

جامعة لونيبي علي - البليدة 2-
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة بيداغوجية لمجموعة محاضرات

الفحص العيادي

موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر
علم النفس العيادي

اعداد: د. يعيش مهديّة

السنة الجامعية 2020-2021

برنامج المقياس

1-تعريف الفحص العيادي

2-تقنيات الفحص العيادي

3-الملاحظة تعريفها وأنواعها

4-المقابلة :

4-1-المقابلة العيادية من أجل البحث العلمي

4-2-المقابلة العيادية من أجل التوظيف

4-3-المقابلة العيادية من أجل التوجيه

4-4-المقابلة العيادية من أجل التشخيص والعلاج (التشخيص والعلاج) .

5-أنواع المقابلات حسب التوجهات النظرية (السلوكية ,المعرفية ,التوجه الإنساني ,النسقي) .

6-الصعوبات التي تواجه سير المقابلة العيادية .

7-الحوصلة النفسية (Bilan psychologique).

المحاضرة الأولى

1-تعريف الفحص

-الفحص لغويا عندما نقول فحص تتنافى مع الفعل شاهد،لاحظ إنما له علاقة مع ركز النظر

بمعنى دقق النظر في الشيء،حلل الشيء،أمعن في الشيء .الشيء يأخذ أهمية دقيقة بالنسبة لنا ،هذا الشيء لم نلتق به صدفة وإنما ذهبنا إليه واستعملنا كل الإمكانيات التي لدينا لفهمه دراسته ومعرفته ,فعندما نقول فحص الشيء معناه حول النظر إليه بكل زواياه وبكل الإمكانيات الموجودة لديه .

2-أنواع الفحص العيادي

-لدينا نوعين من الفحص : الفحص العادي والفحص العلمي .

2-1-الفحص العادي : الحياة اليومية كلها تعتمد على الفحص العادي ,وكلنا نقوم بالفحص ,لما نلتق

بزميل (الجانب الخارجي هل هو سعيد أم حزين) ,عند الأكل (نفحص ما نأكله) ,فحص الأشياء

حتى الحيوانات نجد عندها هذا النوع من الفحص .

-ينقسم هذا النوع من الفحص بدوره إلى نوعان :

1-الفحص العادي للأمور الداخلية : نقوم به لغرض التكيف مع الحياة والحفاظ عليها وبالتالي تحمل كل

المسؤولية للعمل الذي نقوم به في كل مرة .بعض الأشخاص لديهم دقة كبيرة لذلك يستطيعون التكيف مع

العالم الخارجي وغيرهم تحدث لهم مشاكل في التكيف .

2-الفحص العادي للأمور الخارجية : كل مايتعلق بالعالم الخارجي .

يتم فحص العالم الداخلي والخارجي وهذا لكي نقول ونحدد ونوجه
وكله لتحقيق التكيف

2-2-الفحص العلمي :يقوم به الفيسيولوجيون والنفسانيون .

-النفساني يرتبط فحصه بالظواهر النفسية ولكن الفحص الذي يستعمله العالم يختلف عن طرق الفحص

الأخرى ,ولكي يكون فحص علمي يجب أن يخضع لمجموعة من القواعد والشروط .

3-أهداف الفحص العيادي

1-جمع المعلومات بطريقة منظمة في مدة معينة باستعمال اختبارات ملائمة (حسب السن مثلا)

ويجب أن تتناسب وهدف الفحص .(الفحص العام نستنتج منه التشخيص) .

2-هدف الفحص هو التشخيص وذلك بعد جمع المعلومات وتنظيمها وتحليلها وبذلك نكون فكرة عن الشخص .

3-نقوم بالتنبؤ بالحالة الموجودة أمامنا .

4-أخذ القرار .

5-المساعدة وذلك بتقديم العلاج المناسب.

4-الغرض من الفحص

1-الكشف عن الموارد الداخلية والخارجية .

2-مواطن القوة والضعف .

3-نقاط الحساسية .

4-خطوط التقهر .

5-أنواع التفاعلات الإيجابية والسلبية .

-الفحص العيادي (الإكلينيكي) والفحص النفسي يوجد فرق في تحديد المصطلحات .

-الفحص العيادي هو أشمل من الفحص النفسي والذي نقصد به القياس النفسي (الاختبارات والروائز ,...).

-عمل الأخصائي النفسي أصبح مطلوب بشكل كبير في مختلف الميادين ومنها :
الصحة ,المدرسة ,دور الشباب والرياضة ,المؤسسات العقابية وغيرها ,وهو يعمل على التكفل .

-يقدم الأخصائي النفسي خدمات منها :

1-المساعدة النفسية :استشارات ,توجيه .

2-العلاج النفسي : وذلك باستخدام تقنيات وعلاجات فعالة أثبتت نجاعتها وتدرّب عليها فهو لا يمكنه تطبيق أي تقنية دون أن يكون متحكماً فيها ,فهو يجب عليه أن يلتزم بأخلاقيات المهنة حسب APA.

-عمل الأخصائي النفسي :

-التشخيص -الفحص العيادي -الفحص النفسي -التقييم -التقويم ,كلها عمليات متكاملة ومتداخلة وللتحكم في هذه الخطوات لابد من توفر الشروط التالية :

-الحذر -التريث -استعمال أكثر الأدوات لتحقيق الفرضيات التشخيصية .

-الفحص هو عمل عميق ولا بد أن يكون في فترة قصيرة حتى لا يخلق نوعاً من الملل

وكذا النفور .

-التحكم في الأدوات ومنه التحكم في المقابلة العيادية .

- الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي :
- خاصة فيما يتعلق بالأدوات التي يستخدمها :
- تطرح إشكالية الاختبارات (تقنيها ,تكييفها على البيئة الجزائرية) .
- الإطار النظري الذي يعمل به (تقنيات وعلاجات) لابد من التحكم فيها .
- اختبارات تتطلب تكوين وتدريب (الاختبارا الإسقاطية مثل الرورشاخ ,اختبارات الذكاء...) .
- معلومات عامة للبحث :
- من العلاجات التي تعتمد على الموارد نجد :
- العلاج المتمركز حول العميل لكارل روجرز .
- يوجد فرع من فروع علم النفس يسمى بعلم نفس الموارد .
- التقبل والالتزام .
- اختبار الرورشاخ (le livre de cotation) .

استعمال أكثر الأدوات
للتحقق من الفرضيات

وضع فرضيات تشخيصية

التعمق

كيف يكون التشخيص ؟

مواطن
الضعف

الحذر

المحاضرة الثانية

1- المبادئ التي يقوم عليها الفحص النفسي

- 1/ التقيد بتعريف دقيق للفحص النفسي و للمنهج العيادي .
- 2/ التكيف مع وضعيتي البحث و العيادة .
- 3/ التعامل مع كل الهيئات التي يمكن أن تساهم في فهم أفضل و تقديم نتائج الفحص

النفسي

(مدرسة ، مؤسسة عقابية ، مستشفى ، هيئة تنفيذية) .

- 4/ عندما تقوم بالفحص النفسي لابد من الأخذ بعين الاعتبار :
- 1- المرحلة العمرية للمفحوص (يختلف الفحص العيادي للطفل عنه مع المراهقين و مع الراشدين و كذا مع المسن) .

- 2- الفوارق الجنسية

- 3- الفوارق في الأجيال

- 4- اختيار التقنيات اللازمة للفحص و التي تتلاءم مع الأهداف الفحص العيادي شرط أن تتحكم فيها تقنيا و نظريا .

2/ تعريف الفحص النفسي :

- حسب ما يعرف " jean Guillaumin " (1977) ص 3 على أنه :

" الفحص النفسي هو ملاحظة قصيرة و مكثفة "

يحمل هذا التعريف شرطين عامين :

- فهو إذن يقصي الملاحظة الطويلة المدى لأنها " لا تساهم في استغلال تركيز و انتباه كلا من

الطرفين في هذا التفاعل " الملاحظ و الملاحظ .

- يقتضي استعمال الفحص النفسي شروطا أخرى تتجلى في صناعة العيادية التي تطبع كل مراحله في وضعياته المختلفة لذا يتطلب منا تعريفا واضحا للمنهج العيادي واضحا للمنهج العيادي

وتوظيفه في الفحص النفسي لذا يتطلب منا تعريفا واضحا للمنهج العيادي و توظيفه في الفحص النفسي كي يتميز بفردانية كل فرد في الفحص " .

المحاضرة الثالثة

- عناصر الدرس :

- 1- مفهوم المنهج العيادي
- 2- الدعائم الأساسية التي يتركز عليها علم النفس العيادي
- 3- مجالات تدخل الأخصائي النفسي
- 4- تحديد المفاهيم :

الفحص النفسي - الفحص العيادي .

1- مفهوم المنهج العيادي :

" هو منهج معرفي للسير النفسي ،يهدف إلى رسم بناء واضح لأحداث نفسية صادرة من شخص معين "

و يقول روجي بيرون حول المنهج العيادي بأنه : " المنهج الذي يتناول موضوع دراسة النفس بصفة

معمقة حالة بحالة " .

2-الدعائم التي يتركز عليها علم النفس :

يركز علم النفس العيادي على 3 دعائم أساسية هي :

- يعتبر التشخيص و العلاج في هرم الوظائف الإكلينيكية.

- علم النفس الإكلينيكي هو ذلك العلم الذي يدمج بين العلوم و النظريات و لمعرفة الإكلينيكية بهدف فهم طبيعة القلق و الضغوطات و الاضطرابات النفسية أو خلل الوظيفي الناتج عنها ، و محاولة التخفيف من حدتها و التغلب عليها مما يحقق له التقدم على المستوى الشخصي ، و علاوة على ذلك فإنه يتركز بصورة أساسية على التقييم النفسي و العلاج النفسي في الممارسة العلمية .

3-مجالات تدخل الأخصائي النفسي :

- يقوم الأخصائيون النفسيون بأدوار مهمة في مجالات عديدة من بينها :
- البحث العلمي ، التدريس في الجامعات ، تقديم الاستشارات النفسية .
- المشاركة في تقرير شهادات الطب الشرعي (Expertise) و وضع برامج و جلسات العلاج النفسي تطويرها و إدارتها ، فهو يهتم بصفة عامة بالصحة النفسية ، و يختص بتطبيق المعرفة و الممارسة النفسية في مساعدة كل مصاب باضطراب ما .

يعمل الأخصائي النفسي في عدة مجالات :

1-مجالات تخص البحث

2-مجالات تخص الممارسة

• الفرق بين الممارسة و البحث :

1-الوضعية : تختلف الوضعية (من الأخصائي أو من المفحوص)

- الممارسة العيادية : لمعرفة التوظيف النفسي أو السير النفسي في الممارسة العيادية نتعمق في الحالة باستخدام عدة تقنيات منها المقابلة و المقاييس ، بينما في البحث لما نريد أن نعرف السير النفسي نقوم بإجراء مقابلة واحدة ثم تطبيق المقاييس لأن الباحث يريد معرفة أمر معين , لكن في الاستشارة الأمر يختلف, نفس الخطوات : جمع المعلومات و المعطيات باستخدام أدوات و تقنيات ، يضع فرضيات تشخيصية و التحقق منها بمراحل .

3/ التشخيص و تقييم الحالة :

- في الممارسة أو الاستشارة يكون التشخيص و تقييم الحالة من أجل التدخل ، بينما لا يكون من أجل التدخل في البحث إلا في حالة واحدة إذا كان الغرض من البحث العلمي التقييم العلاجي

(فعالية علاج) أي في حالة تطبيق برنامج علاجي لأن هذا هو الغرض من البحث

4/ تحديد المفاهيم :

1- الفحص النفسي : نقصد به القياس (الاختبارات و الروايز) ، الفحص العيادي نقصد به

الملاحظة و المقابلة .

- الفحص كما يقول " دانيال لاغاش " Daniel lagache " :

" الفحص بوسائل مسلحة أو الفحص المسلح " أو " الفحص بدون أدوات مسلحة " ذلك هو الفرق بين الفحص العيادي و الفحص النفسي حسب توجه مؤيدي " الذاتية العيادية " (العمل بدون أدوات القياس و الاعتماد فقط على العمل الإكلينيكي (الملاحظة و المقابلة) و هذا هو الفحص المسلح) .

- التوجه الحديث الذي يتفق فيه الكثير من الأخصائيين النفسيين و الممارسين و العيادين أن الاعتماد على الحس الإكلينيكي (الذاتية العيادية) لوحده لا يجدي نفعا للإلمام بالخصائص النفسية ، يجب إضافة التقنيات شرط التحكم فيها لأن التقنيات مهمة جدا . فإن علم النفس الإكلينيكي يستمد خصوصيته من خلال مروره بالدراسة المعمقة في إطار الأدوات و الحركات النفسية الداخلية للشخص في كليته و في وضعياته المختلفة و المتعددة مع نفسياني عيادي في وضعية مختلفة (العلاقة اللاتناظرية) داخل إطار مادي و معنوي مضبوط بدقة تحكمه قوانين أخلاقيات مهنية و عقد علاجي

-

2-تعريف الفحص النفسي السيكومتري :

" هو الفحص باستخدام الأدوات و المقاييس النفسية ، فهو في العادة أي القياس بهدف إلى قياس السمات النفسية الكامنة (غير القابلة للملاحظة بشكل مباشر مثل الذاكرة ، الخصائص المعرفية الانفعالات ، القناعات (ضبط داخلي و خارجي) ، أنماط العزو و الكفاءة الذاتية .

التشخيص : " حوصلة " بعد عمل الفحص النفسي سواء المسلح أو غير المسلح و الخروج بتقييم الذي هو حقيقة الفحص " .

التقييم : من الفعل قوم بمعنى غير من التغيير ، المساعدة على إحداثه ، أي أستعمل أدوات و أقوم ببناء خطة علاجية لتغيير الواقع الذي يعيشه المفحوص .

-القياس :

- يلجأ الأخصائي العيادي إلى الاختبارات أي يلجأ إلى الوسائل المسلحة (الاختبارات و المقاييس

و الروائز) مثل إختبارات الشخصية ، إختبارات الأدائية لقياس سمة معينة مثل الذكاء ، فلا يمكن

الحكم على الشخص بأنه ذكي من المقابلة فقط و عليه لابد من اللجوء إلى الإختبارات و المقاييس النفسية

المحاضرة الرابعة

الملاحظة - Observation -

تعتبر الملاحظة من الوسائل التي يستخدمها الباحث لجمع البيانات، والمعلومات عن موضوع بحثه، ومن خصائص المجتمع الممثل له. مما يتطلب على الباحث الاتصال المباشرة به. وهي تسمح أيضا بالحصول على بيانات ومعلومات قد يكون الباحث لم يفكر فيها حين يقوم بإجراء مقابلات شخصية مع أفراد مجتمع البحث تحت ظروف سلوكية مألوفة تعريف الملاحظة.

يعرفها جل الباحثين بأنها الوسيلة التي يستخدمها الإنسان العادي في اكتساب خبراته ومعلوماته، حيث نجمع خبراتنا من خلال ما نشاهده أو نسمع عنه، ولكن الباحث حين يلاحظ فإنه يتبع منهجا معينا، يجعل من ملاحظاته أساسا لمعرفة واعية أو فهم دقيق لظاهرة معينة. وهي:

- توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه .
- توجيه الحواس والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها بهدف الوصول إلى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة أو الظواهر.

وهي عبارة عن تفاعل وتبادل المعلومات بين شخصين أو أكثر، أحدهما الباحث، والآخر المستجيب أو المبحوث، لجمع معلومات محددة حول موضوع معين، ويلاحظ الباحث أثناءها ردود فعل المبحوث.

وتعني كذلك إدراك الباحث وتتبعه لبعد أو أكثر من أبعاد ظاهرة ما يرى ضرورة بحثها بغية الوصول إلى نتائج معينة... وغالبا ما تكون هي الخطوة الأولى التي يبدأ بها الباحث ابحته، ومن ثم يستمر الباحث في متابعة تطورات الظاهرة أو القضية أو المشكلة موضوع البحث. لذا قد تكون الملاحظة عفوية وتلقائية بظاهرة أو قضية أو مشكلة ما تثير انتباه واهتمام البسيط من قبل الباحث ثم تتطور لتتحول إلى ملاحظة علمية منظمة.

فالملاحظة علاقة مع الدراسة الاستطلاعية من خلال التواجد في مكان الموضوع، الاستماع، المشاركة، وفي كل الأحوال فهي تفرض مدة في الميدان مكان موضوع الدراسة". حيث يرى 'Combessie' أن الملاحظة على العيش، أو على الأقل كون الباحث قريباً من ميدان الموضوع وملاحظته من قرب، وأيضاً العرش النظر والانتباه للتعليقات والتأويلات أو كل الأشكال الأخرى للمعالجة الاجتماعية.

وهناك عدة اقتربات للملاحظة ، والملاحظة الأكثر تواجداً هي التي تخضع الاقتراب الجسدي الأكثر استمراراً وللمساحة الأكثر اختلافاً للسلوكات، التفاعلات... وحتى إذا كانت مدة حالات الملاحظة متغيرة جداً ، فتفضل هنا أكبر تمثيل للتفاعلات التي تميزها . ومهما كانت طبيعة الميدان، سواء كان جديداً، غير معروف جيداً، أو لم يدرس من قبل، أو تمت دراسته... فإن الأوقات الأولى للتحقيق نهدف للاستطلاع والكشف مما يتطلب حالة تفكير خاصة وحذر منهجي.

وتساعد هذه التقنية في تحديد الموضوع في الدراسة الإستطلاعية، وقد تطبق بالطريقة العميقة مما يستلزم شبكة ملاحظة وإن تم اعتمادها بطريقة بسيطة فلا يستلزم ذلك اعتماد مخطط لشبكة الملاحظة كونها كانت تقنية مساعدة في حصر الموضوع، ولم يتم اعتماده كأداة رئيسية.

ومن هنا تتيح هذه التقنية المجال للباحث الملاحظة الأجواء الطبيعية غير المتصنعة المجتمع البحث ، حيث أن المبحوثين لا يعرفون أن سلوكهم وعلاقاتهم وتفاعلهم وظروف عملهم تحت الدراسة والملاحظة والفحص، لذا يكون تصرفهم طبيعياً، وتبتعد علاقاتهم عن التصنع والتكلف فهي بذلك تمكن من جمع أكبر قدر من المعلومات حول موضوع الدراسة، من خلال ملاحظة الظروف والأشخاص المحيطين به، ويتم بعد ذلك حصر وتنسيق نطاق الملاحظات لتقتصر على المواقف والعوامل المهمة فقط.

كما يتم اتخاذ الاحتياطات التي تطبق في تفاصيل الحالات التي يتم إجراء المقابلة معها، من خلال التمعن في المعاني والسلوكات

يؤكد هذا المصطلح لغوياً على فكرة "من الخارج" extériorité يأتي من اليونانية "أب" ob يعني أمام، تجاه و "سرفار" servare يعني شاهد، حمى، حافظ على. **الملاحظة هي**

أساس معرفة العالم، معرفة الآخرين والنشاط العلمي. تفترض الانتباه المركز نحو شيء و القدرة على تمييز الفروق بين الظواهر. تعتمد على الفرق المتواصل بين الملاحظ و الملاحظ، وهذا ما يُشكك فيه جزئياً التيار الإكلينيكي.

• هي في أبسط صورها المشاهدة التي يُبديها الباحث على الطبيعة لجوانب سلوكية معينة في موقف من المواقف اليومية.

• هي المشاهدة باهتمام (بتمعن) للظواهر بُغية وصفها ودراستها وشرحها. وتبدأ الملاحظة ب:

- البصر، النظر،
 - الإدراك الحسي لفرد في موقف،
 - تركيز للنشاط النفسي على شيء خاص يُميز فيُعزل عن باقي الأشياء (التجريد).
- هي من أهم أدوات جمع البيانات المتعلقة بالسلوكيات الالفاظية للمفحوصين خاصة في المواقف التي يتعذر فيها استخدام وسائل أخرى.

• هي سياق يتضمن الانتباه الإرادي والذكاء حيث يكون متوجها نحو هدف نهائي أو مُخطط ومدار نحو موضوع ما.

• في البحث العلمي تُعتبر الملاحظة منهجا علميا الهدف منه نقل مجموعة من الظواهر الطبيعية التي تسمح لنا فيما بعد تحديد فرضيات البحث والتحقق منها عن طريق التجربة experimentation، هي المرحلة الأساسية للتجربة.

2/ مميزات الملاحظة

• قد تكون الملاحظة بسيطة (أثناء المقابلة والاختبارات مثل ملاحظة مواقف المفحوص، إيماءاته، أفعاله، انفعالاته، حركاته، تغيير نبرات صوته... وهذه هي التي تهتم المختص الاكلينيكي).

• أو تكون مزودة بوسائل مثل التسجيل : caméra, vidéo, glace sans tain permettant à l'observateur de voir sans être vu

• وتكون الملاحظة محدودة في الزمن حسب "أخذ العينات" temps d'échantillonnage : 5 دقائق مثلا كل 3 ساعات أو تخضع لزمان أطول في مركز خاص للملاحظة. centre d'observation.

التي تعطي معنى مباشر أو غير مباشر، ولطرق الأكثر اعتيادا للكلام أو السكوت أو التحفظ.

تصنيف الملاحظة

يمكن تصنيف الملاحظة إلى أنواع مختلفة حسب الأساس الذي يمكن أن يعتمد في التصنيف، وقد تقسم الملاحظات على النحو التالي:

1- حسب مشاركة الباحث:

- الملاحظة المباشرة والملاحظة غير المباشرة .
- الملاحظة المشاركة والملاحظة غير مشاركة

2- حسب الهدف:

- الملاحظة المحددة والملاحظة غير المحددة،
- الملاحظة المقصودة والملاحظة غير المقصودة.

3- حسب عدد من يلاحظهم الباحث:

- الملاحظة الفردية والملاحظة الجماعية

4- من حيث درجة الضبط

- **الملاحظة البسيطة:** تستخدم في الدراسات الاستكشافية حيث يلاحظ الباحث ظاهرة أو حالة دون أن يكون لديه مخطط مسبق لنوعية المعلومات أو الأهداف أو السلوك الذي سيخضعه للملاحظة... وتتضمن صور من المشاهدة والاستماع وهي ملاحظة للظواهر والأحداث التي تحدث تلقائيا وفي ظروفها الطبيعية دون تأثير من قبل الباحث...

