 6
ثالثًا: أهمية الفردانية في العمل العيادي 8
رابعًا: تطبيقات عملية لمبدأ الفردانية..... 8
قائمة المراجع :..... **10**
المحاضرة الثالثة: التشخيص 11
أولاً: تعريف التشخيص..... 11
ثانياً: أهداف التشخيص..... 11
ثالثاً: أهمية التشخيص الإكلينيكي 12
رابعاً: أشكال التشخيص..... 12
خامساً: معايير التشخيص..... 13
سادساً: خطوات ومراحل التشخيص 13
قائمة المراجع : 15
المحاضرة الرابعة: الملاحظة..... 16
مقدمة: 16
1- الماهية والتعريف: **16**
2- دواعي استخدام الملاحظة:..... **17**
3- طرق الملاحظة: 19

4- أنواع الملاحظة: 20
5- مراحل إجراء الملاحظة:..... 22
6- الشروط المطلوبة عند استخدام أداة الملاحظة: 22
7- بعض تطبيقات منهج الملاحظة:..... 23
8- مزايا الملاحظة..... 24
9- عيوب الملاحظة: 24
10- بطاقة الملاحظة (شبكة الملاحظة): 25
11- أخطاء الحكم في الملاحظة: 33
قائمة المراجع : 35
المحاضرة الخامسة: المقابلة..... 36
مقدمة 36
1- تعريفات المقابلة..... 36
2- أهداف المقابلة 36
3- خصائص المقابلة 37
4- أنواع المقابلة..... 37
5- الأخطاء الشائعة في المقابلة 39
6- ضوابط إجراء المقابلة 40
7- خطوات إجراء المقابلة..... 41
8- المقابلة العيادية 43
9- مبادئ المقابلة العيادية: 44
10- أهداف المقابلة العيادية : 45
11- إيجابيات وسلبيات المقابلة العيادية..... 46
قائمة المراجع 48
المحاضرة السادسة: الإصغاء والصمت في دراسة الحالة..... 49
مقدمة : 49
اولا: الإصغاء في دراسة الحالة..... 49
ثانيا: الصمت في دراسة الحالة..... 50
ثالثا: العلاقة التفاعلية بين الإصغاء والصمت..... 51
رابعا: تطبيق في دراسة حالة 51

المحاضرة السابعة: تحليل أنواع خطاب المفحوص في دراسة الحالة 53
مقدمة: 53
1- الخطاب الصريح(Discours explicite) 53
2- الخطاب الضمني(Discours implicite) 54
3- الخطاب المتكرر(Discours répétitif) 54
4- الخطاب الانفعالي(Discours émotionnel) 55
5-الخطاب المتجنب أو المنقطع(Discours évitant/interrompu) 55
6- الخطاب المفكك أو المجزأ(Discours morcelé/incohérent) 55
7- الخطاب الدفاعي(Discours défensif) 56
8- الخطاب الرمزي أو الإبداعي(Discours symbolique/créatif) 56
قائمة المراجع: **57**
المحاضرة الثامنة: الاختبارات السيكولوجية 58
مقدمة: 58
1- تعريف الاختبار 59
2- أغراض ووظائف الاختبارات النفسية: 60
3- شروط الاختبارات والمقاييس النفسية الجيدة: 61
4- أنواع الاختبارات السيكولوجية: 61
5- العوامل التي تسبق الاختبار وتؤثر على التطبيق: 64
6 - مزايا استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية: 65
7- عيوب استخدام الاختبارات والمقاييس: 65
قائمة المراجع 67
المحاضرة التاسعة: الحوصلة النفسية من منظور إكلينيكي 68
مقدمة 68
اولا: الإطار المفاهيمي للحوصلة النفسية 69
ثانيا: الأبعاد الإكلينيكية للحوصلة النفسية 70
ثالثا: آليات الحوصلة في العلاج النفسي 73
رابعا: التطبيقات العلاجية للحوصلة النفسية 75
خامسا: التحديات والحدود الإكلينيكية للحوصلة النفسية 77
قائمة المراجع: 81

المحاضرة العاشرة: عرض الحالة كلينيكياً 82
1 –عرض الحالة 82
2 - المظهر العام والسلوك 82
3 - تاريخ الحالة 82
4 - وصف الحالة على المستوى المعرفي العقلي 83
5– وصف الحالة على المستوى العاطفي الانفعالي 83
6 –وصف الحالة على المستوى التواصل اللغوي 83
7 - وصف الحالة على المستوى النفسي الحركي 84
8 - وصف الحالة على المستوى النفسي المرضي 84
9 – الاستنتاج العام 84
قائمة المراجع: 85
المحاضرة الحادي عشر: نموذج تقرير دراسة حالة 86

المحاضرة الأولى: مدخل إلى دراسة الحالة

مقدمة

يُنظر إلى الكائن البشري على أنه في حالة دائمة من الصيرورة والتطور، فهو ليس كياناً ثابتاً، بل نظام دينامي يمر بمراحل متعاقبة من النمو والتغير. إن محاولة تشخيص وضعية الفرد في الحاضر دون استحضار ماضيه أو استشراف مستقبله تظل ناقصة وغير مكتملة؛ لأن الحاضر ليس سوى حلقة في سلسلة متصلة من التجارب والخبرات والظروف. وقد يبدو شخص ما غارقاً في مشكلاته الحالية، غير أنّه يحمل في داخله إمكانات كبيرة تؤهله لمستقبل أفضل، بينما قد يظهر آخر متألقاً في اللحظة الراهنة لكنه يفتقر إلى مقومات الاستقرار على المدى البعيد (زهران، 1980).

انطلاقاً من هذا المنظور، جاءت **دراسة الحالة** كأحد أهم المناهج الإكلينيكية التي تهدف إلى الفهم العميق والمتكامل للشخصية الإنسانية في سياقاتها المختلفة.

1- المنهج الإكلينيكي ودراسة الحالة

المنهج الإكلينيكي يقوم على مقاربة علمية للفرد، حيث يسعى الأخصائي النفسي إلى جمع معلومات شاملة عن الماضي والحاضر، في محاولة لصياغة تشخيص متكامل يساعد على فهم الاتجاهات المستقبلية المحتملة.

وتتميز دراسة الحالة عن غيرها من المناهج بقدرتها على الجمع بين **التشخيص والتفسير والعلاج** في آن واحد (الزيادي، 1969).

ولأهمية هذه المنهجية، اعتمد علم النفس الإكلينيكي عليها كمنهج رئيسي لدراسة الفرد في أبعاده النفسية والاجتماعية والعقلية، وذلك بالاعتماد على أدوات تشخيصية متعددة أهمها:

ا- **الملاحظة الإكلينيكية:** وهي ملاحظة سلوك المريض في مواقف طبيعية أو مصطنعة بهدف رصد تعبيراته وحركاته وانفعالاته.

ب- **المقابلة التشخيصية:** حوار منهجي بين الأخصائي والمريض يهدف إلى استكشاف أفكاره ومشكلاته وصراعاته الداخلية.

ج- **دراسة تاريخ الحالة:** أي جمع المعلومات التاريخية عن حياة المريض منذ الطفولة وحتى اللحظة الراهنة.

د- **الاختبارات النفسية:** أدوات معيارية تساعد على قياس القدرات العقلية، السمات الشخصية، والاضطرابات النفسية (زهران، 1980؛ أنور، 2012).

2- تعريف دراسة الحالة

تُعرّف دراسة الحالة بأنها منهج بحثي وإكلينيكي يهدف إلى **الوصف المتعمق والتحليل الشامل** لشخص أو أسرة أو جماعة صغيرة، بهدف فهم طبيعة الظاهرة أو المشكلة التي يعانون منها.

حيث تستخدم دراسة الحالة Case study في ميادين متعددة منها: دراسات النمو، والخدمة الاجتماعية، والارشاد والعلاج النفسي.. ولقد أخذ علم النفس الاكلينيكي مصطلح دراسة الحالة من الطب النفسي والعقلي، وعمم استخدام هذا المصطلح بالرغم من اعتراض البعض على استخدام كلمة "الحالة" في الاشارة إلى كائن انساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي.

وتتميز بأنها لا تقتصر على عرض الأعراض، بل تمتد إلى تفسير الأسباب ووضع الفروض التشخيصية وتقديم توصيات علاجية.(Yin, 2018)

ويعتبرها بعض الباحثين إطاراً مرجعياً يجمع فيه الأخصائي النفسي مختلف المعلومات الملاحظة والمستخلصة من المقابلات والاختبارات والتقارير الطبية والاجتماعية، ليصل إلى صياغة متكاملة عن شخصية المريض وظروفه (زهران، 1980).

3- أهداف دراسة الحالة في العمل الإكلينيكي

تهدف دراسة الحالة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الجوهرية، أبرزها:

- **فهم الأسباب المؤدية للاضطراب:** حيث تسمح بدراسة العوامل الوراثية، البيئية، الاجتماعية، والنفسية التي أسهمت في تكوين المشكلة.(Anastasi & Urbina, 1997)

- **تشخيص الحالة تشخيصاً متكاملاً:** فهي تساعد الأخصائي على وضع فروض تشخيصية دقيقة، بناءً على تاريخ المريض وظروفه الحالية، بما يسمح بتحديد طبيعة الاضطراب (الزيادي، 1969).

- **التخطيط للعلاج:** إذ تتيح دراسة الحالة إمكانية وضع برنامج علاجي وإرشادي متناسب مع طبيعة المشكلة وخصائص الفرد، الأمر الذي يجعلها أداة ضرورية للتدخل النفسي الناجع (زهران، 1980؛ Corey, 2017.)

- **تقديم صورة كلية للشخصية:** فهي تسعى إلى دمج الماضي بالحاضر لرسم ملامح شاملة للشخص، بما يساعد في فهم اتجاهاته المستقبلية.

4- مصادر المعلومات في دراسة الحالة

تُستمد المعلومات في دراسة الحالة من مصادر متعددة، تكاملها يتيح للأخصائي الوصول إلى صورة أكثر دقة:

- **المريض نفسه:** المصدر الأساسي للمعلومات، حيث يُعد أقدر من يصف مشاعره وأفكاره وصراعاته الداخلية.

-**المقابلة الشخصية:** أداة رئيسية تساعد الأخصائي على فهم طبيعة المشكلات، ظروفها، وأبعادها الانفعالية والاجتماعية.

-**السيرة الذاتية:** سواء في شكل قصة حياة مكتوبة أو مذكرات أو روايات شخصية، وهي تقدم معلومات غنية عن فلسفة المريض في الحياة وأسلوبه في مواجهة الضغوط (زهران، 1980).

-**الاختبارات النفسية:** مثل اختبارات الذكاء(WAIS) ، اختبارات الشخصية(MMPI) ، واختبارات الإسقاطية(Rorschach, TAT) ، التي تساعد على الكشف عن السمات والقدرات الخفية.(Anastasi & Urbina, 1997)

-**السجلات والوثائق:** تشمل السجلات الطبية، المدرسية، والاجتماعية، والتي تقدم بيانات موضوعية حول تاريخ الفرد (زهران، 1980).

-**معلومات من الآخرين:** مثل الوالدين، الأصدقاء، المدرسين، والأطباء الذين يعرفون المريض عن قرب.

-**الفحوص الطبية والنفسية:** كالفحوص المخبرية، الأشعة، وفحوص الجهاز العصبي التي تحدد إن كان هناك أسباب عضوية أو عصبية مرتبطة بالحالة.(Corey, 2017)

5- أهمية دراسة الحالة

تكمن أهمية دراسة الحالة في قدرتها على الجمع بين **المنهج الكيفي والكمّي**، حيث تقدم صورة تفصيلية لا تقتصر على الأرقام بل تمتد إلى فهم السياقات والدلالات. كما أنّها تساهم في إثراء الجانب النظري من خلال تقديم دراسات معمّقة لظواهر إنسانية معقدة، وتعتبر أساساً في تدريب الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين(Yin, 2018)

إن دراسة الحالة تمثل أداة مركزية في المنهج الإكلينيكي، فهي ليست مجرد وسيلة لجمع المعلومات، بل إطار متكامل للفهم والتشخيص والتدخل العلاجي. ومن خلال اعتمادها على مصادر متعددة وتحليلها بأسلوب علمي، تمكّن الأخصائي النفسي من فهم أعمق للشخصية الإنسانية وصياغة خطط علاجية وإرشادية أكثر فعالية.

قائمة المراجع:

- أنور، ع .(2012) .*المدخل إلى علم النفس الإكلينيكي* .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الزيادي، ع .(1969) .*مناهج التشخيص النفسي* .القاهرة: دار النهضة العربية.
- زهران، ح .(1980) .*علم النفس الإكلينيكي* .القاهرة: عالم الكتب.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). Psychological testing (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Corey, G. (2017). Theory and practice of counseling and psychotherapy (10th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Yin, R. K. (2018). Case study research and applications: Design and methods (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

المحاضرة الثانية: الفردانية في دراسة الحالة في المنهج العيادي

مقدمة:

يُعد المنهج العيادي في علم النفس أحد أكثر المناهج اقترابًا من تعقيدات النفس البشرية، إذ يسعى إلى فهم الإنسان في حالته الواقعية، ضمن سياقه الحياتي والعلائقي، لا في مختبر معزول أو عينة إحصائية مجردة. وفي صميم هذا المنهج، يبرز مبدأ **الفردانية** كأحد أسس الفعل الإكلينيكي، حيث يتعامل الأخصائي النفسي مع الفرد باعتباره وحدة تحليل مستقلة تتميز بخصوصية لا يمكن تعميمها أو اختزالها ضمن أنماط جاهزة.(Lagache, 1955)

أولًا: تعريف الفردانية في المنهج العيادي

الفردانية في المنهج العيادي تشير إلى الرؤية التي ترى في كل فرد حالة فريدة تتطلب فحصًا دقيقًا ومعمقًا لبنيته النفسية، وسيرته الذاتية، وظروفه الاجتماعية والعلائقية. وتُفهم هذه الفردانية باعتبارها استجابة منهجية وأخلاقية لطبيعة الإنسان المعقدة، إذ لا يمكن فهم الشخص إلا عبر تمثل شمولي له يشمل تاريخه، وصراعاته، وديناميا ته الداخلية، وتجربته في الحياة .(Lagache, 1955) ووفق هذه الرؤية، لا يكون الهدف هو تصنيف الفرد ضمن فئة تشخيصية، بل فهمه في حد ذاته، في امتداده الزمني والنفسي والرمزي.

ثانيًا: خصائص الفردانية في دراسة الحالة العيادية

1- التركيز على الحالة الفردية:

المنهج العيادي لا يتوجه نحو العينة، بل نحو الفرد باعتباره وحدة دراسة قائمة بذاتها. فكل حالة تمثل كوناً نفسيًا قائمًا لا يختزل في الإحصاء أو المعايير الجماعية. من هنا، فإن دراسة الحالة تركز على الفرد ككل متكامل، لا على عرضٍ معزول أو متغير منفصل، وهو ما يميزها عن المناهج التجريبية(Blanchet & Gotman, 1992)

2- تقدير خصوصية التجربة النفسية:

كل فرد يعيش أعراضه النفسية ضمن شبكة معقدة من المعاني والدلالات المتولدة عن تاريخه الشخصي وتجربته الخاصة. فحتى وإن بدا أن شخصين يعانيان من نفس الاضطراب، فإن المعنى الذي يُعطى للأعراض، وديناميتها، ومرجعياتها النفسية، يختلف من حالة إلى أخرى، مما يجعل من التجربة النفسية دائمًا فريدة.(Anzieu, 1983)

3- استحضار الماضي الشخصي للفرد:

يرتكز الفعل العيادي على استكشاف التاريخ الذاتي والعلائقي للفرد، بوصفه شرطًا لفهم الحاضر. فالفرد لا يُفهم بمعزل عن سيرته العلائقية الأولى، وخاصة في علاقته بالوالدين والوسط الأسري، والتي تشكل الإطار المرجعي لفهم الصراعات النفسية الحالية (Lagache, 1955).

4- غياب القوالب الجاهزة:

لا يعتمد المنهج العيادي على نماذج تفسيرية جاهزة أو أدوات موحدة، بل يسعى لبناء فرضيات انطلاقًا من تحليل المعطيات الخاصة بكل حالة. فالفرد هو الذي يوجه البحث والتحليل وليس النظرية هي التي تُفرض على الحالة.(Blanchet & Gotman, 1992)

5- هيمنة البعد الكيفي:

بخلاف المناهج الكمية التي تعتمد على الإحصاء والقياس، تركز دراسة الحالة على البعد الكيفي، الذي يتيح فحص المعاني والدلالات والرموز النفسية، من خلال أدوات نوعية مثل المقابلة الإكلينيكية، والملاحظة المباشرة، والتحليل النفسي الرمزي.(Anzieu, 1983)

ثالثًا: أهمية الفردانية في العمل العيادي

. في بناء العلاقة العلاجية

إن الاعتراف بخصوصية الفرد يمثل حجر الزاوية في بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة والاحترام. فحين يشعر المريض أنه يُعامل ككائن فريد، فإن ذلك يُعزز شعوره بالأمان والانكشاف، ويسهم في تحفيز الدينامية العلاجية الداخلية.(Anzieu, 1983)

. في صياغة التشخيص

تعتمد الفردانية على تحليل المعطيات النفسية والبنيوية للفرد، وليس فقط على الأعراض الظاهرة. من ثم، فإن التشخيص في المنهج العيادي لا يقتصر على وضع ملصق تصنيفي، بل يسعى إلى فهم المعنى الكامن وراء العرض في ضوء التاريخ النفسي للفرد (Blanchet & Gotman, 1992).

. في تصميم العلاج

يفرض مبدأ الفردانية اعتماد خطط علاجية مخصصة، تستجيب لحاجيات الفرد النفسية والعلائقية. فالعلاج لا يكون فعالًا إلا إذا كان منسجمًا مع بنية الفرد ونمط شخصيته وطبيعة مشكلته، لا مع بروتوكولات جاهزة.(Lagache, 1955)

رابعًا: تطبيقات عملية لمبدأ الفردانية

لإبراز أهمية الفردانية، يمكن تصور حالتين تعانيان من اضطراب الرهاب الاجتماعي. فإن العلاج في المنهج العيادي لا يكون متشابها الحالة الأولى تعود أسبابها إلى خبرات تنمر مدرسي متكررة في مرحلة الطفولة، والحالة الثانية تعود جذور مشكلتها إلى التنشئة الأسرية الصارمة علاقة أبوية قائمة على الانتقاد الحاد وفقدان القبول. على الرغم من تشابه العرض (الخوف من المواقف الاجتماعية)، إلا أن الدينامية النفسية في كل حالة تختلف تمامًا، ومن ثم يجب أن يكون التشخيص والتدخل مختلفين. هذا ما تؤكده المقاربة العيادية التي تُشدد على التحليل الفردي للدلالة النفسية الخاصة بكل حالة . (Blanchet & Gotman, 1992)

يمثل مبدأ الفردانية حجر الزاوية في المنهج العيادي، ليس فقط باعتباره خيارًا منهجيًا، بل كموقف إنساني وأخلاقي يعيد الاعتبار لتجربة الفرد الخاصة. ومن خلال دراسة الحالة، يمكن للأخصائي النفسي أن يُصوغ فهمًا معمقًا لكل فرد، بعيدًا عن النمذجة، مما يعزز فعالية التدخل النفسي ودقة التشخيص. وفي ظل تنامي الاعتماد على المعايير العالمية والتصنيفات، تظل الفردانية ضمانة أساسية للحفاظ على الطابع الإنساني لممارسة علم النفس العيادي.

