



جمعية البر في الأحساء

مركز التنمية الأسرية

دبلوم الإرشاد الأسري

المعتمد بمركز التدريب وخدمة

المجتمع بكلية المعلمين

بجامعة الملك فيصل

حقيبة تدريبية أكاديمية

دراسة الحالة

إعداد وتأليف

أ.د. خالد عبد الرازق النجار

أستاذ علم النفس

تصميم وبناء وتحكيم الحقيبة

فؤاد بن عبد الرحمن الجفيمان

رئيس قسم التدريب بالمركز

عبد المحسن بن عبد العزيز المجهم

مستشار تدريب بشركة خبراء التربية

١٤٢٩هـ - ٢٠٠٨م

بسم الله الرحمن الرحيم

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم بقلم مدير المركز/د. خالد بن سعود الحليبي

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على خيرة الهداة، وآله وصحبه أجمعين أما بعد

فقد كان حلما يراود المختصين في العمل الأسري في المملكة العربية السعودية، أن يجد الراغبون في الإسهام في الإرشاد الأسري من أهل الخير من أصحاب التخصصات المختلفة فرصة تأهيل أكاديمية عليا؛ ليكونوا قادرين على القيام بتقديم الاستشارات التربوية والأسرية؛ على أساس علمي مهني.

فانطلق هذا الدبلوم من مركز التنمية الأسرية بالأحساء؛ معتمدا من مركز التدريب وخدمة المجتمع في كلية المعلمين التابعة لجامعة الملك فيصل بالأحساء؛ ليلبي جزءا من هذه الحاجة الماسة جدا.

وقد نجح البرنامج نجاحا منقطع النظير في أول تجربة له عام ١٤٢٨هـ (٢٠٠٧م) في الأحساء، فانطلق في السنة التالية مباشرة لينفذ في عشر مناطق أو أكثر، متأملا أن يرحل في كل عام إلى مناطق جديدة؛ لتتبع منظومة تأسيس الإرشاد الأسري على أيدي أكاديميين مختصين، في كل منطقة ومحافظه بإذن الله، بل ليستمر تخريج الدفعات من الجنسين؛ عشرات ومئات وآلاف، فالاحتياج أكبر من أن يقوم بتغطيته عدد قليل من المختصين من حملة الدكتوراه والماجستير في هذا الاختصاص الحيوي المهم.

أملني أن تكون هذه السلسلة من الإصدارات العلمية التدريبية إسهاما في بناء متكامل لمناهج تجمع بين العلمية والتدريب والمهنية، وقد بذلت فيها جهود وأموال ضخمة؛ فترجو ممن يطلع عليها من أهل الاختصاص أن يجودوا علينا بملاحظاتهم ونصحهم ليطمئنوا باستمرار. وهنا أشكر لكلية المعلمين وقفتهم التاريخية مع المركز؛ لنشر هذا العلم والتدريب عليه، وللمؤسسة العامة للتدريب التقني والمهني تفضلها بفسح البرامج لإقامتها في كل أنحاء المملكة التي طلبها المركز، ولكل من تعاون مع المركز في إنجازها، ولإخواني في المركز الذين يبذلون كل جهدهم لإنجاح هذا المشروع الرائد، الذي يعد الأول من نوعه في بلادنا. والشكر لله أولا وأخيرا، وصلى الله على نبينا محمد وآله.

الفهرس

٤	الفهرس
٥	مقدمة
٦	دليل البرنامج
٧	تعليمات الحقيبة
٨	المنهاج
٩	مدخل (علم النفس الاكلينيكي)
١٠	الوحدة الأولى (دراسة الحلة وتاريخها)
١٣	الوحدة الثانية (دراسة الحلة والمنهج الاكلينيكي)
١٧	الوحدة الثالثة (مسلمات علم النفس الاكلينيكي)
٢٢	الوحدة الرابعة (إصدار الأحكام الاكلينيكية)
٢٦	الوحدة الخامسة (التشخيص)
٣٣	الوحدة السادسة (العوامل المفسرة السيكولوجية للشخصية)
٥٠	الوحدة السابعة (المقابلة : تعريف ، أهداف)
٥٦	الوحدة الثامنة (المقابلة : شروط ، أنواع)
٦٣	الوحدة التاسعة (دراسة الحالة)
٦٥	الملاحق
٩١	المراجع

مقدمة

طريقة دراسة الحالة هي الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي، وهي أساساً استطلاعية في منهجها ، كما أنها تركز على الفرد ، وتهدف إلى التوصل إلى الفروض ، ودراسة الحالة هي الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد ، عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي ، والفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية ، وفي الموقف الإكلينيكي تتشابك المتغيرات والعلاقات إلى الحد الذي يجعل المعالجة التجريبية ، أمراً صعباً في غالب الأحوال ، ولذلك فإن دراسة الحالة التي تدور أساساً حول الكائن الإنساني في تفرد ، تكون الطريقة المفضلة لدى الإكلينيكي .

وبالرغم من أن طريقة دراسة الحالة تستخدم اليوم في ميادين متعددة ومتنوعة مثل دراسة النمو في علم النفس الارتقائي ، ودراسة التغير الاجتماعي ودراسات الجريمة والانتحار والابتكارية والاستجابات للكوارث ، والمواقف غير المألوفة ، إلا أن الاهتمام الرئيسي للأخصائي النفسي الإكلينيكي ينصب أساساً على استخدام الطريقة في فهم السببية (الأتولوجية) في المرض النفسي والعقلي .

أخوكم

د. خالد عبدالرزاق النجار

دليل البرنامج

اسم المادة : دراسة الحالة

الهدف العام :

تهدف الحقيبة إلى تنمية معارف ومهارات الدارسين بدبلوم الإرشاد الأسري في التعرف على مفهوم دراسة الحالة وممارسة أساليبها بطرق علمية منهجية تساعد المسترشدين .

الأهداف التفصيلية :

١. يتعرف على تاريخ و أصول دراسة الحالة.
٢. يفرق بين النظرة الفردية والنظرة الجماعية لدراسة الحالة.
٣. يعرف المنهج الإكلينيكي ويقارن بينه وبين المنهج التجريبي.
٤. يعدد المسلمات التي يقوم عليها علم النفس الإكلينيكي.
٥. يحدد المشكلات المنهجية في علم النفس الإكلينيكي.
٦. يتعرف على الطرق المستخدمة في إصدار الأحكام الإكلينيكية، والمراحل التي تمر بها .
٧. يتعرف على المقصود بالتشخيص التصنيفي، ويعدد الأهداف العامة للتشخيص.
٨. يحدد بعض العوامل السيكولوجية المفسرة للشخصية ولدراسة الحالة.
٩. يتعرف على المقابلة وأهدافها وأنواعها.
١٠. يكتب تقريراً عن حالة .

أساليب ووسائل التقويم في الحقيبة :

أعمال وأنشطة المادة	٦٠ درجة	الاختبار النهائي	٤٠ درجة	المجموع	١٠٠ درجة
---------------------	---------	------------------	---------	---------	----------

١- الحضور والمشاركة .

٢- المشاركة والتفاعل في الأنشطة أثناء تنفيذ الجلسات .

٣- أوراق العمل والواجبات والبحوث .

٤- الاختبار النهائي .

ملاحظة : تقسيم درجات أعمال وأنشطة المادة يرجع لأستاذ المادة ، ويقترح تخصيص سجل متابعة للمتدربين .