- **الملاحظة المنظمة:** ويحدد فيها الباحث الحوادث والمشاهدات والسلوكيات التي يريد أن يجمع عنها المعلومات، وبالتالي تكون المعلومات أكثر دقة وتحديدًا عنها في الملاحظة البسيطة وتستخدم هذه الملاحظة في الدراسات الوصفية بكل أنواعها...، وهي النوع المنظم والمضبوط والتي تتضمن وتتبع مخططا مسبقا وتخضع لدرجة عالية من الضباط العلمي وتحدد فيها ظروف الملاحظة بالنسبة للزمان والمكان.

5- من حيث دور الباحث:

- **الملاحظة غير مشاركة:**

تعريفها:

يطلق على الملاحظة غير المشاركة -بدون مشاركة- أيضا تسمية الملاحظة البسيطة وفيها يقوم الباحث (الملاحظ غير المشارك) بمراقبة الجماعة عن كثب دون أن يشترك في أي نشاط تقوم به هذه الجماعة موضوع الملاحظة، فهي لا تتضمن أكثر من النظر والاستماع ومتابعة موقف اجتماعي معين دون مشاركة فعلية فيه. إذ يقوم الباحث بأخذ مكان ويراقب منه الأحداث أو الظاهرة أو السلوك دون أن يشارك أفراد عينة الدراسة بالأدوار التي يقومون بها، وقد يستخدم الكاميرا وخاصة الفيديو في هذا النوع من الملاحظات شريطة عدم علم المبحوثين.

خصائصها:

- ليست مشاهدة عابرة تعتمد على القدرة البصرية وحدها بحيث يمكن أن تختلط مع غيرها من الأحداث وإنما تركز على أساس توجيه القوي البصرية مع القوى العقلية في وقت واحد لاستيعابها بدقة.
- أنها تتميز بدرجة عالية من الدقة لأنها محصلة مقدمات مستندة على وقائع ثابتة بحيث تقبل المراجعة إذا لزم الأمر.

إجراءاتها:

تتطلب الملاحظة بالمشاركة تحديد:

أ- الهدف المراد الوصول إليه من طرف الباحث.

ب- الوحدات التي ستخضع للملاحظة.

ج- الوقت اللازم لاستخدام الملاحظة.

كما أنها تتطلب أيضا:

د- استقبال المعلومات التي تقع في نطاق ملاحظته، إذ أنه في هذه المرحلة تظهر قدرته على استيعاب ما هو مطلوب منها والتعرف بها وفقا لمقتضيات البحث.

مزاياها تقنية الملاحظة وعيوبها:

تعتبر الملاحظة من أهم تقنيات البحث والأكثر استخداما في العديد من العلوم وخاصة منها العلوم الاجتماعية، فهي كتقنية تساعد الباحث على الحصول على المعطيات الكيفية اللازمة لتحديد موضوع بحثه، ويعتبر هذا دليل واضح على أن لهذه التقنية عدة مزايا بالموازاة مع العيوب التي تعثر بها والتي تحاول تلخيصهما فيما يلي:

مزاياها:

- أفضل طريقة مباشرة لدراسة عدة أنواع من الظواهر.

- لا تتطلب جهدا كبيرا يبذل من قبل المجموعة التي تجري ملاحظتها .
- تمكن الباحث من جمع بيانات تحت ظروف سلوكية مألوفة.
- لا تعتمد كثيرا على الاستنتاجات.

عيوبها:

- قد يعتمد المبحوثين إعطاء انطبعا جيدا، عند إدراكهم أن الباحث يقوم بمراقبة سلوكهم .
- من الصعب توقع حدوث حادثة عفوية بشكل مسبق يكون المباحث حاضرا في ذلك الوقت، وفي كثير من الأحيان قد تكون فترة الانتظار مرهقة وستغرق وقتا طويلا.
- قد تعيق في بعض الحالات عوامل غير متطورة عملية القيام بالملاحظة كالتقلبات في الطقس أو وقوع أحداث أخرى بديلة.

الملاحظة بالمشاركة

تعريفها:

هي أداة من أدوات جمع المعطيات، حيث يقوم الباحث هنا بالملاحظة المباشرة إضافة إلى مشاركته الفعلية في حياة الأفراد وأفعالهم وسلوكهم، وقد يستلزم هذا النوع الا يكشف الباحث عن نفسه فيظل سلوك الجماعة تلقائيا، وبمرور الوقت يألفه أفراد المجتمع ويكون وجوده أمرا طبيعيا.

إذ يقوم فيها الباحث بمشاركة واعية منظمة حينما تسمح له الظروف في نشاطات الحياة الاجتماعية وفي اهتمامات الجماعات بهدف الحصول على بيانات تتعلق بالسلوك الاجتماعي، وذلك عن طريق اتصال مباشر يجريه الباحث من خلال مواقف اجتماعية محددة، ويكون للباحث فيها دور إيجابي وفعال، بمعنى أنه يقوم بنفس الدور، ويشارك أفراد الدراسة في نفس سلوكياتهم وممارساتهم المراد دراستها.

3/ تصنيف الملاحظة

■ الملاحظة الإكلينيكية:

بالرغم من أن الملاحظة تثير مقاومات كثيرة: كحدود الإدراك، دور الملاحظ، الإطار المرجعي النظري، تغيير الحالات من ضمن الملاحظة وآلياتها، غير أنها تبقى أساس الدراسة الإكلينيكية ولا يُمكن أن الدقة تضيق (أو تفقد) العفوية أي ملاحظة الفرد في طبيعته.

وملاحظة الفاحص للمفحوص أو الحالة المرضية **وجها لوجه le face à face clinique**

هي معرفة الفرد من خلال سيرته، معرفة قدراته ونقائصه والكشف عن وسائل تسمح بالوصول إلى تفتح شخصيته. ولقد تُتاح الفرصة للفاحص النفسي، عند قيامه بالمقابلة والاختبارات، لملاحظة سلوك المفحوص في هذه **الوضعية العلائقية الواقعية هنا و الآن situation relationnelle réaliste ici et maintenant** التي يبينها الفحص النفسي. وقد تتجاوز الملاحظة إطار المقابلة لتتناول، على سبيل المثال، سلوك الطفل في حالة اللعب أو تصرفات الجانح في مؤسسة للأحداث.

وتخص هذه الملاحظة جوانب عدة من شخصية المفحوص منها المظهر الجسماني، الملابس، أسلوب الكلام والاستجابات الحركية والانفعالية. ولكي تكون الملاحظة الإكلينيكية علمية ودقيقة، يجب أن تتصف **بالموضوعية** أي أنها لا تتأثر بذاتية الفاحص (شخصيته و حالته النفسية).

1- يقول **كلود برنار** (1865) Claude Bernard في هذا الصدد أن " الملاحظ يشاهد بكل بساطة الظاهرة التي توجد تحت بصره... همّه الوحيد هو الحذر من أخطاء الملاحظة التي قد تجعل الظاهرة غير محددة وغير واضحة.... ولهذا يجب عليه أن يلاحظ بدون أفكار مسبقة..."

2- ويرى كل من **بيدينيلي وفرنداز** J-L. Pedinielli L. Fernandez أن تعلم المشاهدة والإنصات هي المهمة الأولى في علم النفس الإكلينيكي. ويعتبران الملاحظة و دراسة الحالة كالمنهجين الأساسيين في الدراسة الإكلينيكية. غالبا ما يتداخلان ولكنهما ليسا متطابقان: دراسة الحالة منهج للجمع وللعرض الواسع، الملاحظة منهج للجمع موجهة إلى جوانب خاصة.

هي منهج مهم جدا في معرفة تكوين تعقيد فرد يُواجه حوادث ناتجة للألم. ولكن يتساءل الإكلينيكيون عن ماهيتها وماذا ننتظر منها وما هي أهميتها وحدودها.

يظهر حسب بيدينيالي Pedinielli, 2012 أن المشكل الرئيسي يدور حول موضوع علم النفس وعلم النفس المرضي وعلم النفس الإكلينيكي: تخضع معالجة الملاحظة ودراسة حالة في المنهج الإكلينيكي للتناقض حيث أن الملاحظة تهدف لاعتبار الأشياء (المفحوصين) من الخارج بينما تهدف الحالة إلى "الداخل" إلى ما هو باطني "ذاتي". إلا أن الإشارة للمنهج الإكلينيكي تؤكد أن مبدئيا تساهم هتين التقنيتين، بشكل كبير، في إعادة ما هو "فردى" singulier عند الآخر.

■ الملاحظة المنظمة العلمية observation systématique التي تُستعمل في

البحث العلمي هي مشاهدة الباحث لجوانب سلوكية تبعا لخطة موضوعية. فهي ملاحظة مقصودة تسير وفق أهداف واضحة يقوم بها شخص مدرب يلاحظ مستخدما لكثير من الوسائل التي تعينه في التسجيل؛ ينظم فيها ما يلاحظه عن طريق ضبط المتغيرات. و يستطيع نظام ما يلاحظه من خلال شبكة تُنظم كل الملاحظات أي شبكة الملاحظة grille d'observation هي مبنية على أساس نموذج نظري وعلى أساس ملاحظة السلوكيات.

إن هدف شبكة الملاحظة هو مساعدة المعلم مثلا على تسجيل مكتسبات وسلوكيات الطفل. هي مصممة بطريقة تسمح بالمحافظة، في نفس الورقة، على الملاحظات المُقام بها في أوقات مختلفة. ويجب أن تكون المعايير المستعملة مُختارة حسب قدرات الطفل: تكون بالغة الهدف (يصل الباحث إليها بيسر) وواقعية (لموسة).

يلاحظ المعلم الطفل ويسجل على الشبكة تطور كل ما تعلمه. وتوفر هذه الشبكة أيضا المرونة: نستطيع مثلا استهداف معيار ما حسب ميادين النمو (ميدان الاعتماد على النفس أو اللغة، الميدان المعرفي، الحسي الحركي أو الاجتماعي العاطفي). مزودة برموز، تسمح

هوامش (أو بنود) الشبكة بتسجيل بسرعة كل الملاحظات. مثلاً: يعمل به سهولة(++)، يعمل بمساعدة(+ -)، لم يعمل(--).

■ الملاحظة حسب مشاركة الباحث observation participante ou OP حيث

يقوم بضبط المواقف وبالتحكم فيها وإدخال تغييرات تستدعي استجابات معينة مثل: ملاحظة التفاعل الاجتماعي بين مجموعة من الأفراد أثناء أدائهم لمهمة ما؛ ويشاركهم الباحث في هذه المهمة لكن دون علمهم. فيستطيع القائم بالملاحظة تسجيل العديد من مظاهر السلوك الانفعالي émotionnel والحركي réactionnel والتفاعلي interactionnel. مثال لهذا النوع من الملاحظة: استُخدمت الملاحظة في كثير من الظواهر كطريقة تنشئة الأطفال في حضارة معينة وأثر ذلك في سلوكهم :

لقد رفضت الباحثة مرقرت ميد M. Mead فكرة الحتمية البيولوجية مُبينة أن أطفال جُزر

ساموا، ((ببولينيزيا) في جنوب المحيط الهادي (dans l'Océan îles Samoa (en Polynésie) Pacifique sud، لا يعرفون أزمة المراهقة؛ فأكدت بذلك أن ما كان يُعتبر كظاهرة طبيعية

بيولوجية يعود في الحقيقة إلى الإطار الثقافي. بينما ما يبينه جون بياجي J. Piaget في

دراسته للنمو العقلي من خلال ملاحظته لبناته أن الطفل ينمو حسب مراحل عمرية متتابعة خاضعة لمعايير سيكومترية بغض النظر عن وسط حياته.

ونتكلم الآن عن مصطلح المشاركة الملاحظة أي participation observante ou PO

للتقليل من الذاتية و الحيادية الصارمة عند ملاحظة السلوك البشري.

■ الملاحظة بدون مشاركة observation sans participation هي ملاحظة الفرد

أثناء نشاط عادي. مثلاً المعلم يلاحظ سلوك الأطفال أثناء اللعب في فناء المدرسة. و يقوم الأخصائي الاكلينيكي بزيارة منزل المفحوص لملاحظة الأنماط السلوكية لأفراد العائلة.

■ الملاحظة العابرة أو الصدفية أو العفوية observation sauvage هي مشاهدة

بعض الجوانب السلوكية بصورة غير مقصودة وبدون تحديد مسبق ولا يستخدم فيها التسجيل مهما كان وبالتالي تكون نتائجها غير دقيقة وليس لها قيمة علمية.

4/ عيوب الملاحظة

- + تأثير الملاحظة بذاتية الملاحظ (اسقاط الرغبات و الدوافع) يعني اعطاء ما يُقال أو يُفعل من طرف المفحوص معاني شخصية: لا يدرك الملاحظ الواقع كما هو وإنما حسب تصوراتهِ، اعتقاداتهِ وتفسيراتهِ هو.
- + تأثير الملاحظة بالأفكار السابقة للملاحظ: مثل اعتقاد الأمريكي بأن الزنجي عدواني؛ اعتقاد، بعد أحداث 2007 أن المسلم إرهابي....
- + قصور الملاحظة عن تغطية الجوانب السلوكية الظاهرة، مثل المشكلات الأسرية، قد لا يُكشف عن حقيقة مشاعر الفرد الداخلية.
- + ضعف عامل الثبات والصدق: لتجنب هذا الضعف يُنصح ضرورة القيام بالملاحظة في "الوسط المفتوح" observation en milieu ouvert خلال شهور حيث يخضع المفحوصون (المنحرفون) للملاحظة من طرف فرقة مكونة من مربين، أطباء، نفسانيين ومساعدين اجتماعيين: فيخضع هؤلاء المفحوصون لدراسة تلك الجماعة المختصة المنظمة أثناء نشاطات مدرسية، مهنية، متعلقة باللعب وهم يواصلون إعادة التربية.
- + لا تتكرر الأحداث وقد تتأثر الملاحظة بالحدود الجغرافية.
- + عند إجراء الملاحظة قد يميل الأشخاص إلى تغيير سلوكياتهم.

5/ مزايا الملاحظة

- + هي الوسيلة الفريدة للحصول على حقائق يتعذر فيها استخدام أدوات أخرى كما هو الحال في دراسة الأطفال.

+ إنها تُتيح للباحث الفرصة لملاحظة السلوك في المواقف الطبيعية بدلا من القياس في المواقف المصطنعة كما هو الحال في المخبر.

+ تقضي على مقاومة بعض الأفراد في التحدث عن أنفسهم، فلا تتأثر برغبة المبحوث أو عدمها كما هو الحال في المقابلة.

+ تسمح الملاحظة الاهتمام (أو التماس) بالواقع المعاش عوضا أن تصل لهذا من خلال التصورات التي ينشأونها (أو يبنونها) الأفراد حول ذلك المعاش.

خلاصة:

ما نلاحظه هو أن عيوب الملاحظة تغلبت على مزاياها. غير أننا لا نستطيع الاستغناء على استعمال هذه التقنية عند القيام بتشخيصنا للحالة. سنرى فيما يلي أن للمقابلة أيضا عيوب بالرغم من أهميتها التشخيصية العظيمة. لهذه الأسباب ننصح باستعمال كل التقنيات للوصول إلى نتيجة تشخيصية أكثر دقة وموضوعية.

المحاضرة الخامسة

المقابلة العيادية

ما هو نوع المقابلة التي على استخدامها كمتخصص نفسي؟ يتوقف نوع المقابلة التي يتم استخدامها في المجال الإكلينيكي أو غيره على عدة عوامل منها .

الهدف من المقابلة: هل هو تشخيصي أم بحثي ؟ ودرجة تعليم . المراجع و خصائصه الشخصية والوقت المتوفر للمقابلة. كما أن لكل نوع من المقابلات مزايا وعيوب تتعلق بالثبات وحجم المعلومات التي يتم سبرها ومساحة التفسير المتاحة للفاحص فالمقابلات التي تتمتع بثبات الفاحصين أفضل من المقابلات التي لا تتمتع بمثل هذا الثبات. والمقابلات المبنية و المعيرة تقلل من مساحة المعلومات التي يمكن الحصول عليها، فلا تسمح بكثير من التنوع في المعلومات، أما المقابلات المعيرة فتقلل من مساحة تفسير البيانات .

ومن الجدير بالذكر الإشارة هنا إلى ضرورة الانتباه إلى الاعتبارات السيكمترية المتمثلة في موضوعية و ثبات و صدق المقابلات ، فيما أنا المقابلة تتم على شكل لقاء بين طرفين وان هذا اللقاء يتصف بالتفاعل على مستويات متعددة كما اشرنا، فلا يمكن استبعاد التأثير الذي يمارسه كل طرف على الآخر، ومن ثم فإن الموضوعية قد لا تتحقق بشكل كامل في الجلسة التشخيصية القائمة على المقابلة .

أما فيما يتعلق بالثبات فان الأمر يتعلق بثلاثة جوانب: الفاحص والمفحوص والأداة. ويمكن هنا رفع الثبات **Reliability increment** بعدة طرق:

من الناحية الشكلية يسري :

- المعير أكثر موثوقية من غير المعير .
- أكثر من سؤال حول نفس الموضوع أكثر موثوقية من المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال سؤال وحيد.
- الاستقصاء (الاستفسار) المضاعف من نفس الفاحص يعطي نتيجة أكثر ثقة من الاستفسار نفسه من باحثين مختلفين.

تركز هنا على الموضوعات الحيادية و لا تتناول موضوعيات حميمية .

وتتأثر هذه الأشكال كلها بالاتجاه التشخيصي - العلاجي للمشخص بدرجات مختلفة إذ يغلب على الشخص التحليلي النفسي على سبيل المثال أسلوب الإصغاء الصامت ، وتحديد العوامل اللاشعورية في حين يغلب على الشخص المتمركز حول المتعالج أسلوب عكس المشاعر وعدم وضع قيود، بينما يغلب على المعالج السلوكي الاستعرافي في أسلوب الاستفسار الدقيق عن موقف الاضطراب و التطرق الملموس للعلاج

أولاً : تصنيف المقابلة حسب نوعية التفاعل بين السائل والمسؤول :

يمكن تصنيف المقابلة حسب نوعية التفاعل الحاصل بين الشخص والمراجع إلى :

- (1)- **المقابلة اللينة (الخفيفة) :** ويسود فيها جو من الدفء والانفتاح بحيث يستطيع المراجع الحديث بحرية وصراحة عن خبراته دون خوف أو قيود داخلية تعيقه عن الانطلاق والمكاشفة.
- (2)- **المقابلة الحيادية :** يتصرف السائل فيها بتحفظ مع ضمان جو من الحرية أو الاستقلالية للمفحوص.

- (3)- **المقابلة الصلبة أو القاسية :** وتتم في هذا النوع من المقابلات استثارة انفتاح ومصارحة المراجع من خلال التشكيك (الزعزعة) والاستفزاز .

ثانياً : تصنيف المقابلة حسب درجة بنيتها أو تعييرها:

وهو الشكل الغالب في تصنيف المقابلات ويوجد في هذا الجانب عدة أشكال أو أنواع للمُقابلة حسب الغرض منها: الجلسة المبنية مقابل الجلسة نصف المبنية وغير المبنية، والمقابلة المُعيرة مقابل المقابلة نصف المُعيرة وغير المُعيرة .

1- المقابلة المبنية مقابل المقابلة غير المبنية :

يقصد بالمُقابلة المبنية **Structured** انها معدة وفق محكّات خارجية تهدف أسئلتها إلى التأكد من مدى تحقيق المراجع لهذه المحكّات (كالمحكّات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري على سبيل المثال في الدي أس أم أو الأي سي دي) . وفي المقابلة المبنية يكون المضمون و تسلسل الأسئلة وفئات الإجابة وفئات التقويم محدداً بشكلٍ دقيق . ولا يوجد تنوع فردي لا لدى السائل ولا لدى المجيب . و هذا الشكل يشبه كثيراً استبيانات الشخصية . وتتصف المقابلة المبنية بمجموعة من الصفات يمكن تلخيصها بأنها اقتصادية في الاستخدام والتقويم حيث يمكن مقارنة المعلومات من مقابلات متعددة مع بعضها بسهولة . ومن السهل الحصول فيها على معايير الصلاحية (الموضوعية والثبات و الصدق) كما يمكن ضبط وتخفيض أخطاء نصوص الأسئلة أو الأخطاء الراجعة إلى التقويمات المختلفة للإجابات، أما

العيوب فيمكن تلخيصها في انه من الصعب في المقابلات المبنية تصوير المحيط الحياتي الذاتي للمفحوص بشكل كاف.

وفي المقابلة غير المبنية: تكون محتويات وتسلسل الأسئلة مفتوحاً، وكذلك إمكانات الإجابة ونوع التقييم . وتمكن ميزات المقابلات غير المبنية تكمن في الملاءمة الفردية للحوار مع الوضع الفردي للمسؤول. حيث يمكن تكييف الأسئلة حسب حالة المفحوص ومستواه المعرفي، و التطرق إلى جوانب قد تبرز في أثناء المقابلة.

أما عيوبها: فتكمن في غياب المقابلة للمقارنة مع حوارات أخرى وخطر فقدان معلومات مهمة، لان المرء نسي التطرق إليها في مجرى الجلسة.

و المقابلة المبنية عموما ليس بالضرورة أن تكون مُعَيَّرَة، أي أن تتوفر فيها معايير الصلاحية (الصدق والثبات والموضوعية) وكلما كانت المقابلة المبنية أكثر تعبيراً كانت أفضل، وتحقق المقابلات المبنية الثبات حيث تتحدد درجته من خلال ثبات الأحكام المختلفة التي يتوصل إليها أكثر من شخص وتطلق عليه تسمية ثبات المقابلين inter Rater Reliability (الثبات بين المقابلين). وفيه يتم اختيار مدى التطابق بين المقابلين للشخص نفسه في الحصول على المعلومات وتقويمها. أما الصدق فهو غير محقق في الغالب، فهي تحقق المحكّات التشخيصية المتفق عليها وهذه المحكّات ليس بالضرورة لها ان تكون صادقة (أي أن تكون ممثلة للمجال السلوكي المراد قياسه الفعل).