قائمة المراجع :

- Anzieu, D. (1983). Le travail psychanalytique dans les groupes. Paris: Dunod.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). L’enquête et ses méthodes : L’entretien. Paris: Nathan.
- Lagache, D. (1955). Méthode clinique et individualité. Revue Française de Psychanalyse, 19(4), 709–728.

المحاضرة الثالثة: التشخيص

أولاً: تعريف التشخيص

يُعرَّف التشخيص بأنه التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة، ويتضمن جمع المعلومات والأعراض الكمية والكيفية باستخدام وسائل متعددة، مثل: الاختبارات المقننة وغير المقننة، المقابلات، دراسة الحالة، الملاحظة، السجلات المدرسية والطبية، الظروف العائلية، والتقييم العصبي. ويهدف التشخيص إلى تحديد طبيعة العلة، مكانها، حجمها، وحدتها، مع تجاوز مجرد وصف الأعراض السطحية إلى رسم برنامج علاجي متكامل يتضمن التنبؤات المستقبلية (ياسين، 1986).

ويرى زهران (1980) أن التشخيص هو تحديد المشكلة والتعرف على الاضطراب أو المرض استناداً إلى نتائج الفحص وجمع المعلومات. ويعتبره زهران (1974) فناً يتيح التعرف على طبيعة المرض وديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض اضطرابه.

ثانياً: أهداف التشخيص

1- الأهداف العامة

تتعدد الأهداف العامة للتشخيص الإكلينيكي وتشمل:

- ✓ تحديد العوامل المسببة للاضطراب.
- ✓ التمييز بين الاضطرابات العضوية والوظيفية.
- ✓ الكشف عن استجابة الفرد للاضطراب.
- ✓ تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي.
- ✓ تقدير عمق وشدة الاضطراب.
- ✓ التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- ✓ وضع الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها.

- ✓ تكوين فرض دينامي يتعلق بطبيعة العملية الباثولوجية.
- ✓ تحديد الأسس التي يُبنى عليها اختيار منهج علاجي مناسب (مليكة، 1980).

2- الهدف العلمي

يسعى التشخيص إلى تجميع التشخيصات الجزئية المتناثرة في إطار كلي شامل لفهم العمليات المرضية (الطيب، 1980).

3- الهدف العملي

يوفر التشخيص أساساً عملياً للعلاج والإرشاد النفسي، ويساعد الأخصائي على تحديد الإجراءات المناسبة للمشكلة، مما يوفّر الوقت والجهد ويركز الاهتمام على جوهر المشكلة (زهران، 1980).

ثالثاً: أهمية التشخيص الإكلينيكي

تبرز أهمية التشخيص في كونه أداة أساسية لتحديد طبيعة مشكلة الفرد وخطورتها، وما إذا كانت مجرد أعراض عابرة أم مؤشراً لاضطراب يستدعي التدخل العلاجي. كما أن التشخيص المبكر يرفع فرص نجاح العلاج ويمنع تفاقم المشكلات (زهران، 1980).

رابعاً: أشكال التشخيص

1- الشكل التصنيفي

يقوم على تصنيف الأعراض إلى مجموعات محددة، مثلما هو الحال في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM أو التصنيف الدولي للأمراض ICD الصادر عن منظمة الصحة العالميةWHO) ، 1982 .(ورغم أهميته، يتعرض هذا الشكل لانتقادات كونه قد يغفل الجوانب الفردية ويختلف باختلاف السياقات الثقافية (إبراهيم، 1988).

2- الشكل الديناميكي

يركز على الفهم العميق للجوانب الدينامية للشخصية، مثل: الدوافع، الانفعالات، الاتجاهات، والآليات الدفاعية. ويُستخدم فيه تاريخ الحالة، الملاحظة المباشرة، المقاييس النفسية، وتفسير الأحلام والهفوات. ويرى المحللون النفسيون أن الصراع بين الدوافع هو أساس الاضطرابات النفسية (مخيمر، 1979).

خامساً: معايير التشخيص

من أهم المعايير التي تحكم التشخيص:

- ✓ مبدأ التكامل.
- ✓ مبدأ التقاء الوقائع.
- ✓ مبدأ وفرة المعلومات.
- ✓ مبدأ الاقتصاد في التفسير.
- ✓ مبدأ الخصوبة وإضافة الجديد.
- ✓ مبدأ الانتظار والتعديل مع المستجدات.
- ✓ مبدأ التنبؤ (مخيمر، 1981).

سادساً: خطوات ومراحل التشخيص

تمر عملية التشخيص بالمراحل التالية:

- ✓ **مرحلة الإعداد:** تتضمن تهيئة المريض، واستعداد الأخصائي عبر جمع بيانات أولية واختيار أدوات التشخيص (زهران، 1980).
- ✓ **مرحلة جمع المعلومات:** باستخدام المقابلات، الفحوص الطبية والاجتماعية، الاختبارات والمقاييس (زهران، 1974).

- ✓ **مرحلة معالجة المعلومات وتفسيرها:** تحليل الأسباب والأعراض مع مراعاة التشخيص الفارق (زهران، 1980).
- ✓ **مرحلة اتخاذ القرارات:** كتابة التقرير التشخيصي ووضع خطة العلاج المناسبة (عباس، 1983).

قائمة المراجع :

- إبراهيم، ع .(1988) .مدخل إلى علم النفس المرضي .القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- الطيب، م .(1980) .التشخيص النفسي وأسسه العلمية .القاهرة: دار الفكر العربي.
- عباس، م .(1983) .العلاج النفسي: أسسه وتطبيقاته .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- زهران، ح .(1974) .المرض النفسي والعلاج النفسي .القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، ح .(1980) .علم النفس الإكلينيكي .القاهرة: عالم الكتب.
- ياسين، ع .(1986) .التشخيص النفسي والتربوي .القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- مليكة، ع .(1980) .مبادئ التشخيص والعلاج النفسي .القاهرة: دار النهضة.
- مخيمر، م .(1979) .مدخل إلى علم النفس العيادي .القاهرة: دار المعارف.
- مخيمر، م .(1981) .المنهج الإكلينيكي في علم النفس .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- منظمة الصحة العالمية .(1982) .التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية .جنيف: WHO.

المحاضرة الرابعة: الملاحظة

مقدمة:

تتطلب المراحل المبكرة من العلم استكشاف مختلف ظواهره ووصفها بدقة، وذلك حتى تتضح العلاقات التي ستكون فيما بعد موضوعا لدراسات أكثر ضبطا. ومن المعروف أن الملاحظة الدقيقة لسلوك الإنسان والحيوان كانت نقطة البدء في علم النفس (عقيل، 1999). ومن ناحية أخرى تعد الاستجابات الأصلية الحقيقية أكثر قابلية للملاحظة عندما تكون في المواقف الطبيعية لها. وفي الملاحظة يكون عالم النفس مهتما في المقام الأول بمشاهدة السلوك ودراسته وهو يحدث في موقعه الطبيعي، وفي الوقت ذاته لا يحدث مقاطعة أو تشوشا لهذا السلوك بقدر الامكان. وفي هذا المنهج يلاحظ الباحث السلوك أو الظاهرة التي يدرسها دون تدخل منه، فلا يتحكم في أي ظروف تحدث فيها الملاحظة، بل يسجلها كما صدرت عن المفحوص (صلاح قادوس، 1995).

1- الماهية والتعريف:

1-1- تعريف الملاحظة:

يشير لفظ الملاحظة لغويا إلى النظر إلى الشيء الملاحظ بمؤخر العينين دلالة على التدقيق، فهي المعاينة المباشرة للشيء على النحو الذي هو عليه ويقال كذلك لاحظه أي رءاه وعلى ذلك فكل منا يهتدي في سلوكه اليومي بما يلاحظ من ظواهر في حياته فالطفل في نشأته الاجتماعية يتعلم ملاحظة ما يدور حوله من أحداث وما يبدو على وجوه المحيطين من تعبيرات ورئيس العمل يلاحظ سلوك مرؤوسيه، ومنذ أقدم العصور انشغل الكتاب والشعراء بوصف ما يلاحظونه. (حسين عبد الحميد رشوان، 2006، ص 136)

1-2- المعنى الاصطلاحي للملاحظة:

أسبابها والوصول إلى القوانين التي تحكمها. (جودت عزت عطوي، 2007 ، ص120)

تعني الاهتمام أو الانتباه إلى الشيء أو حدث أو ظاهرة بشكل منظم عن طريق الحواس حيث نجمع خبراتنا من خلال ما نشاهده أو نسمع عنه، والملاحظة العلمية تعني الانتباه للظواهر والحوادث بقصد تفسيرها واكتشافها وتعتبر الملاحظة من أهم الأدوات المستخدمة في الدراسات الوصفية وتكمن أهمية تلك الأداة في جمع البيانات المتعلقة في كثير من أنماط السلوك التي لا يمكن دراستها إلا بواسطة تلك الأداة، كما أن الملاحظة المباشرة يمكن استخدامها في بحث وصفي، لدراسة سلوك الأطفال وتصرفاتهم عندما يجتمعون بهدف اللعب، حيث يهدف لاكتشاف قدراتهم الحركية والمعرفية والوجدانية أثناء ممارستهم لنشاط اللعب . (نبيل احمد عبد الهادي، 2006، ص55)

تعد الملاحظة من بين التقنيات المستعملة خاصة في الدراسة الميدانية لأنها الأداة التي تجعل الباحث أكثر اتصالا بالبحوث والملاحظة العلمية تمثل طريقة منهجية يقوم بها الباحث بدقة تامة وفق قواعد محددة للكشف عن تفاصيل الظواهر ولمعرفة العلاقات التي تربط بين عناصرها وتعتمد الملاحظة على قيام الباحث بملاحظة ظاهرة من الظواهر في ميدان البحث أو الحقل أو المختبر، وتسجيل ملاحظاته وتجميعها أو الاستعانة بالآلات السمعية البصرية (خالد حامد، 2008، ص127)

2- دواعي استخدام الملاحظة:

"لا غنى عن هذه الأداة في أحوال ثلاثة هي (صلاح قادوس، 1995، ص 295-296):

أولا: دراسة السلوك الذي لا يمكن استحضاره أو أحداثه في المعمل: مثال ذلك دراسة سلوك الزوجين وعلاقتهما أثناء عملية الولادة الفعلية لطفل لهما، وسلوك الناس في حالة الفيضان أو الزلازل أو الحروب (وقد درس الظرف الأخير الأمريكان في فيتنام)

ثانيا: دراسة السلوك التلقائي الذي يمكن أن يصيبه التشويه والتغير أن حاولنا دراسته في المعمل: مثال ذلك ما قام به "إبروارز" من ملاحظات للعلاقة بين الممرضات والمرضى المسجلين في قائمة المرضى بمرض مفضي إلى الموت (المرض الأخير)، وذلك عن طريق قياس الفترة الزمنية بين دق المريض للجرس المجاور لسريره واستجابة الممرضة لهذا النداء. فظهر أن الممرضات كن يستغرقن وقتا أطول حتى يستجبن لنداء هؤلاء المرضى في فئة مرض الموت بالمقارنة إلى المرضى الآخرين.

ثالثا: البحوث التي تمنعنا الضوابط الخلقية أن نستحضرها في المعمل مثال ذلك ظروف الحرمان الشديد من الغذاء، ولكن قد تتاح مثل هذه الظروف أحيانا، ويستطيع الباحث أن يتعلم كثيرا من هذه المواقف عن طريق الملاحظة الدقيقة والمتأنية وغير المتحيزة لها. وقد يستاء الباحث لسوء معاملة الطفل، ولكنه قد يستمر في دراسة الموقف لملاحظة تأثير مثل هذه الظروف على الطفل. (صلاح قادوس، 1995، ص 295-296)

وتقوم الملاحظة العلمية المنظمة على ملاحظة السلوك وتسجيله في صورة لفظية لتحقيق الأهداف الآتية:

- تسجيل الحقائق التي تثبت أو تنفي فروضا خاصة بسلوك العميل.
- تسجيل التغيرات التي تحدث في سلوك العميل نتيجة للنمو.
- تحديد العوامل التي تحرك العميل سلوكيا في مواقف وخبرات معينة.
- دراسة التفاعل الاجتماعي للعميل في مواقفه الطبيعية.
- تفسير السلوك الملاحظ، وإصدار توصيات بشأن السلوك الملاحظ. (سامية القطان، ب.ت)

3- طرق الملاحظة:

يجرى الباحثون في علم النفس الملاحظة الطبيعية بطرق عدة أهمها خمس كما يلي

أولا- المشاهدة من مكان الحدث ذاته: يقوم عالم النفس بملاحظة السلوك دون تدخل منه، وتسجيل ملاحظاته بعد ذلك، كملاحظة سلوك الناس وهم في حشد، أو في مجموعة تلقائية كراكبي الحافلة أو القطار، أو في حالة الازدحام الشديد .

ثانيا- المراقبة من مكان مجاور: مثل ملاحظة استجابة الأفراد لأحد المتسولين الذي يطلب قدرا من المال، مع دراسة خصائص الأفراد الذين يستجيبون استجابات مختلفة للمتسول، وذلك أثناء جلوس الملاحظ على أريكة بالحديقة متظاهرا بالاستغراق في قراءة كتاب أو صحيفة.

ثالثا- الملاحظة عن طريق شاشة ذات اتجاه واحد

يتم هذا النوع في المعمل أو في حجرات خاصة مزودة بشاشة أو مرآة يمكن الرؤية عن طريقها في اتجاه واحد فقط؛ هو اتجاه القائم بالملاحظة، بحيث يترك الأشخاص يتصرفون بشكل تلقائي، ويلاحظهم عالم النفس، ويراهم من حيث لا يرونه، كما هو الحال في بحوث التفاعل الاجتماعي أو دراسة ألعاب الأطفال أو في مخافر الشرطة. وبالنسبة للقائمين بالملاحظة من خارج الحجرة فان الحائط يشبه لوحا من الزجاج الشفاف، أما بالنسبة للطفل داخل الحجرة فان هذا الحائط يشبه المرآة.

رابعا- الملاحظة بالمشاركة: يشيع استخدام هذا النوع من الملاحظة في أحد العلوم الاجتماعية القريبة جدا من علم النفس وهو الأنثربولوجيا. وتعتمد هذه الطريقة على الاندماج الفعلي من جانب الملاحظ في الأنشطة المراد ملاحظتها، بحيث يخلط المفحوصون بينه وبين باقي أعضاء الجماعة. وبرغم أن لهذه الطريقة مزية الاحتكاك المباشر بالفحوصين فان لها عيوبا غير قليلة.

خامسا– الملاحظة بمساعدة الأجهزة الكهربية: وذلك عن طريق أجهزة التسجيل الصوتي (مسجل) أو الضوئي (كاميرات) أو هما معا. وغالبا ما توضع هذه الأجهزة في مكان خفي. ولهذه الطريقة مزية التسجيل الحرفي والحي للأحداث مع إمكانية فحص التسجيلات في أي وقت بعد ذلك ومن قبل عديد من الملاحظين. ومع ذلك تثار ضد هذه الطريقة اعتراضات أخلاقية، إذ لابد من الحصول على موافقة المفحوص، ولكننا أن فعلنا ذلك لن يكون موقفه تلقائيا. (سناء سليمان، 2010، ص 187)

4– أنواع الملاحظة:

يمكن تقسيم الملاحظة إلى عدة أنواع هي :

أ– من حيث درجة الضبط:

1. **الملاحظة البسيطة:** وتستخدم في الدراسات الاستكشافية حيث يلاحظ الباحث الظاهرة أو الحالة دون أن يكون لديه مخطط مسبق لنوعية المعلومات أو الأهداف أو السلوك الذي يخضع له الملاحظ أي ملاحظة الظواهر كما تحدث تلقائيا في ظروف الطبيعة دون إخضاعها للضبط العلمي.

2. **الملاحظة المنظمة:** وتخضع لدرجة عالية من الضبط العلمي بالنسبة للملاحظ والسلوك ويحدد فيها ظروف الملاحظة كالزمان والمكان ويستعان فيها بالوسائل السمعية والبصرية وكتابة المذكرات. كما يستعين الباحث بعمل خرائط واستمارات البحث التي تساعد في تحويل المعلومات الكيفية إلى معلومات رقمية وبالتصنيف في فئات وبمقاييس التقدير لتحديد درجة ما يلاحظ من سلوك ونشاط للتعبير عن المواقف الاجتماعية بطريقة كمية.

ب- من حيث دور الباحث:

1. **الملاحظة بالمشاركة:** حين يعيش الباحث الحدث بنفسه ويكون عضوا في الجماعة التي يلاحظها، بالباحث الذي يمثل دور السجين ويعيشه بين المسجونين لدراسة سلوكهم فإنه يقوم بالملاحظة بالمشاركة.

وفي هذا النوع من الملاحظة يكون الباحث جزء من الظاهرة التي يلاحظها وتكون الملاحظة ظاهرة إذا كان الباحث معلنا عن حضوره وتكون خفية إذا حدث العكس حيث تكون هذه الأخيرة أكثر تزويدا بالبيانات الصادقة ولكن تجد من يعترض عليها لانتهاكها حرية الآخرين حسبهم.

2. **الملاحظة بدون مشاركة:** وفيها لا يختلط الملاحظ مع الملاحظين قيد البحث ويجرى ملاحظتهم دون يحس الفرد أو الجماعة أنهم تحت المشاهدة مما يجعل تصرفاتهم وسلوكاتهم طبيعية دون تكلف. وقد يكون هذا النوع من الملاحظة مباشر يقوم به الباحث أو غير مباشر يقوم به وسطاء في الماضي أو الحاضر. وقد تكون مصادر الملاحظة وثائق وسجلات ومذكرات أو أشرطة مسموعة أو مرئية. (سناء سليمان، 2010، ص 187)

وهناك أنواع أخرى من الملاحظة أهمها :

- **الملاحظة الذاتية (الاستبطان):** يقوم الشخص بملاحظة ذاته وكافة العمليات العقلية والنفسية وكل ما يدور فيها برؤية داخلية بصورة مباشرة أو غير مباشرة من خلال استرجاع الأحداث وهذه الملاحظة تلقي الضوء على صراعات ورغبات وإحباطات الفرد.
- **ملاحظة الحالة (العميل/المريض):** وتستخدم أثناء المقابلة الإكلينيكية يتم فيها ملاحظة كل الظواهر التي تطرأ على الشخص أثناء المقابلة، وتستخدم لفهم ديناميات الحالة بتسجيل العلامات غير اللفظية لفهم جوانب السلوك وتساعد في عملية التشخيص والعلاج. (لويس مليكة، 2010)

5- مراحل إجراء الملاحظة:

أ- مرحلة الإعداد: وتتضمن

- تحديد أهداف الملاحظة والسلوك المراد ملاحظته.
- تحديد زمان ومكان الملاحظة بحث يكونا مناسبين.
- إعداد دليل الملاحظة بحديد الطريقة الملائمة للملاحظة.