تعليمات للمتدرب

أخي المتدرب الكريم :

وفقك الله

- انطلاقاً من الرؤية الواضحة والتي تدركها تماماً لدورك في تحقيق النجاح لأي برنامج تدريبي تأمل معي أخي الفاضل في الأسطر التالية بعضاً من الاعتبارات التي نذكرك بها قبل البدء في هذا البرنامج :
- كن متفائلاً وابدأ أعمالك دوماً بطلب العون من الله وتوفيقه .
 - تأكد من وجود مذكرة المتدرب معك في كل المحاضرات .
 - ليكن هدفك الاستفادة والإفادة ولا تجعل مشاركتك تقتصر على التلقي فقط .
 - التزم بالوقت المخصص للأنشطة، وتذكر دائماً دورك المهم في الأنشطة وأنه لا أحد ينوب عنك فيها؛ فباشرها بنفسك لتحقيق أهداف التدريب لديك ولتتمتلك مزيداً من المهارات الفكرية والعملية .
 - احرص على الاستجابة السريعة للتعليمات عند تشكيل المجموعات وتوزيع الأنشطة لتسهم في استثمار وقت النشاط التدريبي بما يحقق أهداف الجلسة التدريبية .
 - شارك مجموعتك في الحوار والنقاش بذهن منفتح يبحث عن الحقيقة ويتقبل الرأي الآخر ويتفحصه ويضيف إليه من خبرته، مراعيًا الحيادية عند استقبالك للأفكار فلا تتعجل في القبول أو الرفض، وتمهل حتى نهاية النقاش (الأفكار الجديدة كالوليد فلننتظر عليها ونرى ماذا تصبح)
 - تجنب الأسئلة أو المناقشات أو الأفكار التي لا تخدم موضوع النقاش ، واحترم كل وجهات النظر حتى ولو كنت لا تقبل بها، وإياك والنقد الغير بناء ، وحذار من الجدل العقيم فهو سارق للوقت عديم النفع
 - تذكر أن الأفكار المطروحة ملك للجميع، فلا تنعصب لفكرة معينة ولا تنبري للدفاع أو المعارضة لأي منها، قبل أن تتجلى لك حقيقتها.
 - احذر وتجنب عناصر التشويش ومضيعات الوقت في البرنامج كالجوال و المحادثات الجانبية .
 - أفصح عن حاجاتك التدريبية للمدرب ولزملائك المتدربين وتبادل معهم أدوار المدربين والمتدربين .
 - فكر في مبدأ يحتاج إليه كل من يطمح لتطوير ذاته إلى درجات الإتقان والإبداع، وهو : إني لا أملك كل المعرفة والعلم وأحتاج دائماً للتعلم .

المنهاج

١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - نظرة تاريخية على أصول دراسة الحالة - بين دراسة الحالة وتاريخ الحالة - الفرق بين النظرة الفردية والنظرة الجماعية 	الوحدة (١)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - تعريف دراسة الحالة و المنهج الإكلينيكي و العلاقة بينهما - مقارنة بين المنهج الإكلينيكي و المنهج التجريبي 	الوحدة (٢)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - مسلمات علم النفس الإكلينيكي - المشكلات المنهجية في علم النفس الإكلينيكي - الاعتبارات المنهجية التي يجب مراعاتها في علم النفس الإكلينيكي 	الوحدة (٣)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - الصعوبات المتضمنة في عملية التشخيص - طرق إصدار الأحكام الإكلينيكية - مراحل الأحكام الإكلينيكية 	الوحدة (٤)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - التشخيص وأهدافه العامة - التشخيص التصنيفي - التشخيص الدينامي 	الوحدة (٥)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - العوامل السيكولوجية المفسرة للشخصية 	الوحدة (٦)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - المقابلة (تعريف ، أهداف) 	الوحدة (٧)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - المقابلة (شروط ، أنواع) 	الوحدة (٨)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - نموذج دراسة الحالة 	الوحدة (٩)
١٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - عرض تقارير دراسة الحالة 	الوحدة (١٠)

مدخل

أخذ علم النفس الإكلينيكي مصطلح "دراسة الحالة" عن الطب النفسي والعقلي، وعم استخدام المصطلح بالرغم من اعتراض بعض الإكلينيكين على استخدام كلمة "الحالة" في الإشارة إلى كائن إنساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي، ويعني مصطلح "تاريخ الحالة" Case history أصلاً تاريخ المرض الحالي أو الأمراض التي تشكل التاريخ الطبي للمريض، ويتحدث الباحثون في العلوم الإنسانية عادة عن "تاريخ الحياة" Life History، ويطلقون على البيانات التي يستخلص منها هذا التاريخ مصطلح "الوثائق الشخصية" Personal Documents، وبدخول الأخصائي النفسي إلى العيادة اتسع مصطلح "تاريخ الحالة"، فأصبح يسمى التاريخ الطبي والتاريخ الاجتماعي للشخص، مدعماً بالوثائق الشخصية وبيانات الاختبارات السيكلوجية ونتائج المقابلات، وأصبحت الحالة العيادية موضوع دراسة اجتماعات فريق العيادة، وهكذا فإن مصطلح "دراسة الحالة" يستخدم للإشارة إلى عملية جمع البيانات وإلى البيانات نفسها وإلى استخدامها إكلينيكياً، إلا أن (هيدا بولجار) تفضل استخدام مصطلح "تاريخ الحالة" للإشارة إلى البيانات الخام و"طريقة دراسة الحالة" للإشارة إلى الاستخدام العلمي لتاريخ الحالة. وتشكل الوثائق الشخصية وبروتوكولات الاختبارات والسجلات الطبية وسجلات المقابلات التشخيصية والعلاجية "تاريخ الحالة" إلا أنها لا تمثل طريقة دراسة الحالة بوصفها طريقة للبحث.

وبالرغم من أن طريقة دراسة الحالة تستخدم اليوم في ميادين متعددة ومتنوعة؛ مثل دراسة النمو في علم النفس الارتقائي، ودراسة التغير الاجتماعي، ودراسات الجريمة، والانتحار والابتكارية والاستجابات للكوارث، والمواقف غير المألوفة، إلا أن الاهتمام الرئيسي للأخصائي النفسي الإكلينيكي ينصب أساساً على استخدام الطريقة في فهم السببية (الأيولوجية) في المرض النفسي والعقلي، وقد برز أخيراً اتجاه جديد يجمع بين طريقة دراسة الحالة والمنهج التجريبي، كما فعل باير في دراسة الأتيولوجية الجنسية المثلية، وكما فعل جاكسون في دراسة أيولوجية الفصام، كذلك استخدمت الطريقة في دراسة التفاعل المتبادل في عملية العلاج النفسي، و"الحالة" هنا ليست هي المريض، ولكن عملية التفاعل المتبادل بين شخصين.

النشاط (١ / ٢)

تاريخ الحالة هو قصة شخص واحد ، قد نصل منها إلى انطباعات أو فروض أو نقط بداية لمواصلة البحث ، ولكن يصعب التعميم منها أو التحقق من صدقها تجريبياً ، وحول هذه القضية يدور الصراع بين وجهتي النظر: الفردية الأيديوجرافية Ideographic ، والجمعية أو العامة Homothetic ، ويدافع آلبرت عن شرعية دراسة الحالة الفردية بوصفها أداة للبحث العلمي ، فينادي أن كل حياة مفردة تستحق في حد ذاتها أن تكون موضوعاً للدراسة ، وأن الإنسان الفرد هو أكثر من ممثل لأي جماعة أو طبقة ، وأنه أكثر من مجرد نقطة التقاء متغيرات مجردة ، ولذلك يتعين دراسته بوصفه كلاً ، وقد ابتكرت طرق إحصائية تيسر المعالجة الكمية للعلاقات المتشابكة بين عدد من المتغيرات في الشخص الواحد ، وبذلك ييسر إجراء البحوث دونما حاجة إلى مواجهة الصعوبات الضخمة التي تعترض الباحث في محاولته تحقيق التكافؤ بين أفراد عديدين .