السمة	غير مبنية	نصف مبنية	مبنية
درجة التعبير	ضئيلة	متوسطة	عالية
مساحة حرية الشخص	كبيرة جدا	متوسطة	ضئيلة
مساحة انفتاح المراجع	كبيرة جدا	كبيرة	ضئيلة
دليل المقابلة	غير موجود	دليل يتضمن الأسئلة الأساسية والثانوية	قائمة كاملة من الأسئلة
نوع الأسئلة	مفتوحة	مفتوحة	مغلقة
التقييم	ليس جزءاً من المقابلة	قد يكون جزءاً من المقابلة	داخل ضمن المقابلة
المرونة / الجمود	مرنة جدا	معتدلة المرونة	جامدة جداً
النتيجة	عبارات نوعية (وصفية)	عبارات وصفية أو بيانات كمية	تصنيف

جدول: مقارنة بين خصائص المقابلات المبنية المختلفة

2- المقابلة المُعَيَّرة مقابل المقابلة غير المُعَيَّرة :

المقابلة المعيرة هي المقابلة التي تتوفر بالنسبة لها المعايير السيكمترية للقياس، أي الصدق والثبات والموضوعية، ويوجد عدد كبير من المقابلات المعيرة .

حسب الأهداف: مقابلات الفرز والمقابلات المِهْنِيَّة والتصنيفية (الإكلينيكية) .

وتختلف المقابلات المعيرة في سعة المجال السلوكي الذي تستقصي عنه: فمنها ما يتغنى مجالاً سلوكياً محدداً ومنها ما يتغنى عدة مجالات سلوكية .

وفي الميدان الإكلينيكي يوجد عدد من المقابلات المعيرة التي تهدف إما إلى التصنيف ضمن فئة محددة أو إلى التشخيص الموسع فتغني عندئذ عدد أكبر من المظاهر التشخيصية من تلك التي تغنيها المقابلات المبنية ومنها ما يشتمل كذلك الموارد والصراعات والعلاقة عند المفحوص، ويمكن التمييز هنا كذلك بين مقابلات معيرة بالكامل ومقابلات غير معيرة .

جدول: مقارنة بين خصائص المقابلات المُعَيَّرة وغير المُعَيَّرة

الاستجابة / الإجابة			
غير المعيرة	المعيرة		
جلسة حوار نصف معير السؤال معير الإجابة غير معيرة	جلسة (حوار) معير السؤال : معير الإجابة : معيرة	المعيرة	السؤال المثير (المحفز)
جلسة (حوار) غير معيرة السؤال غير معير الإجابة غير معيرة	جلسة (حوار) نصف معيرة السؤال : غير معير الإجابة : معيرة	غير المعيرة	

المقابلة الأسرية (التوجيهية).

تعد المقابلة التشخيصية في المسائل الأسرية أهم مصدر من مصادر المعلومات في المسائل الأسرية القانونية. ومن هنا فإن اختيار نوع المقابلة في السياق الأسري مهم وذلك لان المقابلة تهدف إلى الحصول على المعلومات من ناحية، ومن ناحية أخرى لها وظيفة اجتماعية حيث يحصل المقوم (المشخص) من خلالها على انطباع شخصي عن الأسرة، ومن ناحية ثالثة فإنها تهدف إلى بناء علاقة ثقة صريحة قدر الإمكان، فالمقابلة التشخيصية غالباً ما تكون هي الاحتكاك الأول للمعنيين مع المتخصص النفسي، وهو يساعد في إطار المقابلة على توضيح وجهات النظر ويقدم معرفته للمعنيين حول عواقب الانفصال والطلاق مثلاً . ومن هذه الزاوية فإنه لا يُنتظر المقابلة الأسرية على أنها إجراء للحصول على المعلومات فحسب بل هي جزء.

• المعلومات العامة أكثر ثقة من البيانات المنفردة.

من الناحية المضمونة :

• يتم التقرير عن الوقائع بشكل أفضل من الآراء. أي انه يتم ذكر الأحداث وتاريخها على سبيل المثال بشكل أفضل من التعبير عن الرأي الشخصي.

• يتم الإخبار عن الحاضر بشكل أكثر موثوقية من الماضي.

• الأحداث التي تمس المسؤول شخصياً تكون أكثر موثوقية من الموضوعات الحيادية، التي لا علاقة له بها.

• البيانات النوعية أي الوصفية أكثر موثوقية من التكرارات الرقمية في المقابلة. (مثال : اشعر بدرجة كبيرة من الضيق أكثر موثوقية من اشعر بالضيق بمقدار 40 %).

• ويتأثر الصدق بمتغيرين من الصدق :

(1)- الصدق التواصلية **Communicative Validity**: أي تطابق المحتوى مع الموضوع، أو تطابق محتوى الأسئلة المطروحة مع الموضوع الذي يتم الاستفسار عنه.

(2)- صدق التصرف **Action Validity** أي العلاقة بين البيانات اللفظية التي يتم ذكرها و السلوك.

المحاضرة السادسة

أشكال المقابلة العيادية:

هناك عدة أشكال ومعايير يمكن أن تؤخذ في الحسبان عندما يرغب الباحثون في تصنيف المقابلات، تبني معيار عن آخر يقود على تغيير أنواع المقابلة وبالتالي هو أساسي هو أن تعرف وجه الدقة معيار التصنيف.

المقابلة الحرة: العديد من الأخصائيين النفسانيين يرفضون النمط الموجب أو المقيد من المقابلة، وينتهجون أسلوب طليق وحر لا يتقيد بنموذج أو خطة مهياة مقدسا، ويفضلون ترك الحرية للمفحوة في التحدث عما يشاء كيفما يشاء وقتما يشاء، حيث يتجنب الأخصائي طرح الأسئلة بصفة مباشرة بل يشجع المفحوص على التكلم عن ذاته والتعبير عنها بحرية وبالتالي فإن المقابلة غير المقننة أو الموجهة تكون أكثر مرونة، فلا نجد مقابلتين متماثلتين، ولذلك فإن درجة الصدق والثبات لهذه المقابلة تكونان ضعيفتان.

تتميز المقابلة الحرة بكونها تسمع بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه ممكن وبأكبر قدر من التلقائية والحرية والمرونة لأنها تسمح للفرد بأن يعبر عن آرائه ومشاعره وأفكاره واتجاهاته، كما أنها تستثير قدر أقل من مقاومة المفحوص، علاوة على أنها تسهل الكشف عن الخصائص الفردية، والفهم الأكمل والأعمق لدينا من الشخصية المفحوص.

يتطلب هذا النوع من المقابلات مستوى عالي من التكوين والمهارة والوقت وبفضل استخدامها في البحوث الاستطلاعية والاستكشافية والتي لا يكون بحوزتها عنها معلومات ثرية ومتشعبة.

المقابلة الموجهة: تتميز بمستوى من التقيد يفرضه العيادي أو الباحث على نفسه أثناء إجراء المقابلة وذلك من خلال التقيد بعدد محدد من الأسئلة التي سوف يطرحها على المبل ويقوم هذا الأخير بالإجابة عنها، هكذا فإن الباحث يعد ويهيئ 3 من الأسئلة مسبقا يبوبها تحت محاور ولا يخرج أثناء المقابلة مع العميل، كما ما في الأمر أنه يطرح هذه الأسئلة التي يقدم عليها الباحث في مثل هذه المقابلات تكون مرتبطة ارتباطا وطيدا بالموضوع الذي يرغب الباحث في بحثه، والهدف منه بتعبير آخر فإن الأسئلة المطروحة تكون نابعة للمتغيرات المدروسة في فرضيات البحث إجرائيا، محاور دليل المقابلة والأسئلة التي تتطوي تحت كل محور يجب أن تعكس المرحلة المدروس لا غير، مثلا فإن المقابلة التي تهدف إلى تشخيص الهستيريا وذلك لأن الأعراض التي تميز الأخرى 1 تختلف ع 2 من وإن كانت بعض السلوكات المرضية يمكن أن تتواجد في كلا الجدولين العياديين وبالتالي إذا كانت المقابلة تهدف إلى تشخيص الفصام فإن الأمثلة المطروحة يجب أن ترتبط بأعراض وأسباب وأنواع الفصام مثل هل ترى أشياء غير موجودة على أرض الواقع؟ هل تسمع أصوات لا وجود لها؟

المقابلة نصف موجهة: في هذا النمط من مقابلة العيادية بإتخاذ موقف وسيط بين الشكليين السابقين، حيث يتقدم الفاحص على مقابلة المفحوص وفي ذهنه 3 من المحاور أو الرؤوس مواضيع بدل الأمثلة التي نجدها في الشكل الموجه كأن يفكر في أن يطرق المحاور الثلاثة الأسرة، المرض الحالي، سنوات التعلم، العمل، مكان إقامة

المقابلة التشخيصية: تهدف إلى الفحص الطبي والنفسي للمفحوص، ومن خلالها يمكن وضعه في فئة من فئات التشخيص المعروفة اذهان، عصاب...). تركز هذه المقابلة على تحديد الأعراض ومتى ظهرت، وكيف تطورت.

تتضمن هذه المقابلة التعرض إلى التاريخ السابق وكيف ظهرت الأعراض، وكيف تطورت والمال؛ فحص عمليات التفكير؛ فحص مدركات المفحوص؛ فحص الوجدان والحالة

الانفعالية؛ فحص الانتباه والوعي، وذلك من حيث المنطق والواقعية والغموض وكذلك فحص السلوك والمظهر الخارجي.

يحصل الفاحص على المعلومات السابقة من عدة مصادر منها: الملاحظة، الاختبارات والمقاييس... (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص. 211-212).

المقابلة العلاجية: تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في سلوك المفحوص وذلك باستخدام التقنيات العلاجية المختلفة التي تتماشى مع الإطار النظري للمعالج وطبيعة الاضطراب، قد تكون ذات هدف توجيهي لإعداد الحالة لتقبل العلاج النفسي أو الطبي، لهذا يتجه محتوى الحديث إلى تعديل الاتجاهات الخاطئة لدى المريض اتجاه المعالجين ورفع الدافعية لتقبل العلاج.

أما مقابلات الجلسات العلاجية فيرتكز هدفها الأساسي في تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية التي رسمها المعالج بناءً على تشخيصه للحالة سواء كانت مبنية على أسس وقائية، أو نمائية، أو علاجية بحيث يسعى المعالج إلى تغيير وتعديل سلوك المريض لصالحه (المريض) لهذا فإنها تستغرق وقتاً طويلاً (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص. 213-214). غالباً ما تقسم الجلسات إلى عدة مستويات: الجلسات الأولى لتهيئة العميل ورفع الدافعية لديه، ثم جلسات العلاج الحقيقي، ثم جلسات لحذف التحريضات المؤلمة التي تركها مسار العلاج، ثم إعلام المريض بالظروف التي قد تعمل على إحداث الانتكاس للابتعاد عنها.

المقابلة البحثية: المقابلة البحثية ليس لها هدف تشخيصي ولا علاجي، هدفها مرتبط بمخطط العمل الذي يرسمه الباحث، وهي تتميز بطابع الجدية والعمق (Chiland, 2002, P118)، والصرامة. فهي تهدف لإثبات فرضية أو نفيها.

يتم تحديد النمط الملائم للمقابلة تبعاً لمعيارين هما: مرحلة البحث، وطبيعة البيانات المطلوبة. غالباً ما تستعمل المقابلة الحرة في الدراسات الاستطلاعية لإظهار كل الأسئلة المتعلقة بالدراسة، غير أنه عندما تكون المتغيرات محددة بدقة فإننا نستعمل المقابلة الجورية للإجابة على أسئلة محددة جداً. وإن كانت المقابلة الحرة هي التي تعتبر بحق المقابلة ذات

البعد البحثي (Chiland, 2002, P , 122-121). فالمقابلة الحرة يستعملها الجاهل الذي يريد أن يتعلم، أما المقيدة فيستعملها العالم الذي يريد أن يعلم أو يبرهن.

السياقات النفسية في المقابلة العيادية

التحويل : هو جملة المشاعر الطبية، أو السيئة التي تنتقل من المفحوص إلى الفاحص. ومن خلالها يكرر المفحوص علاقة موضوعية سابقة تجاه شخص في الحاضر بصورة لا شعورية. فالعلاقة التي تربط بالفاحص المفحوص تثير عند هذا الأخير بعض السلوكات والمواقف والآليات الدفاعية التي كان يستعملها في علاقاته السابقة.

الأهداف الرئيسية للمقابلة :

- أ- المقابلة التشخيصية : وهي التي تتم بهدف الفحص والتقدير .
 - ب- المقابلة العلاجية : التحكم في سلوك الطرف الأخير أي تقديم التوجيهات العلاجية ومتابعتها خلال الجلسات
 - ت- المقابلة البحثية : كمقابلة ذوي المريض للحصول على بيانات أعمق عن المريض لتوجيه العمل التشخيص والعلاجي مستقبلا
- بالإضافة لذلك يقسم بعض الباحثين المقابلة التي تجري في المجال الإكلينيكي إلى عدة أنواع على النحو التالي :

- أ. مقابلة القبول بالعيادة أو المستشفى لتحديد الخطورة أو جوهريّة الشكوى.
- ب. مقابلة البحث الاجتماعي : جمع معلومات شخصية منذ ميلاد المريض وحتى وقت المقابلة
- ت. مقابلة الفحص النفسي والعقلي : وذلك للحصول إلى التشخيص المبدئي للحالة
- ث. المقابلة الممهدة و التالية للاختبارات النفسية.

ج. المقابلة الممهدة للعلاج النفسي.

6- يمكن أن تستخدم المقابلة في أي مرحلة من مراحل العمل الإكلينيكي (التشخيص أو العلاج أو البحث).

7- يتباين مستوى المقابلة من حيث التقنين فهي يمكن أن تكون حرة، أو نصف مقننة أو كاملة التقنين.

8- تطبق المقابلة مع عدد كبير من الأفراد و لا تقتصر على صاحب المشكلة.

شروط المقابلة الناجحة:

أ. الظروف الفيزيائية: لابد من توفر كافة العناصر في البيئة الفيزيائية مثل درجة الحرارة , الإضاءة , التهوية , وانخفاض الضوضاء وتوفر المقاعد المريحة

ب. التسجيل: وذلك باختيار الوسيلة المناسبة دون تشتيت المريض.

ت. السرية: وهي شرط أساسي لا يحتاج لتأكيد مهما كان عمر المفحوص.

ث. مهارة الأخصائي: لابد من أن يكون الأخصائي ذو كفاءة من حيث معلوماته ومهاراته التخصصية والثقافية (ثقافته العامة).

أسس ومبادئ المقابلة :

1- وضع الأساسي السليم للمقابلة وهو الإقدام المتبادل بين الأخصائي والمريض .

2- بدء المقابلة بأسلوب سليم بتوضيح الغرض منها .

3- ترتيب الأسئلة

4- الانتقال بسرعة مناسبة أثناء المقابلة من موضوع إلى آخر

5- تسجيل المقابلة بأسرع ما يمكن .

6- معالجة فترات الصمت بلباقة

7- معالجة الكشف عما وراء الإجابات الصحية

- 8- توجيه الأسئلة بطريقة صريحة , مواجهة انفعالات المريض .
- 9- إبداء الاهتمام الكافي بمصلحة المريض وإجادة فن الإصغاء .
- 10- الالتزام بالمواثيق الأخلاقية التي تحدد طريقة التعامل مع المرضى .

محتويات المقابلة :

تختلف محتويات المقابلة من مجال إلى مجال ومن حالة إلى أخرى , وبالرغم من ذلك فمن الممكن الوصول إلى بعض العناصر التي تم القاسم المشترك من جميع الحالات، وهي :

- 1- صياغة مشكلة المريض من واقع تعبيره عنها .
- 2- موقفه تجاه المشكلة.
- 3- عاداته السلوكية
- 4- المدرسة ومشاعره تجاهها وعلاقاته بالمدرسة .
- 5- اهتماماته وطموحاته الحاضرة والمستقبلية .
- 6- الخيال والأحلام.
- 7- الأعراض الانفعالية والوجدانية
- 8- الأعراض المرضية الجسمية
- 9- الأعراض النفسية كالمخاوف والقلق والتوتر .
- 10- مصادر الصراع.

المحاضرة السابع

مقابلة المواءمة المهنية

تعد المقابلة المهنية أو مقابلة المواءمة المهنية على درجة من الأهمية بالنسبة للعمل في المسائل المتعلقة بالنمو المهني أو انتقاء الموظفين، حيث تتيح مقابلة الاختيار أو الانتقاء التعرف المتبادل و تقديم معلومات للمتقدم حول مطالب الوظيفة الشاغرة والمشروع أو المنظمة والتباحث حول شروط العقد والاتفاق عليها . وعلى أساس تعددة الوظائف التي يمكن أن يقوم بها الشخص فإن مقابلة المواءمة مرغوبة ومقبولة لدى المقابل و المتقدم، وتتصف بالتكاليف الضئيلة. يتم التفريق بين مقابلات المواءمة حسب درجة تصميمها أو بنائها، فكلما تم تحديد أجزاء المقابلة بشكل واضح كانت أكثر بناء. إلا أنه في المقابلة المفرطة البناء تتحول المقابلة إلى استبيان مقروء، يجعل من الصعب على المقابلة أن تكون مرنة وتستجيب للمتقدم الفرد أو لحاجاته. وينصح هنا باتباع خط موجه عام بحيث لا تفقد المقابلة مرونتها ولا تتحول إلى مجرد استجواب جامد (Amelang, 2002 & Zielinski).

وليس بالضرورة أن تتوفر في مقابلة المواءمة عموما محكات الصلاحية الصدق والثبات (والموضوعية)، ولكن كلما كانت المقابلة أكثر تعبيراً كانت أفضل. ويقاس الثبات في المقابلة على سبيل المثال من خلال ثبات المقابلين inter Rater Reliability (الثبات بين المقابلين)، حيث يتم اختبار مدى التطابق بين المقابلين للشخص نفسه في الحصول على المعلومات وتقويمها).

الأطر القانونية والأخلاقية لمقابلة المواءمة

كل مقابلة تمثل تدخلا في المجال الشخصي الخاص للمقابل، لهذا من الضروري وضع قيود محددة وواضحة، فينبغي ألا يتم إلا قياس تلك السمات الضرورية بالنسبة للعمل

المتوقع ولا يمكن التعرف عليها بشكل كاف من خلال المعلومات من مصادر أخرى للمعلومات.

بمعنى آخر ينبغي ألا يتم طرح أسئلة غير مقبولة في مقابلات المواءمة نحو:

- السؤال عن الأسرة كنوايا الزواج أو العلاقات الحميمة.
 - أسئلة عن الحالة الصحية فيما يتعلق بالمعلومات العامة عن الأمراض السابقة والراهنة.
 - أسئلة عن وجود حمل ممكن.
 - أسئلة عن الأملاك أو عن آخر دخل حصل عليه المتقدم من عمله السابق.
 - أسئلة عن الأحكام السابقة.
 - أسئلة عن الدين أو المذهب أو الطائفة أو الانتماء السياسي وما يشبهها من أمور .
- ومن حق الذي تجرى معه المقابلة ألا يجيب عن هي الأسئلة بصدق من دون أن يستخدمها صاحب العمل لاحقاً سبباً للطعن بالنسبة لعقد العمل. وينبغي أن يتم استخدام البيانات التي يتم الحصول عليها من المقابلة بعد التبليغ المسبق للشخص، أي إخباره المفحوص وأخذ موافقته.

أشكال مقابلات المواءمة التشخيصية

هناك أشكال كثيرة من المقابلات التشخيصية المتعلقة بالانتقاء أو الاختيار مقابلات المواءمة) منها على سبيل المثال

1. مقابلة وصف السلوك (BDI) Behavior Descriptive Interview Behavior

(Descriptive Interview Jaiz et al., 1986) : وهي تقوم على فرضية أن السلوك في مواقف محددة في الماضي هو الكاشف الأفضل للسلوك في المواقف المطابقة المستقبلية. وعلى المفحوص أن يصف مواقف حرجة مر بها بالفعل وكيف واجهها.

- مثال (1): "صف لي رجاء موقفا كنت فيه أمام خيار صعب. كيف تصرفت فيه؟
- مثال (2): صف لي رجاء موقفا ساعدت فيه أحد زملائك على حل مشكلة. كيف عرفت أن لديه مشكلة؟، كيف تصرفت؟

وتدور الإجابة في هذا النوع من الأسئلة حول السلوك الذي ظهر بالفعل في الماضي، ومن ثم تعطينا مؤشرات حول السلوك في المستقبل. وهذا النوع من الأسئلة الذي يستند إلى الموقف مناسب للتمييز بشكل جيد بين المتسابقين.

المقابلة الموقفة & Situational Interview (SI) athan, Saari, Prusell (Campion, 1980) وهي تنطلق من فرضية أن الناس يتصرفون وفق أهدافهم ونواياهم. وعلى المفحوص هنا أن يتصور أحداثا حرجة وكيف يمكنه أن يواجهها.

مثال (1) تغيب زميلك فطلب منك مديرك إنجاز مجموعة من الملفات الإضافية قبل نهاية الدوام وأنت لم تتجز ملفاتك الخاصة بعد.. فكيف ستتصرف؟

مثال (2): تراجع أداء أحد موظفيك. وفي نهاية السنة عليك أن توضح له أن المكانية السنوية ستكون أقل من بقية الزملاء، فكيف ستتصرف في هذا الموقف؟

7. شروط تشخيص الحوامة المهنية

يقوم كل تقويم ملائمة على شرطين أساسيين:

1. ينبغي أن يختلف الأشخاص المختلفين في أدائهم (إنجازهم) في مهمات محددة.
2. لابد له الفروق أن ترتبط بسميات معينة (بناءات Constructs) أو أنماط سلوك محددة يمكن قياسها بشكل موثوق وصالح.

مداخل تشخيص المواءمة المهنية

يتمين لتشخيص المواءمة المهنية أن يشتمل ثلاثة مبادئ أساسية: المدخل القائم على البناء Construct oriented introduction، والمدخل القائم على المحاكاة simulation oriented introduction والمدخل القائم على السيرة الذاتية biographical oriented introduction. (Schuler, 2006).

المدخل القائم على البناء Construct oriented introduction ويقوم هذا المدخل على فرضية أنه يمكن التنبؤ بالفروق في الإنجاز المهني من خلال الفروق في سمات محددة كلية (بناءات) للشخص. ويمكن تصنيف أساليب الاختبارات النفسية بوضوح ضمن المدخل القائم على البناءات.