ب- مرحلة التنفيذ: وتتضمن

- القيام بالملاحظة بانتقاء عينات السلوك ذات الدلالة.
- تسجيل الملاحظة أثناء اجرائها لكي تكون دقيقة وموضوعية لا تقبل التخمين (التصوير بالكاميرات وغيرها مثلا).

ج- مرحلة الإنهاء: وتتضمن

- تنظيم البيانات.
- التفسير.
- كتابة التقرير النهائي. (سناء سليمان، 2010)

6- الشروط المطلوبة عند استخدام أداة الملاحظة:

أ- شروط موضوعية: استخدام الملاحظة وفق نظام خاص تحدد فيه الجوانب التي يراد ملاحظتها، كما ينبغي أن تسجل المعلومات آنيا حتى لا ينسى الملاحظ وألا يتأثر الباحث بالانطباعات المسبقة.

ب- الشروط السيكولوجية: وهي تتمثل في أربعة عوامل

1. **الانتباه:** وهو شرط مهم للملاحظة الناجحة.
2. **سلامة الحواس للملاحظ:** يستطيع أن يسمع ويرى بدقة مجريات الأحداث.
3. **نضج عملية الإدراك لدى الملاحظ:** وتتمثل في قدرته في تأويل ما يجري من أحداث.

4. **قدرة الملاحظ على التصور:** المقدرة على تصور حالة الملاحظ. (سناء سليمان، 2010)

أدوات تسجيل الملاحظة: تتعدد أدوات تسجيل الملاحظة وتستخدم بما يتلاءم مع الموقف ومن أهمها:

- بطاقة الملاحظة.
- سلالم التقدير.
- السجل الوصفي أو جدول الملاحظة. (محمد خليل، 2012، ص 403)

7- بعض تطبيقات منهج الملاحظة:

إن ملاحظة سلوك الإنسان والحيوان في بيئته الطبيعية يمكن أن يخبرنا بمعلومات مهمة عن مختلف جوانب سلوكه، ويساعدنا كذلك على وضع فحوص معملية. كما أن دراسة القبائل البدائية بهذا المنهج قد أماطت اللثام عن مدى الاختلاف في المؤسسات البشرية والتنظيمات بينهم وبيننا وغالبا ما تظل هذه الفروق الحضارية مجهولة لنا ما دمنا نحصر دراستنا على الرجال والنساء في حضارتنا. (عقيل، 1999)

ولمنهج الملاحظة الطبيعية تطبيقات مهمة في دراسة السلوك، كدراسة سلوك الأمومة أو المحاكاة لدى القردة، أو طرق تعلم الحمام.

ومن أهم تطبيقات هذا المنهج ملاحظة سلوك الأطفال، فتجرى بحوث على نمو اللغة، أو مظاهر العدوانية. وقد كشفت الصور المتحركة التي تعرض على الطفل حديث الولادة عن تفاصيل الأنماط الحركية التي تظهر بعد الميلاد مباشرة، كما أسفرت عن تحديد أنواع المنبهات التي يستجيب لها الأطفال الرضع. ومن الأمثلة التقليدية ملاحظة عدد من الأطفال وهم يلعبون معا في حجرة اللعب، وتسجيل أنشطتهم دون أن يشعروا بوجود من يلاحظهم، وتتخلص هذه الطريقة من تأثير وجود أحد الراشدين، بما يجعل لعبهم تلقائيا.

وهناك تطبيقات مهمة لمنهج الملاحظة الطبيعية في علم النفس الاجتماعي وعلم النفس الصناعي (علم نفس العمل والتنظيم)، ومثالها دراسات التفاعل الاجتماعي داخل المجموعات الصغيرة أو القيادة غير الرسمية في المصنع. ويستخدم أيضا في علم النفس المرضي لدراسة العوامل الاجتماعية التي تسهم في انتشار الاضطرابات النفسية أو الأمراض العقلية واضطرابات السلوك (عبد الفتاح دويدار، 1999).

8- مزايا الملاحظة

لها مزايا عدة أهمها:

1. هي الأداة الممكن الوحيدة لدراسة بعض أنواع السلوك.
2. تتسم بقدر كبير من المرونة وسهولة الاستخدام.
3. تتصف بالتلقائية ولا يؤثر في السلوك الملاحظ.
4. ترك السلوك يحدث في بيئته الطبيعية دون تدخل القائم بالملاحظة.
5. يساعد في الحصول على بيانات كمية وكيفية عما نلاحظ من سلوك.
6. تفيد عندما يبدي المفحوصون نوعا من المقاومة ويرفضون الإجابة عن أسئلة الباحث.

(صلاح قادوس، 1995، ص 295-296)

9- عيوب الملاحظة:

لهذه الأداة عيوب عديدة من أهمها:

1. لا يصلح لبحث موضوعات محددة.
2. عيوب في الملاحظ: التحيز، الهوى، عدم النزاهة، الذاتية.
3. وجود الملاحظ المشارك يمكن أن يؤثر في سلوك المفحوصين.
4. عدم القدرة على التمييز بين مختلف جوانب السلوك الملاحظ نظرا لتعقده أو تشابك مختلف جوانبه أو حدوثه بإيقاع سريع.

5. عندما يمر وقت بين الملاحظة وتسجيلها يكون هناك احتمال لتدخل أخطاء الذاكرة.

6. تثير وسائل التسجيل الصوتي والضوئي اعتراضات أخلاقية لها ما يبررها.

7. يتسم بعض الملاحظين بانخفاض مستوى ثبات ملاحظتهم (أي أن الملاحظات لا تكون متفقة بعضها مع بعض إذا ما تكررت).

8. استبدال التفسيرات القصصية بالوصف الموضوعي، كأن نقول مثلا عن الحيوان الذي ترك دون طعام مدة طويلة أنه "يبحث عن الطعام" عندما يكون كل ما نلاحظه هو نشاطه الزائد.

9. الحواس كثيرا ما تخدع الباحث في رؤية الأشياء والمواقف.

10. إظهار المبحوثون انطباعات مصطنعة عند علمهم بأنهم موضوعون تحت الملاحظة.

11. كثيرا ما تتدخل عوامل خارجية في التأثير على الملاحظة (كالطقس، ظروف الباحث..).

وللتقليل من هذه العيوب فيجب أن يدرب الفاحصون على الملاحظة الموضوعية غير المتحيزة، وعلى التسجيل الدقيق لها، وذلك حتى يتجنبوا أن يلصقوا رغباتهم وانحيازاتهم فيما يقررونه من ملاحظات. (صلاح قادوس، 1995، ص 295-296؛ سامر رضوان، 2013)

10- بطاقة الملاحظة (شبكة الملاحظة):

نموذج1:

لابد للباحث أن يصمم نموذج يتم من خلاله تسجيل وحدة السلوك متى ما حدث أثناء الملاحظة ولعلها أفضل طريقة في كتابة وحدة السلوك وكتابة مدى تكراره أثناء الملاحظة أو تكميمه.

نموذج: على افتراض أن شبكة الملاحظة (بطاقة الملاحظة) سيتم تطبيقها في مؤسسة تربوية (مدرسة تعليم متوسط)

- أسم التلميذ
- اسم الملاحظ
- مكان الملاحظة: ورشة الإعلام الآلي
- المستوى: 1 متوسط
- الفترة الكلية للملاحظة: 30 دقيقة
- السلوك الملاحظ: مهارة عمل التلميذ بريد إلكتروني باسمه
- يراعى ملاحظة التلميذ أثناء تأديته المهارة ثم وضع علامة (×) أسفل الدرجة التي تناسب مستوى أدائه ثم حساب درجات كل تلميذ على حده. (محمد خليل، 2012، ص 403)

	الأداءات	مستوى الأداء		
		جيد	متوسط	ضعيف
		2	1	0
	***استقبال بريد الكتروني:**			
1	ينقر على ايقونة بريد جديد أو رسالة جديدة.			
2	دخل الصندوق أو أحضر رسالة.			
	***إرسال بريد الكتروني:**			
1	ينقر على ايقونة اتصال أو ارسال رسالة.			
2	يكتب عنوان الشخص المرسل له.			
3	يكتب الرسالة في مربع الكتابة.			
4	ينقر ايقونة إرسال بريد.			

نموذج2: شبكة ملاحظة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) لدى الطفل المتمدرس

الاسم: اسم الطفل

العمر: عمر الطفل

الصف الدراسي: الصف

الفترة الزمنية: تاريخ البدء – تاريخ الانتهاء

الملاحظ: اسم الشخص الذي قام بالملاحظة

تعليمات التقييم:

- لكل سلوك، قم بتقييم مدى تكراره باستخدام المقياس التالي:

0=**لا يحدث أبدًا**

1=**يحدث نادرًا (أقل من مرة في الأسبوع)**

2=**يحدث أحيانًا (1–2 مرات في الأسبوع)**

3=**يحدث غالبًا (3–4 مرات في الأسبوع)**

4=**يحدث دائمًا (5 مرات أو أكثر في الأسبوع)**

1- **أعراض تشتت الانتباه (عدم الانتباه)**

السلوك	التقييم (0–4)	ملاحظات
يجد صعوبة في التركيز على المهام لفترة طويلة	☐	
ينسى التعليمات أو يفقد الأشياء الشخصية	☐	
يتشتت بسهولة بسبب المؤثرات الخارجية	☐	
يتجنب المهام التي تتطلب جهدًا ذهنيًا مستمرًا	☐	
يبدو وكأنه لا يستمع عند التحدث إليه مباشرة	☐	

يرتكب أخطاء بسبب الإهمال في المهام المدرسية	☐	
المجموع الجزئي لتشتت الانتباه (عدم الانتباه)	(مجموع النقاط)	

2- أعراض فرط الحركة والاندفاعية:

السلوك	التقييم (0-4)	ملاحظات
يتحرك بشكل مفرط (مثل التململ أو التحرك في المقعد)	☐	
يجد صعوبة في البقاء جالسًا لفترة طويلة	☐	
يركض أو يتسلق في أوقات غير مناسبة	☐	
يتحدث بشكل مفرط أو يقاطع الآخرين	☐	
يجد صعوبة في انتظار دوره في الألعاب أو المحادثات	☐	
يتصرف بشكل اندفاعي دون تفكير في العواقب	☐	
المجموع الجزئي لفرط الحركة والاندفاعية:	(مجموع النقاط)	

3- التأثير على الأداء المدرسي

الجانب	التقييم (0-4)	ملاحظات
صعوبة في إكمال الواجبات المدرسية	☐	
انخفاض في التحصيل الدراسي	☐	
صعوبة في تنظيم الوقت والمهام	☐	
مشاكل في العلاقات مع الزملاء	☐	
صعوبة في اتباع القواعد الصفية	☐	
المجموع الجزئي للتأثير على الأداء المدرسي:	(مجموع النقاط)	

4- النتائج الكلية

المجال	النسبة المئوية (من 100%)	المجموع الجزئي
تشتت الانتباه	(نسبة مئوية)	(مجموع النقاط)
فرط الحركة والاندفاعية	(نسبة مئوية)	(جموع النقاط)
التأثير على الأداء المدرسي	(نسبة مئوية)	(مجموع النقاط)
المجموع الكلي:	(نسبة مئوية)	(مجموع النقاط الكلي)

5- الملاحظات العامة

- **نقاط القوة لدى الطفل:** اكتب هنا
- **التحديات الرئيسية:** اكتب هنا
- **الاستراتيجيات التي تم تجربتها:** اكتب هنا
- **التوصيات:**اكتب هنا

6- التقييم النهائي

بناءً على الملاحظات، يظهر الطفل:

☐علامات تشتت الانتباه بشكل رئيسي

☐علامات فرط الحركة والاندفاعية بشكل رئيسي

☐علامات مشتركة لتشتت الانتباه وفرط الحركة

☐لا توجد علامات واضحة لاضطرابADHD

التوقيع: اسم الملاحظ

التاريخ: تاريخ الملاحظة

طريقة حساب النسبة المئوية:

1. لكل مجال (تشتت الانتباه، فرط الحركة، الأداء المدرسي)، قم بجمع النقاط.
2. اقسم المجموع على أقصى درجة ممكنة (عدد الأسئلة × 4)
3. اضرب الناتج في 100 للحصول على النسبة المئوية.

مثال:

- إذا كان مجموع نقاط تشتت الانتباه هو 12 من أصل 24 (6 أسئلة × 4)

النسبة المئوية = (12 ÷ 24) × 100 = 50%.

نموذج3: شبكة ملاحظة في تقدير السلوك القهري لدى مراهق مصاب باضطراب الوسواس القهري(OCD)

1- المعلومات الأساسية:

- **الاسم:** اسم المراهق
- **العمر:** عمر المراهق
- **الجنس:** ذكر/أنثى

- **التاريخ الطبي:** التاريخ الطبي إن وجد
- **تاريخ بداية الأعراض:** تاريخ بداية الأعراض

2- الأعراض الملاحظة

نوع الأعراض	الوصف	التكرار	المدة	التأثير على الحياة اليومية
الوساوس (Obsessions)	وصف الوساوس، مثل الخوف من الجراثيم، أفكار متكررة عن العنف، الحاجة إلى الترتيب	عدد المرات يومياً	المدة اليومية	كيف تؤثر الوساوس على الحياة اليومية، مثل تجنب المواقف، انخفاض التركيز، إلخ.
السلوكيات القهرية (Compulsions)	وصف السلوكيات القهرية، مثل الغسيل المتكرر، التأكد من الأشياء، العد عدد المرات يومياً			كيف تؤثر السلوكيات على الحياة اليومية، مثل تأخر المهام، التوتر الأسري، إلخ

3- **تقدير السلوك القهري**(Compulsive Behavior Rating)

يتم تقدير السلوك القهري بناءً على ثلاثة أبعاد: **التكرار، المدة، التأثير** .يمكن استخدام مقياس من 1 إلى 5 (حيث 1 = منخفض، 5 = مرتفع جداً).

السلوك القهري	التكرار	المدة	التأثير	الدرجة الكلية
(وصف السلوك القهري)	[1-5]	[1-5]	[1-5]	مجموع الدرجات
(وصف السلوك القهري)	[1-5]	[1-5]	[1-5]	مجموع الدرجات

4- التقييم النفسي

- مستوى القلق: منخفض/متوسط/مرتفع
- مستوى الاكتئاب: منخفض/متوسط/مرتفع
- التفكير الانتحاري: موجود/غير موجود

5- التاريخ العائلي

- تاريخ عائلي لاضطرابات نفسية(نعم/لا)، إن وجد يذكر الاضطراب.

6- التقييم الطبي

- **فحوصات طبية :** تم استبعاد الأسباب العضوية/يوجد أسباب عضوية.
- **الأدوية الحالية :** يذكر الأدوية إن وجدت.

7- التدخلات العلاجية

- **العلاج النفسي:** يذكر نوع العلاج، مثل العلاج السلوكي المعرفي.(CBT)
- **الأدوية** :يذكر الأدوية الموصوفة.
- **التدخلات الأسرية:** ذكر أي تدخلات أسرية.

8- التوصيات

- **خطة العلاج المقترحة:**
  - يذكر خطة العلاج، مثل الاستمرار في العلاج النفسي، المتابعة الدورية.
- **المتابعة:**
  - يذكر خطة المتابعة، مثل جلسات أسبوعية، زيارات شهرية.
- **الدعم المدرسي:**
  - يذكر أي دعم مدرسي مطلوب.

9- التوقيع

- **اسم المعالج/الطبيب:** اسم المعالج أو الطبيب
- **التاريخ:** اريخ إعداد النموذج

كيفية تقدير السلوك القهري وفق الشبكة:

1. **التكرار:** عدد مرات تكرار السلوك القهري في اليوم (مثال: غسل اليدين 20 مرة = درجة 5).
2. **المدة :** الوقت المستغرق في تنفيذ السلوك القهري (مثال: ساعتين يومياً = درجة 4).
3. **التأثير:** مدى تأثير السلوك على الحياة اليومية (مثال: انعزال اجتماعي وتأخر دراسي = درجة 5).
4. **الدرجة الكلية:** يتم جمع درجات التكرار والمدة والتأثير لتحديد شدة السلوك القهري (كلما ارتفعت الدرجة، زادت شدة السلوك).

11- أخطاء الحكم في الملاحظة:

على الرغم أن الأخطاء التالية تظهر في الملاحظة إلا أنها يمكن أن تلاحظ كذلك في كل أنواع المواقف الشخصية والعلاجية والاختبارية الأخرى ويمكن ذكر أهمها على النحو التالي:

- **خداعات الحكم:** والخداع الحسي الناتج عن العين أو الذاكرة.
- **أثر الهالة:** وهنا تكون سمة محددة خاصة بالشخص أكثر من غيرها فتغطي على كل السمات الأخرى كالمظهر الخارجي أو الظهور الواثق بالنفس.
- **أثر التعاقب:** وهو أثر التقييم السابق عن اللاحق في موقف الملاحظة.
- **أثر المزاج السيء:** تؤثر الحالة المزاجية للشخصية على الحكم سلبا وإيجابا.

- **أثر الهرمية:** الشخص ذو المكان العالي في الهرم يعطى حكما أكثر إيجابية والعكس صحيح. (سامر رضوان، 2013)

ويمكن أن نورد مجموعة أخرى على سبيل الذكر لا الحصر منها:

الميل للوسطية – القوالب النمطية الاجتماعية – أثر التسامح أو الصرامة – أثر القرب – أثر الوضع الراهن – أثر الاسقاط – أثر النقل.

قائمة المراجع :

1. جودت عزت عطوي .(2007) *أساليب البحث العلمي: مفاهيمه، أدواته، طرقه الإحصائية* .دار الثقافة للنشر والتوزيع.

2. حسين عبد الحميد أحمد رشوان .(2006) *أصول البحث العلمي* .الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

3. خليل، م. أ .(2012) *التقويم التربوي بين الواقع والمأمول* .مكتبة الشقرى للنشر والتوزيع.

4. دويدار، ع. ف .(1999) *مناهج البحث في علم النفس* (ط2). دار المعرفة الجامعية.

5. رضوان، س. ج .(2013) *التشخيص النفسي* .منشورات جامعة دمشق كلية التربية.

6. سليمان، س. م .(2010) *أدوات جمع البيانات في البحوث النفسية والتربوية* (ط1). عالم الكتب.

7. عقيل، ح .(1999) *مناهج البحث العلمي* .مكتبة مدبولي.

8. قادوس، ص. الس .(1995) *الأسس العلمية لمناهج البحث في العلوم التربوية والتربية البدنية* .دار المعارف.

9. القطان، س. (د.ت) *كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية* (ج1). مكتبة الأنجلو المصرية.

10. مليكة، ل. ك .(2010) *علم النفس الإكلينيكي* (ط1). دار الفكر.

11. نبيل أحمد عبد الهادي .(2006) *منهجية البحث في العلوم الإنسانية* .لبنان: الأهلية للنشر والتوزيع

المحاضرة الخامسة: المقابلة

مقدمة

تُعتبر المقابلة من أهم أدوات البحث العلمي التي تسمح بجمع معلومات معمقة من المبحوثين من أجل الإجابة عن تساؤلات البحث أو اختبار الفروض. وقد استُخدمت في مجالات الطب، الصحافة، المحاماة، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، قبل أن تترسخ كأداة أساسية في التشخيص والعلاج النفسي، متأثرة بعاملين رئيسيين هما المقابلة العيادية والقياس النفسي. وتتميز بضرورة مراعاة الموضوعية والسرية (عبد الفتاح، 1998؛ عبد الرحمن كفافي، 1989)

1- تعريفات المقابلة

تعددت تعريفات المقابلة حسب خلفية الباحثين ومجالات استعمالها.