وفي الجانب المقابل ، تنادي وجهة النظر الجمعية بضرورة التعميم إلى أعداد كبيرة من الأفراد ، واصطناع إحصائيات الأعداد الكبيرة بقصد التحقق التجريبي من صدق كل كشف ، سواء كان هذا الكشف فرضاً أو انطباعاً ، ويميل الإكلينيكيون - تقليدياً - إلى الثقة في انطباعاتهم وإلى اعتبارها كشوفاً ، حتى في حالة عدم توفر البرهان التجريبي ، وذلك استناداً إلى أن الملاحظة الدقيقة غير المتحيزة لعدد كبير من الحالات لا تقل في قيمتها ، إن لم تتفوق على الطريقة التجريبية ، وقد توصل فرويد إلى كشف النظرية ، وإلى أساليبه الجديدة ، مثل تحليل الأحلام، والطرح والمضاد ، وأنواع الكبت، وأنهميار الكبت، وعودة المكبوت، عن طريق الملاحظة بعيون مفتوحة ومواصلة الاختبار الأمبريقي، سعياً وراء التحقق من صدق شرحه للأحداث ونظريته في السلوك الإنساني بعامه.

عزيزي المتدرب :

بعد قراءة النص السابق ومناقشته ، قارن وباختصار بين النظرة الفردية والنظرة

الجماعية لدراسة الحالة.



.....

.....

.....

.....

.....

جدول المقارنة بين النظرة الفردية و النظرة الجماعية

١/٢

جدول المقارنة بين النظرة الفردية و النظرة الجماعية

النظرة الجماعية أو العامة Homothetic	النظرة الفردية الأيديوجرافية Ideographic
<p>التعميم إلى أعداد كبيرة من الأفراد ضرورة واصطناع إحصائيات الأعداد الكبيرة بقصد التحقق التجريبي من صدق كل كشف الملاحظة الدقيقة غير المتحيزة لعدد كبير من الحالات لا تقل في قيمتها ، إن لم تتفوق على الطريقة التجريبية</p>	<p>دراسة الحالة الفردية أداة للبحث العلمي كل حياة مفردة تستحق في حد ذاتها أن تكون موضوعاً للدراسة الإنسان الفرد هو أكثر من ممثل لأي جماعة أو طبقة</p>

الوحدة الثانية

محكات المنهجية العلمية لدراسة الحالة

مدخل

يدعو دولارد إلى الأخذ بدراسة الحالة بوصفها منهجاً علمياً ، وذلك في ضوء سبعة محكات هي:

- ١ - النظر إلى الفرد بوصفه عينة في حضارة معينة
 - ٢ - فهم دوافع الشخص في ضوء مطالب المجتمع
 - ٣ - تقدير الدور الهام للعائلة في نقل هذه الحضارة
 - ٤ - إظهار الطرق التي تتطور بها الخصائص البيولوجية للفرد إلى سلوك اجتماعي والتفاعل مع الضغوط الاجتماعية
 - ٥ - النظر إلى سلوك الراشد في ضوء استمرار الخبرة من الطفولة إلى الرشد
 - ٦ - النظر إلى الموقف الاجتماعي المباشر بوصفه عاملاً في السلوك الحاضر وتحديد أثره على وجه الخصوص
 - ٧ - وأخيراً إدراك تاريخ الحياة من جانب الإكلينيكي ، بوصفه تنظيمًا مضاداً لسلسلة من الحقائق غير المرتبطة
- ومن المؤكد أن الحاجة ماسة اليوم لمواصلة البحث بقصد التوصل إلى معايير تزيد من ثبات دراسة الحالة وتوحيد تناول معلوماتها.

ولقد أوضح إيركسون أن عملية التطبيع الاجتماعي تمر بثماني مراحل، وهذه المراحل افتراضية توصل إليها من خلال خبرته الطويلة في العلاج النفسي، وتعتبر كل مرحلة من هذه المراحل الثمانية أزمة نفسية تتطلب الحل قبل أن يتمكن الفرد من الانتقال إلى المرحلة التالية بسلام. وفيما يلي عرض لمراحل النمو النفسي:

النشاط (٢ / ١)

عزيزي المتدرب :



من خلال ما عرفته، وبالتعاون مع زملائك في المجموعة اكتب تعريفاً للمنهج الإكلينيكي ودراسة الحالة، وبين العلاقة بينهما؟

المنهج الإكلينيكي :

.....

.....

.....

.....

دراسة الحالة :

.....

العلاقة بينهما :

.....

المنهج الإكلينيكي ودراسة الحالة والعلاقة بينهما

٢/١

تعريف المنهج الإكلينيكي:



المنهج الإكلينيكي هو المنهج العيادي . حيث أن Clinic تعني عيادة.. و البعض يسميه علم النفس السريري (الذي يتخذ من الفراش موضوعاً للدراسة) و البعض يخلط بينه و بين علم النفس المرضى! لكن الصحيح أن الإكلينيكي يشمل الأسوياء أيضا.. كما يقال له العيادي؛ بمعنى أنه يشمل الحالات التي تتراد العيادة والتي لا تتراد العيادات.

تعريف دراسة الحالة:

هي الدراسة العميقة لحالة فردية..

- نجد أنه و بالرغم من بساطة التعريف و محدوديته.. فإننا نجد أنه لا يقتصر على المرضى، وإنما يمتد إلى الأسوياء أيضا، حيث إن الحالة الفردية قد تعني حالة مرضية أو سوية ..حالة فردية أو جماعية... حالة طفل، أو رجل، أو امرأة، أو شيخاً أو كهلاً، فالتعريف لم يتضمن سوى منهجية تناول وليس خصائص أو مواصفات الحالة في حد ذاتها.
- مثال: هل يمكن أن يقوم طالب/ طالبة بدراسة حالة زميل/ زميلة له؟! و هل لأنه طبيعي ولا يعاني من أية أمراض أو أعراض ظاهرة و لا يتردد على عيادات. فهل يمكن إجراء دراسة حالة عليها؟! الإجابة يقيناً: نعم.
- وحينما تنتقل إلى بعض العلوم الأخرى مثل: علم الاقتصاد.. هل يوجد هذا المنهج؟! هل سيدرس حالة فردية في الاقتصاد؟!

- نعم.. سيدرس حالة فردية (حالة دولة)، هناك مثلاً من بين الكتب كتاب اسمه "الاقتصاد القطري.. دراسة حالة" وقد تكون هذه الحالة هي دولة ندرسها من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية، أو السياسية أو الخ، لذا فلو وجدنا مثلاً دراسة حالة في القانون، أو السياسة أو الفن، فلا نندهش، فالحالة هنا لا ترتبط بالكم (فرد واحد) ممكن ترتبط بالكيف (حال اجتماعي، اقتصادي، سياسي.... الخ).

فكلمة حالة هنا هي حالة بالمعنى المطلق، لا تقتصر على الأطفال مثلاً دون الراشدين، أو الذكور دون الإناث، أو الريف دون البدو.... بل تشمل هؤلاء جميعاً، فهي مطلقة لم تحدد بأي شيء .