المدخل القائم على المحاكاة Simulation oriented introduction

وتتم هنا محاولة قياس الإنجازات المهنية المختلفة بشكل مباشر، بأن تتم محاكاة مهمات العمل ذات الصلة وتجريب الملامة المهنية من خلالها. وهذه العينة من العمل عادة ما تكون مكلفة في التنفيذ ومن الصعب تنفيذها في بعض المهن.

المدخل القائم على السيرة الذاتية biographical oriented introduction

يقوم هذا المدخل على أنه يمكن التنبؤ بالإنجاز المستقبلي بناء على الإنجاز الذي قام به الإنسان في الماضي. وهو من أكثر الأساليب انتشارا ومن أشكاله: طلبات التقدم للوظائف والمقابلات وإستبيانات السيرة الذاتية.

المحاضرة الثامن

المقابلة ذو توجه معرفي سلوكي

مراحل العلاج المعرفي السلوكي

يتم العلاج عبر مراحل:

التشخيص العبادي: بالاستعانة ب DSM5

التحليل الوظيفي 'analyse fonctionnelle': تحديد سلوكيات المشكل وتحديد العلاقة بين السلوك والانفعال والأفكار، يتعلق التحليل الوظيفي بملاحظة سلوك سواء يمكن قياسه مباشرة أو بشكل غير مباشر. يهدف الى تحديد الظروف التي تفجر وتبقي على سلوك المشكل، وهو لا يتوقف على المظاهر السطحية بل يبحث ويحدد المشكلات الأساسية التي يؤدي حلها الى تغيير السلوك. يقوم المعالج بدراسة البعد التزامني لاكتساب الاضطراب، والأفكار والصور الذهنية والأحاديث monologues الداخلية التي تصاحب و/أو تسبق سلوك المشكل وفي الأخير يحدد السلوكيات الحركية واللفظية بشكل جيد.

تتوفر شبكات التحليل الوظيفي يمكن الاستعانة بها، منها: BASIC IDEA وSECCASORC. ومن ثم يقوم المعالج بتوجيه الطريقة العلاجية انطلاقا من فرضيات مشتركة بين العميل وبينه، حول العوامل المفجرة للاضطراب والتي تبقى على وجوده.

تحليل الدافعية: بعد التحليل الوظيفي، يتم تحديد ما يريد العميل أن يغيره ، تحديد أهداف العلاج مع المعالج.

وضع علاقة علاجية تعاونية: العقد العلاجي الذي يجب أن يكون جيد لأجل السير الجيد للعلاج.

قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، ينبغي أن يضطلع العميل على كل المبادئ من خلال التربية النفسية للتدريب على الربط بين مكونات السلوك البشري: فكرة، انفعال، سلوك. عن طريق عرض أمثلة من حياته بتوجيه من المعالج ليتسنى له الوعي بسلوك المشكل وباستجاباته والارتباط الموجود بينها بالتالي تحديد المعتقدات المشوهة الموجهة لسلوكه ومن ثم إعادة صياغتها من خلال العلاج.

تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، ينبغي أن يكون من وضع باحثين معروفين، وأن يكون معترف بها دولياً، يحدد عدد الحصص والتقنيات العلاجية وتقنيات القياس المستعملة لتحديد تأثيره في تغيير السلوك.

تحديد الهدف العلاجي

يتفق المعالج مع العميل على وضع فرضيات مشتركة حول الاضطراب والعوامل المفجرة وتلك التي تبقى عليه، ثم يتم وضع العقد العلاجي أو العقود contrats بينهما. تتعلق بأهداف العلاج المشكلات المستهدفة والمحددة في عبارات ملموسة وعملية كما تتعلق بوسائل العلاج، فالمشاركة مع المعالج الشراكة التعاون العلمي) يساعده على التحرر من السلوكيات المتكررة التي يعاني منها.

التشخيص في العلاج المعرفي السلوكي

تعتبر العلاجات المعرفية les cognitives et comportementales (TCC) أكثر التناولات استعمالاً في علاج الاضطرابات النفسية وهي منبثقة من علم النفس التجريبي، وتستعمل استراتيجيات تركز على قوانين علم النفس الاشراف الكلاسيكي، الاشراف العملي، التعلم الاجتماعي، تحليل المعلومة) تعتمد على تبادلات لفظية (الحوار السقراطي) بالتالي، تقوم المقابلة على نفس قواعد المقابلة العيادية.

مراحل التشخيص في العلاج المعرفي السلوكي

ندرجها في مراحل محددة، يتم من خلالها جمع المعلومات حول العميل والمشكل الذي يسبب له توتر، تتمثل في:

المقابلة الأولى

التشخيص العيادي

التحليل الوظيفي

الإعلان عن التشخيص

المقابلة التحفيزية

2. التشخيص أو التحليل الوظيفي

يتم التشخيص الوظيفي بواسطة التحليل الوظيفي السلوكي المعرفي يتناول الأحداث المختلفة ويسمح للمعالج المعرفي السلوكي، بواسطة النظريات المعرفية السلوكية، القيام بتشخيص ديناميكي.

تهدف هذه الطريقة الى تحديد:

- المثيرات المنبهات) الحالية والسابقة (تاريخ الحالة التي تبرز من خلالها سلوكيات واستجابات عبارة عن وظائف fonctions
- اذا حددنا المثير، يمكن توقع الاستجابات والعكس،
- ينبغي التوصل إلى تحديد علاقة سبب نتيجة de cause a effet بين السلوك ومجموعة من الأحداث المحددة،

• يتم اجراء تحليل وظيفي على مشكلات ملموسة يقوم العميل بترتيبها، ليتم اجراء تحليل وظيفي لكل منها.

• يتوقف المعالج عند 10 سلوكيات كحد أقصى، بالتالي فالتحليل الوظيفي لا يتعلق بتشخيص وظيفي للعميل في شمولياته ولكن تحليل وظيفي للسلوكيات التي تشكل مشكلة لديه، ولكن اجرائيا يتم التعامل مع 3 سلوكيات مشكلة في أغلب الحالات،

• لهذا نقول التحليل الوظيفي السلوك المشكل.

• وعليه يشرع المعالج في مرحلة العلاج باول سلوك مشكل كهدف للعلاج قد يظهر بعد مقابلة العميل أنه يعاني على سبيل المثال من

• صعوبة تقديم عرض أمام الجمهور

• صعوبة توكيد الذات

• صعوبة القيام بالأعمال اليومية

يساعد التحليل الوظيفي على صياغة الفرضيات المتعلقة كل العمليات المعرفية والانفعالية الكامنة وراء سلوك المشكل وتحديد توقعات العميل والمعالج من العلاج.

بالتالي قد يحتاج المعالج الى تقنيات قياس مكملة وفقا للفرضيات التي وضعها قد تكون عبارة عن قياس التغيرات وشدة وتكرار سلوك المشكل من قبل المفحوص عن طريق تسجيل الأفكار والانفعالات السابقة والتابعة خلال أيام الأسبوع.

توجد شبكات التحليل الوظيفي ينبغي على المختص العيادي المبتدى الاستعانة بها للتدريب والتعود على اجرائه :

- التحليل الوظيفي ل Kanfer et Saslow

- التحليل الوظيفي Stimulus–Organisme– Réponse– Consequences

SORC

- التحليل الوظيفي Basic idea

Behavior- Affect- Sensations phy- Imagery-Cognitions -
Drugs- Expectations- Attente Interpersonnel

: التحليل الوظيفي SECCA

Stimulus-Emotion- Cognitions- Comportement-Anticipation

نموذج التحليل الوظيفي BASIC IDEA

طوره Lazarus (1976) واستكمله Cottraux (1985)، ويشير كل حرف إلى ميزة معينة خاصة بسلوك المشكل، كما أشار إليه Mirabel-Saron و Verra (2014)، نقدمها فيما يلي

Behavior:B أو السلوك، نجمع من خلاله المعلومات التاريخية حول السلوك المشكل والمفجرة له.

A: Affect أو الإنفعال المصاحب لسلوك المشكل

S: Sensations physiques أو الأحاسيس الجسدية المرتبطة به

I: Imagery أو القدرة على إستحضار تصورات عقلية.

C: cognitions أو الأفكار الأوتوماتيكية المرتبطة بالإنفعالات

I: Interpersonal أو القدرة على إقامة علاقات إجتماعية

D: Drugs ، إستعمال أدوية مخدرة

وأضاف Cottraux:

E: Expectations أو توقعات المفحوص من التدخل

A: Attente أو Evaluation، ما ينتظره المعالج من التدخل

تهدف هذه المقابلة الوظيفية إلى جمع معلومات حول ما يفعله ولا يفعله المفحوص والظروف التي تجعل السلوك شديد أكثر أو يختفي، وما جاء به الفحص أي البحث على معلومات دقيقة، وتحديد ما في عبارات سلوكية معرفية، وحتى إذا لم نتبنى نموذجاً معيناً، من الضروري إدراج معلومات حول سلوك المشكل من نوع (أين، متى، كيف، كم مرة في اليوم، مع من، ما يسبق هذا السلوك، وما يخففه، وما يزيد من حدته، وما يساهم في اختفائه، وما علاقة هذا السلوك بالمحيط).

3. الإعلان عن التشخيص العيادي والسلوكي للعميل

من الأحسن أن يتخذ المعالج في هذه المرحلة لغة عيادية وليس لغة سلوكية معرفية ومن الأحسن تجنب الإشارة إلى أسباب الأمراض:

- ✓ يكتفي المعالج بوصف السلوك المزعج بالنسبة للعميل
- ✓ تحديد المثيرات التي تعززه.
- ✓ ويعرض الأسباب الآتية التي تجعل المشكل يستمر.

المحاضرة التاسع

المقابلة التحفيزية

طور (Miller et Rollnick, 2002, p. 25) المقابلة المركزة على الدافعية entretien motivationnel وهي عبارة عن أسلوب علاجي مركز حول المريض وهو موجه يهدف إلى رفع مستوى الدافعية الداخلية التغير عن طريق الكشف وحل التناقض، يشير الباحثان إلى أسلوب علاجي للإشارة إلى أن هذه المقابلة ليست شكل من أشكال العلاج ولا تقنية ولكنها طريقة تعاون مع المريض مستوحاة من تناول Carl Rogers تهدف إلى تعزيز الدافعية الداخلية وتغيير السلوك غير المتكيف عن طريق التركيز على العميل وهي تركز على خمسة أبعاد:

- **ظهار التعاطف:** محاولة فهم معاش العميل بدون مواعظ، حضور متعاطف يساعد العميل على التفتح والكشف عن الذات،
- **تبيان الاختلافات:** الحديث عن النتائج ومساعدته على الوعي بمشاعره المتناقضة والاختلافات المدركة والمعبر عنها من قبل العميل بين الوضعية الحالية والوضعية المرغوبة قد تفتح المجال لحصر ايجابي يؤدي إلى التغير.
- **تجنب تقديم الحجج** لاعتبارها غير منتجة وتعزز المقاومة والإنكار.
- **التعامل مع المقاومة،** إذا كان العميل يقاوم بشدة الاقتراحات أو التفسيرات، ينبغي تفادي التأكيد قد تتغير الآراء مع مرور الوقت.
- **تشجيع الشعور** بالمهارة الشخصية، والإشارة إلى الجهود والنجاح ومجالات الإتقان والتأثير الجيد للأفكار والأعمال التي قام بها العميل.

مراحل التغير ل Prochaska وأتباعه

حدد Prochaska و Narcross و Clemente (1994) نقلا عن (Centre
Cormier, 2014) ميكانيزمات التغير انطلاقا من عدة تناولات علاجية.

ويتم التغير عبر مراحل حددها الباحثون ويمكن للمعالج اتخاذ الإجراءات المناسبة لمساعدة
المريض على التغير وتقبل العلاج وفقا للمرحلة التي يتواجد فيها وهي كمايلي:

أ. مرحلة ما قبل التفكير Précontemplation

- ✓ بناء علاقة ثقة
- ✓ التعرف على إدراك الفرد لنفسه ولسلوكه (المشكل)
- ✓ مساعدة الفرد للتساؤل والشك حول إدراكه الخالي من المشكل
- ✓ محاولة تحديد بورتري للفرد خارج سلوك المشكل
- ✓ تجنب المواجهة التي تعزز المقاومة والرفض .

ب. مرحلة التفكير contemplation

- تنمية وعي العميل
- ✓ بعث التفاؤل لديه تجاه التغير وتحديد الخوف من الفشل.
- ✓ الحصول على أكبر قدر من المعلومات حول مظهري التعاطي (الايجابيات
والسلبيات)
- ✓ مساعدة العميل على تجاوز هذا التعارض

ج. مرحلة التحضير Preparation

- ✓ تحمل الدافعية
- ✓ تزويده بفرص النجاح والتغير

د. مرحلة العمل Action

- ✓ تعزيز سلوكيات جديدة

- ✓ مساندة الدافعية تجاه نتائج التغيير الصعبة: الوحدة، فقدان الأصدقاء، استجابات سلبية للمحيط، فقدان المتعة.....
- ✓ تسهيل الطريقة وليس اختبار الدافعية.

هـ . مرحلة تثبيت النتائج Maintenance

- ✓ تدعيم التغيرات وتعزيز عادات جديدة في الحياة
- ✓ الوقاية من الرجوع إلى الوراء
- ✓ استعمال الانتكاسة كطريقة تعلم
- ✓ إعادة تأطير الأحداث المفجرة خلال مرحلة الانتكاسة.

المقابلات التحفيزية تنظم بعيدا عن الموعظة بإتباع الخطوات المذكورة

المحاضرة العاشرة

المقابلة ذو توجه تحليلي

الأساليب التشخيصية التحليلية النفسية:

بداية في الخمسينيات من القرن العشرين تم في الطب النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية بتأثير من التحليل النفسي القيام بتطوير طرائقي لتصورات حول المقابلة الأولى

ذات توجه ديناميكي نفسي: "المقابلة الطبية النفسية" لسوليفان (Sullivan 1953)

و"المقابلة الديناميكية" لغيل ونيومان وريدليش Grill , Newman & Redlich

(1954) حاسمة ومثمرة بالنسبة للتطور اللاحق للذان صمما في إطار أبحاثهما حول

التقنيات العلاجية النفسية في الطب "تصويرة مقابلة تفاعلية Interactional Interview

Schema. وقدّم آرغلاندر Arglander (1967&1970) تعليمات محددة لإجراء الفحص

الأول التحليلي النفسي، كما نشر دورسن Duehrssen (1972 & 1981) ما يشبه ذلك

تحت تسمية "دراسة الحالة البيوغرافية من منظور علم نفس أعماقي". في الأعوام 1977

و1981 و1984 طور "كيرنبرغ kernberg" المقابلة المبنية" من أجل تأسيس

التشخيص الحدودي Borderline-Diagnostic بين تشخيص العصابات وتشخيص

الذهانات، ومن خلال "طريقة موضوع صراع العلاقة المركزي Method of central

Relationships conflict theme للوبورسكي (Luborsky 1984) ظهرت أخيرا الطرق

الرسمية formalize للمقابلات التحليلية النفسية ويشكل "التشخيص الدينامي النفسي الإجراءي Operationalize Psychodynamic Diagnostic محاولة أوسع للتشخيص السيكودينامي الذي تم تطويره من قبل مجموعة العمل التي تطلق على نفسها تسمية مجموعة "التشخيص السيكودينامي الإجراءي Operationalize Psychodynamic Diagnostic" (جدول 1).

جدول (1): تصورات المقابلات Interview concepts

المقابلة الطبية النفسية (Sullivan, 1953)	
التعريف	تقنية مقابلة مبنية بدرجة كبيرة، تسترشد بالتنوع الكبير للأمراض الطبية النفسية.
الهدف	طبيعة عملية بين شخصية Interpersonal Process Character للجلسة. دور الطبيب النفسي كملاحظ مشارك، ملاحظة توقعات المريض من الجلسة، إدراك الانفعالات التبادلية reciprocity عند الطبيب والمريض.

التقنية	بعد طور من التحمية Warming-Up (البداية الرسمية formal inception) يتم التركيز على الكيفية التي يعيش فيها المريض ذاتيا ظروف حياته (استطلاع Reconnaissance)، وذلك بالربط وفق استقصاء تفصيلي بين الشكاوي والمخاوف مع ظروف الحياة والعالم الداخلي للمريض وفي بيان ختامي final statement يخبر الفاحص المريض بتصوراته وأهدافه.
المقابلة الديناميكية (Gill,1954) Dynamical Interview	
التعريف	الوضع الاجتماعي النفسي المنفصل عن المعالجة الفعلية.
الهدف	الفاحص بوصفه مشارك مشترك involved، العلاقة بين المعالج والمريض كموضوع مركزي. استخدام العناصر العلاجية، دعم المريض على طريق العلاج.
التقنية	بناء العلاقة، المريض يقود المقابلة.
المقابلة التشخيصية (M.E.Balint,1962) Diagnostically Interview	
التعريف	الفصل الدقيق عن الاستقصاء الطبي النفسي، يحتل مظهر العلاقة بين الفاحص والمريض مركز الصدارة كلية.

الهدف	تشخيص العلاقة من خلال فحص التأثير المتبادل بين الطبيب والمريض.
التقنية	توضيح أهداف الجلسة الأولى، بناء والمحافظة على العلاقة مثمرة.
دراسة الحالة السيكوسوماتية Psychosomatically Anamneses (Morgen&Engel, 1977, Adler&Hemmler ,1989)	
التعريف	توسيع دراسة الحالة السيكودينامية إلى الأمراض النفسية الجسمية، مراعاة النموذج الاجتماعي - النفسي - البيولوجي والتشخيص متعدد المستويات السيكوسوماتية الناجمة عن ذلك.
الهدف	تحديد فردي قدر الإمكان للأسباب الاجتماعية - النفسية - البيولوجية للمرض والعواقب مع مراعاة المظاهر السيكودينامية.
التقنية	يحتل مركز الصدارة المعاناة الذاتية النفسية والجسمية للمريض مع بناء علاقة مساعدة تتحول الجلسة إلى البيوغرافيا الشخصية، والنمو والوضع الاجتماعي.
المقابلة التحليلية النفسية (Argelander,1967,1970)	
التعريف	الجلسة الأولى بوصفها "موقف تحليلي نفسي" مع مطلب تشخيصي وعلاجي.
الهدف	إخراج direction الصراعات النفسية الداخلية في "موقف جلسة غير مألوف"
التقنية	الاستفادة من المعلومات الموضوعية والذاتية وبشكل خاص التمثيلية scenic
دراسة الحالة البيوغرافية biographical anamneses (Duehrssen, 1972,1981)	

التعريف	المقابلة السيكودينامية بوظيفة تشخيصية غالبية.
الهدف	تحديد العوامل الاجتماعية النفسية والنفسية النمائية المهمة من حياة المريض الباكرة والراهنة.
التقنية	يعتبر المعالج كملاحظ على الأغلب، إلا أنه لا يستغل المعلومات الموضوعية فحسب بل الشخصية subjective أيضا.
المقابلة المبنية (Kernberg, 1981)	
التعريف	المقصود بنيويا مقابلة تتمحور حول البنية الشخصية للمفحوص، تسعى إلى دمج التشخيص التحليلي النفسي والطبي النفسي.
الهدف	تحديد الأنماط الرئيسية لتنظيم الشخصية (نمط عصابي ونمط حدودي ونمط ذهاني)
التقنية	مقابلة غير مبنية على طول خط مقابلة موجه (مرشد مقابلة) مع تبادل مطابق بين الاستقصاء والحرية، التركيز على الأعراض والصراعات والصعوبات، عرض في هنا والآن في التفاعل مع المقابل.
صراع العلاقة المركزي (Iuborsky, 1984)	
التعريف	تشخيص سيكودينامي رسمي formalize كطريقة مستقلة عن الموقف العلاجي.
الهدف	تحديد نمط تفاعل شخص Subject مكون من رغبته واستجابة الموضوع واستجابة الشخص المنبثقة عن ذلك.

مقابلة معيرة فيها ذكر أطوار العلاقة المهمة شخصيا عبر التفاعلات المعاشة بالفعل وتقويمها على طول الحالة الفردية أو من خلال فئات.	التقنية
المقابلة التشخيصية في إطار التشخيص السيكودينامي الإجرائي العمل "التشخيص الإجرائي" Operationalize (OPD,1996) السيكودينامي Psychodynamic Diagnostic	
مقابلة سيكودينامية غير مبنية يحاول المرء من خلال دليل مقابلة تحديد المحور المهم عياديا "التشخيص السيكودينامي الإجرائي".	التعريف
تحديد خبرة المرض ومستويات العلاقة والصراع الممتد زمنيا والبنية النفسية مراعاة تشخيص الآي سي دي - العاشر ICD - 10 .	الهدف
استغلال المعلومات الموضوعية والشخصية مع مراعاة النقل والنقل المعاكس وينبغي تحديد "البيانات القاسية" اللازمة.	التقنية

أساليب تشخيصية مهمة مستخدمة:

- المقابلة التشخيصية الأولى.
- دراسة البيوغرافية من وجهات نظر علم نفس الأعماق.
- الدراسة السيكوسوماتية للحالة.

مقابلة التحليل النفسية الأولى: Psychoanalytical First Interview

وضع **آرغلاندر Arglander** على الأساس النظري لمقابلة **بالنت Balint** تقنية تحليلية نفسية خاصة ووصفها بتفصيل في كتابة الجدير بالقراءة "المقابلة في العلاج النفسي في عام 1970 وقد اعتبر الجلسة الأولى مع المريض في إطار يبلغ 60 دقيقة على أنها "موقف تحليلي نفسي" بمظاهر علاجية وتشخيصية في نفسه فإلى جانب ضرورة توضيح تشخيصي يدور الأمر حول إنجاز اقتراح ملموس والتحفيز والتحضير للعلاج وهنا تتم مراعاة الواقع الذاتي الداخلي ، أما أهداف هذه المقابلة فهي :

*تقصي ارتباط معنى الأعراض بالصراعات الكامنة خلف ذلك.

*إيجاد إجابات عن السؤال: في أي بنية من بنى الشخصية تجذر الحدث المرضي.

*التعرف على القدرات (الكفاءات) التي يمتلكها المريض.

*استنتاج ماهية السمات البنيوية التي يعتقد أنها ستقود إلى المقاومة في العلاج.