- عرّف **بنجهام** المقابلة بأنها محادثة جادة موجهة نحو هدف محدد.
- اعتبرها **جاهودا** تبادلاً لفظياً وجهاً لوجه بين الباحث والمبحوث.
- وصفها **إنجلس وإنجلس** بأنها محادثة هادفة لجمع معلومات علمية أو علاجية.
- أما **ماكوي وماكوي** فقد رأيا أنها تفاعل لفظي في موقف مواجهة يسعى فيه القائم بالمقابلة إلى استثارة تعبيرات المبحوث حول معتقداته وآرائه.(Kvale & Brinkmann, 2015)

2- أهداف المقابلة

تُعد المقابلة وسيلة أساسية في البحث العلمي والمهني، وتخدم مجموعة من الأهداف الرئيسية:

- ✓ **جمع المعلومات**

تساعد المقابلة على الكشف عما يفكر فيه الفرد وما يعرفه، وما يفضّله أو يرفضه، فضلاً عن اتجاهاته ومعتقداته وقيمه.(Cohen & Manion, 2017)

✓ **اختبار الفروض**

يمكن أن تُستخدم المقابلة للتحقق من صحة الفروض القائمة، كما يمكن أن تقترح فروضاً جديدة للبحث المستقبلي.(Kerlinger, 1970)

✓ **التكامل مع أدوات أخرى**

تشكّل المقابلة أداة مكملة لغيرها من أدوات البحث، حيث تتيح للباحث التحقق من صدق النتائج أو التعمق في دوافع المستجيبين (عبد الرحمن كفافي، 1989)

3- خصائص المقابلة

تتميز المقابلة بمجموعة من الخصائص الجوهرية التي تميزها عن غيرها من أدوات البحث:

- **التبادل اللفظي المنظم:** حيث يدور الحوار بين الباحث والمبحوث في إطار موجه ومنضبط مع ملاحظة الاستجابات الانفعالية والسلوكية.
- **موقف مواجهة مباشر:** تتم المقابلة وجهاً لوجه، مما يسمح بالتفاعل اللحظي.
- **وجود هدف محدد:** تسعى المقابلة إلى بلوغ غرض بحثي أو تشخيصي واضح (عبد الفتاح، 1998؛ عبد الرحمن &كفافي، 1989)

4- أنواع المقابلة

أ. بحسب الهدف

- **المقابلة المسحية:** تستخدم للحصول على معلومات وبيانات من ميادين مختلفة ويكثر استخدامها في الاقتراع السياسي وقياس الرأي العام والاتجاهات نحو موضوعات معينة، أو الجمع معلومات عن مشكلات مؤثرة في التنمية في كافة مجالات الحياة، وكذلك تستخدم لجمع بيانات عامة في مجالات مثل قياس الرأي العام، أو اتجاهات المدرسين نحو سياسات تربوية معينة.(Cohen & Manion, 2017)

- **المقابلة التشخيصية :** تُستعمل في المجال العيادي للكشف عن العوامل الدينامية المؤثرة في سلوك المريض أو الشخص محل الدراسة (عبد الفتاح، 1998).

وتكشف عن العوامل الدينامية المؤثرة في سلوك المريض ويخطط لهذا النوع من المقابلة مسبقاً، وتهيأ الأسئلة للحصول على معلومات عن الماضي والحاضر وشخصية المريض وطبيعة المشكلة، ومن ثم التوصل إلى استنتاجات تشخيصية الحالة المريض، وبذلك فالمقابلة التشخيصية تهدف إلى فهم مشكلة معينة وتقصي الأسباب التي أدت إلى تفاقمها.

- **المقابلة العلاجية:** تهدف المقابلة العلاجية إلى مساعدة المبحوث على فهم نفسه بشكل أفضل، ووضع خطة لعلاجه وعلاج العوامل المسببة وتخفيفها وتحسين الحياة الانفعالية، ويؤدي هذا النوع من المقابلة إلى استبصار المبحوث بذاته ويسلوكه وبدوافعه وتخليصه من المخاوف والصراعات الشخصية المؤرقة لحياته ومساعدته في تحقيقه ذاته، وحل صراعاته، وفي هذا النوع من المقابلة يتم علاج الموقف تبعاً المعتقدات وظروف المبحوث وقناعاته، ووفق الرؤية النظرية والمدرسة الفكرية التي يؤمن بها المعالج.و تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته والتخفيف من مشكلاته الانفعالية من خلال علاقة علاجية قائمة على التفاعل الحر.(Rogers, 1951)

- **المقابلة الإرشادية:** تركّز على مساعدة الفرد في مواجهة مشكلاته التعليمية أو المهنية أو الشخصية بهدف اتخاذ قرارات أكثر وعيًا. وتمكين المبحوث من أن يفهم مشكلاته الشخصية والتعليمية والمهنية بشكل أفضل وإعداد خطط الحل هذه المشكلات.

- **المقابلة المهنية:** تُجرى عادةً في ميدان العمل قبل التوظيف، وتهدف إلى تقدير مدى ملاءمة الفرد للمهنة أو الوظيفة.(Korchin, 1976)

وتتمثل هذه المقابلة في جمع المعلومات عن بعض الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية التي يتطلبها العمل، وان يمتلك الشخص القائم بالمقابلة بيانات عن العمل والخصائص النفسية والعقلية الواجب توافرها في الأشخاص المرشحين للوظيفة.

ب. بحسب عدد المشاركين

- **المقابلة الفردية:** يجريها الباحث مع فرد واحد، وهي أكثر ملاءمة للكشف عن الجوانب العميقة لشخصية المبحوث، إذ توفر مناخاً من الطمأنينة والصدق (عبد الرحمن & كفافي، 1989)
- **المقابلة الجماعية:** تضم مجموعة من الأفراد يتم التفاعل بينهم حول قضية أو مشكلة مشتركة، مما يسمح بجمع بيانات غنية ومتنوعة بسرعة.(Cohen & Manion, 2017)

ج. بحسب درجة التنظيم

- **المقابلة المقننة (المهيكلة):** تعتمد على أسئلة موحدة تُطرح على جميع المبحوثين بنفس الصياغة والترتيب، مما يسهل عملية المقارنة والتحليل الكمي للبيانات.
- **المقابلة غير المقننة (شبه المهيكلة أو المفتوحة):** تتسم بالمرونة والتلقائية، إذ يطرح الباحث أسئلة عامة ويترك للمبحوث حرية التعبير، مما يتيح الحصول على معلومات غنية في الدراسات الاستطلاعية.(Kvale & Brinkmann, 2015)

5- الأخطاء الشائعة في المقابلة

رغم الأهمية الكبرى للمقابلة كأداة بحثية وعلاجية، إلا أنها قد تتعرض لعدد من الأخطاء التي تقلل من صدقها وثباتها، ومن أبرزها:

- **خطأ التقدير:** أن يُعطي الباحث أحكاماً مبنية على انطباعات ذاتية لا على ما يقدمه المبحوث فعلاً.

وتسمى أيضاً بخطأ التعريف وهي من الأخطاء الشائعة في أسلوب المقابلة يقع بها بعض الباحثين عن طريق إغفال وقائع هامة أو التقليل من أهميتها.

- **الحذف:** أن يُغفل الباحث بعض المعلومات المهمة التي يقدمها المبحوث أثناء الحوار.
- **الإضافة:** أن يُدخل الباحث من عنده معلومات أو تفسيرات لم تصدر عن المبحوث.
- **الإبدال:** أن يستبدل الباحث كلمات أو معاني بتعابير أخرى تغير من مضمون كلام المبحوث.
- **الخلط في الموضع:** أي نقل عبارات أو إجابات المبحوث من سياقها الحقيقي إلى سياق آخر مغاير. (Kvale & Brinkmann, 2015 ؛ عبد الفتاح، 1998)

هذه الأخطاء تضعف من القيمة العلمية للمقابلة، وقد تؤدي إلى نتائج مضللة.

6- ضوابط إجراء المقابلة

حتى تحقق المقابلة أهدافها وتتمتع بقدر كافٍ من الصدق والثبات، ينبغي على الباحث مراعاة مجموعة من الضوابط الأساسية، منها:

1. **ملاءمة حجم العينة:** يجب أن تكون العينة المختارة مناسبة لموضوع الدراسة ولأهدافها.
2. **مقارنة الجدوى:** التأكد من أن المقابلة هي الأداة الأنسب، وأنه لا توجد أدوات أخرى أقل تكلفة وأكثر ملاءمة يمكن أن تعطي نفس النتائج.
3. **طبيعة العينة:** الانتباه إلى خصائص أفراد العينة، مثل الأطفال أو الأميين، الذين قد يواجهون صعوبة في التفاعل اللفظي.
4. **طبيعة المعلومات المطلوبة:** يجب تقدير مدى حساسية الموضوعات المطروحة، والعمل على مراعاة الجوانب الأخلاقية والنفسية للمبحوثين (عبد الفتاح، 1998؛ عبد الرحمن &كفافي، 1989)

7- خطوات إجراء المقابلة

تتطلب المقابلة العلمية اتباع منهجية دقيقة، وتتمثل خطواتها الأساسية فيما يلي:

1. **تحديد الأهداف وصياغة دليل المقابلة:** يجب أن يكون للباحث تصور واضح عن الغرض من المقابلة والأسئلة التي سيوجهها.(Cohen & Manion, 2017)

2. **اختيار أفراد العينة:** يتم تحديد المبحوثين بدقة وفق معايير البحث، بما يضمن ملاءمتهم لموضوع الدراسة.

3. **الإعداد المسبق:** يشمل صياغة الأسئلة، تحديد المكان المناسب، وتوفير أدوات التسجيل.

ويتضمن أيضاً الإعداد للمقابلة من خلال اعتماد النقاط الآتية:

ا- تحديد نوع المعلومات المراد بحثها.

ب- وضع الأسئلة المناسبة للحصول على البيانات المطلوبة.

ج- طرح بعض التعليقات التي تشجع المفحوص على الاسترسال في الحديث وهو مطمئن.

د- التعرف على ميول واهتمامات واتجاهات وقيم المبحوث.

4. **إجراء دراسة استطلاعية:** تسمح هذه المرحلة للباحث باختبار وضوح الأسئلة وفاعليتها قبل تطبيقها على العينة الأساسية.

5. **تسجيل المقابلة:** يمكن أن يكون التسجيل كتابياً أو آلياً، على أن يتم بعد موافقة المبحوث، ضماناً للدقة في نقل المعلومات.

6. **تهيئة جو ودي للحوار:** خلق مناخ من الطمأنينة يساعد المبحوث على التفاعل بحرية وصدق.

7. **صياغة الأسئلة تدريجياً:** يُفضل البدء بالأسئلة العامة ثم الانتقال إلى الأسئلة الخاصة والدقيقة.

8. **الالتزام بالوقت والمكان:** يجب احترام المواعيد وضبط مدة المقابلة لتجنب الإرهاق أو الملل.

9. **اكتساب مهارات الإصغاء والملاحظة:** حيث تمكّن الباحث من التقاط المعاني الضمنية والانفعالات غير اللفظية.

10. **تكوين علاقة ودية قائمة على الثقة:** تُعد العلاقة الإيجابية عاملاً حاسماً في جودة البيانات المستخلصة.

11. **التأكد من دقة البيانات:** عبر إعادة صياغة بعض إجابات المبحوث للتحقق من مطابقتها لمقصده.

12- الانتباه والملاحظة: على القائم بالمقابلة أو الباحث أن يكون على دراية متقنة بأسلوب الملاحظة، ويجيد الانتباه إلى سلوك المبحوث وحركاته وتعبيراته والإيماءات التي يقوم به والكلمات التي يستخدمها، وفلتات اللسان والانتباه بدقة إلى ملامح وجهه والتغيرات التي تحدث عنده حين يتم التطرق إلى موضوع معين .

13- الإصغاء: أن يكون القائم بالمقابلة أو الباحث متمكناً من فن الإصغاء وعلى كفاية في ممارستها، وعليه أن يكون كثير الإصغاء وقليل الكلام، وأن يبدى اهتماماً بكل ما يطرحه المبحوث ويشاركه انفعالياً ليساعد المبحوث على التنفيس .

14 استدعاء المعلومات: وإن هذا يتطلب من القائم بالمقابلة أو الباحث أن يكون لبقاً قادراً على استدعاء المعلومات وعلى استمرار المقابلة في حالة توقفها، وله القدرة والإمكانية على تشجيع المبحوث بالاستمرار في الكلام ويمتلك موهبة الفطنة واليقظة، وكذلك يتطلب من الباحث أو القائم بالمقابلة معرفة مسبقة بميول المبحوث ومعتقداته وخلفياته، وأن يكون قادراً

على تذكر السؤال وإعادته أو شرحه كي يستثير المبحوث بالتدفق بالحديث وتقديم الإجابة الصحيحة والقدرة على اكتشاف الإجابات الغامضة أو العمومية أو المتناقضة أو المخادعة.

15- التأكد من البيانات والمعلومات: فعلى الباحث أو القائم بالمقابلة أن يقدر مقدار دقة المعلومات التي يتحصل عليها من المبحوث أثناء المقابلة، وهناك مصادر عدة لأن يقع الباحث أو القائم بالمقابلة في السهو والخطأ ومن بينها عيوب السمع والبصر، وأخطاء الذاكرة وعمليات الكف التصعيدي.

16- **إنهاء المقابلة تدريجياً:** يُفضل أن يختم الباحث المقابلة بتلخيص للنقاط الرئيسة، مع شكر المبحوث على تعاونه (عبد الرحمن & كفافي، 1989؛ Cohen & Manion, 2017)

8- المقابلة العيادية

تُعد المقابلة العيادية من أبرز أنواع المقابلات وأكثرها استخداماً في المنهج العيادي، إذ تسعى إلى فهم ديناميات الشخصية والتعرف على مشكلات الفرد النفسية والسلوكية. وتقوم على مجموعة من المبادئ الأساسية:

1. **الإطار النظري:**

تُبنى المقابلة العيادية على أساس مرجعية نظرية توجه الباحث أو الأخصائي في تفسير استجابات المبحوث وسلوكه. فالإطار النظري هو الذي يحدد طبيعة الأسئلة المطروحة وكيفية تحليل الإجابات (عبد الرحمن &كفافي، 1989)

2. **الإطار الزماني**

ينبغي أن تُجرى المقابلة في زمن محدد يتلاءم مع طبيعة الفحص، بحيث تكون المدة كافية للحصول على بيانات دقيقة من دون إرهاق المبحوث (عبد الفتاح، 1998).

3. **الإطار المكاني**:

يجب أن يتم اللقاء في مكان مهيأ تتوفر فيه شروط الهدوء والخصوصية والسرية، مما يساعد على خلق مناخ نفسي آمن يشجع المبحوث على التعبير بحرية.(Korchin, 1976)

4. **الحياد العاطفي**:

يلتزم الأخصائي النفسي بالحياد والموضوعية، فيتجنب إصدار الأحكام الأخلاقية أو الدينية أو الاجتماعية، ويترك للمبحوث مساحة آمنة للتعبير عن ذاته من دون خوف أو وصم (Korchin, 1976).

5. **العلاقة العلاجية**:

تقوم المقابلة العيادية على علاقة مهنية قائمة على الثقة والاحترام المتبادل، إذ يشكل هذا المناخ الداعم شرطاً أساسياً لنجاح العملية التشخيصية والعلاجية.(Rogers, 1951)

9- مبادئ المقابلة العيادية:

1-الإصغاء النشيط: الاستماع الفعال دون الصمت السلبي، أي سكون الأذن، ونشاط وعمل الفكر والانتباه لما يقال وما لا يقال.

الصمت هو أدنى درجات التقبل، فالأذن كما يقول سي موسي هي بمثابة الرحم الحاوي والحامي القرار المتين".

2-مراقبة الذات: يعني مراقبة التدخلات والاستبصار بالدوافع، فلا تكون إلا مرتبطة بالشخص المناسب في المكان والوقت المناسبين.

كما يقال: للفاحص أذنان أذن تسمع لذاته، وأذن تسمع للآخر (المفحوص).

3-ملاحظة التناقضات: سواء كان ذلك في إجابات المفحوص الحالية، أو على مدار المقابلات التي يجربها مع الحالة. كما يتعلق الأمر بمدى التوازي بين قناة الاتصال اللفظية وقناة الاتصال غير اللفظية.

4- مواجهة الانفعالات الفجة بحكمة: في أي لحظة يمكن أن يمر العميل بأزمة نفسية، وينفعل بشدة، وهنا على العيادي أن يلتزم الهدوء رباطة الجأش، ثم يحاول أن يفسر هذه لانفعالات للمفحوص من حين لآخر.

5- الصراحة في طرح الأسئلة الحساسة: ليس من الجيد على العيادي أن يربك المفحوص بأسئلة حساسة أو محرجة بصورة مفاجئة، بل عليه أن يهيئه وأحيانا يشرح له الهدف من ذلك السؤال. كما يتعين على العيادي الابتعاد على الفضول الذي قد لا يفيد الحالة في شيء.

6- تحمل عبئ الصمت :المفحوص أحيانا يلجأ إلى الصمت، وهذا قد يصعب تحمله من طرف العيادي، ولذلك يجب معالجته بحكمة.

يجب أن تشعر العميل أننا نتحمل صمته مهما طال، لكن في ذات الوقت نشجعه على الكلام، لأن الحديث هو الذي يسمح بالتعرف

على مشكلاته ومن هنا مساعدته، وكما يقال: أحسن طريقة لجعل العميل يتكلم هي أن تلاحظ الصمت.

7- الدفء الإنساني: ويعني أن يحاول الأخصائي فهم مشكلة العميل باعتباره إنسان يعاني، ومد يد العون له قد الإمكان.

8- الاهتمام بمضمون المقابلة: وربطها مع سياقات المقابلات السابقة

10- أهداف المقابلة العيادية :

1- تهدئة المريض وطمأنته: أي احتواء العميل والسماح له بالتعبير لأن يقول ما يجول بخاطره، ثم الصدق معه في إعطائه الحقائق والمعلومات حول مشكلته، وإظهار الاهتمام والاستعداد لعدم ادخار أي جهد في سبيل مد يد العون.

2- محاولة فهم شكوى المريض: أي استبيان الطلب والتمييز بين الطلب الصريح والطلب الضمني.

3- معاينة الأعراض: أي التعرف على العلامات المرضية ومحاولة التعرف على الصراعات التي تنطوي تحتها، وكذلك معرفة الوظائف التي تؤديها هذه الأعراض.

4- التصنيف والتشخيص: أي تبويب الحالة في إطار جدول سريري محدد على ضوء الأعراض التي تتميز بها، وكذلك التعرف على جوانب القوة والنقاط الإيجابية في الحالة.

5- اقتراح برنامج علاجي لتكفل النفسي: ويعني هذا القضاء على الأعراض المرضية نهائيا أو على الأقل التخفيف منها أو تأجيل ظهورها. ثم إجراء مقاربات بين مختلف التقنيات العلاجية التي يمكن أن تخفف منها بأقل تكلفة وبأدني جهد وفي أقصر وقت.