النشاط (٢ / ٢)

سؤال :

هل تصلح نتائج دراسة حالة واحدة للتطبيق و التعميم على مجموعة كبيرة ؟
 - مثال: لو ابتعث مواطن سعودي إلى الولايات المتحدة الأمريكية، في أي حد يصلح لتمثيل عادات المجتمع السعودي؟ بنسبة كم في المائة؟
 - مثال آخر : لو أردنا أن نقوم بدراسة حول اتجاه السعوديين نحو الإعاقة في منطقة الأحساء، فهل أطبق الاستبيان على شخص واحد أم ٥٠٠ شخص؟ أيهما أكثر تعبيراً عن الاتجاه نحو الإعاقة؟
 هناك منهجان متصارعان في الميدان: المنهج الإكلينيكي الذي نحن بصدد الآن و المنهج التجريبي.
 عزيزي المتدرب : 
 بالتعاون مع زملائك في المجموعة ، ما الفرق بين المنهج الإكلينيكي و المنهج التجريبي

المنهج الإكلينيكي :

.....

المنهج التجريبي :

.....



المنهج الإكلينيكي : منهج يعتمد على التشابه، فنحن جميعاً متفقون في الكيف، ونختلف في الكم فقط.. فالمشاعر هي هي، والاختلاف يكمن في المقدار فقط!

المنهج الإكلينيكي يتبنى الرؤية السيكدينامية أي: الحالة النفسية المتحركة، الحالة المتواترة المستمرة، مفهوم الصراع و التفاعل و الاصطدام بالواقع.. نريد دراسة شخص بكل ما يحتويه.

إن المنهج الإكلينيكي هو الدراسة العميقة لحالة فردية (في بيئتها) يعني في ضوء المجتمع الذي تنتمي إليه، و هي ليست حالة معلقة بين السماء و الأرض، بل هي منتمية لكل الذي تتصل به.. و واحد من أهم أهداف المنهج الإكلينيكي هو تحديد طرق العلاج

المنهج الإكلينيكي: يقوم الباحث بوصف التفاعل بين هذه المتغيرات بغض النظر عن أيها يؤثر على الآخر..

المنهج التجريبي : منهج يجيب عن التساؤل السابق بلا.. و كيف؟ و لا يمكن! و لا يجوز... و هكذا!

المنهج التجريبي قائم على دراسة السببية (أثر المتغير المستقل على المتغير التابع) لذلك فلا بد أن أدرس المتغيرات و أضبطها، فالباحث يتدخل و يضبط المتغيرات، أما في الإكلينيكي فلا يتدخل بل يصف الوضع على ما هو عليه.

يتعارض المنهج الإكلينيكي تعارضاً كبيراً مع المنهج التجريبي، فالمنهج التجريبي يعتمد على الكم و يعطي نتائج تصلح للتعميم، أما الإكلينيكي فيدرس حالات قليلة من ٣-٥ حالات. فهو قائم على دراسة الحالة.

مثال: جان بياجيه: عالم كيمياء دخل إلى علم النفس صدفة من خلال ما قام به من دراسة لحالة كل واحدة من بناته الثلاث، و أصبحت دراساته هذه قوانين للنمو الإنساني تنطبق على الجميع دون استثناء.

المنهج الإكلينيكي مطالب بتحقيق أهداف العلم كالمنهج التجريبي، مطالب بالفهم ثم التنبؤ ثم الضبط و التحكم.

الوحدة الثالثة

النشاط (٣ / ١)



عزيزي المتدرب:

لدينا مجموعة من المسلمات في علم النفس الإكلينيكي، وأريد أن أقول إنها مسلمات إنسانية، بدلا

من إكلينيكية فمن ذلك :

١ - مفهوم الدافعية:

٢ - الاتساق و الاطراد:

٣ - اللا شعور:

٤ - أن كل سلوكنا متعلم:

بالتعاون مع زملائك في المجموعة قم بشرح أحد هذه المسلمات .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مسلمات علم النفس الإكلينيكي

٣ / ١

- مفهوم الدافعية:

حينما ندرس أي علم من العلوم فلا بد أن نجد هذا المفهوم فكلنا مدفوعون للشعور بالحب، الأمان... الخ ، ولا أحد يختلف على وجود الدافع، فهناك دوافع لدى الجميع، لكن درجاتها هي التي تختلف، وهي مرتبطة بتنظيم هرمي يختلف وفقاً للأولويات..

إن القاعدة التي ينطلق منها أي تخصص هي ما يسمى بالحمية النفسية، و الحتمية النفسية تعني أن

كل سلوك محكوم بسبب هفوات اللسان.

مثال: هناك زميل قام بدراسة عندما طرحها لاقى من السخرية ما لاقى ربما من بساطة الموضوع و تفاهته أو التعقيد، عنوان هذه الدراسة: (تحليل الرسوم على الجدران في الحمامات) السؤال لماذا؟ هذا سلوك و لكن ما هي أسبابه؟ و هل يمكن أن نصل إلى زمن لا نرى فيه وجود لهذه الظاهرة؟

٢- الاتساق و الاطراد:

الاتساق يحمل في طياته الاختلاف الذي ينتج السلوك، الثبات و التغير، مثلا نقول : أن فلانة عملت كذا و كذا ،فتقبل ذلك و نصدق لكن عندما أنسب نفس هذا السلوك إلى شخصية أخرى لا نصدق و نقول: لا يناسب !! يعني مهما بلغت درجة الانحراف سيظل السلوك متسق مع الشخصية..

٣- اللاشعور:

أيضا هل يمكن أن ننكر وجود ما يسمى باللاشعور؟ الإنسان ما هو إلا كتلة لا شعورية متحركة! هل نستطيع أن ننفي أثر اللاشعور على السلوك؟

وكلمة سلوك لا بد من التحفظ عليها؛ فأحلامنا ومشاعرنا وخيالنا وأشياء كثيرة لا تظهر على السلوك!

لقد قام فرويد بتحليل عدد كبير من الروايات و القصص و الأساطير و اللوحات، ومن بينها مثلا لوحة الموناليزا الشهيرة وغيرها، و له عبارة جميلة جداً قالها تعليقا على قصة لم يتم بتحليلها؛ لأنها لم تصنف جديد، قال: (إننا نصنع من نفس المادة التي تصنع منها الأحلام) و كأنه يريد أن يقول: خصائص الأحلام هي خصائص الإنسان كما هو!

الفكرة أن الإنسان هو نسيج متداخل، لا يمكن فصله بين العمليات الشعورية و اللاشعورية، و من وجهة نظر التحليل النفسي أن العمليات اللاشعورية تؤثر على السلوك بما لا يقل عن ٨٠%

و عندما نقف على بعض هذه القصص بالتحليل مثل قصة "الأخوة الأعداء" لديستوفسكي نجد مطابقة غريبة بين محتواها ومحتوى قصة سوفوكليس القديمة "أوديب" و تبرز العلاقة الثلاثية أب - أم - ابن (ولد أو بنت) فأى علاقة بالضرورة لا بد أن تكون ثلاثية!

٤- أن كل سلوكنا متعلم:

و ذلك احتراما للنظرية السلوكية، قد نتفق قد نختلف، لكن تبقى هذه في النهاية مسلمة. و هذه المسلمات الأساسية من وجهة نظري تمثل فهم الإنسان، و ليس دراسة حالة.

النشاط (٣ / ٢)

يقول ثورندايك: "إن كل شيء يوجد بمقدار، فيمكن قياسه"

عزيزي المتدرب :



ناقش العبارة التالية مع زملائك في المجموعة، واكتب رأياً حولها .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

المشكلات المنهجية في علم النفس الإكلينيكي .