ويرى **آرغلاندر Arglander** المقابلة الشخصية الأولى بأنها "موقف جلسة غير " يحصل من خلال استخدام المشاهد المباشرة والموقف التفاعلي ورسائل المرض اللاشعورية المعروضة فيها.

يكمُن جوهر الأمراض النفسية في العمليات النفسية الداخلية اللاشعورية، لكن استخلاصها من المشاهد الراهنة مع شريك الجلسة (Arglander, 1970).

وتأتي الإجابات عن الأسئلة التشخيصية من ثلاثة مصادر مختلفة، لها الوزن نفسه من الأهمية.

***المعلومات الموضوعية objective information:** وهي بيانات حول الأعراض وأنماط السلوك والخصائص الشخصية والوقائع الطبية والبيوغرافية والاجتماعية. ويقوم الشخص بناءً على ذلك ببناء فرضيات على أرضية خلفيته النظرية وخبراته العيادية واستنتاجاته المنطقية. أما محك محتوى الحقيقة النسبي للمعلومات فهي الدلائل المنطقية logical evidence والتوافق مع الفرضيات المنبثقة من النظرية والخبرة.

***المعلومات الذاتية subjective information:** وهي الأهمية الذاتية (الشخصية) التي يعطيها المريض لشكواه ووضعته الحياتي وتوقعاته من العلاج ومن أجل التمكن من الحصول على هذه المعلومات فإن التعاون مع المريض ضروري، وهذا بدوره يشترط وجود جو من الثقة والأمان والاهتمام الطيب، أما المحك بالنسبة لدقة لمدى موثوقية المعلومات فهي الدلائل الموقفية situlative evidence.

***المعلومات المشهدية (الاستعراضية scenically information):** ويدور الأمر هنا حول العرض التصويري لموقف الجلسة ، أي مراقبة التفاعل بين المريض و المعالج مع كل

العناصر و المجريات اللفظية ، و الإيمائية -التعبيرية و الانفعالية و الجسمية . وتمثل الخبرة الذاتية لمجري المقابلة interviewer أداة ذي تماوج متساو "في حقل العلاقة اللاشعوري .أما المحك بالنسبة لموثوقية هذه المعلومات فهو الدلائل الذاتية للمشخص subjective evidence.

يوضح آرغلاندر Arglander المعلومات المشهيدة من خلال مثال : "يتحدث مريض طوال 50 دقيقة حول بياناته الشخصية . يشعر المقابل Interviewer بالإحباط ، يشعر بأنه لم يفهم شيئاً ويحس فجأة بحاجة كبيرة للتدخين . فيقدم سيجارة للمريض و يدخلان كلاهما . يصمت المريض لفترة و بدأ بشكل عفوي بالحديث عن ذكرى على علاقة بالتدخين. وكان معنى مقولته يتضمن : الحاجة للتدخين في موقف ما تتناسب مع عدم اطمئنانه الداخلي ، بالإضافة الى أنه يمثل انتهاكا . في هذه اللحظة تم بناء اتصال انفعالي . يستطيع المريض أن يفهم الفاحص بانه عليه أن يقدم بيانات لأنه يخاف من إشباع الحاجات ، التي تفضح عدم اطمئنانه الشخصي ؛ ومن خلال ذلك فقد احبط المحلل بشدة ، بحيث الى درجة وجب عليه العمل على تحقيق على اشباعه الخاص (التدخين) . يشعر المريض بالتفوق و يعبر عنه أيضا(Arglander,1967,P,430).

من أجل بناء "موقف الجلسة غير المؤلف " هذا يسترشد **آرغلاندر** بنصائح **بالينت** حول التشخيص وهو يميز :

1- تقنية المقدمة (الجهة) Technique of Fronts : "نحن نحترم تعقد الجهة ، نترك للمريض النشاط ، لا نلح عليه بشيء ونستجيب لرغباته و مطالبه و حاجاته بمقدار ما يسمح لنا الواقع بذلك ". وهذا ينطبق على سبيل المثال على تحديد موعد المقابلة و اختيار المقابل Interviewer والمظاهر الأخرى .

2- تحضير المقابلة : يتم بشكل منهجي إعداد الشروط الموقفية للمقابلة ، فيما يتعلق بأسئلة السعة الزمنية تصميم الاطار (عدم الازعاج ، الجو المحيط) ، من أجل بناء الحميمية ومن ثم الانفتاح عند المريض .

3- اتجاه المقابل Interviewer's attitude : "لاتجاه الذي يتجلى في نمط الإجابة الهادئة من السلوك والاهتمام ، تأثير حاسم الجانب المعاكس لهذا السلوك الداعم هو الإحباط ، الذي يلهب الموقف الدفاعي و الصمت المتأمل و العفوية المضبوطة (أو المراقبة) و أخيرا في الخيبة من غياب النصائح المباشرة .

وتمثل المقابلة التحليلية النفسية وفق **آرغلاندر Arglander** مقابلة تحليلية نفسية نموذجية مثالية ، حيث لا يمكن اليوم تطبيقها بهذا الشكل إلا في العيادات التحليلية النفسية . ولم يضع **آرغلاندر** أي منهجية للتفصيل الخطي وبناء الفرضية ، بحيث تظل الكيفية التي يمكن

فيها أن تقود الانطباعات و البيانات المكتسبة من هذا الى فرضية ديناميكية نفسية ، وهي الفرضية اللازمة للعلاج القائم خلفها . وعلينا ألا نقلل من خطر الإدراك و الاستطباب " الشخصي subjective "، المنبثق من التوكيد المشهدي scenically .فهذه المقابلة تشترط وجود الكثير جدا من الخبرة و المقدرة ، كي لا تحدث "هوامات خصبة و تأملات speculation مبالغ فيها" (Arglander,1970).

ومن إحدى أهم النقاط الانتقاد الجوهرية لمبدأ [آرغلاندر](#) تتمثل فيما إذا كان مثل هذا الشكل من إدارة المقابلة يمكن أن يقود عموما الى طرح تفريقي للاستطباب (الفاعلية) .هل من الممكن الإجابة عن السؤال فيما اذا كان بالإمكان اجراء تحليل طويل الأمد ام قصير الأمد ام في مجموعة؟ فبمجرد انبثاق ضرورة الإجابة عنمسائل بحثية، فلا بد عندئذ من جميع معلومات شخصية اكثر وتوثيقها.

المحاضرة الحادية عشر

المقابلة ذو توجه سيكوسوماتي

I. البحث السيكوسوماتي: L'INVESTIGATION PSYCHOSOMATIQUE

مهما كانت صلاحية المعطيات البيوغرافية المتعلقة بـماضي المريض وحياته اليومية واستثماراته العديدة وأيضاً اضطراباته الجسمية فإنها لا تكون لها معنى إلا إذا وضعت في مجالها العلائقي، فالعلاقة بين المعالج والمريض هي التي تؤسس البحث السيكوسوماتي الذي ينبغي حسب P.MARY أن يتم في ثلاثة مراحل أساسية هي:

المحور الأول: يجب أن يسمح بظهور العلاقة و بأن تتطور بصورة تلقائية وتبرز فيها الأجهزة التكيفية للمريض، والبحث هنا يلعب دور المثير المعدل للصيرورات النفسية وموقفه يتميز بالحياد اللفظي وبكونه غير موجه.

المحور الثاني: هنا يتبنى الباحث موقفاً أكثر نشاطاً و يبحث عن معطيات متعلقة بتاريخ الحالة

المحور الثالث: يتشكل هذا المحور من أسئلة منتظمة متعلقة بالنشاط الحلمي للمريض وذاكرات طفولته و تكوينه الفكري.

وعندما يصل المعالج إلى الأهداف المتعلقة بهذه المحاور الثلاثة يمر إلى تحضير المريض للانقطاع، و الهدف الأخير لهطه المحاور هو تقدير العمل العقلي، بتحليل جهازه العلائقي أولاً تمر تاريخه الشخصي ثانياً.

II. الذكريات

تحتل الذكريات مكانة هامة في الفحص والعلاج النفسيين فمن جهة لا يمكن فهم تاريخ الشخص بدونها ومن جهة أخرى يؤدي إيجادها واسترجاعها إلى إعطاء نفس جديد للنشاط الهوامي للمريض، ولكن الشخص عندما يكون في وضعية المقابلة فان كلامه يصفى بإجراءاته الدفاعية.

والحديث عن الذكريات يعنى الحديث عن الذاكرة التي تعتبر بالنسبة لفرويد متضمنة في اللاوعي و هي في نفس الوقت عبارة عن بناءات إذ ليس لدينا ذكريات عن طفولته بل ذكريات متعلقة بطفولتنا.

ولكي يكتسي الرجوع إلى الماضي مصداقية علينا أن نأخذ بعين الاعتبار مفهومين أساسيين هما: الذكرى السائرة LE SOUVENIR ECRAN والأثر البعدي أي L'APRES-COUP

1- الذاكرة السائرة⁽¹⁾: LE SOUVENIR ECRAN

تتميز هذه الذكرى في نفس الوقت بوضوحها المتميز وخلوها من المعنى من الناحية الظاهرية، و يؤدي تحليلها إلى اكتشاف تجارب طفلية هامة وهو مت لا واعية، والذكرى السائرة هي مثل العرض عبارة عن تسوية بنى العناصر المكبرته والدفاع.

لقد سندت الذاكرة الخاصة بأحداث الطفولة انتباه فرويد منذ أولى العلاجات التحليلية التي قام بها ومنذ تحليله الذاتي أيضا، لقد لاحظ أن الأحداث الهامة تزول بينما تبقى ذكريات ليست لديها مدلولات من الناحية الظاهرية، فبعض هذه الذكريات تبدو من الناحية الظاهرية واضحة وطاغية بصورة تجنب الأنظار مع براءة محتواها وقلة أهميته مما يجعل الشخص، منذ هشا لبقاءها.

¹ -Laplanche(J)et pontatis(J B) ; vocabulaire de la psychanalyse ; paris ; p.v.f.1973.

هذه الذكريات التي تخفي وراءها تجارب جنسية مكبوتة أو هوامات لا واعية بدعوها فرويد بالذكريات السائرة، وهي تشبه العرض وزلات اللسان لأنها عبارة عن تكوينات تسوية تتم عن طريق التكثيف و النقل تماما كما يحدث في الأحلام.

و يرى فرويد بأنه ليست هناك ذكريات آتية من طفولتنا بل هناك ذكريات تتعلق بطفولتنا، والذكرى السائدة بالنسبة لفرويد بالغة الأهمية باعتبار أنها تحتوي على حقائق أساسية للحياة الطفلية المنسية و يبقى على المعالج أن يزيل غموضها بتحليلها.

2- الأثر البعدي: L'APRES-COUP⁽²⁾

يستعمل فرويد هذا المصطلح في علاقته مع مفهوم الزمانية و السببية النفسيتين، إذا تتخذ التجارب والانطباعات و الآثار الذاكرية لاحقا فعالية نفسية و معنى جديدا انطلاقا من تجارب جديدة و من المرور إلى درجة أخرى من النمو.

وتتصب عملية إعادة التنظيم أو إعادة التسجيل بشكل انتقائي على ما عاشه الشخص و لم يدمج بصورة كاملة في سياق ذي دلالة، و الحدث الصدمي يعد مثالا لمعاش من هذا النوع، وهو يتم بفضل وقوع أحداث أو وضعيات أو بفضل النضج العضوي و التي تتيح للشخص أن يرقى الى نمط جديد من الدلالات و أن يرصنها في تجاربه السابقة مثلا إذا تعرض شخص في طفولته إلى إغراء جنسين من قبل إنسان راشد لا يكون له وقتها معنى جنسيا، و لكن لذا وقع له حدث مشابه في مراهقته فانه يشعر حينئذ بانفعال جنسي يربطه بالحدث الثاني ولكنه في الحقيقة نابع من الحدث الأول.

يعتبر Alain de Mijola عن جوهر الذكريات أحسن تعبير بقوله أنها: "أكاذيب تقول دائما الحقيقة"⁽³⁾، و هي حقيقة تتضمن رغبات لاواعية تطلب دائما الإشباع حتى وإن غاب أوضاع

² -Laplanche(J)et pontatis (J B) ; vocabulaire de la psychanalyse ; paris ; p.v.f.1973.

³ - Alain de Mijola, le souvenir ; un mensonge qui dit toujours la vérité ; in revue française de psychanalyse ; paris, p.v.f ; juillet .aout 1979.

الموضوع الذي كان يوفره و هو يرى أنه ليس من المهم أن نرفع الستار عن النسيان الطفولي بل الأهم من ذلك هو معرفة جوانب الكذب و مختلف الحقائق التي تحويها الذكريات التي تبنى ببطء مستفيدة على التحويل الذي يغذيها ويفرزها.

III. الواقع النفسي و الواقع الخارجي:

" برزت فكرة الواقع النفسي لدى فرويد بالتوازي مع التخلي عن نظرية الإغراء أو على الأقل مع الحد من أهميتها وبالتخلي أيضا عن الدور الذي تلعبه الصدمات القلبية في توليد العصاب، فبعد نظرية الاغواء أصبح فرويد يعطي أهمية بالغة للهوامات التي تمتلك بالنسبة إليه واقعا نفسيا هو الذي يلعب دورا في نشأة العصاب(4)"

و الواقع النفسي بالنسبة ل فرويد أقوى من الواقع الخارجي فمثلا فان الحذيرات التي يقوم بها الوالدين اتجاه الأبناء كالتهديد بالاحضاء هي امور خارجية و لكن الطفل مقتنع بوجودها اذ تتأصل في واقعه النفسي، كما يرى فرويد أن الادراكات التي تقوم بها حواسنا ليست فاترة بل موجهة بواسطة استثماراتنا الداخلية و في البداية كان فرويد يقول أن إنكار الواقع أمر يميز الشخص الذهاني و لكن من خلال عمله اكتشف فيما بعد أن الشخص العصابي أيضا يستعمل الإنكار و لكن بدرجة أقل، فماذا يعني الواقع النفسي اذن؟

حول هذا الأمر يقول ROGER PERRON أن التحليل النفسي لم يقدم تعريفا حول الواقع الذي يتعامل معه، و في نفس الوقت يرى أن حتى الفيزياء التي تعتبر علما دقيقا لم تعرف بدورها الواقع الذي تتعامل معه، في نفس الصدد يضيف ROGER PERRON أن الواقع النفسي هو كل ما هو خارج عن الأنا (الأنا ليس كسلطة) أخذين بعين الواقع الخارجي الذي لا يكون لديه دلالة إلا بواسطة الفكر.

⁴ -Laplanche(J)et pontatis(J B) ; vocabulaire de la psychanalyse ; paris ; p.v.f.1973.

ويرى CLANDE LE QUEN أن محاولة معرفة ما يتعلق بالواقع الداخلي والواقع الخارجي يجب أن تبقى في حدود النسبية لأن الإنسان يفكر فيما هو خارجي انطلاقاً من الداخل، وانطلاقاً من ذلك ليس مهماً أن نذهب ونبحث عما إذا كان عنصراً ما في الحدث النفسي مرتبطاً بالشخص أو الموضوع خارجي معين.

¹ -Laplanche(J)et pontatis(J B) ; vocabulaire de la psychanalyse ; paris ; p.v.f.1973.

المحاضرة الثاني العاشر

المقابلة ذو توجه نسقي

. تعريف النسق الأسري

يعرفه المعجم الإكلينيكي الخاص بالعلاجات الأسرية النفسية على أنه مجموعة من الأفراد يكونون نسق، يتكون من أفراد محددى الأدوار والأفعال والتي يتمثلون بها، ويكونون في حالة تطور على شكل معلوماتي عن طريق الإتصال.

يعرفه عباس محمود مكي (2003) هو مجموعة من العناصر المتداخلة تحكمها قواعدها الداخلية، ويحصل ذلك بالتجربة والخطأ، والتصحيح للأوضاع الشاذة على أساس التبادلات الداخلية اللغوية وغير اللغوية .

02. مفهوم المقابلة الأسرية

مقابلة بحضور مختلف أفراد الأسرة حيث تتمثل وظيفة المعالج في ضمان التدفق الحر للمعلومات من خلال محادثة حية (أهمية السرد) وتسهيل التعبير عن وجهات نظر كل منهما. ويجب على المعالج أن يحافظ على خطاب مفتوح ويستخدم أسئلة دائرية وغير خطية (من حيث السببية). والغرض هو إنشاء التحالف العلاجي (Fernandez,P.06)

03. المقابلة النسقية

المقابلة الأولى:

المقابلة الأولى مهمة لأنها تسمح ب:

1- تقديم وتعريف المعالجين بأنفسهم، للأسرة التي سوف تخضع للعلاج.

2- عرض سياق العلاج ومكانه وتأكد من موافقة الجميع عليه.

3- تحديد الالتزام والأهداف المتبادلة بين الأسرة والمعالجين.

(Florence le cann. Isabelle. Page 07)

كما ينبغي على المعالج في هذه المقابلة الأولى أن يهتم بأدق التفاصيل التي يمكن ملاحظتها على العائلة، وذلك من أول لحظة يبدأ فيها التبادل (التبادلات الأولية تتم عبر الهاتف لأخذ موعد، طريقة دخول العائلة، طريقة توزيع الأفراد حول المعالج). وهذا مما قد يعطيه عناصر ذات دلالة حول طبيعة التبادلات بين الأفراد في النسق العلاجي. (بن موفق ، 2021، ص.22).

أ- تحليل الطلب: (Exploration de la demande)

تعد مرحلة دراسة الطلب مهمة جدا في البحث الأسري النسقي، حيث يقوم الباحث النسقي بدراسة الطلب، أي هل أن الفرد المعني بالإضطراب هو في حاجة إلى علاج أسري أو أن الأمر يتعلق ببنية فردية مرضية، لا تستلزم علاج كل النسق الأسري. (د. بوثلجة مختار، 2017، ص17).

ووضح Robert Neuburger (1984)، أن العناصر المكونة لأي طلب للمساعدة والتي من خلالها يتم توجيه الفرد الذي يعاني من إضطراب إلى علاج أسري نسقي، وتتمثل هذه العناصر فيمايلي:

1- الإدعاء: بمعنى شخص من أفراد أسرته هو من يطلب المساعدة من أجل المفحوص المعني.

2- المعاناة: بمعنى الشعور بالألم، سواء كانت هذه المعاناة جسدية أو نفسية أو أخلاقية.

3- العرض: وهو المفحوص المعني الذي تأتي العائلة لأجله لطلب الإستشارة لأنهم يرون أنه يخل بالتوازن داخل الأسرة.

وحسب Neuburger، عندما يحمل نفس الشخص الأعراض والمعاناة والإدعاء، فإننا أمام طلب للمساعدة الفردية.

ولكن عندما يرتدي العديد من أفراد الأسرة هذه العناصر الثلاثة فهذا يعد طلبا للعلاج الأسري. (Maestre, 2011,P.22)

ب-الإطار الزمني والمكاني للمقابلة النسقية:

يتم إجراء المقابلة النسقية في مكتب مفصول إلى مساحتين بمرآة ذات اتجاهين، مساحة واحدة للعائلة والمعالج (أو معالجان) ومساحة أخرى لفريق الإشراف، ويتكون أيضا من المعالجين. ويتم تصوير الجلسات بموافقة المشاركين، كما يمكن لفريق الإشراف الإتصال بالمعالج في أي وقت من خلال الإتصال الداخلي والمقابلات الأولى مهمة لأنها تسمح بتحديد الإلتزام والأهداف المتبادلة بين الأسرة والمعالج. (**Thérapies Familiales Systémiques. Page03**)

كما يحتوي هذا المكتب على مجموعة من الكراسي، تعد هذه الكراسي حسب عدد الأفراد الذين وافقوا على الحضور مسبقا، وإن لم يحضر أحد الأفراد يبقى كرسيه فارغا، ولا يسحب وهذا مايسمى بالعمل مع الغائب. "Le travail de L'absent".

توضع الكراسي على شكل حلقة، ويضع المتدخل النسقي كرسيه في وسط هذه الحلقة (حذوة الحصان)، على أن يكون قريبا من أفراد الأسرة، ويطلب منهم الجلوس كل حسب رغبته.

مخطط يوضح توزيع أفراد الأسرة أثناء المقابلة الأسرية.

- بعد حضور أفراد الأسرة يقوم الباحث ليفتح الباب بنفسه ثم يحيي الجميع.
- يقدم الباحث نفسه، ويطلب من كل فرد أن يقدم نفسه (في هذه المرحلة يظهر غالبا الفرد الذي يحمل الكلمة في الأسرة) " Le porte parole " .
- * غالبا ما يطلب الإذن بالتسجيل، مع التوضيح بأن هذا التسجيل يستعمل لأغراض علاجية أو بحثية فقط، وأنه سيتم محوه بمجرد أخذ المعلومات اللازمة (يتفق أغلب الممارسين النسقيين بأن التسجيل ضروري جدا سواء للباحث أو للأسرة، للباحث من أجل مراجعة تدخلاته والوقوف على كل ماهو إيجابي أو سلبي، وللأسرة لأنه في خضم المعلومات الكثيرة التي قد تضيع معطيات لا يمكن ملاحظتها دون إعادة سماعها).
- البداية في ربط علاقات مع الأسرة (L'affiliation) كما يسميها " مينوشين "، وهذه السيرورة تبدأ من المقابلة الأولى حتى نهاية المقابلات، أي أن الأمر يتعلق بعمل متواصل.
- تكلمة الجينوغرام، والذي يعد أداة لا يمكن الإستغناء عنها، وليس من الضروري تكلمته في حصة واحدة، خاصة إذا كانت العائلة موسعة وهناك أعضاء أكثر سواء في الجيل الثاني أو الثالث (ويبنى الجينوغرام على ثلاثة أجيال، أفراد الأسرة الحاضرين، الآباء والإخوة، ثم الأجداد).

- استقصاء العرض أو فحص العرض، لكن في المقابلة النسقية يكون بداية بالفرد الحامل للعرض، ثم محاولة فهم وجهة نظر كل فرد من الأسرة للعرض، وماهي الحلول التي تم القيام بها من قبل، حسب كل فرد.

- تسيير المعلومة، وهنا يكون عن طريق الأسئلة الدائرية، حتى يتسنى لكل فرد رؤية زوايا لم يكن يراها من قبل، والمعلومة حسب " أسلوس " ليست كل معلومة، وإنما المعلومة المهمة.