11- إيجابيات وسلبيات المقابلة العيادية

شأنها شأن كل التقنيات في الميدان النفسي، فإن تقنية المقابلة لها جوانب القوة وجوانب الضعف. لكن في كل الحالات فهي تبقي ضرورية في عمل العيادي ولا يستطيع الاستغناء عنها في كل الحالات، وما يهم من الناحية المنهجية دائما يكمن في معرفة الظروف التي تمت فيها المقابلة، وكذلك تحليل الحركات المرتبطة بالتحويل والتحويل المضاد.

1- الإيجابيات :

- تسمح بالاتصال المباشر والملموس مع المفحوص
- تتيح الفرصة للتنفيس الانفعالي من خلال الاتصال العاطفي الذي يحدث بين الطرفين.
- إتاحة الفرصة للتبصر بالذات للمفحوص، وبالتالي مساعدته على التعرف على الأخطاء الإدراكية ومن ثم تصحيحها.

2- السلبيات :

- مكلفة من حيث الجهد والمهارة والوقت
- لا يمكن تطبيقها في بعض الحالات كالأطفال الصغار مثلا، أو الصم البكم نظرا لعدم اكتسابهم للغة بعد).

– الذاتية والتحيز الشخصي في تسجيل وتفسير الملاحظات، نظرا لاحتمال تدخل الإيحاء.

ملاحظة :

التحويل :هو نقل أو تحويل مشاعر وعواطف الفرد والتي تكونت لديه في مراحل سابقة تجاه اشخاص مهمين الى المعالج بشكل لا شعوري, بحيث يصبح المعالج هو مركز اهتمام المتعالج، وقد تكون هذه المشاعر سلبية أو إيجابية.

التحويل المضاد : وهو ردود فعل المعالج –تجاه المتعالج– الشعورية منها وغير الشعورية.

قائمة المراجع

- عبد الفتاح، م. ك .(1998) .*علم النفس العيادي* .القاهرة: دار غريب.
- عبد الرحمن، ج.، &كفافي، ع .(1989) .*علم النفس العيادي* .القاهرة: دار النهضة العربية.
- Cohen, L., & Manion, L. (2017). Research methods in education (8th ed.). Routledge.
- Kerlinger, F. N. (1970). Foundations of behavioral research. Holt, Rinehart and Winston.
- Korchin, S. J. (1976). Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community. Basic Books.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing (3rd ed.). Sage Publications.
- Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory. Houghton Mifflin.

المحاضرة السادسة: الإصغاء والصمت في دراسة الحالة

مقدمة :

تُعد دراسة الحالة أداة مركزية في المنهج العيادي، إذ تمكّن الأخصائي النفسي من فهم البنية النفسية للفرد ضمن تاريخه الشخصي والعلائقي والوظيفي. وتعتمد على أدوات نوعية كالمقابلة العيادية والملاحظة والاختبارات النفسية، وتُمارس ضمن علاقة علاجية يتصدر فيها الإصغاء والصمت كوسيلتين أساسيتين.

تُبرز دراسة الحالة الديناميات النفسية الفردية في ضوء التفاعل بين الذات والآخر، وهو ما لا يتحقق إلا من خلال إنصات دقيق وتموضع علاجي حساس.(Chabert, 2004)

اولا: الإصغاء في دراسة الحالة

1- مفهوم الإصغاء العيادي

الإصغاء العيادي هو فعل مهني يتجاوز الاستماع الظاهري إلى الانتباه لمعاني الخطاب الظاهرة والمضمرة، بما فيها الصمت، التكرار، التناقض، ونبرة الصوت. الإصغاء لا يكتفي بنقل المعلومات، بل يسعى لفهم البنية النفسية اللاواعية للفرد.

يُعرف الإصغاء العيادي على أنه "ممارسة تتيح للمعالج النفسي التقاط المعاني الظاهرة والضمنية في خطاب المريض دون حكم أو تدخل مباشر.(Anzieu & Chabert, 2004) "

2- أنواعه

- **الإصغاء النشط:** يعكس تفاعل العيادي من خلال تعابير وجهه، نظراته، حركات جسده، أو حتى إعادة صياغة ما قاله المريض.
- **الإصغاء التحليلي:** يهدف إلى فهم المحتوى الرمزي واللاشعوري للخطاب، بما في ذلك الانزلاقات اللفظية أو السكوت المفاجئ.

الإصغاء التحليلي يُفترض فيه أن العيادي "يصغي إلى ما لم يُقال كما يصغي إلى ما قيل " (Nasio, 1999).

3- وظائفه في دراسة الحالة

- فهم مكونات **الدينامية النفسية** لدى المريض.
- الكشف عن **آليات الدفاع** والتكرارات المرضية.
- تعزيز **العلاقة العلاجية** بما يسمح بانفتاح المريض وثقته.

يساهم الإصغاء في الكشف عن "العقد النفسية اللاواعية ومناطق الصراع النفسي التي قد لا يعبر عنها المريض بشكل مباشر.(Dejours, 1993) "

ثانيا: الصمت في دراسة الحالة

1- مفهوم الصمت العيادي

الصمت ليس غيابًا للتواصل، بل هو شكل تعبيري له دلالات متعددة، وقد يكون مؤشرًا على صراع داخلي، أو دفاع نفسي، أو مرحلة نضج نفسي داخلي. الصمت في المقابلة العيادية لحظة حيوية تتطلب قراءة دقيقة. يرى فيديرن أن "الصمت لحظة تُجبر المعالج على الإصغاء إلى ما هو أعمق من اللغة

(Federn, 1953, as cited in Laplanche & Pontalis, 1967)

2- أنواعه

- **صمت دفاعي:** يستخدمه المريض لتجنب الحديث عن مشاعر مؤلمة.
- **صمت تمثلي:** يدل على اشتغال داخلي على المعنى.
- **صمت مقاوم:** يعكس رفضًا لا شعوريًا للانخراط في العلاقة العلاجية.

3- وظيفة الصمت في دراسة الحالة

- يسمح بظهور **المكبوتات النفسية** التي يصعب التعبير عنها لفظيًا.
- يمثل أداة تشخيصية لفهم **نقاط المقاومة** أو **الانسحاب العلاجي**.
- يُعدّ مؤشرًا على **دينامية العلاقة العلاجية** ومستوى التوتر أو الثقة فيها.

الصمت يعكس أحيانًا "تواطؤًا غير واعٍ بين المريض والمعالج في تجنب موضوع معين"، وهذا بدوره يوفر للمعالج مفاتيح لتفسير الصراعات النفسية.(Green, 2002)

ثالثا: العلاقة التفاعلية بين الإصغاء والصمت

يمثل الإصغاء والصمت قطبين متكاملين في الممارسة العيادية:

- **فالصمت** يمنح الحيز للمعاني اللاواعية في الظهور،
- **والإصغاء** يمنحها الشرعية والاهتمام.

فالصمت الذي يحتمله المعالج دون قلق، هو في حد ذاته شكل من الإصغاء المتطور (Winnicott, 1965).

كذلك، فإن لحظات الصمت داخل المقابلة قد تؤشر إلى *نقل وجداني* أو *تكرار علاقي*، ما يتطلب مهارة تحليلية دقيقة لتأويل ما لا يُقال.

رابعا: تطبيق في دراسة حالة

الحالة 1– في مقابلة مع شاب يعاني من أعراض اكتئابيه، تكررت لحظات الصمت الطويل بعد الحديث عن علاقته بوالده. هذا الصمت لم يُفسر على أنه مقاومة، بل كإشارة إلى ألم دفين. الإصغاء الهادئ دون مقاطعة وفّر للمريض شعورًا بالاعتراف الضمني بمعاناته، ما ساهم في دفعه لاحقًا للكشف عن صدمة فقدان تعرض لها في الطفولة.

الحالة 2– في حالة فتاة تعاني من اضطراب القلق الاجتماعي، لاحظ العيادي أن المريضة تصمت طويلاً بعد طرح أسئلة تتعلق بعلاقاتها العاطفية. عبر الصمت، بدا أن هناك مقاومة دفينة، وتبيّن لاحقًا أن الصمت كان بمثابة دفاع ضد استدعاء تجربة مؤلمة. الإصغاء المتأني بدون إلحاح مكّن المريضة من الحديث لاحقًا، بعد أن شعرت بالأمان العاطفي.

قائمة المراجع :

- Anzieu, D., & Chabert, C. (2004). Dictionnaire de la psychologie clinique. Paris: PUF.
- Chabert, C. (2004). La position du clinicien: entre écoute et implication. Paris: Dunod.
- Dejours, C. (1993). Souffrance en France: La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil.
- Green, A. (2002). La pensée clinique. Paris: Odile Jacob.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF.
- Nasio, J.-D. (1999). Le livre de la douleur et de l'amour. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment. London: Hogarth Press.

المحاضرة السابعة: تحليل أنواع خطاب المفحوص في دراسة الحالة

مقدمة:

يمثل خطاب المفحوص في الجلسة العيادية مادة خامًا تُستخدم لفهم البنية النفسية للفرد، عبر تحليل شكل ومضمون تعبيره عن ذاته والآخرين والعالم. فالخطاب ليس مجرد نقل للمعلومة، بل هو فعل نفسي يتكثف فيه الوعي واللاوعي، وتُعبّر فيه آليات الدفاع والتكوينات الرمزية عن ذاتها. يُعالج هذا التحليل مستويات متعدّدة من الخطاب، كما تتجلى في المقاربة العيادية الإكلينيكية، خاصة في التوجهات التحليلية والدينامية.

وفي إطار المنهج العيادي لدراسة الحالة في علم النفس، يُعد تحليل خطاب المفحوص (ou discours du sujet) عنصرًا محوريًا في فهم البنية النفسية للمفحوص وتشخيص حالته بدقة. فالخطاب العيادي لا يُنظر إليه ككلام سطحي فحسب، بل كحامل لدلالات نفسية عميقة، ويُفكك عبر مختلف مستويات التحليل سواء في المقاربة الدينامية أو السلوكية أو المعرفية أو التحليلية.

فيما يلي تحليلٌ لأنواع خطاب المفحوص في دراسة الحالة، وفق زوايا مختلفة، مع أمثلة

1- الخطاب الصريح(Discours explicite)

الخطاب الصريح هو ما يُفصح عنه المفحوص لفظيًا بوضوح ووعي. يتضمن التصريحات المباشرة حول الأعراض، الانفعالات، أو المواقف الحياتية. يعتبر هذا الخطاب نقطة انطلاق مهمة لفهم المحتوى الظاهر للمشكلة، وهو عادة ما يُستخدم في البدايات لتحديد مجالات الاشتغال العيادي.

- **مثال: يقول** المفحوص: "أشعر بالقلق في كل مرة أكون فيها مع الغرباء."
- **تحليل:** يمكن تحليل هذا التصريح في ضوء نموذج القلق الاجتماعي، حيث يُعكس وعي المفحوص بالمشكلة، لكن دون النفاذ إلى جذورها اللاواعية. في التفسير الدينامي، قد

يدل القلق على صراع داخلي بين الحاجة للانتماء والخوف من التقييم أو الرفض، وهو ما يُشير إلى ديناميات أعمق تتطلب تفكيكًا لاحقًا.(Blanchet, 2012)

2- الخطاب الضمني(Discours implicite)

يتعلق بالمضامين التي لا يصرّح بها المفحوص صراحةً لكنها تُفهم من خلال الإشارات، أو الصمت، أو التناقض بين القول والانفعال. يستدعي هذا الخطاب قدرة على التأويل من طرف العيادي، لربطه بالبنيات اللاواعية المحتملة.

- **مثال:** يتحدث المفحوص عن وفاة والدته دون أي تعبير عاطفي، ويُسرع لتغيير الموضوع.

- **تحليل:** يمكن تأويل هذا التجنب أو البرود الظاهري كدلالة على كبت عاطفي أو صدمة غير معالجة. يُفسّر التحليل النفسي مثل هذه الحالات كعلامة على إنكار أو انشطار وجداني (Verleugnung)خاصة عندما يكون الحزن غير معبر عنه بطرق معتادة. (Laplanche & Pontalis, 2004)

3- الخطاب المتكرر(Discours répétitif)

يتجلى من خلال تكرار كلمات، عبارات، أو مواضيع معينة، مما يُشير إلى تمركز نفسي حول صراع أو فكرة قهرية.

- **مثال:** المفحوص يكرر عبارة "أنا دائمًا السبب في مشاكل الآخرين" في أكثر من سياق.

- **تحليل:** قد يُعبر هذا عن بنية شعورية ماسوشية أو عن صراع داخلي بين الأنا والأنا الأعلى. التكرار هنا يُمثل علامة على تعلق لاواعي بتمثيل الذات كموضع للذنب، وقد يكون امتدادًا لتجارب الطفولة المرتبطة بالنقد أو العقاب.(Green, 1999)

4- الخطاب الانفعالي(Discours émotionnel)

يرتكز هذا النوع على الحمولة الوجدانية في كلام المفحوص، سواء ظهرت عبر بكاء، غضب، قلق، أو تغيرات جسدية أثناء الحديث. العيادي لا يكتفي بما يُقال، بل بكيفية قوله من حيث الإيقاع والانفعال.

-**مثال:** المفحوص يبدأ بالارتجاف ويتوقف عن الكلام عند ذكر اسم زوجته السابقة.

- **تحليل:** يُعتبر هذا التعبير الانفعالي علامة على تموضع وجداني نشط حول العلاقة السابقة، وربما دلالة على صدمة عاطفية لم تُحل بعد. في النظرية العيادية، يُنظر إلى الانفعال كلغة بديلة حين تعجز اللغة اللفظية عن التعبير.(Anzieu, 1980)

5- الخطاب المتجنب أو المنقطع(Discours évitant/interrompu)

يتسم بالتردد، الصمت الطويل، أو تغيير الموضوع لتفادي الحديث عن نقطة حساسة، ويُعد تعبيرًا عن آلية دفاعية نشطة مثل الكبت أو الإنكار.

-**مثال:** المفحوص يتوقف عن الحديث كلما طُرح موضوع الطفولة المبكرة.

-**تحليل:** يمكن أن يكون هذا التهرب دالًا على وجود تمثيلات نفسية مؤلمة أو مُحرّمة لا يمكن للوعي احتواؤها. بحسب(1946) Klein ، يمكن أن يشير هذا النوع من السلوك إلى خوف من اجتياح التمثيلات اللاواعية للوعي، مما يُهدد تماسك الأنا.

6- الخطاب المفكك أو المجزأ(Discours morcelé/incohérent)

يعكس اضطرابًا في البناء المعرفي أو الرمزي للذات، وغالبًا ما يُلاحظ في الاضطرابات الذهانية أو الحالات الحدّية الحادة.

- **مثال:** المفحوص يتنقل بسرعة بين مواضيع غير مترابطة، مع صعوبة في تركيب الجمل.

-**تحليل:** قد يدل ذلك على انهيار في وظيفة الربط (liaison) النفسية، كما في الذهان حيث تفقد اللغة وظيفتها التواصلية والرمزية لتصبح أداة إسقاطية.(Deleuze & Guattari, 1972)

7- الخطاب الدفاعي(Discours défensif)

ينتج عن استخدام المفحوص لآليات دفاع لفظية كالعقلنة أو السخرية، وقد تكون مؤشرا على مقاومة نفسية تجاه الموضوع العلاجي.

- **مثال:** المفحوص يقول "العلاج النفسي مجرد مضيعة للوقت، لقد جئت فقط لأنهم طلبوا مني ذلك."

-**تحليل:** مثل هذا الخطاب يُترجم وجود مقاومة عياديه، وهي من المفاهيم المركزية في التحليل النفسي، تشير إلى رفض لاواعي لمواجهة تمثيلات داخلية مؤلمة (Freud, 1926/1961).

8- الخطاب الرمزي أو الإبداعي(Discours symbolique/créatif)

يتجلى في توظيف المفحوص للصور، الأحلام، الرموز، أو القصص لتقديم تجربته، وهو شكل تعبيري يستبطن المعاني اللاواعية.

-**مثال:** المفحوص يحكي حلمًا متكررًا بأنه في قطار يسير دون وجهة.

-**تحليل:** الحلم يُعد شكلًا من أشكال تعبير اللاوعي الرمزي، ويُحلل ضمن رمزية الحركات (القطار كرمز للزمن، اللاسيطرة...). في تحليل فرويد، تُفكك عناصر الحلم إلى دلالاتها الكامنة بوصفها "إشباعًا متنكّرا لرغبة لا واعية.(Freud, 1900/1953) "

وعليه فإن تحليل خطاب المفحوص في المنهج العيادي هو عملية تأويلية دقيقة تتطلب الإصغاء الفعّال، وفهم السياق النفسي والاجتماعي والتاريخي للمفحوص. ولا يُمكن فهم الخطاب دون الربط بين ما يُقال، وكيف يُقال، وما يُخفى في طياته، ضمن رؤية شمولية للبنية النفسية للفرد.

قائمة المراجع:

- Anzieu, D. (1980). Le Moi-peau. Dunod.
- Blanchet, A. (2012). Méthodes et techniques de l'entretien. Armand Colin.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). L’Anti-Œdipe. Les Éditions de Minuit.
- Freud, S. (1953). The Interpretation of Dreams. In The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vols. 4–5). Hogarth Press. (Original work published 1900)
- Freud, S. (1961). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. In The Standard Edition (Vol. 20). Hogarth Press. (Original work published 1926)
- Green, A. (1999). The Fabric of Affect in the Psychoanalytic Discourse. Routledge.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psycho-Analysis, 27, 99–110.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). The Language of Psychoanalysis. Karnac Books.

المحاضرة الثامنة: الاختبارات السيكولوجية

مقدمة:

تُعَدُّ الاختبارات النفسية من المصادر الهامة للحصول على البيانات الكمية والكيفية عن المريض، وتحديد ذكائه وقدراته واستعداداته، وتقييم سلوكه الشخصي وميوله واتجاهاته وتوافقه النفسي وصحته النفسية. كما أنها تكشف للأخصائي الإكلينيكي عن المحتوى العقلي للفرد، وعن الخلفية الثقافية وعن الجماعة التي ينتمي إليها، كما تبين درجة اتصاله بالبيئة، بالإضافة إلى أنها تكشف عن وعيه وذاكرته، وقدرته على فهم المواقف المختلفة، وتعبئة وظائفه العقلية لحل المشكلات التي تواجهه في بيئته (أبو علام، 2006).

واستخدام الأخصائي النفسي الإكلينيكي للاختبارات السيكولوجية له أهداف أخرى منها:

1. التعرف على استجابة المفحوص أثناء الاختبار: التي قد تكون صورة لاستجابته لمواقف المختلفة التي تواجهه في حياته.

2. أن نتيجة الاختبار تساعد على القيام بمقارنة صحيحة بين المريض وغيره من الأفراد الآخرين.

3. إتاحة الفرصة لأخصائي النفسي لملاحظة سلوك المريض أثناء الاختبار (الانتباه، الرغبة، المعارضة، فهم التعليمات، الاستجابة...)، وكثيرا ما تساعد معرفة ذلك السلوك على الكشف عن أسباب المشكلة.