٣/٢

*المشكلات المنهجية في علم النفس الإكلينيكي:



١ - مشكلة الملاحظة

٢ - مشكلة التصنيف

٣ - القياس و التقدير الكمي

٤ - العينات

- مشكلة الملاحظة:

أن السلوك الملاحظ هو سلوك مختلف عليه، سلوك يتضمن الاختلاف في تفسيره، فإذا شاهد شخصان

نفس السلوك فإنهم يختلفون في تفسيره و ربما حتى في تقدير درجته، فكيف لنا بحل هذه المشكلة؟

مثلاً: لو قمنا بطرح مشكلة ما على طالبين متطوعين و طلبنا منهم حلاً لهذه المشكلة، فكم ستكون

نسبة الاتفاق على الحل المطروح؟؟ إذا لم تكن هذه النسبة ١٠٠% فهذا يعني أن السلوك لم يفهم، و

إذا اختلفنا على التشخيص فنحن أمام مشكلة حقيقية!

حتى الأطباء عندما يفحصون حالة واحدة يختلفون على تشخيصها.. فكيف بالأخصائيين؟؟! هذه مسألة تقديرية.

٢ - مشكلة التصنيف:

الإكلينيكي يقوم بالتصنيف لكن المسألة ليست منح ألقاب، و ليس هذا هدف العلم فلا بد أن يكون هناك مبررات موضوعية حتى يمنح هذا اللقب، و الخطورة تكمن في كون المعيار مرجعيته هي ذات الباحث (هو شايف كدا) كارثة! و خصوصاً مع الناس الذين يمنحون أنفسهم مساحة كبيرة للذاتية و الاعتماد على الحدس!

٣ - القياس و التقدير الكمي:

يقول ثورندايك: "إن كل شيء يوجد بمقدار فيمكن قياسه" المشكلة التي تواجهنا هنا هي في تقدير هذا المقدار، لا أستطيع أن أقارن بين شخصين في قدرتهم على الحب/ الكراهية/ الانفعالية.... تقدير المشاعر و الانفعالات أمر شديد الصعوبة!

٤ - العينات:

ليست كل الدراسات و كل الموضوعات و المتغيرات يمكن أن ندرسها من خلال عينات كبيرة، و هذا العلم يقوم على دراسة حالات قليلة.. هناك نوعان من العينات/

- عينات موزعة توزيعاً اعتدالياً: يعني موجودة بكميات هائلة في المجتمع. و لا يوجد صعوبة على الإطلاق في الحصول عليها.

* مثال: أطفال المرحلة الابتدائية: فقد يكون عددهم ٣ أو ٤ مليون مثلاً في منطقة واحدة.

- النوع الثاني من العينات تكون حالات فردية قليلة لا نستطيع الحصول عليها إلا بصعوبة بالغة، و تكون منتقاة بدقة و صعوبة.

● مثال: أبناء المطلقات في المجتمع السعودي، التوحدين في المملكة...

● مثال واقعي: هناك شخص أراد أن يدرس مرضى الإيدز جلس خمس سنوات حتى يقابل عشر حالات فقط!

● سؤال: متى آخر مرة لمحت فيها طفلاً كفيفاً في الشارع؟ و هل سيختلف الرد حينما أسأل عن طفل عادي؟ إن مثل هذه العينات لا تكون موزعة في المجتمع بشكل اعتدالي و بالتالي فإن الحصول عليها يتضمن صعوبة كبرى.

الاعتبارات المنهجية للدراسة الإكلينيكية

٣/٣



١ - لا توجد ظاهرة واحدة بمفردها في العلوم الإنسانية.. حيث لا يمكن عزل ظاهرة واحدة عن مجمل الظواهر المحيطة بها والمتفاعلة معها والناجمة عنها.

٢ - أهما تستهدف دراسة الشخصية الفريدة و المتميزة، والتي تعني دراسة الخصائص المميزة والخاصة بالفرد والتي تجعله مختلفاً عن الآخرين.

٣ - لا يجوز استخدام اختبار واحد، إلا إذا كان اختباراً متعدد الأوجه، مثل اختبار الشخصية متعدد الأوجه الذي يقيس جوانب عديدة من الشخصية، أما غير ذلك فلا بد من تطبيق اختبارين على الأقل حتى يعكس الثاني ثبات الأول و كلاهما ثبات القدرة.

٤ - التركيز على المعيار المستخدم: لا بد أن يكون المعيار واضحاً، هل سنستخدم المعيار الإحصائي مثلاً أو المثالي المهم أن هوية المعيار لا بد أن تكون واضحة و محددة..

٥ - من الاعتبارات التي لا يمكن التجاوز عنها هي: الحذر من المعرفة الذاتية بالحالات، لا نستطيع ضبطها أو التحكم فيها، لا يجوز أن تعمل دراسة حالة لموضوعات نرجسية، لا يمكن أن أصل إلى تقييم موضوعي لجزء نرجسي يمثل جزءاً من ذاتي (ابني - زوجتي... الخ)

٦ - مراعاة أخلاقيات البحث في عدم استغلال الحالات، و هذه نقطة أخلاقية مهمة جداً فلا يجوز أن أجري اختباراً على شخص لا يعلم الهدف منه لا بد أن أستأذن الشخص أولاً.

النشاط (٣ / ٣)

عزيزي المتدرب :



من خلال ما تم عرضه ونقاشه حول الاعتبارات المنهجية التي يجب مراعاتها في علم النفس

الإكلينيكي.

اكتب وبشكل مختصر ما استفدته من تعلم هذه الاعتبارات .

ما استفاد من الاعتبارات المنهجية :

.....

.....

.....

الوحدة الرابعة

النشاط (١ / ٤)

عزيزي المتدرب :



لو ذهب شخص إلى طبيب فسأله الطبيب مما تشتكي؟ فيبدأ المريض بالتعداد (أشتكي من كذا و كذا و كذا) ، و يبدأ الطبيب في تكوين ما يسمى بالزملات المرضية ، و يبدأ بالترجيح ثم يدع الجسم هو الذي يتكلم من خلال التحاليل الطبية.. فهل التشخيص هنا هو نهاية المطاف أم بداية المطاف؟! — من خلال مناقشة المثال السابق ، قم بالتعاون مع زملائك في المجموعة بتحديد أهداف دراسة الحالة ؟

أهداف دراسة الحالة :

- ١ -
- ٢ -
- ٣ -
- ٤ -
- ٥ -
- ٦ -

أهداف دراسة الحالة

٤ / ١

البعض يقول الهدف من دراسة الحالة هو التشخيص، في حين أن التشخيص قد يكون من مهام القائم بدراسة الحالة أو لا تكون، فالتشخيص في اعتقاد البعض هو عملية منح ألقاب على مستوى عالمي.. فهل يعقل أن أجهد نفسي و أجهد أسرة الشخص لكي أمنحه لقباً في النهاية؟ والبعض يعتقد أن دور الأخصائي ينتهي بالتشخيص، في حين أن العكس هو الوارد فقد ينتهي دور الأخصائي دون أن يمر باللقب، أو ربما يكون الأمر واضحاً منذ البداية، أي أن التشخيص قد تم و الأخصائي لا يحتاج إليه في هذا الوقت..

في بعض الحالات يكون التشخيص ليس له دلالة قوية..