- محاولة بناء فرضيات عمل من خلال المعلومات والملاحظات التي يدونها الباحث النسقي، وليس بالضرورة التشبث بفرضية بعينها، حيث نستطيع بناء فرضيات ثم نقوم بفحصها، وإن لم تكن عملية يمكن صياغة فرضيات جديدة ثم العمل عليها.

- التركيز في الملاحظة، خاصة في فترات أزمة أثناء المقابلة وهذا عند كل فرد، سواء ما يشاهده المتدخل أو ما يحسه.

من الجدير بالذكر أن هذه المراحل هي متداخلة، ماعدا المرحلة الأولى (دراسة الطلب)، والعمل يقع ضمن هذه المراحل فالحصص التي تلي لا تكون بعيدة عن بعضها في أغلب الأحيان، فالمطلوب هو بناء وتسيير المعلومات، وفتح مجال للنقاش وملاحظة النسق الأسري في كل لحظة، ثم بناء فرضيات، بإختصار هناك جانبان ينبغي الإعتناء بهما في المقابلة النسقية وهما:

أ- جانب تقني: وهو يخص إطار العمل وكيفية توجيه الأسئلة وبناء الفرضيات.

ب- جانب الأحاسيس: وهنا ينبغي للباحث أن يمكن النظر في إنعكاسات مشاعره

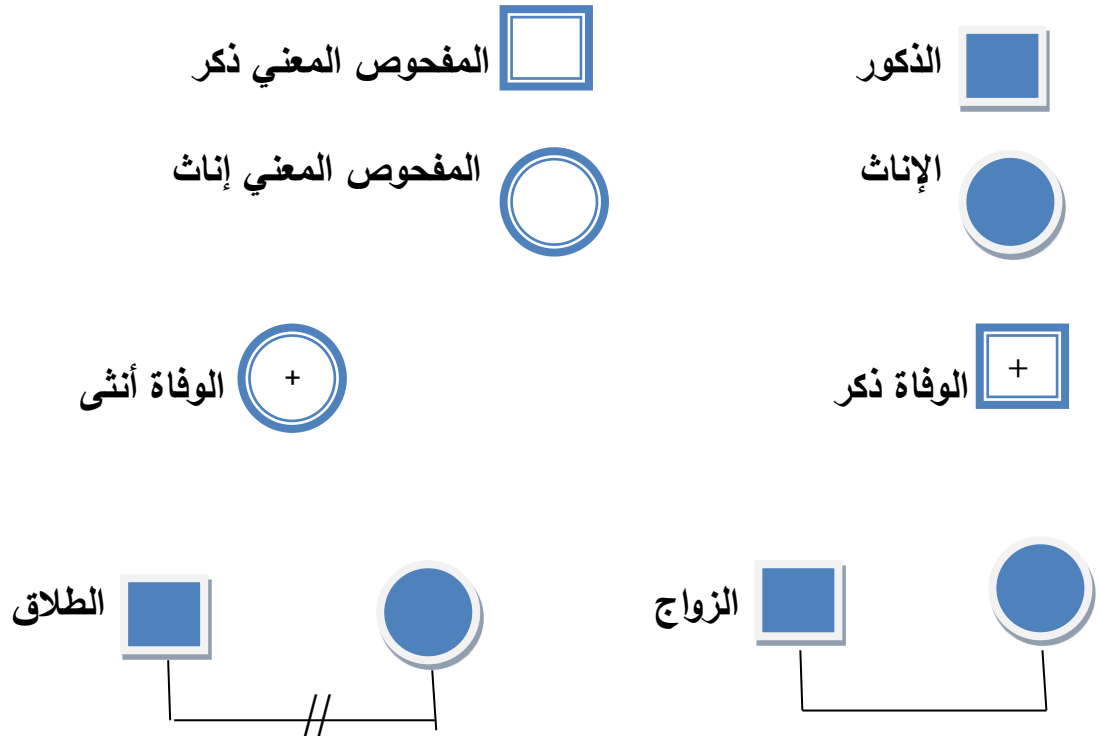
" Les Résonances " حتى لا يقع في قصته الشخصية، وبالتالي بناء فرضيات بعيدة

عن واقع الأسرة التي يحاول التكفل بها، وهي أقرب إلى قصته الفردية على مستوى أسرته.
(بوثلجة ، 2017، ص. 19 - 20 - 21).

ج- أدوات التحليل في المقابلة:

* المخطط الأسري (Le Génomogramme)

هو عبارة على نوع من الرسم أو التخطيط الذي يهدف لإعطاء مخطط عن الأسرة في مختلف المستويات ومختلف الأجيال، غالبا ما يضم أسماء الأشخاص، تواريخ الميلاد، تاريخ الزواج، الطلاق، وكذلك الأسماء وفي بعض الأحيان المهن والمستوى التعليمي، كما يمكن أن يحتوي المخطط على أحداث هامة في التاريخ الأسري، فهو يعتبر أداة هامة للحصول على نظرة شاملة عن هيكل الأسرة، يبدأ المعالج بوضعه منذ المقابلات الأولى، ويتم إثرائه وإضافة مختلف العناصر عليه أثناء الحصص، ومن أهم الرموز المستعملة في المخطط الأسري مايلي:



الأرقام: داخل الشكل تشير إلى تاريخ الميلاد. (بن موفق ، 2021، ص.23- 24).

المقابلة الثانية: " مرحلة تحديد المشكلة "

وفي هذه المرحلة يبدأ العمل الإرشادي أو العلاجي الفعلي، فعندما تنتهي المرحلة الأولى التي كانت تتسم بالطابع الإجتماعي وتهدف إلى إقامة الألفة بين المرشد والأسرة يبدأ المرشد ومنذ المقابلة الثانية مراحل العمل الفعلية مبتدءا بتحديد المشكلة. ويرى الكثير من الباحثين والممارسين أن خير مدخل لتحديد مشكلة الأسرة هي إستعراض ودراسة وتحليل تاريخها، فتاريخ الأسرة إذن هو المدخل المناسب لمعرفة مشكلتها.

وأول ما سيواجهه المرشد في أولى جلسات العمل محاولات الأسرة لحصر المشكلة في العضو الذي حدوده كمريض، وأنه إذا ما عولج هذا العضو فإن كل أمور الأسرة ستكون على مايرام.

فيرى " هيلي " أن المرشد يجب أن يكون قد أخذ فكرة لا بأس بها عن بناء القوة في الأسرة وعن مواطن التأثير فيها خلال مراحل الإتصالات الأولية ومرحلة الإلتحاق أن يتوجه بالسؤال الأول نحو عضو الأسرة الأقل إنغماسا أو إرتباطا بالمشكلة حتى نبعد قليلا عن جو المشكلة. كما يرى " هيلي " أن العضو ذا النفوذ في الأسرة والذي لديه أكبر قدر من القوة والتأثير، والذي يستطيع أن يأتي بالأسرة إلى الإرشاد الأسري ينبغي أن يعامل بأكبر قدر من الإهتمام والإحترام. ويقول: إنه من غير الحكمة أن تبدأ الحديث مع العضو الذي حدد كمريض كما نتوقع الأسرة.

وترى " فرجينيا ساتر " أن على المرشد في المراحل المبكرة في الإرشاد إبتداء من المقابلة الثانية أن يعطي الفرصة لكل عضوة في الأسرة ليعبر عن وجهة نظره فيما يتعلق بالمشكلة التي أتت بالأسرة إلى الإرشاد أو العلاج النفسي، أو حسب تعبيرها للتحدث عن "الألم في الأسرة". ومن خلال هذه الأحاديث وتحليلها والمناقشات التي يمكن أن تدور حولها يستطيع

المرشد أن يقيم الأنماط التي تستخدمها الأسرة في تواصلها وإتصالاتها مع بعضها البعض، وأنماط تحالفاتها الداخلية، والأدوار التي يقوم بها أفراد الأسرة بالفعل بصرف النظر عن الأدوار النمطية، فقد يختلف ما يحدث عما هو متوقع أو سائد كما يحتاج المرشد أن يعرف كل ما يمكن معرفته عن النسق الأسري والمكانة التي منحها إياه هذا النسق مع بداية عملية الإرشاد، أو بمعنى آخر علاقة النسق الفرعي الذي يتكون من المرشد بالنسق الفرعي الذي يتكون من الأسرة في ظل النسق الفوقي الجديد الذي سعى المرشد لتكوينه منه ومن الأسرة.

إن المرشد يحتاج إلى أن ينظر إلى النسق الأسري في ضوء خواصه وصفاته (المرونة، الإنفتاح، الإنغلاق، ميكانيزمات التغذية المرتدة والضبط والمعلومات...إلخ). وأن يصل إلى فكرة دقيقة عن النمط الأسري الحالي الذي أمامه، وهل هو نمط مندمج أو أنه غير منتظم وذلك ليحدد نوع الإتزان الذي يحظى به هذا النسق، وهل هناك فرد في الأسرة يعتمد عليه هذا التوازن؟ أي كمنظم وحافظ للتوازن مثل ذلك العضو الذي حددته الأسرة كمريض؟ (عن طريق قيامه بدور كبش الفداء مثلا)، أم أن هناك فردا في الأسرة يقوم بهذا الدور؟ أم أن هذا الدور لم يجد بعد من يقوم به، ولذا لجأت الأسرة إلى المرشد النفسي ليقوم المرشد نفسه بهذه المهمة، ويساعدهم في إيجاد من يرشح للقيام بهذا الدور؟

وينبغي أن ينتبه المرشد ليس إلى مايقوله أفراد الأسرة فقط، ولكن إلى إشاراتهم وإيماءاتهم وتعبيرات وجوههم وحركاتهم الجسمية وأوضاع جلوسهم وغيرها من علامات اللغة غير اللفظية. فهذه العلامات تقول الكثير مما يمكن أن يفيد المرشد في فهم الأسرة لتفاعلاتها، بحيث يحاول أن " يحدد المشكلة " بالاستعانة ببعض الأسئلة منها:

* كيف يرى كل فرد من أفراد الأسرة المشكلة؟

* لماذا تعتبر الأسرة السلوك الأعراضى أو العرض مشكلة؟ وهل هناك أحد من أفراد الأسرة لا يعتبر هذا العرض مشكلة؟

* من أكثر أفراد الأسرة إنزعاجاً من المشكلة؟

* كم عدد مرات حدوث العرض؟ ومتى يحدث؟ وأين يحدث؟ ومن الذي يستجيب له أولاً؟

وبأي طريقة؟ وما الذي يحدث قبل حدوث العرض مباشرة؟ وما الذي يحدث بعده؟

* متى بدأ العرض؟ ولماذا أنت الأسرة في هذا الوقت إلى الإرشاد أو العلاج؟

* ما جوانب المشكلة التي لا يراها أفراد الأسرة ويراهها المرشد؟

* من هو العضو في الأسرة الذي يحدد المشكلة لهم؟ ومن الذي يتحدث عن المشكلة في

الجلسات الإرشادية؟

* ما مدى إتفاق أفراد الأسرة على تحديد المشكلة؟ وإذا لم يكونوا متفقين فماذا يحدث؟

* هل طلب أفراد الأسرة المساعدة من قبل؟ وممن؟ وكيف كانت استجاباتهم لذلك؟

* هل تم طلب المساعدة من أفراد الأسرة الممتدة؟ أو الأقارب؟ أو الأصدقاء؟

* هل عرضت على الأسرة بعض الحلول؟ وماهي؟ وما موقف الأسرة من كل منها؟

* من من أفراد الأسرة الذي يأخذ زمام المبادرة في المواقف الجديدة في الأسرة؟

(د/ علاء الدين كفاي، 2008، ص334، 336، 337، 338).

المحاضرة الثالث عشر

المقابلة ذو توجه انساني

المقابلة العيادية غير الموجهة

وضع هذه الطريقة في الإرشاد والعلاج النفسي العالم النفسي كارل روجرز (1902-1987) صاحب نظرية الذات. ولقد شقت الذات طريقها عبر التاريخ ووصلت إلى أحدث وأشمل صياغة لها في نظرية الذات التي تتضمن طريقة من أحدث طرق العلاج النفسي وهي طريقة العلاج المتمركز حول العميل أو طريقة العلاج غير الموجه.

من السمات البارزة الأخرى للعلاج الذي يركز على الفرد أو العميل استخدام مصطلح "العميل" بدلاً من "المريض". يرى المعالجون الذين يمارسون هذا النوع من النهج العميل والمعالج كفريق من شركاء متساوين وليس خبيراً ومريضاً (McLeod، 2015).

اثنان من العناصر الأساسية ترتكز عليها هذا النوع من المقابلات العيادية هي:

- إنه غير توجيهي: يسمح المعالجون للعملاء بقيادة المناقشة ولا يحاولون توجيه العميل في اتجاه معين.
- يؤكد الاحترام الإيجابي غير المشروط: يُظهر المعالجون قبولاً ودعماً كامليين لعملائهم دون إصدار أحكام.

كارل روجرز:

يعتبر كارل روجرز على نطاق واسع أحد أكثر علماء النفس تأثيراً في القرن العشرين. لقد كان مفكراً إنسانياً وكان يعتقد أن الناس صالحون في الأساس.

ولد كارل روجرز عام 1902 في مدينة الينوي في أمريكا وكان الابن الأوسط لأسرة كبيرة متماسكة، عندما بلغ الثانية عشرة من عمره ذهب ليعمل في مزرعة حيث أهتم بالزراعة العلمية وبناء على ذلك درس الفيزياء والبيولوجيا في جامعة وسكنسن عام 1942 ثم حصل بعد ذلك على درجة الدكتوراه من جامعة كولومبيا في علم النفس التربوي والإكلينيكي عام 1931 ولقد عمل كمعالج مقيم في معهد تربية الأطفال في روجستر ومن هنا بدأت أفكاره عن العلاج النفسي بالتبلور واكتشف منذ ذلك الحين أهمية الإصغاء للمسترشد وإلى أهمية المشاعر عنده والمتمثلة في كلماته التي يقولها. ولقد أصدر أول كتاب بعنوان "المعالجة الإكلينيكية لمشكلات الأطفال" وكذلك عمل روجرز في جامعة شيكاغو عام 1945 وجامعة وسكنسن عام 1957 وفي عام 1964 عمل كعضو في معهد العلوم السلوكية وبعد ذلك أصبح عضو في الجمعية الأمريكية للعلوم النفسية . (سعيد حسني العزة وجودت عزت عبد الهادي ، 1999، ص 109)

اقترح روجرز أيضاً أن لدى الناس ميلاً فعلياً أو رغبة في تحقيق إمكاناتهم وأن يصبحوا أفضل الناس على الإطلاق. بدأ روجرز في البداية في استدعاء أسلوبه العلاجي غير التوجيهي. بينما كان هدفه أن يكون غير توجيهي قدر الإمكان ، أدرك في النهاية أن المعالجين يوجهون العملاء حتى بطرق خفية. ووجد أيضاً أن العملاء غالباً ما يتطلعون إلى معالجيهم للحصول على نوع من التوجيه أو التوجيه.

كان روجرز متعمداً في استخدامه لمصطلح العميل بدلاً من المريض. كان يعتقد أن مصطلح المريض يعني أن الفرد كان مريضاً ويسعى للعلاج من معالج.

باستخدام مصطلح العمل بدلاً من ذلك ، أكد روجرز على أهمية الفرد في طلب المساعدة ، والتحكم في مصيره ، والتغلب على الصعوبات التي يواجهها. يلعب هذا التوجيه الذاتي دورًا حيويًا في العلاج الذي يركز على العمل. (Chilland C.(2002),p237)

مثل الكثير من المحلل النفسي سيغموند فرويد ، اعتقد روجرز أن العلاقة العلاجية يمكن أن تؤدي إلى رؤى وتغييرات دائمة في العملاء. بينما ركز فرويد على تقديم تفسيرات لما كان يعتقد أنه صراعات اللاوعي التي أدت إلى مشاكل العمل ، اعتقد روجرز أن المعالج يجب أن يظل غير موجه.

وهذا يعني أن المعالج لا ينبغي أن يوجه العمل ، وألا يصدر أحكامًا على مشاعر العميل ، وألا يقدم اقتراحات أو حلولاً. بدلاً من ذلك ، يجب أن يكون العميل شريكًا متساويًا في العملية العلاجية.

عناصر المقابلة العيادية المتمركزة حول العميل:

1- العمل:

هو الفرد الذي تتمركز حوله عملية العلاج والإرشاد. ويكون العميل قلقًا، معرضًا لمضاعفات نفسية تصل إلى الاكتئاب. ويدرك العميل الحاجة للعلاج ويأتي للمعالج طلبًا لذلك ويكون ذا بصيرة نامية أو قابلة للنمو، ويكون لديه عناصر قوة وقدرة على تقرير مصيره بنفسه وتحديد فلسفة حياته، وعلى استعداد لتحمل مسؤولية العلاج وتوجيه نفسه تحت إشراف المعالج.

(مفتاح محمد عبد العزيز، 2011، ص262)

2- المعالج:

يشترط أن يكون المعالج نفسه متوافقًا نفسيًا ، ويكون لدى المعالج شفافية وحساسية ، يهتم بإخلاص بحالة العميل، ويقبله ويشجعه ويفهم وجهات نظره. والمعالج الناجح مستمع جيد

وموجه بارع للمناقشة وبائع ناجح للصدقة، متفائل وبشوش دائماً، لا يتخذ موقف الواعظ أو الناصح أو المقوم للسلوك، لديه اتجاه نفسي أخلاقي في فهم وتفسير وتعديل السلوك، واسع الخبرة في علم النفس وفي كافة مجالات الحياة. والمعالج عليه أن يستمع ويتقبل ويعكس مشاعر العميل ثانياً إليه ليقوم العميل بفحصها بصورة أدق. (مفتاح محمد عبد العزيز،

نفس المرجع، ص 261)

3- عقد العلاج:

يحاول المعالج والعميل تحديد ما يشبه عقد العلاج أو اتفاقاً غير مكتوب، وفي جو حيادي سمح، يحددان الموقف العلاجي وأبعاده ومسؤولية كل منهما ، ويفهم العميل أهمية التقارير الذاتية، وأن أحسن نقطة لفهم سلوك الفرد هي من وجهة نظره هو ومن داخل إطار المرجعي.

4- الاضطراب النفسي:

إن الاضطراب النفسي ينتج عندما يفشل الفرد في استيعاب، وتنظيم الخبرات الحسية العقلية التي يمر بها، إضافة إلى الفشل في تنمية المفهوم الواقعي للذات، ووضع الخطط التي تتلاءم معه؛ لذا أفضل طريقة برأي روجرز، هي لتغيير السلوك هي تنمية مفهوم ذات واقعي موجب، حيث بينت الدراسات إن مفهوم الذات يكون مشوها بعيداً عن الواقع لدى المرضى عقلياً.

إن من أهم أسباب الاضطراب النفسي هو الإحباط حيث انه يعوق مفهوم الذات، ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد. كما إن انضمام خبرة جديدة لديه ولا تتوافق مع الخبرات السابقة لديه تجعله في حالة اضطراب نفسي. (جمعة سيد يوسف (2001)، ص 85)

5- العلاقة العلاجية:

إن العلاقة التي يكونها المعالج مع العميل ليست علاقة عقلية، فالمعالج لا يستطيع أن

يساعد العميل بمعلوماته كما أن شرح شخصية العميل للمعالج نفسه ووصف التصرفات التي ينبغي عليه القيام بها لا يدوم أثرها طويلا، وأن المعالج في هذه العلاقة العلاجية يكون لديه أو ينبغي أن يكون لديه هذه الخصائص في أفضل درجة لها ولهذا نوضحها على اعتبار أنها غاية منشودة تمثل المستوى الأمثل المطلوب في العلاقة العلاجية. (د.حسن منسي، 2004، ص199)

- التقبل: يجب أن يكون المعالج متقبلا للعميل كشخص حيث أن العميل يأتي إلى العلاج ومعه صراعاته وتناقضاته وحسناته ومساوئه، والتقبل من جانب المعالج يزيد عن التقبل الايجابي أنه احترام واعتبار إيجابي للعميل كشخص له أهمية وقيمة.
- التطابق: أي أن يتصف المعالج بأن يكون كلا متحدا متكاملا ومتسقا فلا يوجد تناقض بين ما يكونه المعالج وبين ما يقوله ويكون واقعا وصادقا.
- التفهم: يعني أن المعالج يمارس تفهما دقيقا ومشاركا لعالم العميل كما يرى الداخل، ومثل هذا التفهم يساعد العميل على أن يستكشف وبحرية وعمق ومن ثم ينمي تفهما أفضل عن ذاته.
- توصيل هذه الخصائص للعميل: لن يفيد المعالج شيئا أن يكون متقبلا ومتطابقا ومتفهما إذا لم يكن العميل مدركا ومعايش للمعالج على أنه يتسم بهذه الخصائص، التقبل والتطابق والتفهم للعميل بواسطة المعالج وعندما تتوافر هذه الخصائص لدى هذا الأخير فإنه سيعبر عنها بطريقة وتلقائية وبأساليب متنوعة سواء كانت هذه الأساليب لفظية أو غير لفظية على أن يكون ذلك بطريقة صادقة وتلقائية وخالية من أي تصنع. (جمعة سيد يوسف، مرجع سابق، ص114)

دور الأخصائي العيادي و صفاته:

وفقاً لكارل روجرز ، يحتاج المعالج الذي يعتمد التقنية المركزة على العميل إلى ثلاث صفات رئيسية:

1-صدق:

يحتاج المعالج إلى مشاركة مشاعره بصدق. من خلال نمذجة هذا السلوك ، يمكن للمعالج أن يساعد في تعليم العميل أيضاً تطوير هذه المهارة المهمة.

2-التقبل غير المشروط:

يجب أن يقبل المعالج العميل على أساس هويته وأن يعرض الدعم والرعاية بغض النظر عما يواجهه العميل أو يواجهه. يعتقد روجرز أن الناس غالباً ما يعانون من مشاكل لأنهم اعتادوا على تلقي الدعم المشروط فقط ؛ القبول الذي يتم تقديمه فقط إذا كان الشخص يتوافق مع توقعات معينة.

فمن خلال خلق مناخ من الاحترام الإيجابي غير المشروط ، يشعر العميل بالقدرة على التعبير عن مشاعره الحقيقية دون خوف من الرفض.