4. من خلال الاختبارات يستطيع الاخصائي النفسي الإكلينيكي التوصل إلى كتابة التقرير السيكولوجي عن الحالة. وهذا التقرير يعنى: تقديم صورة كلية وافية عن شخصية المريض، مما يساعد على الفهم العميق لجوانب شخصيته ومشكلاته، بتقديم التقرير بالشكل الذي يمكن للجهات المختصة أن تفهمه وبالتالي يمكنها من مساعدة المريض وإرشاده بأفضل أساليب التعامل والعلاج.

5. يسجل الاخصائي استجابات المريض وكل ما يصدر عنه من كلمات وحركات وتعبيرات انفعالية في إطار كلي منسق، مبينا ما تتضمنه إجابات المريض من عبارات وكلمات إلى جانب الحركات والتعبيرات التي لها دلالات إكلينيكية هامة تفيد في الكشف عن الجوانب العديدة من شخصيته.

وبذلك: تُعَدُّ الاختبارات من أسرع الوسائل في الكشف عن الشخصية وأكثرها موضوعية، وتعطي تقديرا معياريا يكشف عن نقاط قوته وضعفه، ويمكن استخدامها في قياس مدى التقدم أو التغير الذي يطرأ على الحالة خلال فترة العلاج، وتُعْتَبَر وسيلة فعالة في التقييم والتصنيف والاختيار واتخاذ القرارات والتنبؤ المبنى على معلومات كمية أكثر صدقا وثباتا من التقديرات الكيفية، كما أنها تتيح الفرصة للأخصائي النفسي لملاحظة سلوك المريض، ومدى إقباله على الإجابة على فقرات الاختبار أو رفضه لها أو تركه بعضها ــ وهذا كله له أهميته في عملية التشخيص.

غير أن الاختبارات يعيبها أنها قد يُسَاء تفسير درجاتها، وقد ينبهر البعض بها ويعتقدون أنها غاية المراد ويحرفونها كهدف في حد ذاته بطريقة روتينية وبدون هدف محدد (زهران، 1980، ص. 192-193)

1- تعريف الاختبار

يرى النعيمي والبياني (2009) أن الاختبار هو "مجموعة من الخطوات المنظمة التي تستخدم لاختبار الفرد عن طريق تقديم مجموعة من المنبهات(Stimuli) ، التي يستجيب لها الفرد مما يمكن الباحث من تحديد رقم أو مجموعة من الأرقام، هذا التكميم يستطيع عن طريقه استنتاج خصائص أفراد آخرين من نفس المجتمع" .

وعليه يمكن القول إن الاختبار هو مجموعة من المثيرات التي تقدم للفرد لاستثارة استجابات تكون أساسا لإعطاء الفرد درجة رقمية، وهذه الدرجة القائمة على عينة ممثلة

لسلوك الفرد، تعتبر مؤشرا للقدر الذي يمتلكه الفرد الخاصية التي يقيسها الاختبار .ولمعرفة خصائص وسمات الشخصية والتقدير الدقيق للأعراض المرضية والاضطرابات التي يعاني منها العميل، وهذا لا يتأتى إلا من خلال تطبيق الاختبارات (أبو علام، 2006)

2- أغراض ووظائف الاختبارات النفسية:

يذكر الخطيب (2009، ص. 120) أن الاختبارات تُستخدم بشكل واسع في عمليات التوجيه المهني والتربوي والإرشاد النفسي ولأغراض شتى، وهي تستخدم مع الوسائل الأخرى وليست بديلا عنها.

وتشمل وظائفها الرئيسية ما يلي (خليل، 2004):

- **التوقع أو التنبؤ**(Prediction) **:** يمكن استخدام الاختبارات لاختيار الأشخاص للوظائف المناسبة، أو اختيارهم للالتحاق برامج في الجامعات أو المعاهد، فمثل هذه الاختبارات تساعد في التنبؤ بمدى نجاح الأفراد فيما تم اختيارهم له.
- **التشخيص**(Diagnosis) **:** حيث تُعَدُّ الاختبارات وسيلة فعالة في حصول المرشد على معلومات حقيقية ودقيقة ومناسبة حول سمات المسترشد ومشكلاته وسلوكه وحالات أخرى من حياته.
- **العلاج**(Therapy) **:** كثيرا ما تستخدم الاختبارات الإسقاطية كوسيلة لتوضيح الدوافع اللاشعورية المتحكمة في الفرد باستخدام مفهوم الإسقاط.
- **المراقبة**(Monitoring) **:** يمكن للمرشد أن يلجأ إلى استخدام الاختبارات لمعرفة مدى التغير في السلوك بعد تنفيذ برامج إرشادية معينة.
- **التقويم**(Evaluation) : تستخدم الاختبارات في عملية تقويم البرامج الإرشادية، وتقييم مدى تحقق الأهداف.

3- شروط الاختبارات والمقاييس النفسية الجيدة:

هناك شروط للاختبارات والمقاييس النفسية الجيدة، وفيما يلي هذه الشروط (أبو علام، 2006؛ خليل، 2004):

- **الصدق**(Validity) **:** أي قياس الاختبار أو المقياس لما وُضِع أصلا لقياسه، وهناك طرق لمعرفة قيمة صدق المقياس والاختبارات.
- **الثبات**(Reliability) **:** ويقصد به ثبات نتائج الاختبار أو المقياس في المرات المحتملة التي يُجرَى فيها على الأفراد أنفسهم، وهناك طرق تستخدم لاستخراج معامل ثبات الاختبارات والمقاييس منها: إعادة تطبيق الاختبار على الأفراد أنفسهم بعد فترة زمنية، طريقة التجزئة النصفية...
- **الموضوعية**(Objectivity) **:** ويقصد بها ألا يكون الاختبار متأثرا بالعوامل الذاتية، والأحكام الشخصية للفرد سواء من قام بتصميمه أو من يطبقه ويصححه.
- **إظهار الفروق الفردية:** ويقصد به قدرة الاختبار على التمييز بين المفحوصين الممتازين والعاديين والضعفاء وقياس الفروق الفردية بينهم، وتحديد كل منهم بدقة.
- **سهولة الاستخدام:** وتتحقق تلك السهولة بوضوح تعليمات الاختبار وطريقة إجرائه، والزمن المناسب، ومفاتيح التصحيح، وجدول للمعايير، ووضوح عباراته للمفحوصين.

4- أنواع الاختبارات السيكولوجية:

- يمكن تقسيم الاختبارات التي يشاع استخدامها في المجال الإكلينيكي تبعا لأهدافها القياسية إلى ما يلي:

4- 1 اختبارات القدرات العقلية: ومن أشهرها

أ- مقياس وكسلر لذكاء الراشدين: وضعه "ديفيد وكسلر" عام 1955 تعديلا لمقياسه الذي نشره عام 1939 وتمت مراجعته عام 1981 وقام عدد من الباحثين بتقنينه على البيئة

العربية. يتكون هذا المقياس من جزئين هما: جزء لفظي وجزء أدائي ويقدم هذا المقياس ثلاث أنماط من نسب الذكاء هي: الذكاء العام (الكلي)، الذكاء اللفظي، الذكاء العملي.

ب- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال: ويستخرج منه أيضا ثلاث نسب ذكاء (كلية-لفظية-عملية) ويطبق من 5-15 سنة، ويوجد مقاييس أخرى أقل انتشارا منها: متاهات بورتيوس ومقاييس بنييه.

ج- اختبار المصفوفات المتتابعة: وهو من أشهر الاختبارات المتحررة من التأثيرات الثقافية لأن بنوده عبارة عن رسوم أو تصميمات هندسية. وضعه "رافين" في بريطانيا عام 1938 وتمت مراجعته عامي 1947 و1958 وقنن على البيئة العربية. اتضحت قدرته على التمييز بين مرضى إصابات المخ وبين الأسوياء.

د- اختبار رسم الرجل: أعده "فلورانس جودانف" عام 1926 ونشر بعد مراجعته عام 1963 بعنوان "هاريس وجودانف" للنضج السيكولوجي.

ه- اختبار "بندر-جشطلت": صُمم عام 1938 طبقا للمفاهيم الجشطلتية، وهو عبارة عن أشكال هندسية بسيطة ويطلب من الفرد أن يعيد رسمها على ورقة (مرحلة النسخ) ثم بعد استبعادها بدقيقتين يطلب من الفرد تذكرها (مرحلة الاستدعاء). يميز هذا المقياس بين المرض (عضوي/وظيفي) ويقيس مستوى الذاكرة المباشرة ومستوى الذاكرة القريبة المدى (الاستدعاء) ودقة الإدراك (النسخ).

وتوجد اختبارات أخرى تستخدم لنفس الغرض نذكر منها: اختبار بنتون للاحتفاظ البصري اختبار توصيل الدوائر، بطارية رايتان، اختبار تعلم الأزواج المترابطة.

4 – 2 اختبارات الشخصية والتوافق الانفعالي: ويمكن تصنيفها إلى ثلاثة أنماط هي:

4 –2 – 1 الاستبيانات أو الاستخبارات:

أ– اختبار الشخصية متعدد الأوجه(MMPI) **:** يتكون من 566 بند ووضعه "هاتاوي وماكنيلي" عام 1940 بجامعة مينسوتا الأمريكية. يتشكل المقياس من 10 مقاييس فرعية تهدف إلى تحديد مدى تشابه الفرد مع بعض الفئات الإكلينيكية و3 مقاييس أخرى للتعرف على مدى صدق الفرد في الاستجابة ومجموعة مقاييس أخرى للاختبار.

ب– قائمة آيزنك للشخصية(EPI) **:** وهي تساعد على التمييز بين العصابيين والعاديين وتتكون من 57 بندا لقياس العصابية والانطوائية والكذب.

ج– استخبار آيزنك للشخصية: ويقيس العصابية والانطوائية والذهانية والكذب والميل للجريمة فهو يميز بين العصابيين والذهانيين والعاديين ويعطي مؤشر عن الحالات السيكوباتية.

د– اختبار عوامل الشخصية الـــ(16) : ووضعه "ريموند كاتل" وهو يقيس 16 سمة للشخصية ويعطي مؤشرات إكلينيكية.

4–2–2 الاختبارات الإسقاطية: وتهدف إلى توضيح الدوافع اللاشعورية المتحكمة في الفرد باستخدام مفهوم الإسقاط كما أشار إليه "فرويد"، حيث تقدم بعض المقاييس مثيرات غامضة للمفحوص ويطلب منه وصف ما يرى أو كتابة قصة أو استكمال ما ينقص من المثير .نظرا لغموض المثيرات فإن الفرد يسقط مشاعره ودوافعه وميوله واهتماماته عليها. ومن أشهرها:

- اختبار بقع الحبر لرورشاخ.
- اختبار تفهم الموضوع (TAT) الذي وضعه "هيرمان موراي" 1943.
- اختبار تكملة الجمل لـــ "روتر."
- وتوجد اختبارات أخرى مثل اختبار رسم منزل والشجرة والشخص لـــ"جون بيك."

4-2-3 المقاييس الموضوعية اللفظية للسلوك: وهي تعتبر قوائم لتحليل السلوك حيث تركز على سلوك نوعي لتحليله ومن ثم وضع خطة علاجية. يُعْتَبَر هذا النوع من المقاييس من نتاج تطور العلاج السلوكي ويوجد عدد كبير من الاختبارات التي تندرج تحت هذا النمط وتستخدم في المجال الإكلينيكي، أهمها:

- اختبار كورنل لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.
- قائمة القلق كـــ (حالة/سمة).
- قائمة مسح المخاوف المرضية.
- قائمة بيك للاكتئاب. (خليل، 2004)

5- العوامل التي تسبق الاختبار وتؤثر على التطبيق:

هناك عدة عوامل قد تؤثر على أداء المفحوص وبالتالي على نتائج الاختبار، ومن أهم هذه العوامل (أبو أسعد والنوري، 2016):

- **الخبرة السابقة:** الخبرة السابقة مع الاختبارات أو مع محتوى الاختبار.
- **مجموعات الاستجابة:** أنماط أو عادات الاستجابة التي يتبعها الفرد (كالميل للموافقة أو الرفض).
- **مجموعة الإجابة المرغوبة اجتماعيا:** ميل المفحوص إلى اختيار الإجابات التي يظن أنها مقبولة

اجتماعيا حتى لو لم تكن تعبر عنه حقيقة.

- **التخمين:** لجوء المفحوص إلى التخمين عندما لا يكون متأكدا من الإجابة.
- **السرعة:** ضغط عامل الوقت في بعض الاختبارات قد يؤثر على الأداء.

6 –مزايا استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية:

للاستخدام العلمي للاختبارات النفسية العديد من المزايا، منها:

- الكفاءة والعملية: حيث لا تتطلب جهدا تفسيريا أو إحصائيا كبيراً مقارنة ببعض وسائل التقويم الأخرى.
- وسيلة للدراسة المتعمقة: تسمح بالحصول على معلومات غنية ودقيقة عن الفرد.
- وسيلة للتنفيس والتعبير: وخاصة للذين لا يجيدون التعبير اللفظي عن مشاعرهم.
- صلاحية للمقارنات: تتيح إمكانية مقارنة أداء الفرد بأداء الجماعة المعيارية.
- الحياد: تصميمها يحد من تحيز الفاحص وأحكامه الشخصية المسبقة.
- الاقتصادية والفعالية: توفر وقت وجهد الأخصائي مقارنة بوسائل التقويم غير المنظمة.
- تقييم التقدم: تمكن من تقييم مدى التقدم في الإرشاد ودراسة النمو وتغير حالة الفرد.
- مقدمة لوسائل أخرى: تمهد الطريق لاستخدام وسائل تقييم أخرى أكثر عمقا مثل المقابلة الإكلينيكية ومؤتمر الحالة. (أبو أسعد والنوري، 2016)
- ملاحظة السلوك: تتيح للاخصائي فرصة ملاحظة سلوك المفحوص أثناء التطبيق، وهو أمر ذو قيمة تشخيصية عالية.

7– عيوب استخدام الاختبارات والمقاييس:

على الرغم من مزاياها، فإن للاختبارات بعض القيود والعيوب التي يجب على الأخصائي أن يكون واعيا بها:

- غموض الصياغة: قد تكون صياغة بعض العبارات عرضة لأكثر من تأويل.
- التزييف والاستجابة المرغوبة: قد تعطي بيانات زائفة بسبب رغبة المفحوص في تزييف استجاباته أو إظهار نفسه بشكل إيجابي مبالغ فيه (المرغوبية الاجتماعية).

- الطبيعة الجزئية: يصفها البعض بأنها جزئية ولا تقيس الميكانيزمات الدفاعية والعمليات الديناميكية بشكل كاف.
- إهمال الفروق الفردية: قد لا تضع في حسابها بشكل كاف الفروق الفردية في تفسير العبارات أو في أنماط الاستجابة.
- التأثر بالقلق: تتأثر الدرجات بشكل ما بالقلق، وخاصة قلق الامتحان لدى المفحوص.
- الحالة الانفعالية والفيزيولوجية: تتأثر بحالة المفحوص أثناء الإجراء (كالجوع، العطش، الإرهاق، المرض).
- تأثير الفاحص: قد تتأثر إجابة المفحوص إلى حد ما بموقف الفاحص وشخصيته وطريقة تقديمه للاختبار.
- التخمين: تتعرض الاستجابة إلى حد ما إلى التخمين، خاصة في الاختبارات الموضوعية.
- التأثر بالثقافة: عادة ما يخضع تفسير العبارات واستجابات المفحوص للخلفية الثقافية والاجتماعية وفلسفة الفرد الخاصة. (أبو أسعد والنوري، 2016)

قائمة المراجع

- أبو أسعد، أحمد، والنوري، سلطان .(2016) *دراسة الحالة في إطار جديد* .مركز ديبونو لتعليم التفكير، دجلة ناشرون وموزعون

- أبو علام، رجاء محمود .(2006) *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية* .دار النشر للجامعات.

- الخطيب، جمال .(2009) *أساسيات القياس النفسي والتربوي* .دار وائل للنشر.

- خليل، إلهام عبد الرحمن .(2004) *القياس النفسي: النظرية والتطبيق* .دار الفكر ناشرون.

- زهران، حامد عبد السلام .(1980) *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط. 2). عالم الكتب.

- النعيمي، عبد الجبار توفيق، والبياني، ياسين طه .(2009) *الاختبارات والمقاييس النفسية* .دار وموزعون.

المحاضرة التاسعة: الحوصلة النفسية من منظور إكلينيكي

مقدمة

تُعتبر الحوصلة النفسية (Psychological Synthesis) من المفاهيم الأساسية في الممارسة الإكلينيكية، حيث تمثل عملية دمج وتركيب للخبرات والتجارب والمعاني في وحدة نفسية متماسكة تساعد الفرد على التكيف مع ذاته ومع محيطه. إن هذا المفهوم يكتسب أهميته من كونه يشكل الجسر الذي يربط بين التفريغ الانفعالي والتحليل العميق من جهة، وبين بناء التكامل النفسي والقدرة على إيجاد معنى للخبرة المرضية من جهة أخرى (Assagioli, 1965).

في السياق العلاجي، تُعد الحوصلة النفسية مرحلة متقدمة تلي عملية الإصغاء والتشخيص، حيث يسعى المعالج من خلالها إلى مساعدة المفحوص على إدراك الروابط بين عناصر تجربته الداخلية والخارجية، والانتقال من حالة التشتت أو الانقسام إلى حالة من الانسجام النفسي والوعي المندمج .(Greenberg, 2011) هذا يجعلها من الركائز النظرية والعملية التي لا غنى عنها في العلاج النفسي، خصوصاً عند التعامل مع الاضطرابات التي تقوم على الانقسام أو التفكك مثل اضطرابات الصدمة والهوية.

إن أهمية الحوصلة النفسية لا تقتصر على الجانب العلاجي فحسب، بل تمتد لتشمل فهم دينامية الهوية الإنسانية في مختلف مراحل النمو، وتفسير قدرة الأفراد على إعادة بناء ذواتهم بعد الأزمات، وإيجاد معنى جديد للمعاناة .(Erikson, 1994) ومن هنا يأتي هذا المقال ليعالج الإطار المفاهيمي والإكلينيكي للحوصلة النفسية، ويستعرض آلياتها وتطبيقاتها العملية، مع الإشارة إلى التحديات التي قد تعترضها.

اولا: الإطار المفاهيمي للحوصلة النفسية

1 - التعريف اللغوي والاصطلاحي

من الناحية اللغوية، تشير كلمة "الحوصلة" إلى جمع الشيء وإحاطته أو اختزاله في وحدة واحدة. أما في الاصطلاح النفسي الإكلينيكي، فالحوصلة النفسية تعني عملية دمج معرفي–انفعالي–وجودي تهدف إلى تحويل الخبرات المتناقضة أو المتناثرة إلى وحدة متكاملة (Laplanche & Pontalis, 2007). فهي لا تقتصر على الجمع الميكانيكي للخبرات، وإنما تشمل إعادة صياغتها وبنائها في شكل كلي منسجم يساعد الفرد على التكيف.