مثلاً نحن في نهاية دراستنا للحالة التي سنقوم بدراستها سنقدم تقريراً يتضمن معلومات، فما الفرق بين المعلومات التي جمعناها و المعلومات التي كتبناها؟

في النهاية أنا أقدم تقريراً وصفيًا للحالة، أوصف فيه كل جوانب الشخصية، فهو تقرير وصفي نعم لكن لا بد أن يكون من أهدافه لماذا أصبحت هذه الحالة على ما هي عليه؟ لماذا أصبح معاقاً عقلياً، أو توحدياً، أو وسواسياً، أو مضطرباً سلوكياً، أو..... أو..... أو.....؟! هو وصف، لكن يتجاوز حدود المعلومات إلى فهم و تفسير هذه المعلومات؛ وهذا هو هدف العلم كله (الفهم و التفسير) و منها دراسة الحالة.

جماعي

مصادر جمع المعلومات

النشاط (٤ / ٢)

المهمة الرئيسية للأخصائي الإكلينيكي النفسي هي تجميع المعلومات الهامة وذات الدلالة عن المريض، حتى يتمكن من تكوين انطباع عنه يساعده على التنبؤ بسلوكه ورسم خطة علاجية مناسبة له، ولا يمكننا أن نجمع كل المعلومات من مصدر واحد بل من عدة مصادر متنوعة. عزيزي المتدرب:



و بالتعاون مع زملائك في المجموعة، حاول أن تذكر المصادر التي يمكن أن يستقي منها الأخصائي النفسي الإكلينيكي المعلومات اللازمة عن الحالة. مصادر جمع المعلومات:

- ١-
- ٢-
- ٣-
- ٤-
- ٥-
- ٦-

الطرق المستخدمة في إصدار الأحكام الإكلينيكية

٤ / ١

١- المقابلة الإكلينيكية: وهذه لها محاضرة مستقلة، و المقابلة بشكل عام لا يمكن أن تخلو دراسة حالة منها، و من المهارات التي لا بد أن نتعلمها مهارة إجراء المقابلة، أو مهارة تحقيق الأهداف من خلال المقابلة.



٢- الاختبارات النفسية: وهذه أداة مضمونة، لأنها عملية مقننة، ولها صدقها وثباتها، وتعطيك معلومات بالدرجات تعكس قدرات الشخص.

- ٣- الملاحظة: من الأدوات الهامة جدا سواء كانت للأخصائي النفسي أو غيره،
- ٤- الزيارات المنزلية: البعض يوردها على مفض، وبعضهم يراها أهم مصدر من مصادر المعلومات فيعتبرها الأساس و كل ما عداها مكمل، و يقول إذا أردت أن تجري دراسة حالة في أصدق حال فعليك بزيارتها في المنزل!
- ٥- السجلات الرسمية: وثائق رسمية..شهادات وتقارير رسمية.
- ٦- الوثائق الشخصية: قد تكون كتابات خاصة، أنشطة فنية، هويات، رسائل، مقتنيات،... كل هذه يمكن أن تمثل مصدراً من مصادر المعلومات.

النشاط (٤ / ٣)

يضع الأخصائي النفسي أمامه ثلاثة أهداف أساسية في الموقف الإكلينيكي أولهما أن يكون انطباعاً عن المريض ، وثانيهما : أن يضع استنتاجاته ، وثالثهما : أن يساعد في اتخاذ القرارات التي تتعلق بمستقبل هذا المريض ، هذا العمل هو عملية اتخاذ قرار متعدد المراحل .

عزيزي المتدرب :



بالتعاون مع زملائك في المجموعة ما المراحل التي يتبعها الأخصائي النفسي في الموقف

الإكلينيكي ؟

المراحل التي تمر بها الأحكام الإكلينيكية :

- ١-
- ٢-
- ٣-
- ٤-
- ٥-

المراحل التي تمر بها الأحكام الإكلينيكية

٤/٣

- المراحل التي تمر بها الأحكام الإكلينيكية:
 - ١- القبول و الرفض: إصدار حكم إما بقبوله أو رفضه، و لا بد أن يكون لدي مبررات للقبول و الرفض..
 - ٢- اختيار الإستراتيجية المناسبة.

- ٣- إعادة تقييم الأدوات: هل هذه الأدوات مناسبة للحالة أم تحتاج إلى استبدال؟
- ٤- تنظيم المعلومات: أهم شئ تنظيم المعلومات، و التعامل مع نتائج الاختبارات، تحليلها و تفسيرها هذه أهم خطوة.
- ٥- التوصيات: يعني مرئياتي ، هي التقرير، والوصول إلى تشخيص، ثم تنبؤ..
- وبعضهم يعترض و يقول أن الخلفية المرجعية للقائم بدراسة الحالة تؤثر على رؤيته، هل هو تحليلي؟ أم سلوكي؟ أم معرفي... الخ فمثلا إذا كان تحليليا فسوف يعلي من الأمور اللاشعورية، و إذا كان سلوكياً فسوف يتعامل مع الإنسان على انه مجموعة من السلوكيات و القدرات تظهر في تعامله مع الناس بغض النظر عن أسباب السلوك.. و هكذا..
- إذن زاوية الرؤية تختلف فتعلى بعض الأمور نتيجة ذلك، و تحط من قيمة أمور أخرى!

الوحدة الخامسة

النشاط (١ / ٥)

استمدت كلمة تشخيص Diagnosis من أصل إغريقي يعنى "الفهم الكامل" Through Understanding ، والتشخيص كما يعنى الآن في الطب النفسي وفي علم النفس ، يتطلب خطوات أو عمليات معينة أساسية تشتمل على: الملاحظة ، الوصف ، تحديد الأسباب (الايولوجيا) ، التصنيف والتحليل الدينامي بقصد التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة العميل أو المريض ، بقصد التنبؤ ورسم ومباشرة خطة العلاج ومتابعتها وتقومها ، وتعبير آخر فإن التشخيص هو تقويم خصائص شخصية العميل (قدراته ، إنجازاته ، سماته ... الخ) التي تساعد في فهم مشكلاته ، أي أن التشخيص يتطلب بعد جمع المعلومات المتاحة ، تحليلها وتنظيمها والتنسيق بينها بقصد التخطيط للمستقبل. وتشتمل مصادر المعلومات على المقابلات والفحوص الطبية، والمعملية، والاجتماعية، والسجلات التعليمية، والمهنية والاختبارات، وكل الأدوات التشخيصية المستخدمة ، والأخصائي النفسي الإكلينيكي يستعين في كل هذه العمليات بنظرية الشخصية التي يميل إليها، وبخبرته ، كما أن ممارسته لهذه العمليات يمكن أن تضيف إلى فهمه لطبيعة الشخصية واضطراباتها ، فهي بهذا تكون أساساً من المعرفة العملية.

عزيزي المتدرب :



بالتعاون مع زملائك في المجموعة ، اذكر الأهداف العامة لعملية التشخيص .

الأهداف العامة للتشخيص :

- ١ -
- ٢ -
- ٣ -
- ٤ -
- ٥ -
- ٦ -
- ٧ -

الأهداف العامة للتشخيص

٥/١

تعدد الأهداف العامة للتشخيص الإكلينيكي وتتنوع فتشمل ما يلي:



- تحديد العوامل المسببة.
- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.
- الكشف عن الاستجابة للاضطراب.
- تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي.
- تقدير درجة الاضطراب في مداها وفي عمقها.
- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- تحديد الأسس التي يبني عليها اختيار منهج علاجي معين.
- تحديد الأسس التي تدور حولها مناقشة الحالة مع المريض أو مع أقاربه.
- تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها إحصائياً.
- تكوين فرض دينامي يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها.