أوضح روجرز: "الاحترام الإيجابي غير المشروط يعني أنه عندما يواجه المعالج موقفاً إيجابياً وقبولاً تجاه أيًا كان العميل في تلك اللحظة ، تكون الحركة العلاجية أو التغيير أكثر احتمالية. وهو ينطوي على رغبة المعالج في أن يكون العميل هو أي شعور يسير في تلك اللحظة - الارتباك ، والاستياء ، والخوف ، والغضب ، والشجاعة ، والحب ، أو الكبرياء ... يكافئ المعالج العميل بالكامل وليس بطريقة مشروطة.

3-التفاهم التعاطفي:

يجب أن يكون المعالج عاكساً ، ويعمل كمرآة لمشاعر وأفكار العميل. الهدف من ذلك هو السماح للعميل باكتساب فهم أوضح لأفكاره الداخلية وتصوراتهِ وعواطفه.

من خلال إظهار هذه الخصائص الثلاث ، يمكن للمعالجين مساعدة العملاء على النمو نفسياً ، وزيادة وعيهم بأنفسهم ، وتغيير سلوكهم عبر التوجيه الذاتي. في هذا النوع من البيئة ، يشعر العميل بالأمان والتحرر من الأحكام. يعتقد روجرز أن هذا النوع من الأجواء

يسمح للعملاء بتطوير رؤية أكثر صحة للعالم ونظرة أقل تشويهاً لأنفسهم. (Kendra

Cherryon; *Client-Centered Therapy*, 2020)

دور المعالج:

يتلخص بما يلي:

- يكون المعالج بجانب حيادي مع العميل لا يتدخل في اختياراته أو فيما يفكر.
- يسمع المعالج للعميل بكل اهتمام ويتدخل في الوقت المناسب.
- خلال استماع المعالج للعميل يتحسس الذات لديه ليحدد المشكلة.

دور العميل:

-في البداية لا يأتي العميل إلى المعالج بمحض إرادته، مع وجود عدم رغبة في التعبير عن الذات.

- يرى العميل المشكلات على أنها تمثل شيئاً خارجاً عنه ولا يوافق على أي مسؤولية شخصية يمكن إظهار المشاعر ولكنها لا تكون محمودة أو مملوكة من جانب العميل.
- يبدأ العميل العلاج عندما يكون لديه اعتراف بالمتناقضات في الخبرة ويكون تميز المشاعر أقل شمولاً.

- يتكون الإحساس بالمسؤولية الذاتية لدى العميل في حدوث المشكلة.

ومن ثم ينطلق تعبير العميل حول مشاعره الراهنة ويكون العميل قريباً من معاشة تامة لمشاعره، وتتكون لدى العميل بعض ردود الفعل الفسيولوجية ذات طبيعة تفككية واسترخائية مثل الدموع والتنفس العميق والاسترخاء العضلي.

-يبدو العميل مستمراً في قوته الدافعية وقد تحدث خارج جلسة العلاج ثم يعبر العميل عنها في الجلسة أنه يعايش مشاعره الجديدة. ويستخدمها كمراجع لمعرفة من يكون وماذا يريد وما هي اتجاهاته الشخصية ويحدث تقبل للمشاعر المتغيرة. (Benony, H., Chahraoui,

شروط المقابلة العيادية غير الموجهة و مبادئها:

1- شروط المقابلة العيادية غير الموجهة:

الإطار النظري: هو مجموعة المعارف التي يكتسبها الأخصائي في الميدان ويتبناها، وعلى إثرها يقوم بتفسير وفهم الظواهر النفسية التي يدرسها. وعلى الرغم من أن المقابلة العيادية تظهر متفتحة على كل المعلومات التي يمكن للمفحوص أن يدلي بها، إلا أن الكثير من المعلومات التي يريد العيادي أن يستفسر حولها تكون متأثرة إلى حد كبير بتوجهه النظري. أي النظرية التي ترشد فهمه وتساعد على فهم الحقائق المرتبطة بالظواهر السلوكية و النفسية تكون في هذه الحالة توجه إنساني.

الإطار الزمني: الفحص النفسي محدد بمدة زمنية معروفة لدى المفحوص والفاحص (باستثناء المقابلة الأولية) تكون على شكل مواعيد. ومدة الموعد معروفة عند كلاهما (باستثناء المقابلات التي يتم فيها تطبيق الاختبارات النفسية)، ذلك أن نوعية وطبيعة الاختبار والطريقة والوقت الذي يستغرقه المفحوص هي العناصر التي تملي على الأخصائي زمن المقابلة.

الإطار المكاني: يتم الفحص النفسي في مكان محدد، وهو مكتب الأخصائي الذي يجب أن يتسم بالهدوء، و الإنارة، والسرية المهنية. يجلس المعالج العميل على كرسي مريح ويجلسان بشكل متقابل ولا يجلس المعالج على مكتبه وتكون بينهما مسافة تسمى بالمسافة الاجتماعية ، ويعرف المعالج العميل على نفسه وعلى عمله المتمثل في تقديم المساعدة له ، ويطمئنه بأن لا يبيح بأسراره الأمر الذي يخلق جوا من الثقة و الألفة بينهما.

الحياد: المختص النفسي لا رجل دين ولا رجل أخلاق، يجب أن يتخلص من إصدار الأحكام تجاه الآخرين. ويجب بالتالي القيام بمقابلة حيادية خالية قدر الإمكان من الأحكام القيمية والأخلاقية. فالعيادي يصمت لكي يترك الآخر يتحدث، ويتكلم لكي يسهل الحديث للآخر. (Chiland, 2002, p.23). ما نقصده بالحياد ليس فقط عدم ترك ما نشعر به يظهر، وإنما أن نكون على وعي به، وألا نكون ضحايا ردود أفعال غير مراقبة.

حدد روجرز ستة شروط مطلوبة للنجاح في العلاج الذي يركز على العميل:

1. العميل والمستشار على اتصال نفسي (علاقة).
 2. العميل منزع عاطفياً ، في حالة من التناقض.
 3. المستشار حقيقي ومدرك لمشاعرهم الخاصة.
 4. لدى المستشار احترام إيجابي غير مشروط للعميل.
 5. يتمتع المستشار بفهم تعاطفي للعميل وإطاره المرجعي الداخلي ويتطلع إلى توصيل هذه التجربة مع العميل.
 6. يدرك العميل أن المستشار لديه احترام إيجابي غير مشروط لهم وفهم للصعوبات التي يواجهونها (العلاج الذي يركز على الشخص ، بدون تاريخ).
- عندما يتم استيفاء هذه الشروط الستة ، هناك إمكانية كبيرة للتغيير الإيجابي.
- طريقة التي يعمل بها العلاج المتمحور حول العميل هي امتداد طبيعي لهذه الشروط: يناقش المعالج والعميل مشاكل العميل الحالية والقضايا ، ويمارس المعالج الاستماع الفعال ويتعاطف مع العميل ، ويقرر العميل بنفسه ما هو الخطأ وماذا يمكن لتصحيحه (McLeod ، 2015).

2- مبادئ المقابلة العيادية غير الموجهة:

الإصغاء النشط: 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".

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).

الدفع الإنساني: ويعني أن يحاول الأخصائي فهم مشكلة العميل باعتباره إنسان يعاني، ومد يد العون له قد الإمكان. (محمود ياسين، 1987، ص. 425-428).

الإصغاء : يصغي المعالج للعميل ويطلب منه التحدث في المشكلة التي جاء من أجلها بكل صراحة ويركز انتباهه لجميع رسائله اللفظية أو غير اللفظية ويلاحظ عدم الانسجام بينهما ولا يقاطع حديثه ويستجيب له بهز رأسه أو غيرها من الوسائل للدلالة على فهمه ويجب أن لا ينشغل بأية عمل أثناء المقابلة لأن ذلك يعطي العميل شعورا بعدم الأهمية ويلاحظ المعالج تعابير الوجه عند العميل لأن الوجه هو مرآة الجسد.

ضع حدودًا واضحة: تعتبر الحدود أمرًا حيويًا لأي علاقة ، لكنها مهمة بشكل خاص للعلاقات العلاجية. يحتاج كل من المعالج والعميل إلى حدود صحية لتجنب أن تصبح العلاقة غير مناسبة أو غير فعالة ، مثل استبعاد موضوعات معينة للمناقشة. هناك أيضًا المزيد من الحدود العملية التي يجب تعيينها ، على سبيل المثال ، كم ستستمر الجلسة.

(Benony, H., Chahraoui, 2006. P187)

تذكر - العميل أعلم: كما ذكرنا سابقًا ، تأسس هذا العلاج على فكرة أن العملاء يعرفون أنفسهم ، وأنهم أفضل مصادر المعرفة والبصيرة حول مشاكلهم والحلول المحتملة. لا تقود العميل أو تخبره بما هو خطأ ، وبدلاً من ذلك دعه يخبرك بما هو الخطأ.

التنفيس : يعطي المعالج للعميل الفرصة لتفريغ بالون التوتر عنده ، والتحدث في مشكلته بكل صراحة الأمر الذي يساعد على تخفيف قلقه وتوتره ويساعده على الاسترخاء.

عكس المشاعر : أسلوب يعكس فيه المعالج مشاعر العميل وبلغته الخاصة ليحصل على اتفاق منه بأنه قد فهم مشاعره وأفكاره كما يريدّها فعلاً.

السؤال: يسأل المعالج العميل أسئلة لا تقتصر أجوبتها على نعم أو لا ، ولكن تحتوي على وصف للمشكلة التي يعاني منها العميل.

طلب التوضيح : إذا لم يفهم المعالج الأفكار التي يتحدث فيها العميل يطلب منه أن يوضحها بأمثلة.

المواجهة الحريصة : يواجه المعالج الأفكار والمشاعر والانفعالات غير النافعة والهدامة عند العميل ولا تأخذ المواجهة شكل هجوم على العميل أو تشتمل على إصدار أحكام قيمة ضده ، بل هي عملية إعطاء تغذية راجعة له بهدف مساعدته على عدم تذويب أفكار ومشاعر غير مناسبة في شخصيته أو في مفهومه عن نفسه الأمر الذي يقوده إلى سوء التكيف.

الصمت : وهو إحدى المهارات التي يجب أن تتوفر في كل من المعالج والعميل على حد سواء ، فصمت المعالج يعطي العميل فرصة لالتقاط أنفاسه وترتيب أفكاره وتنظيمها للإجابة على أسئلته بشكل أفضل أما صمت العميل فيعني إعطاء فرصة للمعالج للتفكير في حلول وبدائل لمشكلة العميل.

تلخيص المشاعر : وهو أسلوب يستخدمه المعالج لتلخيص أفكار ومشاعر العميل بشكل مكثف ومترايط ويقوم المرشد بهذا العمل إذا أحس بان المقابلة قد أصبحت ضحلة.

- لا يفرض المعالج على العميل أية حلول أو بدائل وعلى العكس يتيح له اختيار البدائل و

القرارات التي تناسبه كما أنه لا يوحى له بأية إجابات أو أن يكمل حديثه بعبارات من عنده أو يقدم تفسيرات من خبرته الخاصة.

-**العميل** هو حجر الزاوية في العلاج وفي إحداث تغيير وأن العبء الأكبر يقع عليه في عملية العلاج وليس على المعالج (Chilland C.(2002),p237)

أهداف المقابلة العيادية حسب كارل روجرز
"في سنواتي المهنية المبكرة ، كنت أطرح السؤال التالي: كيف يمكنني علاج هذا الشخص أو علاجه أو تغييره؟ الآن سأصيح السؤال بهذه الطريقة: كيف يمكنني تقديم علاقة قد يستخدمها هذا الشخص لنموه الشخصي؟ " - كارل روجرز

مثل العديد من أشكال العلاج الحالية (مثل العلاج السردي أو العلاج السلوكي المعرفي ، على سبيل المثال) ، تعتمد أهداف العلاج الذي يركز على العميل على العميل. اعتمادًا على من تسأل ، ومن هو المعالج ، ومن هو العميل ، من المحتمل أن تحصل على مجموعة من الإجابات المختلفة - ولا أحد منهم مخطئ!
ومع ذلك ، هناك عدد قليل من الأهداف الشاملة التي تركز عليها العلاجات الإنسانية بشكل عام.

هذه الأهداف العامة هي:

تهئية 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.

• تسهيل نمو الشخصية وتطورها

• القضاء على مشاعر الضيق أو التخفيف من حدتها

• زيادة احترام الذات والانفتاح على التجربة

• تعزيز فهم العميل لنفسه أو نفسها

كما هي ، تغطي هذه الأهداف نطاقاً واسعاً للغاية من الأهداف الفرعية أو الأهداف ، ولكن من الشائع أيضاً أن يتوصل العميل إلى أهدافه الخاصة للعلاج. يفترض العلاج الذي يركز على العميل أن المعالج لا يمكنه تحديد أهداف فعالة للعميل ، بسبب افتقاره إلى المعرفة بالعميل. فقط العميل لديه معرفة كافية عن نفسه لوضع أهداف فعالة ومرغوبة للعلاج.

تشمل الفوائد الأخرى الشائعة ما يلي:

• اتفاق أكبر بين فكرة العميل والذات الفعلية

• فهم ووعي أفضل

• انخفاض الدفاعية وانعدام الأمن والذنب

• ثقة أكبر في النفس

• علاقات صحية

• تحسين في التعبير عن الذات

• تحسين الصحة العقلية بشكل عام (Benony, H., Chahraoui, 2006. P206)

العقبات التي تعيق المقابلة غير الموجهة:

*نقص الإصغاء والانتباه: إن هذا النقص في جانب المعالج لن يساعده على فهم مشاعر

وأفكار العميل والذي سيشعر بعدم القيمة والملل.

*نقص التعاطف: يصر بعض المعالجين على فهم مشاكل العميل كما يريدونها هم وليس

من زاوية ما يريد فهمها العملاء, أي بعدم الرجوع إلى مجالهم الظاهري كما يدركه هؤلاء العملاء. وعلاوة على ذلك يقومون بانتقاد العملاء وقيمونهم على أساس ناجحين أو فاشلين .

*النقص في التقدير الإيجابي: يتمثل هذا النقص في المعالج عندما لا يتقبل العميل ويقوم بعنونه على أساس أنه جيد وسيء ولا يستطيع تحمل وجود جوانب غير مريحة في ذات العميل الأمر الذي يعيق عملية العلاج (Samacher R. (2003),p97).

*عدم قناعة العميل بجدوى العلاج: قد يشعر المعالج بأن العميل لن يستفيد من عملية العلاج وعلى العكس من ذلك تماما أيضا قد يشعر العميل بأنه لن يستفيد منها. إن عدم ثقة الجانبين بالعملية العلاجية و بإحداث تغييرات في سلوكيات العملاء , فإن ذلك سيؤدي قطعا إلى فشل عملية العلاج.

*عدم تقديم الذات: من الأفضل على المعالج أن يكشف ذاته للعميل ليساعد فيبناء علاقة بينهما.

*عدم منح الاحترام: من الأهمية بشعور العميل بالاحترام الايجابي غير المشروط .

نقد المقابلة العيادية غير الموجهة:

أ- مزايا الطريقة:

-ركزت هذه الطريقة على مفهوم الذات الناتج عن الخبرة وهذا التركيز يعتبر إيجابيا لتغيير الأفراد.

-وضعت النظرية شروطا هامة يجب أن تتوفر في المعالج لخلق جو من الثقة بينه وبين العميل.

-إن النظرية أدت إلى تكيف حسن وتحسين قدرة العميل على مواجهة مشكلات الخبرة والحياة اليومية.

-زادت التقدير الايجابي للعميل.

-ممکن استعمال النظرية في جميع أنواع الاضطرابات النفسية.

-إن المعالجة الوجودية بسيطة وليس معقدة، مما أدى إلى نمو المشاعر عند المعالج والعميل.

- ركزت النظرية على ضرورة فهم الإطار المرجعي لدى الفرد (أي فهم سلوك العميل من وجهة نظره هو نفسه وطريقة نظرتة للأشياء وطريقة إدراكه للعالم من حوله وطريقة اتخاذه لقراراته، لأن هناك عالما مختلفا لكل فرد، وهو عالم خاص للفرد أو إطار مرجعي شخصي (Samacher R. (2003),p233)

-تقدم النظرية تغذية راجعة للعملاء.

ب- عيوب هذه الطريقة:

- يرى "سيندر" أن تطبيق هذه النظرية بطيء وأحيانا غير مجدي مع كبري العمر، ومنخفضي الذكاء، ومضطربي الكلام.
- إن النظرية ليست فعالة مع الأشخاص الذين لا يتحملون المسؤولية.
- لا تنفع النظرية في علاج الأطفال لأنهم غير قادرين على الاستبصار.
- يرى "ثورن" أن هذا الاتجاه يؤدي إلى النمطية.
- وكان انتقاد "دولارد" و"ميلر" أنهما اعتبراها "نظرية تعلم" لأنها تتحدث عن النضج النفسي.
- إن النظرية تؤكد بشدة على شروط العلاج وهي الإحالة والاعتبار الايجابي والتعاطف وإذا تغيب احدهما فان التغير للشخصية لن يحدث. (د.حسن منسي، مرجع سابق، 201)
- لا تستخدم هذه النظرية اختبارات كوسيلة لجمع المعلومات.
- أعطت النظرية للفرد فقط الحق في تقرير مصيره وتحقيق أهدافه , ولكنها أغفلت بأنه ليس للفرد أن يحقق سلوكه الخاطئ.
- يهمل روجرز الجوانب اللاشعورية في حياة الفرد.
- نجاح المعالج يعتمد على خصائص ذاتية مثل الاستقرار النفسي وشعوره بالأمن
- يمكن للعميل أن يخدع المعالج, بعدم الكشف عن مشاعره الحقيقية. (Samacher R. (2003),p97)

المحاضرة الرابع العاشر

التقرير السيكولوجي

مقدمة

يجرى التقييم النفسي في الغالب للأغراض السريرية والعلاجية وتشخيص وتحديد مشاكل الفرد للتخطيط لرعايته وعلاجه تنتهي عملية التقييم النفسي السريري بإبلاغ نتائجها من خلال تقرير، لذلك يجب أن يكون هذا التقرير صادقاً وموضوعياً وشفافاً، لأنه ينطوي على معالجة علمية صارمة وسنوضح ذلك من خلال ما سنعرضه فيه هذا العمل حول تعريف التقرير وأهم وظائفه بالإضافة إلى أسلوب كتابته وعرض نموذجاً لذلك.

1- مدخل حول التقرير النفسي:

بعد أن يتوافر الأخصائي النفسي الإكلينيكي معلومات عن مريضه فيمكنه جمعها من خلال ملاحظاته لسلوكه وتساؤلاته و الاختبارات النفسية والسجلات، إذ يبقى على الأخصائي أن يعرض هذه المعلومات في صورة مفيدة للفريق العلاجي أو الأسرة أو المؤسسات الأخرى. و تسمى الطريقة التي يعرض بها الأخصائي هذه المعلومات باسم التقرير النفسي عن الحالة وهي عملية ليست سهلة لأنها تتضمن اختبارات وقرارات من جانب الأخصائي وله المسؤولية عن المعلومات التي سيعرضها أو تلك التي سيتجاهلها، ولهذا يجب أن يبدأ الأخصائي قبل كتابة التقرير بأن ينظم المعلومات قبل أن يصوغ خلاصة أحكامه عن الحالة (نهاد عبد الوهاب، 2017، ص109).

كتابة التقرير هو تنويع لعملية التقييم، لكن الأهم من هذا هو كتابة تقرير فعال ومن أجل الوصول لهذا الأخير يحتاج علماء النفس الإكلينيكي إلى تطوير مجموعة متنوعة من المهارات، بما في ذلك القدرة على التواصل مع الأطفال والمراهقين والراشدين، إدارة الاختبارات النفسية والتعليمية المعيارية بطريقة موحدة وهم بحاجة إلى تكوين قاعدة معرفية سليمة في الممارسات الأخلاقية والمهنية وخصوصية المراحل العملية وعلى دراية بعلم النفس المرضي وإدارة المقابلات العيادية (Judith Wiener,2012,p120).

يجب أن يكون التقرير النفسي الذي يكتبه المختص عن الحالة دقيقا موضوعيا، يقدم صور ديناميكية كاملة عنها، وعلى الباحث أن يتجنب قدر الإمكان المصطلحات المعقدة وغير مفهومة، ويبتعد عن التعميمات السريعة التي لا تقوم على أساس متين، وأن يكون قادرا تفسير حياة الفرد الخاصة وأن يدرك مشاعره و إنفعالاته بحيث يستطيع أن يقيم الفرد والموقف معا بصورة موضوعية (فكري لطيف، 2016، ص34)، قبل التطرق إلى التقرير النفسي سوف نطرح تساؤل مهم وهو: لماذا يكون التقرير النفسي مطلوباً؟

2- طلب التقرير النفسي:

للإجابة على هذا السؤال يجب أن نحدد أهمية الإجابة في التقرير النفسي، إذ تمثل نقطة عميقة في عملية المساعدة، تصبح هذه الإحالة حدثاً محورياً في حياة الشخص الذي يظهر الأعراض وكذلك المرتبطين بالشخص، وهذه الإحالة تكون عادة عند ظهور مشكلة خاصة في سلوك شخص ما، وهذا السلوك و الأعراض التجريبية تتطلب اهتمام بحقيقة أنّ شيئاً مضطرباً حدث وأظهر الصراع أو اضطراب، والمشكلة السلوكية التي يظهرها الفرد هي عادة النقطة التي عندما قد يتم استدعاء الأخصائي النفسي لتوضيح و تحديد السبب المهم للمشكلة.

كالأطفال الذين يظهرون مشكلات خارجا في المدرسة، والمراهقون الذين يظهرون سلوكا انتحاريا أو اكتئابيا أو مشكلات جنسية في الزواج، والذي يعاني من حالة ذعر أو قلق، أو كبير السن الذي يصبح تدريجيا أكثر انسحابا، هذه أمثلة لطرق ظهور المشكلات في السلوك هذه الأعراض أو مشكلات السلوك يجب أن تفهم في نطاق سياق شخصية الفرد، وهذا هو جوهر المهمة للأخصائي النفسي الذي يحصل على إحالة الاختبار والتقرير النفسي هو مساعدة تنظيمية في فهم هذه المشكلات (محمود أحمد، 2019، ص29).