2– الجذور التاريخية للمفهوم

- **في التحليل النفسي الكلاسيكي:** ظهرت ملامح الحوصلة في كتابات فرويد حول "الاستبصار" كعملية إدراك واعٍ للصراعات اللاشعورية، حيث يُعاد دمجها في بنية الشخصية بطريقة جديدة.(Freud, 1991)
- **في التحليل النفسي التحولي (يونغ):** قدّم كارل غوستاف يونغ فكرة "التفرد " (Individuation) التي تُعد شكلاً متقدماً من الحوصلة النفسية، حيث يسعى الفرد لدمج الأقطاب المتناقضة في ذاته لتحقيق الكلية النفسية.(Jung, 1990)
- **في المدرسة الإنسانية:** شدد كارل روجرز على دور العلاج المتمركز حول العميل في تسهيل "التكامل" بين الخبرة الذاتية والصورة المثالية للذات، وهو شكل من أشكال الحوصلة (Rogers, 1961).
- **في المقاربات المعرفية–السلوكية:** نجد مفهوم "إعادة البناء المعرفي" الذي يساعد المريض على إعادة صياغة أفكاره وتفسيراته، مما يساهم في دمجها في إطار متسق (Beck, 2011).

3- الأبعاد النظرية للحوصلة النفسية

يمكن النظر إلى الحوصلة النفسية كعملية ذات ثلاثة أبعاد أساسية:

- **البعد المعرفي:** إعادة دمج الأفكار والتصورات.
- **البعد الانفعالي:** استيعاب المشاعر والتناقضات العاطفية.
- **البعد الوجودي:** بناء معنى جديد للخبرة المرضية ضمن سياق هوية الفرد وقيمه (Van der Kolk, 2014).

ثانيا: الأبعاد الإكلينيكية للحوصلة النفسية

تُعتبر الحوصلة النفسية في المنظور الإكلينيكي عملية علاجية متكاملة تهدف إلى مساعدة المفحوص على بناء وحدة نفسية متماسكة، تسمح له بتجاوز التناقضات الداخلية وتخفيف المعاناة. ولها عدة أبعاد يمكن تصنيفها إلى ثلاثية محورية: **البعد العلاجي، البعد العلائقي، البعد البنائي**.

1 – الحوصلة كعملية علاجية

ينظر الإكلينيكيون إلى الحوصلة باعتبارها الخطوة التي تتوج العملية العلاجية بعد التفريغ والانفتاح، حيث يبدأ المريض في رؤية ذاته وتجربته بشكل جديد. فهي تمثل الانتقال من الاستبصار النظري إلى التغيير البنائي في الشخصية.(Freud, 1991)

يصف بيك (Beck, 2011) هذا البعد بأنه "إعادة تنظيم معرفي–انفعالي" يجعل الأفكار والعواطف أكثر انسجاماً، مما يساهم في تعديل السلوك وتخفيف الأعراض. أما في العلاج المتمركز حول الانفعال، فيُنظر إلى الحوصلة كتحويل عاطفي من خلال إعادة بناء المشاعر في سياق متكامل.(Greenberg, 2011)

2 – العلاقة بين الحوصلة والاستبصار والتكامل النفسي

قد يختلط مفهوم الحوصلة النفسية مع مفاهيم قريبة مثل الاستبصار والتكامل، غير أن ثمة تمايزات دقيقة:

- **الاستبصار**(Insight) : هو إدراك الفرد لأسباب مشكلاته وصراعاته، بينما الحوصلة تتجاوز ذلك إلى دمج هذه الخبرات في بنية جديدة متسقة.(Laplanche & Pontalis, 2007)
- **التكامل النفسي**(Integration) : يشير إلى توحيد الجوانب المتفرقة للشخصية، أما الحوصلة فهي العملية الديناميكية التي تقود إلى هذا التكامل وتبني عليه.
- **التسامي**(Sublimation) : يمثل إعادة توجيه الطاقة النفسية، لكنه لا يشمل بالضرورة بناء وحدة متكاملة مثلما تفعل الحوصلة.(Freud, 1991)

بالتالي يمكن القول إن الحوصلة تُعدّ "البنية العليا" التي تحتوي هذه العمليات وتُعيد تنظيمها ضمن مسار علاجي هادف.

3 - مستويات الحوصلة النفسية

من الناحية التطبيقية، تُمارَس الحوصلة على ثلاثة مستويات متكاملة، تختلف باختلاف طبيعة الاضطراب والمرحلة العلاجية:

أ. المستوى المعرفي–العقلي

في هذا المستوى يسعى المعالج إلى مساعدة المريض على جمع الأفكار المتناثرة، وإعادة صياغة المعتقدات المشوهة، وربطها بخبرات واقعية أكثر موضوعية. يظهر هذا بوضوح في العلاج المعرفي–السلوكي حيث تشكل إعادة البناء المعرفي جوهر العملية.(Beck, 2011)

ب. المستوى الانفعالي

الحوصلة هنا تتمثل في دمج المشاعر المتناقضة (مثل الغضب والحب، أو الخوف والرغبة) ضمن إطار عاطفي منظم. هذا الدمج يخفف من حدة التوتر النفسي ويمنح المريض قدرة أكبر على تحمل الانفعالات الصعبة دون إنكار أو تفكك.(Greenberg, 2011)

ج. المستوى الوجودي–الهوياتي

وهو المستوى الأعمق، حيث يُعاد تشكيل الإحساس بالذات والهوية. يظهر ذلك مثلاً في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD) حين يتم إدماج الخبرة الصدمية في سردية الحياة بدلاً من بقائها ككتلة منفصلة تعطل التكيف .(Van der Kolk, 2014) كما يتضح في نظرية إريكسون حول "أزمة الهوية"، حيث تُعدّ الحوصلة وسيلة لتحقيق التماسك الهوياتي (Erikson, 1994).

4 –البعد العلائقي للحوصلة

لا يمكن للحوصلة أن تتحقق بمعزل عن العلاقة العلاجية، فهي تتطلب إطاراً آمناً يشعر فيه المريض بالقبول والتقدير غير المشروط .(Rogers, 1961) هذه العلاقة توفر "المساحة النفسية" التي تسمح للمريض بدمج الخبرات الصعبة دون خوف من الحكم أو الرفض.

5 - البعد البنائي للحوصلة

تُعتبر الحوصلة عملية "بنائية(Constructive Process) "، إذ لا تقتصر على كشف ما هو موجود مسبقاً في اللاشعور، بل تتضمن إعادة بناء للسردية الذاتية وصياغة معنى جديد للمعاناة. هنا يلتقي المنظور الإكلينيكي مع المدرسة السردية التي ترى أن العلاج يتمحور حول إعادة كتابة قصة الفرد.(White & Epston, 1990)

ثالثا: آليات الحوصلة في العلاج النفسي

تتم عملية الحوصلة النفسية عبر مجموعة من **الآليات الإكلينيكية** التي يسخّرها المعالج النفسي في سياق العلاقة العلاجية. هذه الآليات ليست متفرقة، بل تتكامل في سيرورة علاجية متدرجة تبدأ من الكشف والاستبصار، وتصل إلى إعادة البناء والتكامل.

1 - التفسير وإعادة الصياغة

يُعدّ التفسير (Interpretation) إحدى أهم أدوات التحليل النفسي، حيث يساعد المعالج المفحوص على إدراك المعاني الخفية الكامنة وراء أعراضه أو سلوكياته .(Freud, 1991) لكن التفسير وحده لا يكفي، بل ينبغي أن يتبعه **إعادة صياغة** (Reframing)تضع الخبرة في سياق جديد أكثر انسجاماً.

على سبيل المثال، قد يفسر المعالج للمريض أن مشاعر الغضب المتكررة تجاه رئيسه تعود إلى صراعات طفولية مع الأب، ثم يُعيد صياغة هذه الخبرة عبر مساعدته على رؤية أن الغضب ليس خطأ بحد ذاته، وإنما مؤشر على حاجته إلى احترام ذاته وحدوده.

2 –الربط بين الماضي والحاضر

يُعتبر الربط بين الماضي والحاضر آلية أساسية في عملية الحوصلة، إذ يُظهر للمريض كيف أن خبراته الطفولية غير المحلولة تنعكس على سلوكه الراهن
(Laplanche&Pontalis,2007).

ففي حالة مريض يعاني من قلق شديد في علاقاته العاطفية، قد يكشف المعالج عن ارتباط هذا القلق بخبرات الهجر المبكرة. هذا الربط يساعد المريض على استيعاب أزمته الحالية ضمن مسار حياتي أوسع، مما يمنحه فهماً أعمق لذاته.

3 –التكامل العاطفي

العمل العاطفي (Emotional Work) يشكل ركيزة في العلاج المتمركز حول الانفعال، حيث يُساعد المريض على **اختبار مشاعره الصعبة داخل جلسة علاجية آمنة** (Greenberg, 2011).

من خلال مواجهة مشاعر الحزن أو الغضب أو الخوف، ثم دمجها في صورة ذاتية أكثر قبولاً، تتحقق الحوصلة الانفعالية. هذا التكامل يمنع الانفعالات من البقاء ككتل منفصلة داخل الجهاز النفسي تؤدي إلى اضطرابات القلق أو التفكك.

4– بناء السردية الشخصية

يؤكد العلاج السردي على أن الإنسان يبني ذاته من خلال القصة التي يرويها عن حياته (White & Epston, 1990).

في هذا الإطار، تسهم الحوصلة النفسية في **إعادة كتابة سردية المريض** بحيث تتحول التجارب المؤلمة من "عقبات قاهرة" إلى "تحديات تم تجاوزها". فالمريض الذي يرى نفسه "ضحية صدمة"، يمكن أن يعيد صياغة هويته كـــ "ناجٍ قادر على الصمود"، وهو ما يعزز التكامل النفسي.

5 –دور العلاقة العلاجية

تُعتبر العلاقة بين المعالج والمريض حجر الأساس في الحوصلة النفسية. فالمريض يحتاج إلى إطار يشعر فيه بالأمان والتقدير غير المشروط، كي يتمكن من مواجهة خبراته الصعبة وإعادة دمجها(Rogers,1961) .

العلاقة العلاجية هنا ليست مجرد أداة تقنية، بل هي في ذاتها "مساحة حوصلة" تسمح للمريض بأن يجرّب أشكالاً جديدة من التفاعل والاندماج النفسي.

6 –استخدام التقنيات الإبداعية

في بعض المدارس العلاجية، يتم دعم الحوصلة عبر تقنيات إبداعية مثل:

- **الكتابة العلاجية:** حيث يدوّن المريض خبراته لإعادة تنظيمها ذهنياً وعاطفياً.
- **التخيّل الموجّه:** لاستدعاء صور ذهنية تساعد على الدمج الانفعالي.
- **الفن العلاجي:** الذي يتيح التعبير الرمزي عن التجارب الداخلية.(Malchiodi, 2012)

هذه الأساليب توفر للمريض مساحات غير تقليدية تساعد على بلورة المعنى وإعادة البناء النفسي.

رابعا: التطبيقات العلاجية للحوصلة النفسية

تظهر قيمة الحوصلة النفسية بشكل أوضح عند تطبيقها في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة، حيث تساعد على إعادة تنظيم الخبرة المرضية ضمن سياق نفسي متكامل. وفيما يلي عرض لأبرز التطبيقات الإكلينيكية.

1 – الاضطرابات القلقية والاكتئابية

تُعد الحوصلة أداة فعالة في علاج القلق والاكتئاب، إذ غالباً ما يعيش المريض حالة من **التناقض بين الأفكار السلبية والانفعالات المكبوتة**.

- في العلاج المعرفي–السلوكي، تساهم الحوصلة في إعادة صياغة المعتقدات السلبية حول الذات والعالم، بحيث تتحول من أفكار مطلقة ("أنا فاشل") إلى تصورات واقعية أكثر توازناً ("قد أتعثر أحياناً لكنني قادر على النجاح").(Beck, 2011)
- في العلاج المتمركز حول الانفعال، تساعد الحوصلة على دمج مشاعر الحزن والغضب والذنب في تجربة أكثر انسجاماً، مما يقلل من حدة الاكتئاب.(Greenberg, 2011)

2 – الاضطرابات الصدميةاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

في حالات الصدمة، تبقى الخبرة الصدمية معزولة عن السردية الذاتية، وكأنها "جزر منفصلة" في الجهاز النفسي. وهنا تلعب الحوصلة دوراً محورياً في **إعادة دمج الصدمة** في القصة الحياتية للمريض، بحيث لا تبقى ذكرى معطلة بل تتحول إلى تجربة قابلة للاستيعاب (Van der Kolk, 2014).

على سبيل المثال، قد يُساعد المعالج ضحية حادث مروري على الانتقال من رؤية الحادث كتجربة مشلّة، إلى اعتباره محطة صعبة لكنها جزء من مسار حياته، ما يعزز قدرته على التكيف.

3– الاضطرابات التفككية واضطراب الهوية

في الاضطرابات التفككية، يعاني الفرد من **انقسام بين أجزاء مختلفة من ذاته**، مثل فقدان الذاكرة الانفصالي أو اضطراب الهوية التفككي.

- الحوصلة هنا تمثل الغاية العلاجية الأساسية: أي إعادة ربط هذه الأجزاء في وحدة متماسكة.
- يتطلب ذلك تقنيات خاصة مثل العلاج السردي أو العلاج التحليلي طويل المدى، حيث يتم الاعتراف بكل جزء من الذات ودمجه في "أنا" أوسع وأكثر انسجاما.

(American Psychiatric Association, 2022)

4 – الإدمان والاضطرابات السلوكية

يُظهر المدمنون عادة انفصالاً بين **الرغبة الواعية في التغيير** و**الدوافع اللاواعية للانتكاس** . وتتيح الحوصلة في إطار "المقابلة التحفيزية (Motivational Interviewing) "مساعدة المريض على دمج هذين البعدين في موقف أكثر اتساقاً، ما يعزز القدرة على اتخاذ قرار فعّال بالتغيير.(Miller & Rollnick, 2013)

5 – الإرشاد النفسي والوقاية

لا يقتصر دور الحوصلة على العلاج من الاضطراب، بل يمتد إلى الإرشاد النفسي والوقاية.

- في العمل مع المراهقين، تساعد الحوصلة على تجاوز أزمة الهوية عبر دمج التناقضات بين القيم الأسرية والاجتماعية والذاتية.(Erikson, 1994)
- في برامج الوقاية من الانتكاس، تسهم الحوصلة في تعزيز الوعي الذاتي والتكامل الانفعالي، ما يقلل من احتمالية العودة إلى أنماط سلوكية مضطربة.

6 - البعد الثقافي في التطبيق

تأخذ الحوصلة أبعاداً خاصة في المجتمعات العربية حيث تلعب القيم الدينية والعائلية دوراً محورياً في تشكيل الهوية. هنا يصبح دور المعالج مساعدة المريض على **دمج خبراته الفردية مع مرجعيته الثقافية والدينية**، بحيث تتحقق الحوصلة في إطار يتماشى مع خصوصيات البيئة الاجتماعية (زهران، 2005؛ القريوتي، 2012).

خامسا: التحديات والحدود الإكلينيكية للحوصلة النفسية

رغم الأهمية البارزة للحوصلة النفسية في الممارسة الإكلينيكية، إلا أن تطبيقها يواجه عدداً من التحديات النظرية والعملية التي ينبغي على المعالجين أخذها بعين الاعتبار.

1 –صعوبة القياس الموضوعي

من أبرز التحديات غياب أدوات كمية دقيقة لقياس مستوى تحقق الحوصلة النفسية. فهي مفهوم ديناميكي معقد يتجاوز المؤشرات السلوكية الظاهرة، ويشمل أبعاداً معرفية وانفعالية ولاواعية يصعب رصدها بشكل مباشر.(Clarkin & Fonagy, 2019)

- محاولات بناء مقاييس مثل **مقاييس التماسك الذاتي** أو **أدوات تقييم التنظيم الانفعالي** تبقى جزئية، ولا تعكس دوماً العمق الكامن للحوصلة.

2 - المقاومة العلاجية

قد يواجه بعض المرضى صعوبة في تقبل عملية الحوصلة، خصوصاً عندما تتطلب إعادة النظر في معتقدات راسخة أو مواجهة انفعالات مكبوتة.

- في التحليل النفسي، تظهر المقاومة عبر **إعادة إنتاج الدفاعات** التي تمنع تكامل الخبرة.
- في العلاج السلوكي–المعرفي، قد تترجم المقاومة في شكل رفض لتغيير الأفكار التلقائية أو الانسحاب من الواجبات المنزلية(Leahy, 2017)

3 –الفروق الفردية

الحوصلة ليست عملية نمطية، إذ تختلف باختلاف الخصائص الشخصية والثقافية للمريض.

- بعض الأفراد ذوو مستويات عالية من **المرونة النفسية** يحققون الحوصلة بسرعة نسبية.
- في المقابل، يعاني آخرون من **صلابة معرفية** أو تاريخ صدمات معقدة تجعل عملية التكامل أبطأ وأكثر تعقيداً.(Van der Hart et al., 2006)

4 - الاعتبارات الثقافية

في البيئات العربية، قد تمثل بعض المعتقدات الدينية والاجتماعية إطاراً داعماً للحوصلة، لكنها قد تشكل أيضاً تحدياً إذا تضاربت مع المفاهيم العلاجية الحديثة.

- مثلاً، تفسير الاضطرابات النفسية على أنها "ابتلاء" قد يساعد بعض المرضى على إيجاد معنى، لكنه قد يعيق آخرين عن البحث في الجذور النفسية للمشكلة (القريوتي، 2012).

5 –حدود النظريات العلاجية

- **في التحليل النفسي:** تركز الحوصلة على التكامل بين الأنا والهو والأنا الأعلى، لكنها قد تغفل عن العوامل الاجتماعية–الاقتصادية التي تؤثر على الفرد.
- **في العلاج المعرفي–السلوكي:** تهتم الحوصلة بإعادة هيكلة الأفكار، لكنها قد لا تمنح الانفعالات العميقة حقها في المعالجة.(Beck, 2011)

- **في العلاجات المتمحورة حول الجسد:** تحقق الحوصلة على المستوى الجسدي–الانفعالي، لكنها قد لا تلامس الأبعاد الرمزية والمعرفية بنفس القوة.(Ogden et al., 2006)

6 –خطر الانتكاس وفقدان الاستقرار

حتى بعد تحقيق الحوصلة، قد يتعرض المريض إلى انتكاسات تعيد إحياء الانقسامات النفسية القديمة، خاصة في ظروف ضاغطة. وهنا تظهر الحاجة إلى برامج متابعة طويلة المدى وتعزيز آليات المواجهة.(Linehan, 2015)

7 –التحديات المهنية للمعالج

لا تقتصر التحديات على المريض، بل تشمل أيضاً المعالج، حيث تتطلب عملية الحوصلة مستوى عالياً من **الحياد العلاجي والقدرة على الإصغاء المتعاطف** دون الانغماس الزائد في صراعات المريض. هذا ما قد يفرض ضغطاً انفعالياً على المعالج نفسه ويؤدي إلى ما يُعرف بـــ "إرهاق التعاطف.(Figley, 2002) "

تشكل الحوصلة النفسية مفهوماً مركزياً في الممارسة الإكلينيكية، إذ تمثل **العملية الديناميكية التي يعاد من خلالها دمج الأفكار والانفعالات والذكريات والتجارب المتناقضة في بناء نفسي متماسك** .وقد تبين من خلال العرض أن للحوصلة دوراً حاسماً في تعزيز التكيف النفسي، والتقليل من حدة الأعراض المرضية، ودعم الهوية الذاتية في سياقات علاجية متنوعة تشمل القلق والاكتئاب والصدمة والاضطرابات التفككية والإدمان.