التشخيص التصنيفي

٥/٢

اعتاد الكثيرون أن ينظروا إلى التشخيص على أنه عملية يحاول الأخصائي عن طريقها التوصل إلى تسمية مناسبة أو تصنيف مناسب للمرض أو للمشكلة أو للعميل ، ويبدو أنه لا يزال هناك الكثير من الإكلينكيين يفتخرون بأن يصلوا إلى تقرير أن عميلاً ما فصامي أو هستيري ... الخ ، ويزداد قناعة بخاصة إذا اتفق معه الطبيب النفسي على هذه التسمية. وقد تكون هذه التسمية مناسبة ومفيدة في بعض الحالات. فمثلاً ، إذا شخص الطبيب مجموعة من الأعراض على أنها تشير إلى إصابة من نوع معين ، في منطقة معينة من المخ ، فإنه بذلك يقدم المعلومات الضرورية لتقرير نوع العلاج المطلوب ، والذي قد يكون في تلك الحالة عملية جراحية. وحتى إذا لم يوضح التشخيص على وجه التأكيد كيف نشأت هذه الإصابة ، إلا أنه يؤكد لنا طبيعة الأعراض لدى المريض ، ونوع الحالة القائمة ، ويمكننا من اتخاذ الخطوات العلاجية اللازمة.



وترتبط قيمة هذا النوع من التشخيص ارتباطاً وثيقاً بكفاية النظام المتبع في تصنيف الأعراض ، وتتوقف هذه بدورها على الارتباط بين الأعراض والنظرية التي نأخذ بها في أسباب المرض ومدى استجابته

لعلاج معين ، فمثلاً ، إذا وجدنا ارتباطاً بين أسباب الفصام وبين حالات فسيولوجية أو سيكولوجية معينة ، فإنه يكون من المفيد أن نصنف الناس إلى فصامين وغير فصامين ، وبخاصة إذا وجدنا أن علاجاً معيناً دون غيره يفيد بوضوح في حالات الفصام.

وقد تعددت وتنوعت قوائم التصنيف ونظمه، واختلفت مصطلحات هذه القوائم ومسمياتها ، فأى قائمة يحسن أن يتبناها الأخصائي النفسي الإكلينيكي وأي المصطلحات يستخدم ؟ لعل أشهر قوائم التصنيف هي تلك التي وردت في الدليل الذي نشرته لجنة المسميات والإحصائيات التابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي والعقلي عام ١٩٦٥ ، والذي يحمل عنوان: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (٣٧)، ثم القائمة التي أقرتها الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية عام ١٩٦٧ ، والتي وردت في "دليل التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والإصابات وأسباب الوفاة" (١٣٤) ، كما أعد فرديريك ثورن (١٢٠) تصنيفاً تشخيصياً للحالات السيكولوجية، ومن المحقق أن مثل هذه القوائم تحتاج إلى مداومة مراجعتها في ضوء التطور المستمر للنظريات والمفاهيم وفي ضوء ما يجد من حقائق ومصطلحات. فمثلاً يفضل البعض الآن تمييز الفصام في ضوء العملية أو الاستجابة، بدلاً من تمييزه على أساس فئات فصام: المهقرينيا، والكتاتونيا ، والبارانويا والفصام البسيط.

ويعترض البعض على منهج التشخيص التصنيفي على أساس أنه ليس هناك ما يؤكد أن التصنيف الذي نتوصل إليه يتفق مع طبيعة الأشياء ، فهناك من يؤمن بوحدة المرض العقلي ، أي أن الاضطراب العقلي هو واحد، سواء كان سببه إصابة مخية، أم إدماناً كحولياً، أم عوامل نفسية أم إصابة بالزهري ، وهناك من يؤمن من ناحية أخرى بأنه من الضروري الكشف عن الوحدات الطبيعية للأمراض، وهي التي يختلف بعضها عن البعض الآخر في الأساس، والتي لا ينتقل الواحد منها للآخر ، وكذلك فليس هناك اتفاق عام حول تعريف المرض العقلي من ناحية، سواء والصحة العقلية من ناحية أخرى ، هل المرض العقلي هو كما يعرفه كيوي "نمط سلوكي مستمر بصورة غير عادية لا يملك الفرد ضبطه إرادياً ، ويميزه هذا السلوك عن غيره ويصيبه بالعجز ويحول بينه وبين المشاركة العادية في الحياة ؟ ولكن التعريف بهذه الصورة يشمل حالات كثيرة من أمراض البدن أو كبر السن ، وإذا عرفنا المرض العقلي بأنه فقدان أو تحريف الاتصال بالواقع ، فإن هذا التعريف لا يشمل فئات مثل العصاب والتخلف العقلي وغيرهما من الاضطرابات.

ونواجه نفس المشكلة في تعريف السواء والصحة العقلية ، هل السواء هو خلو الفرد من المرض العقلي ؟ ذلك أمر نسبي حضارياً ، فحكماً على فعل بأنه شاذ أو سوي يعتمد إلى حد كبير على الأعراف الاجتماعية المقبولة ، ويميز كيوي بين الفعل السوي والشاذ على أساس أن الأول يحكمه الشعور وما قبل

الشعور ، والثاني يحكمه اللاشعور ، ولكن مثل هذا التعريف يتجاهل السلوك المرضى الذي تحدده مسببات عضوية، كما أنه يتجاهل التخلف العقلي ، فإذا استخدمنا السواء حكماً للصحة العقلية ، فإن الأغلب أن نعرفه إما على أساس إحصائي وأما على أساس معياري، أي على أساس السلوك الذي يجب على الفرد مراعاته ، ولكن الأخذ بالأساس الإحصائي يؤدي بنا إلى الأخذ بالنسبية الحضارية، التي تسمح مثلاً بتقبل الاضطهاد والتمييز العنصري في بعض المجتمعات ، ومن الناحية الأخرى ، فإن الأخذ بالأساس المعياري يؤدي بنا إلى التساؤل عن ماهيته ، وهكذا ندور في حلقة مفرغة ، ويحاول البعض مثل كولمان ، الخروج من هذا المأزق عن طريق تعريف السلوك السوي بأنه نحو الفرد وأدائه كأمثل ما يكون في النمو والأداء بما يتفق مع رفايته وتقدم الجماعة على المدى البعيد.

وينحو بعض الباحثين إلى التصدي لهذه المشكلة عن طريق محاولة تحديد المحكات الإجرائية لتعريف كل من المرض العقلي والصحة العقلية ، ومنهم الذي يحدد المحكات الإجرائية الستة التالية لتعريف المرض العقلي: التعرض للعلاج النفسي ، التوافق اللاسوي ، التشخيص السيكياتري ، تقرير الفرد نفسه أنه مريض ويحتاج لعلاج ، نتائج تطبيق الاختبارات السيكولوجية ، عدم توفر الصحة العقلية أو المحاولة الإيجابية للاحتفاظ بها.

ومن الناحية الأخرى يحدد سكوت المحكات التالية للصحة العقلية: القدرة العامة على المواءمة والتكيف ، القدرة على الإشباع الذاتي ، الكفاءة في القيام بالأدوار الاجتماعية ، القدرة الذهنية ، ضبط الانفعالات والدوافع ، الاتجاهات السوية نحو الناس، الإنتاجية ، الاستقلالية ، التكامل الناضج والاتجاهات السوية نحو الذات.