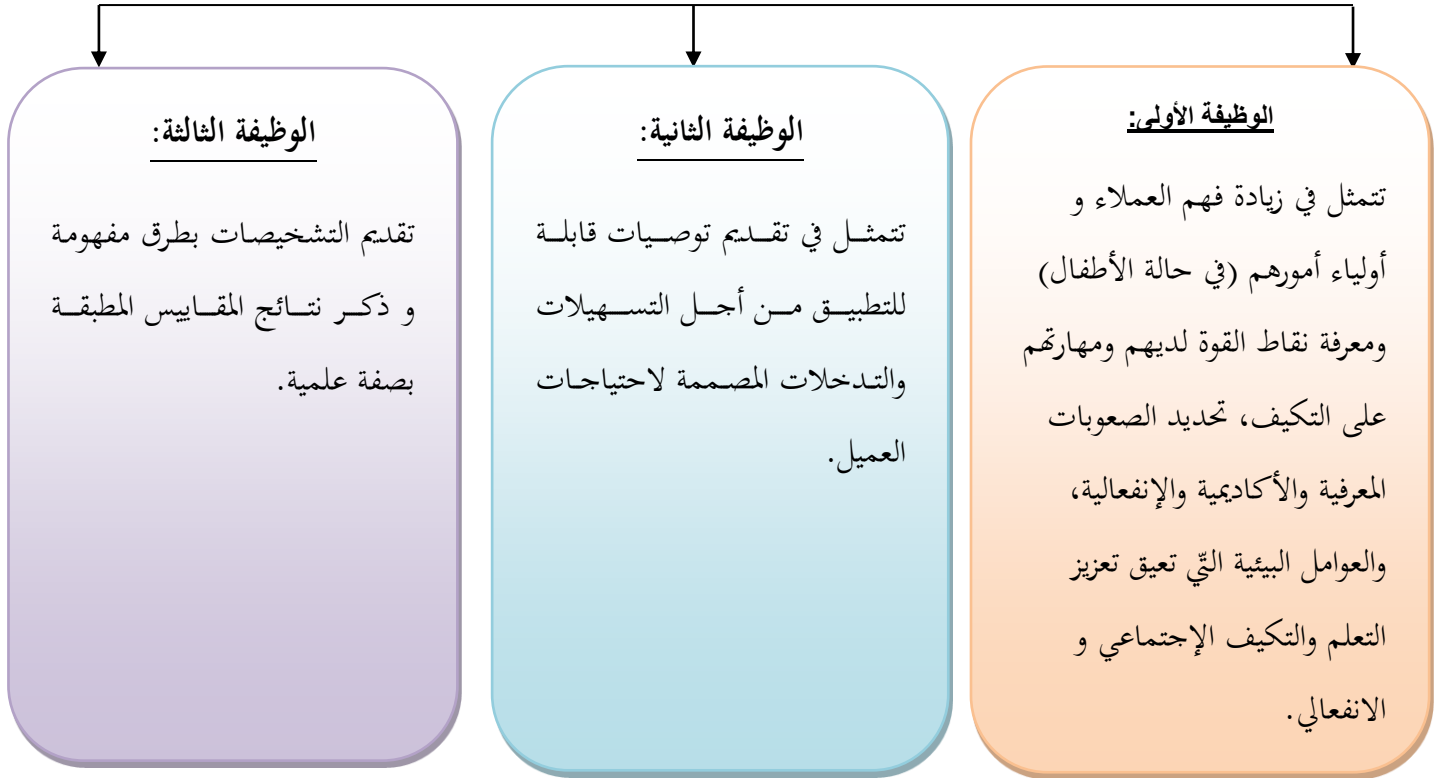
3- تعريف التقرير النفسي

يعد التقرير النفسي الإكلينيكي هو خلاصة كل ما سبق من أبحاث ودراسات لشخصية المريض والعميل، وهذا التقرير يتم صياغته و كتابته وفقا لطبيعة الشخص الذي يوجه إليه التقرير و مدى قدرته على فهم مصطلحاته، وكذلك باختلاف الغرض منه (محمود أحمد، 2019، ص18).

فالتقرير النفسي هو المنتج النهائي لعملية التقييم، على هذا النحو فهو يجمع بين عدد كبير من العوامل وتشمل هذه تفسير سؤال الإحالة واختيار الاختبار، وتصور الحالة، والتوجه النظري، والعمليات المتضمنة في المقابلة، وتفسير درجات الاختبار، ودمج مصادر المعلومات المختلفة، وتحديد الأولويات ما هو أهم تضمينه واختيار أفضل الوسائل لتقديم معلومات (G.Marnat,2006,p73).

4- وظيفة التقرير النفسي

تخدم التقارير النفسية عدة وظائف:



(Judith Wiener,2012,p121).

5- أشكال التقرير النفسي:

يختلف التقرير و محتوياته باختلاف الجهة أو الشخص الذي سوف يوجه إليه ومدى قدرته على فهم ما يشتمله هذا التقرير، لذلك ينبغي أن يراعي الأخصائي عند كتابة التقرير النهائي الجهة التي سوف تطلع عليه و يمكن التمييز بين ثلاثة أشكال من التقارير الإكلينيكية:

5-1 التقارير التي تركز على النظرية: هو الذي يعتمد على نظرية معينة في التشخيص (مثل نظرية التحليل النفسي) وعلى الرغم من أن هذا النوع من التقارير قد يكون مفيداً إذا كان موجهاً لشخص مختص (محلل نفسي مثلاً) فإنها عادة ما تكون بغير قيمة وغير

مفهومة وإذا وجهه لعامة الناس و تضع التقرير في قوالب جامدة تفهم فقط من أصحاب التخصص.

5-2 التقارير التي تركز على نتائج الاختبارات: فهي أكثر التقارير شيوعا إذ أنها تعرض نتائج الاختبارات التي طبقت و تركز على معناها و تفسيرها و عادة ما يدعم الأخصائي آراءه و توصياته بتقديم نماذج من استجابات المريض على الإختبار.

5-3 التقارير التي تركز نحو المشكلة: فهو بلا شك أكثرها فائدة لأنه يجيب بشكل مباشر على مشكلة المريض.

ملاحظة: في الواقع أنه لا يوجد قالب جامد أو عناصر محدّدة يسير الأخصائي وفقا لها عند كتابته للتقرير الإكلينيكي، فالخبرة والممارسة المهنية يجعلان لكل أخصائي أسلوبه الخاص في كتابة هذه التقارير (نهاد عبد الوهاب، 2017، ص 109-110).

6- أهم النقاط التي يجب أن يتضمنها التقرير النفسي:

6-1 المعلومات التشخيصية:

يرى فانريكان (1981) أنه لا يجب التقليل من شأن المعلومات الضرورية التي توضع في مقدمة التقرير ولهذا يجب أن تتضمن هذه الفكرة معلومات عن:

- تاريخ كتابة التقرير.
- إسم المريض.
- سن وتاريخ ميلاد المريض.
- الحالة الإجتماعية.
- الوضع المهني/ المستوى التعليمي.
- مكان الفحص النفسي (عبد الستار وآخرون، 2008، ص 209).

6-2 الأشياء التي يطلب مصدر الإحالة الإجابة عنها:

يكتب التقرير عادة بهدف الإجابة على المشكلات الإكلينيكية يطلب الآخرون من الأخصائي الإجابة عنها، سواء كان هؤلاء أعضاء في الفريق العلاجي، أو قاضي المحكمة، أو مدير المدرسة، أو هيئة تعليمية، لهذا يجب أن تتضمن الفقرة الأولى من التقرير السؤال الرئيسي أو المشكلة التي يريد مصدر الإحالة الإجابة عنها

وفيما يلي نماذج لكيفية صياغة هذه الفقرة:

أحيل المريض من قبل الطبيب النفسي لتحديد الصعوبات الانفعالية و الفكرية ومصادرها لديه.

يهدف التقرير لتقدير المصادر الرئيسية المساهمة في مشكلات المريض.

يهدف التقرير لتحديد أنجح الأساليب العلاجية التي تصلح مع هذا المريض و في الوقت الحالي.

أحيل المريض لتطبيق بطارية من الإختبارات العقلية بهدف البحث العلمي.

3-6 البيانات الإكلينيكي الخاصة بشكوى المريض و تاريخه المرضي:

يتضمن هذا الجزء بيانات تفصيلية عن شكوى المريض الحالية من حيث بدايتها ومدتها والظروف المصاحبة لها، بالإضافة إلى المعلومات الخاصة بتاريخه المرضي وكيف إستجابة المريض للعلاجات السابقة.

📌 وبختصار يتضمن هذا الجزء أهم النقاط التالية:



4- التاريخ الأسري

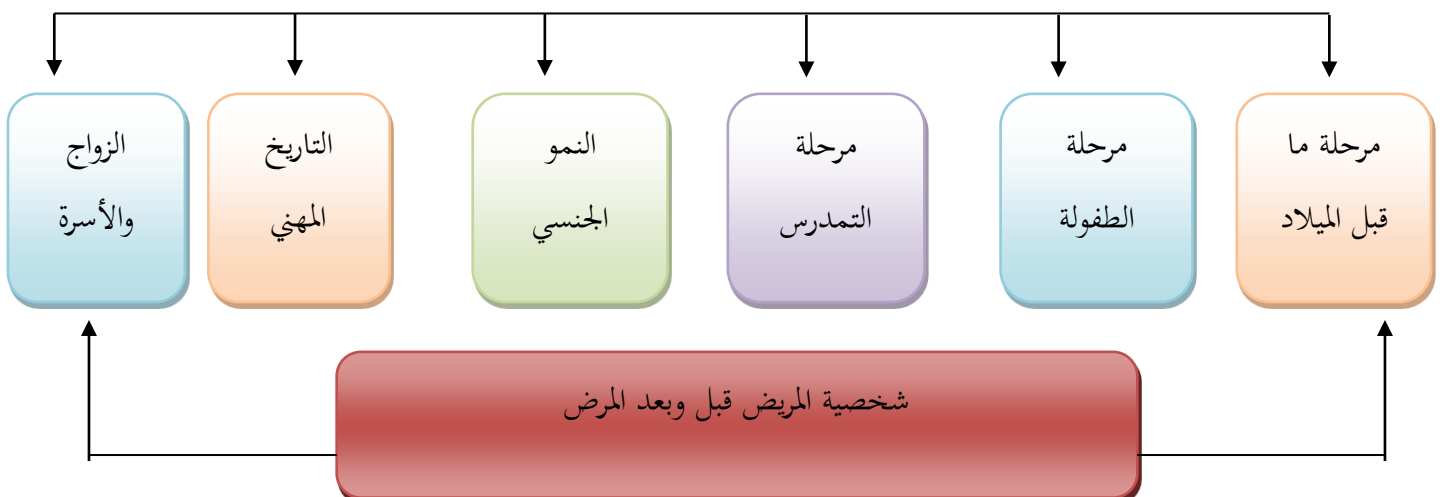
يتضمن هذا الجانب بعض البيانات الخاصة بحياة المريض وظروفه الأسرية وعلاقته بأفراد أسرته قبل المرض وحالياً، وتفيد هذه المعلومات في العديد من النواحي.

المتمثلة في:



البيانات التفصيلية عن المريض.

المتمثلة في:

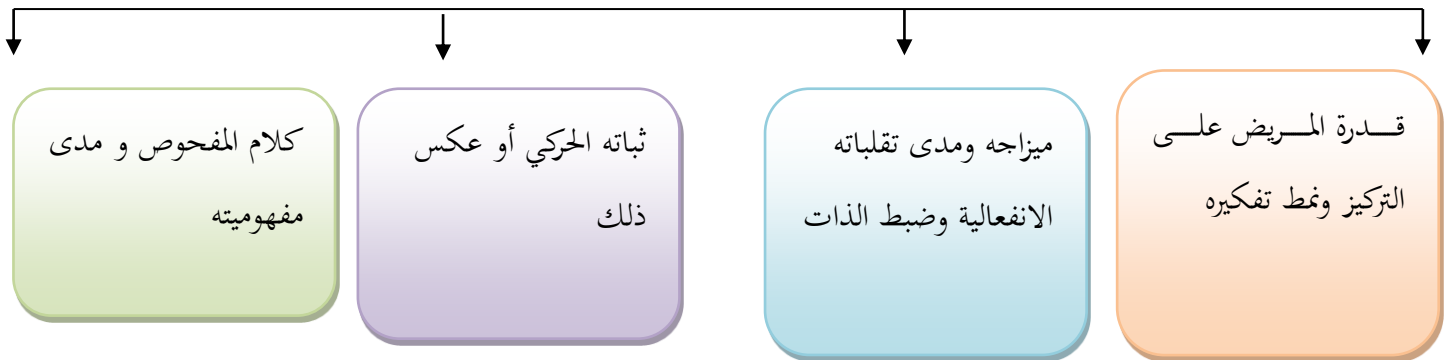


(نهاد عبد الوهاب، 2017، ص 114-115).

6-6 الملاحظات السلوكية:

يوضع في هذا الجزء كل الظواهر والملاحظات خاصة بسلوك المريض كما استطاع الأخصائي النفسي أن يراقبها خلال المقابلات الشخصية وتطبيق الاختبارات ومن المهم أن يسجلها الأخصائي في التقرير.

المتمثلة في:



ملاحظة: لا يجب على المفحوص حشو هذا الجانب بل يجب أن يكون فطن في أن يعرف كيف يحدد السلوك غير الطبيعي لأن هذه الجوانب غير المتوقعة حدوثها هي التي تكون شديدة الدلالة في فهم نتائج الاختبارات.

7-6 الاختبارات المطبقة:

في هذا الجانب يمكن وضع قائمة بالاختبارات التي طبقت على المريض أو غيرها من وسائل جمع المعلومات كالمقابلة الشخصية أو الرجوع إلى السجلات، وهناك خطر يجب التحذير منه عند الاعتماد على الاختبارات كمحك رئيسي للحكم على اضطرابات المريض وتشخيصه الفارق وهناك خطر في استخدام أداة في غير موضعها (عبد الستار وآخرون، 2008، ص 212).

إذ أنّ هناك جدل كبير حول ما إذا كان سيتم تضمين درجات الاختبار في التقارير النفسية أم لا ، لاحظ أولئك الذين يؤيدون تضمين بيانات الاختبار أنه من المفيد لعلماء النفس الآخرين الذين يقرؤون التقرير الوصول إلى هذه الدرجات. قد يكون لعلماء النفس طرق مختلفة لتفسير درجات الاختبار والسماح للمهنيين الآخرين بالوصول إلى درجات الاختبار ، مما يتيح لكل منهم الفرصة لفهم العميل بشكل أفضل من حيث تفسيره للنتائج. ستشير الدرجات الفعلية إلى المعلومات الداعمة وغير الداعمة المتعلقة بالاستنتاجات الواردة في التقرير (G.Marnat,2006,p76) .

6-8 الخلاصة والتوصيات:

في هذا الجزء الأخير من التقرير يلخص الأخصائي النقاط الرئيسية من التقرير وبجمل توصياته، وفي هذا الجزء تكفي عبارات قليلة و مكثفة تعكس بسرعة المعلومات الضرورية و الجوانب الأساسية في الحال، أمّا التشخيص فيمكن أن يكون في شكل التشخيصات الطبية الشائعة ومستندا إلى التصنيفات العالمية، التأكد من تطابق التشخيص الذي توصل إليه مع محكات تشخيص الاضطرابات النفسية، ويجب أن تكون التوصيات متخصصة وتساعد في إرشاد الآخرين على التعامل الجيد مع الحالة (نهاد عبد الوهاب،2017، ص116).

7- أهداف كتابة التقرير النفسي:

- إن أول أهداف التقرير النفسي تتمثل في الإجابة عن أسئلة المصدر (الجهة) الذي أحال لنا المريض أو العميل أو الحالة ، وقد يكون المصدر هو المريض نفسه، وقد يكون الطبيب النفسي، أو أي جهة أخرى من مصدر التحويل.

- أمّا الهدف الثاني فهو يتمثل في إمداد متلقي التقرير بمعلومات علمية دقيقة تساعد وتعينه على فهم الحالة، وكيفية التعامل معه على النحو الأمثل، ووضع الخطط العلاجية بناء على هذه المعلومات.

- ويتمثل الهدف الثالث من كتابة التقرير النفسي في أنه يوفر لنا سجلا مكتوبا و الذي يعد في حد ذاته مجموعة من الوثائق النفسية والتوصيات و الأحكام العيادية وطرق متابعة الحالة.

8- الأوصاف العامة لكتابة التقرير النفسي:

1- يجب أن يتضمن التقرير النفسي كل المعلومات المتصلة بالمريض فقط مع استبعاد المعلومات التي ليس لها قيمة أو أهمية قد تتسبب في إحداث الضرر للمريض.

2- تجنب التعميمات أو الإكليشهات المفرطة.

3- من أفضل استخدام المؤشرات السلوكية (مقاييس الحدة والشدة والتكرار والمعدل والمستوى التي تبين حدة المشكلة التي يعاني منها المريض وما ينجم عن هذه المعاناة من سوء توافق في الحياة الإجتماعية و المهنية) لترفع معدلات ثبات معلومات التقرير.(محمود أحمد، 2019، ص18).

المراجع

محمد احمد شلبي ومحمد إبراهيم الدسوقي و زيدي السيد إبراهيم .(2016).تشخيص الامراض النفسية للراشد مستمدة من DSM4&DSM5.المكتبة الانجلو المصرية

محمد احمد شلبي ومحمد إبراهيم الدسوقي و زيدي السيد إبراهيم .(2016).تشخيص الامراض النفسية للأطفال مستمدة من DSM4&DSM5.المكتبة الانجلو المصرية

سامر جميل رضوان . (2014).التشخيص النفسي.منشورات جامعة دمشق، كلية التربية.

ممارسة العلاج النفسي الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي تأليف wolfgang Senf &michael Broda ترجمة سامر جميل رضوان.دار الكتاب الجامعي .الطبعة الاولى (2003).

التشخيص النفسي الاكلينيكي(1) الأسس العامة والتوجيهات النظرية . B ,Rochler ;F ,Caspar ;P,F,Schlottke ترجمة سامر جميل رضوان.دار الكتاب الجامعي .الطبعة الاولى (2016).

التشخيص النفسي الاكلينيكي(2) الأسس العامة والتوجيهات النظرية . B ,Rochler ;F ,Caspar ;P,F,Schlottke ترجمة سامر جميل رضوان.دار الكتاب الجامعي .الطبعة الاولى (2016).

التشخيص النفسي الاكلينيكي(3) الأسس العامة والتوجيهات النظرية . B ,Rochler ;F ,Caspar ;P,F,Schlottke ترجمة سامر جميل رضوان.دار الكتاب الجامعي .الطبعة الاولى (2016)

عبد الله يوسف أبو زعيزع .(2013)الاتجاهات النظرية في الارشاد و العلاج النفسي ،

- مدخل سلوكي معرفي ظاهراتي .زمزم ناشرون و موزعون .الأردن عمان .الطبعة الأولى
- احمد عبد اللطيف ابو اسعد .(2015)المقابلة في الارشاد النفسي .دار المسيرة عمان .
- حسين فايد .(2001). العلاج النفسي اصوله -تطبيقاته- اخلاقياته الطبعة الأولى
دارالنشر مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع القاهرة الفصل (4) القضايا الأخلاقية و القانونية في
العلاج النفسي .
- فكري لطيف متولي، (2016)، دراسة الحالة في علم النفس، الطبعة الأولى، مكتبة الرشد
ناشرون، السعودية.
- عبد الستار إبراهيم. عبد الله عسكر، (2008)، علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب
النفسي، الطبعة الرابعة، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- نهاد عبد الوهاب محمود، (2017)، علم النفس الإكلينيكي بين النظرية والتطبيق، أطفالنا
للنشر و التوزيع، الجزائر.
- محمود أحمد محمود خطاب، (2019)، التشخيص الإكلينيكي دليل الاختبار النفسي
التشخيصي، المكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- بوثلجة مختار، 2017، العلاج النفسي، مطبوعة جامعية للسنة الثالثة علم النفس العيادي،
جامعة محمد لمين دباغين _ سطيف 02
- علاء الدين كفاي، 2008، علم النفس الأسري، المملكة الأردنية الهاشمية _عمان_، دار
الفكر، الطبعة الأولى.
- جمعة سيد يوسف (2001) . النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية . القاهرة :
دار غريب

د.حسن منسي و ايمان منسي، التوجيه والارشاد النفسي ونظرياته، ط1، دار الكندي،
2004

مفتاح محمد عبد العزيز، علم النفس العلاجي، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة،
2001

المراجع باللغة الأجنبية

Judith Wiener. (2012), Teaching Psychological Report Writing Content And Process, Canadian Journal Of School Psychology.27 (2).

Anciens Conbattants Canada, (2009), Ligne Directrios Pour La Redaction Dun Rapport Devaluation Psycholigique, Vetrans Affaire Canada, Vac 74.

Gary Groth Marnd. (2006). The Psychological Report. Arivew Of Conseling 7 Services. New York- Intersience

C,Chiland.(1983).L'entretien clinique.puf.

Lagache.(1993).L'unité de la psychologie.4 eme edition.puf.

A, Lazarus.(1973).Mutimodal behavior therapy :treating the basic ID.journal of siervous and mental Disease.156(6).pp401-411.

-Laplanche(J)et pontatis(J B) ; vocabulaire de la psychanleque ; paris ; p.v.f.1973.

Alain de mijola, le souvenir ; un mensonge qui dit toujours la vérité ; in renne française de psychanalyse ; paris, p.v.f ; juillet .aout 1979.

Florence le cann, Isablle Verriest, la thérapie familiale systémique La Maison bleue. (Article).

Michel Maestr. 2011. De la psychothérapie familiale à l'entretien familial systémique. De la demande intrafamiliale à la demande d'un tiers professionnel, Cairn.INFO. (Article).

Thérapies familiales systémiques, psy Com, 11, rue Cabanis, paris cedex 14. (Article).

Lydia Fernandez. L'approche systémique. Psy 140 CM.

Benony, H., Chahraoui, (1999), *L'entretien clinique*, Paris, Dunod.2006

Chilland C.(2002), l'entretien clinique, Puf, Paris.

Samacher R. (2003), psychologie clinique et psychopathologie, baume-les-dames, France.