غير أن الحوصلة النفسية تظل عملية معقدة، تواجهها عدة تحديات تتعلق بصعوبة قياسها موضوعياً، وبالمقاومة الفردية، وبالاختلافات الثقافية، وبحدود المقاربات العلاجية المختلفة. لذلك فإن تعزيز فعاليتها يتطلب **دمجاً متعدد التخصصات** بين مدارس العلاج النفسي، إلى جانب مراعاة السياق الثقافي والاجتماعي للمريض.

من منظور تطبيقي، يمكن القول إن الحوصلة النفسية ليست مجرد هدف علاجي، بل هي مسار مستمر يرافق الفرد عبر مراحله الحياتية، ما يجعلها ركيزة أساسية في دعم الصحة النفسية والوقاية من الانتكاس. ومن هنا تبرز الحاجة إلى **تطوير أدوات تقييم أكثر دقة**، وإلى توسيع البحوث في البيئات العربية لتكييف هذا المفهوم بما يتلاءم مع الخصوصيات الثقافية والاجتماعية.

قائمة المراجع:

- زهران، حامد عبد السلام .(2005) .*الصحة النفسية والعلاج النفسي* .القاهرة: عالم الكتب.
- القريوتي، يوسف .(2012) .*علم النفس الإكلينيكي* .عمان: دار الفكر.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Clarkin, J. F., & Fonagy, P. (2019). Handbook of dynamic psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Erikson, E. H. (1994). Identity and the life cycle. New York, NY: W. W. Norton.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. Journal of Clinical Psychology, 58(11), 1433–1441. https://doi.org/10.1002/jclp.10090
- Greenberg, L. S. (2011). Emotion-focused therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Leahy, R. L. (2017). Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). DBT skills training manual (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York, NY: Norton.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York, NY: Norton.
- Van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York, NY: Viking.

المحاضرة العاشرة: عرض الحالة كلينيكياً

1 –عرض الحالة

تمثل دراسة الحالة منهجاً وصفياً تحليلياً يهدف إلى تقديم صورة متكاملة عن الفرد من خلال رصد مكوناته البيولوجية، النفسية والاجتماعية. في البداية يُعرض ملف تعريفي بالحالة يشمل العمر، الجنس، المستوى التعليمي أو المهني، الوضع العائلي والاجتماعي، مع توضيح جهة الإحالة وأسبابها. عرض الحالة يجب أن يكون مختصراً وموضوعياً، بعيداً عن أي أحكام قيمية، ويركز على طبيعة المشكلة أو السلوك الذي استدعى المتابعة العيادية (Yin, 2018).

2 - المظهر العام والسلوك

تتم الملاحظة المباشرة لشكل المفحوص، وضعية جسده، مستوى العناية بمظهره، ومدى توافقه مع عمره وظروفه الاجتماعية. كما يُسجَّل سلوكه أثناء الجلسة: درجة القلق، مستوى النشاط أو الخمول، مدى تفاعله مع الأسئلة، واستجابته للتوجيهات. كما يتضمن هذا العنصر تقييم تواصل العين، نبرة الصوت، وسلوكيات أخرى مثل الحركات النمطية أو التململ الحركي.(Trull & Prinstein, 2018)

3 - تاريخ الحالة

يُبنى تاريخ الحالة وفق خط زمني يشمل:

- **الأعراض الحالية:** بدايتها، تطورها، شدتها، وتأثيرها على الأداء المدرسي أو الاجتماعي.
- **السوابق المرضية:** النفسية والطبية والعصبية.
- **التاريخ النمائي:** الحمل والولادة، النمو الحركي واللغوي، التطور المعرفي.
- **التاريخ العائلي والاجتماعي:** ديناميات الأسرة، أسلوب التربية، الدعم الاجتماعي.

- **التاريخ الأكاديمي والمهني:** النجاحات والإخفاقات، الصعوبات التعلمية.

يسمح هذا العنصر ببناء تصور للعوامل الممهِّدة والمحدثة والمبقية للمشكلة.(Kazdin, 2021)

4 - وصف الحالة على المستوى المعرفي العقلي

يركز على التوجيه، الانتباه، الذاكرة (قصيرة وطويلة المدى)، الوظائف التنفيذية (المرونة المعرفية، التخطيط، الكف المثبِّط)، إضافة إلى القدرات اللغوية والاستدلالية. يعتمد التقييم على الملاحظة، المقابلة، وأحياناً على تطبيق اختبارات معيارية مثل WAISأو .WISCيوضح هذا القسم كيف تؤثر القدرات المعرفية في الأداء اليومي والتكيف مع البيئة (Lezak et al., 2012).

5– وصف الحالة على المستوى العاطفي الانفعالي

يتم تحليل المزاج العام والانفعالات الملاحظة، بما في ذلك الاستقرار أو التقلب الانفعالي، مستوى القلق أو الاكتئاب، وجود مشاعر الذنب أو انعدام القيمة. كما يُفحص توافق الانفعال مع السياق الاجتماعي وظروف المفحوص. ويُستحسن تدعيم ذلك بتطبيق مقاييس معيارية مثل Beck Depression Inventory (BDI-II)أو State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Beck et al., 1996; Spielberger, 2010).

6 –وصف الحالة على المستوى التواصل اللغوي

يشمل تحليل خصائص الكلام (السرعة، النبرة، الطلاقة، الترابط)، وفحص الفهم والاستيعاب، إضافة إلى القدرة على التعبير اللفظي واستخدام المفردات. كما يتم تحليل التواصل غير اللفظي (الإشارات، لغة الجسد) والقدرة على إدارة الحوار. يتضمن ذلك دراسة شكل التفكير (منطقي، دائري، متفكك) ومحتواه (أفكار اضطهاد، وساوس، اجترارات) (Andreasen & Black, 2006).

7 -وصف الحالة على المستوى النفسي الحركي

يُعنى بوصف مستوى النشاط الحركي: هياج، بطء، تململ أو سكون. كما يشمل ملاحظة الحركات النمطية أو الاضطرابات الحركية مثل الرجفان أو النوبات التشنجية. يُربط ذلك غالباً بالحالة المزاجية أو بتأثير الأدوية والعوامل العصبية (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015).

8 -وصف الحالة على المستوى النفسي المرضي

يتم فيه تجميع الأعراض وتفسيرها وفق المرجعيات التشخيصية مثل DSM-5-TRأو ICD-11.يراعى التمييز بين التشخيصات التفريقية، وتوضيح المعايير المستوفاة وغير المستوفاة. كما يُعرض مستوى الخطورة (إيذاء الذات، العدوانية، الذهان الحاد)، ويتم تقدير العوامل المرافقة.(American Psychiatric Association, 2022) (comorbidity)

9 –الاستنتاج العام

يتم تقديم صياغة تفسيرية للحالة بالاعتماد على نموذج العوامل الأربعة:(4Ps)

- **ممهِّدة:** عوامل بيولوجية أو أسرية.
- **مُحدِثة:** أحداث أو ضغوط مباشرة.
- **مُبقية:** سلوكات أو أنماط تفكير تُعزز استمرار المشكلة.
- **واقية:** موارد شخصية أو اجتماعية.

ثم تُطرح الأهداف العلاجية وفق منهجية SMART (محددة، قابلة للقياس، قابلة للتحقيق، واقعية، مرتبطة بالزمن)، مع تقديم خطة علاجية تشمل التدخلات النفسية (العلاج المعرفي السلوكي، العلاج الأسري)، التربوية، والطبية عند الحاجة.(Persons, 2008)

قائمة المراجع:

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). Author.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2006). Introductory textbook of psychiatry (4th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation.
- Kazdin, A. E. (2021). Research design in clinical psychology (5th ed.). Cambridge University Press.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). Neuropsychological assessment (5th ed.). Oxford University Press.
- Persons, J. B. (2008). The case formulation approach to cognitive-behavior therapy. Guilford Press.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. Mind Garden.
- Trull, T. J., & Prinstein, M. J. (2018). Clinical psychology (10th ed.). Cengage Learning.
- Yin, R. K. (2018). Case study research and applications: Design and methods (6th ed.). Sage Publications.

المحاضرة الحادي عشر: نموذج تقرير دراسة حالة

" **دراسة حالة** "Case study

رقم الملف:..... الجنسية:..... تاريخ:.....

الاسم واللقب:.....الجنس:..... العمر:.....

مكان الميلاد:.....مكان الاقامة حاليا:..... الطول:..... الوزن:.....

الحالة الاجتماعية:..... المستوى التعليمي:.....المهنة:.....

مصدر التحويل:..... سبب التحويل:.....

الشكوى الحالية:

الشخص الذي أخذت منه المعلومات وعلاقته بالحالة:.....

تاريخ الاحساس بالشكوى:.....

كيفية الشعور بها:.....

.....

حوادث سبقت حدوث المشكلة:

.....

.....

الاعراض التي تعاني منها الحالة:

.....

.....

1- مدتها:.....2-تكرارها:..... 3-حدتها:.....

.....

سمات الشخصية قبل الاضطراب:

الوصف:.....

.....

هل عانيت من اعراض نفسية سابقة ؟ نعم☐ لا ☐

الوصف:.....

هل تناولت أية أدوية نفسية سابقا ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل تدخن أو تتعاطى الكحول أو المخدرات ؟ نعم☐ لا☐

الوصف:.....

هل سبق وأن تعرضت لأي شكل من أشكال التحرش الجنسي ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل تعاني من أمراض عضوية ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل سبق وأن حاولت الانتحار ؟ نعم☐ لا ☐

الوصف:.....

النوم: مستغرق☐ منقطع ☐قليل بصعوبة ☐ عميق ☐ طبيعي☐

الوصف:.....

الشهية للأكل: جيدة ☐ ممتازة☐ ليس لدي شهية للطعام☐

الوصف:.....

التغيرات السابقة في العلاج النفسي:

.....

.....

.....

التاريخ العائلي للحالة:

هل الأم على قيد الحياة ؟ نعم ☐ لا ☐ العمر عند وفاتها:.....

سبب الوفاة والاحداث المصاحبة له:..... .....

هل الأب على قيد الحياة ؟ نعم☐ لا ☐ العمر عند وفاتها:.....

سبب الوفاة والاحداث المصاحبة له:.....

.....

التكوين الأسري:

م	الاسم	صلة قرابة	الحالة الاجتماعية	العمر	مستوى التعليم	الحالة الصحية	الحالة النفسية	المهنة	الدخل	العلاقة به	ملاحظات
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

هل هناك حالات طلاق في العائلة ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل يعاني أحد أفراد أسرتك أو أقاربك من اضطرابات أو مشكلات نفسية؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل يعاني أحد أفراد أسرتك أو أقاربك من أمراض عصبية ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل يعاني أحد أفراد أسرتك أو أقاربك من تخلف عقلي ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل يعاني أحد أفراد أسرتك أو أقاربك من التوحد ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل يعاني أحد أفراد أسرتك أو أقاربك من أمراض مزمنة ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل يعاني أحد أفراد أسرتك أو أقاربك من أمراض وراثية ؟ نعم☐ لا☐

الوصف:.....

هل يعاني أحد أفراد أسرتك أو أقاربك من حالات ادمان ؟ نعم☐ لا ☐

الوصف:.....

إضافات:.....

.....

حياة الحالة داخل المنزل وطريقة تفاعلها:

علاقة الحالة مع الاهل بصفة عامة: ممتازة ☐ جيدة ☐ متوترة☐

الوصف:.....

علاقة الحالة مع الابناء بصفة عامة: ممتازة ☐ جيدة ☐ متوترة ☐

الوصف:.....

هل يعيش في المنزل غير أفراد العائلة ؟ نعم ☐ لا ☐أذكرهم:.....

الوصف:.....

هل تأكل وجبات الطعام مع العائلة؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

الوصف:.....

هل ساعات نومك موافقة لساعات نوم العائلة؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

إضافات:.....

.....

.....

التاريخ التطوري الشخصي:

الحمل: طبيعي ☐ ☐صاحبه مشكلات انتهى الشهر.....

.....

الولادة: طبيعية ☐ قيصرية ☐ ☐ صاحبتها مشكلات

الرضاعة: طبيعية ☐ صناعية ☐استمرت الرضاعة الطبيعية لمدة.....

الطفولة: سعيدة ☐ هادئة ☐ مشاكسة ☐ حزينة بائسة ☐

الوصف:.....

.....

هل كانت هناك أمراض معدية في الطفولة: نعم☐ لا ☐

حدد:.....

.....

البلوغ والمراهقة: صعبة ☐ مشاكسة ☐ عادية ☐ سعيدة ☐

الوصف:.....

.....

التاريخ المدرسي للحالة:

.....

.....

التاريخ النفسي والعاطفي للحالة:

هل هناك مشاكل متعلقة بالجنس ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل لك علاقات بالجنس الاخر ؟ نعم☐ لا ☐

الوصف:.....

هل لك علاقات حميمية بأشخاص من نفس جنسك ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل سبق لك ممارسة العادة السرية؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

.....

التاريخ الزواجي:

تاريخ الزواج:.....

السن عند الزواج:.....

هل تم الزواج برغبتك ؟ نعم ☐ لا ☐

الظروف المصاحبة للزواج:.....

.....

علاقة الحالة مع الزوج (الزوجة): ممتازة ☐ جيدة ☐ متوترة ☐

علاقة الحالة مع أهل الزوج (الزوجة): ممتازة ☐ جيدة ☐ متوترة ☐

العلاقة بين الزوجين ونوعيتها من كافة الجوانب:.....

.....

المشاكل التي اعترضت الحياة الزوجية:.....

.....

.....

مما مدى كون الطرف الاخر في العلاقة مصدر ضغط:.....

لماذا؟.....

إضافات:.....

.....

التاريخ المهني:

الاعمال التي قمت بها:.....سبب تغيرها:.....

العلاقة مع زملاء العمل:.....

العلاقة مع الرئيس في العمل:.....

إضافات:.....

.....

التاريخ الاجتماعي للحالة:

هل لك أصدقاء ؟ نعم☐ لا ☐ أذكر عددهم:.....

اسم الصديق الاقرب:.....عمره:.....مستوى تعليمه:..... مهنته:.....

كيفية التعرف به:.....علاقتك به:.....

هل تحب حضور الحفلات والمناسبات ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل تحب حضور الندوات والدورات والمؤتمرات الثقافية نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

هل تحب تقديم الخدمات التطوعية التي تقدم للمجتمع ؟ نعم ☐ لا ☐

الوصف:.....

إضافات:.....

جانب الحياة الدينية اليومية للحالة:

أداءالصلوات:.....

الصوم:.....

قضاء الصوم:.....

الزكاة:.....

الحج:.....

الصدقة:.....

بر الوالدين:.....

الايمان بالقضاء القدر:.....

قراءة الاذكاروالاوراد اليومية:.....

صلة الارحام:.....

الثقافة الشخصية:.....

إضافات:.....

.....

إمكانيات الحال: هاتف نقال ☐ كمبيوتر ☐ غرفة خاصة ☐ المصروف ☐

الوصف:.....

الاهتمامات:.....

.....

الفحص النفسي:

المظهر: عادي ☐ عملي ☐ أشعث ☐ أنيق ☐ مبالغ في الاناقة ☐ نظيف ☐ متسخ ☐

الوصف:.....

السلوك: عدائي ☐ مسالم ☐ مضطرب ☐ طفولي ☐

مبالغ فيه ☐ هادئ ☐ متزن ☐ غير متزن ☐

الوصف:.....

كلام الحالة: مترابط ☐ غير مترابط ☐ منطقي ☐ متسلسل ☐

مفهوم ☐ غير مفهوم ☐

الوصف:.....

التفكير: منطقي ☐ ناضج ☐ سطحي ☐ قابل للتغيير والمناقشة ☐

غير قابل للتغيير والمناقشة ☐

الوصف:.....

العاطفة/الوجدان: حساس جدا ☐ حساس ☐ غير حساس ☐ عاطفي جدا ☐

عاطفي ☐ غير عاطفي ☐

الوصف:.....

المزاج: طبيعي ☐ قلق ☐ حزين ☐ فرح باعتدال ☐ فرح جدا ☐

متقلب ☐ ملل ☐

الوصف:.....

التعاون/التفاعل: متعاون ☐ غير متعاون ☐ متفاعل ☐ غير متفاعل ☐

الوصف:.....

الادراك والوعي: غير واعي☐ واعي للمكان☐ واعي للزمان☐ مدرك للأخصائي ☐

الوصف:.....

الانتباه والتركيز: تركيز وانتباه سيء☐ تركيز وانتباه جيد☐ تركيز وانتباه عالي جدا ☐

الوصف:.....

هلاوس: يوجد ☐ لا يوجد ☐

الوصف:.....

الذاكرة: **(القريبة)** نشطة ☐ لابأس بها ☐ سيئة ☐

(البعيدة) نشطة ☐ لابأس بها ☐ سيئة ☐

الوصف:.....

الاستبصار: مستبصر بحالته ☐ غير مستبصر بحالته ☐

الوصف:.....

الدافعية للعلاج: مرتفعة ☐ متوسطة ☐ منخفضة ☐ لا يوجد ☐

الوصف:.....

الحيل الدفاعية التي استخدمتها الحالة:

.....

التشخيص:

المحور الاول: الاضطرابات الإكلينيكية

حدد:.....

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية ☐ التخلف العقلي ☐

حدد:.....

المحور الثالث: الامراض العضوية ☐

حدد:.....

المحور الرابع: مشكلات تعليمية عقلية ☐ زوجية ☐ اجتماعية ☐

بيئية ☐ مهنية ☐ سكنية ☐ جنائية ☐ اقتصادية ☐

حدد:.....

المحور الخامس: التقويم العام للوظائف

☐100-91: اداء بمستوى عالي في مدى واسع من الانشطة.

☐90-81: أعراض بسيطة، أداء وظيفي جيد في جميع الانشطة وشعور عام بالرضا.

☐80-71: بعض الاعراض البسيطة.

☐70-61: أعراض متوسطة.

☐60-51: أعراض خطيرة، عجز خطير في وظائف اجتماعية أو مهنية أو دراسية.

☐50-41: بعض العجز في اختبار الواقع والتواصل.

☐40-31: تأثر السلوك بالهلاوس والهذاءات.

☐ 30-21: بعض الخطورة لاحتمال بناء الذات أو الغير.

☐ 20-11: خطورة دائمة على الذات والغي، وعدم القدرة على الحفاظ على الحد الادنى من النظافة الشخصية

☐ 10-1: معلومات غير كافية.

إضافات:.....

.....

المقاييس التي استخدمت مع الحالة:

م	اسم المقياس	ماذا يقيس	سبب تطبيقه على الحالة	النتائج
1				
2				
3				
4				

الفنيات التي استخدمت مع الحالة:

م	اسم الفنية	الهدف منها	سبب تطبيقها على الحالة	النتائج
1				
2				
3				
4				

ملخص الحالة:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الملاحظات الإكلينيكية والانطباع والاستنتاجات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الخطة العلاجية:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

اقتراحات وتوصيات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

اسم الاخصائي النفسي: ..... التـــــوقــيع: .....