ويذهب بعض الباحثين مثل بريل إلى أن هناك قدراً معيناً من الاتفاق حول الفئات الرئيسية الخمس وهي: الحالات العقلية العضوية ، الذهان الوظيفي ، العصاب ، اضطرابات الشخصية وحالات التخلف العقلي ، وإلى أنه من المتفق عليه بعامة النظر إلى الفصام في إطار الذهان ، وأن الاختلاف ليس كبيراً حول الأقسام الفرعية للحالات العضوية وحالات التخلف العقلي ، وهو يقرر أن الدلائل تشير إلى أنه من المرغوب فيه ، ومن الممكن التوصل إلى نظام تصنيفي مقبول عالمياً.

ومن المفيد في هذا المجال التمييز بين التصنيف والتسمية ، فالتسمية هي مجموع الأسماء أو التشخيصات أو العناوين التي تطلق على الأفراد أو على مجموعات منهم للإشارة إلى أنهم يشاركون في خصائص هامة لها دلالتها بالنسبة لما يعانون من أمراض ، وتتضمن التسمية تعريفاً أو وصفاً للمصطلح يشمل الأعراض وزمالاتها ، وتجمعات هذه الاضطرابات ، أما التصنيف فهو عملية كشف أو خلق لنظام يندرج فيه

الأفراد المتشابهون أو الجماعات المتشابهة في طبقات أو في فئات ينظر إليها كوحدة، ومن ثم يمكن اختصار التعدد الطبيعي الهائل ، وباختصار فإن التسمية هي مجموعة من المصطلحات وتعريفها ، والتصنيف أيضاً هو إطلاق أسماء على هذا الترتيب للمسميات في أنماط لها معناها ودلالاتها ، وتتطلب التسمية دقة التعريف وتقنيته وهو أمر بالغ الصعوبة في تناول الأمراض النفسية والعقلية ، ويتطلب التصنيف أن يكون شمولياً وألا تتداخل الفئات وأن يكون على أساس من أهم الخصائص وأهم العلاقات ، ويفترض كل ما سبق بالطبع أن يكون فهمنا للمسميات واحداً ومتفقاً عليه في وضوح وفي تحديد.

وإذا كان التصنيف بعامة من الخطوات الأولى والأساسية في التقدم العلمي ، فإن الخبرة المتكررة تشير إلى أن التصنيف على أساس الأعراض لا يساعد إلى حد كبير في التنبؤ عن تطور الحالة أو في فهم الاضطراب ، وقد يختلف تصنيف نفس المريض من مستشفى لآخر ، كما أن الحالة التي لا تكون خليطاً من أعراض تنتمي لأكثر من فئة واحدة هي الحالة النادرة ، وقد يصعب أحياناً أن نميز الوسواسي القهري عن الهستيرى ، كما أن الفصامي الكتاتوني قد يعاني من هواجس البارانويا، وحتى في الحالات التي يبدو أنه تتشابه فيها الأعراض ، فإنه قد لا يتيسر الحكم بأن المشكلة قد نشأت من أسباب أو أسس واحدة ، ذلك أن نوع العرض قد لا يرتبط بالضرورة بأسبابه. وقد تنشأ الأعراض المختلفة من نفس الأسباب ، والأعراض الانتقالية ومتغيرة ، إلا أن ما يكسب المريض منها هو الذي يغلب أن يكون أثراً ثابتاً ، فمثلاً قد يكون مص الإصبع في وقت ما والسرقة في وقت آخر أعراضاً لتعطش الطفل إلى الحب ، وقد يحل محلها الإفراط في الأكل ، وبالتالي السمنة المفرطة ، وهما عرضان لنفس التعطش لدى الراشد ، ولذلك فإن فهم العلاقة الدينامية بين الأعراض والشخصية الكلية هو العمل التشخيصي الأكثر أهمية ، والواقع أنه يحتمل في بعض الحالات أن يسبب التصنيف المستخدم ارتباكاً أو تعقيداً بدلاً من أن ينير السبيل أمامنا ، فإذا أدرجنا كل الفصامين في فئة واحدة ، فإننا قد نعالج حالات مرضية من اضطرابات مختلفة الأصل بوصفها مرضاً واحداً.

ومن الأمور ذات الدلالة؛ أن طبيب الأمراض النفسية أو العقلية قليلاً ما يحتاج إلى خدمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي لتصنيف المريض في فئة معينة دون الأخرى، ولكن أعظم ما يمكن أن يقدمه الأخصائي هو في تحليله الدينامي للحالة ، فذلك بالإضافة إلى رؤية الطبيب ، يمكن أن يكون له أكبر القيمة في فهم الحالة.

ولا ينفي ذلك أن يسهم الأخصائي النفسي في التصنيف ، ذلك أن خدماته مطلوبة مثلاً في التشخيص الفارق ، كما يحدث في التمييز بين الذهان والعصاب ، وبين الاضطراب الوظيفي والعضوي، وبين

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الصعوبات المتضمنة في عملية التشخيص

٥ / ٣

صعوبات متضمنة في عملية التشخيص:



-الصعوبة الأولى: نحن نقول أن الدراما تعتمد على المبالغة فكلما كان الموقف الدرامي مبالغاً فيه كلما أعطى أثراً قوياً، كما نشاهد في الأفلام الهندية مثلاً التي تتضمن المبالغة الشديدة، لكي تضمن التأثير.

و لأجل ذلك، نجد دائماً أن ما يلفت نظرنا هو الجوانب السلبية، وليست الايجابية فحين أمسك التقرير أرى أنني أرصد كل جوانبه السلبية، فأقول: هذا لا فائدة معه، ولا يوجد بصيص أمل واحد أستطيع الانطلاق منه، وهذا منزلق، خطير لا نستطيع إلا أن نقع فيه.

- الصعوبة الثانية: الاهتمام بالمجال الاجتماعي، فلا بد أن تتم دراسة الحالة في سياقها الاجتماعي، لا بد أن أدرسها في تفاعلاتها، ألا أعزل الطفل أو سمة أو قدرة أو سلوكاً، بل لابد من دراستها في سياقها الاجتماعي، إذن لا بد أن نكون واعين ب ١ - السياق الاجتماعي، ٢ - سيكولوجية الفرد في مقابل سيكولوجية البيئة و دور ما تساهم به البيئة المحيطة بالطفل في تيسير قدراته أو في مشاكله.. فالإعاقة هي محصلة التفاعلات الداخلية و الخارجية، وقد تكون لدى الطفل المعاق مشكلة خارجية و ليست داخلية مثلاً حرمان بيئي، إهمال من قبل الأسرة و الوالدين و ما إلى ذلك.

الوحدة السادسة

النشاط (٦ / ١)

يعتبر تاريخ حياة الفرد في علاقاته المتبادلة مع الغير جانباً ذا أهمية خاصة بالنسبة لعالم النفس؛ حيث يجد فيه أسباباً كثيرةً من أشكال اضطرابات الشخصية ، ولا تعكس هذه العوامل السيكولوجية المسببة بناء الشخصية الأساسي فحسب ، بل هي تؤثر كذلك في استجابة الفرد للعوامل الجسمية أو الثقافية ، فمثلاً ، تغيرات الشخصية التي تحدث بعد إصابة في المخ، تتأثر بصفة خاصة بالشخصية قبل الصدمة ، فقد لوحظ أن نفس الإصابة في مداها ومكانها عند أفراد مختلفين لا تؤدي بالضرورة إلى نفس الأعراض السيكولوجية ، والعوامل السيكولوجية المسببة متعددة دائماً ، وتعمل بطريقة معقدة ومتداخلة ، ونادراً ما يرجع السلوك الشاذ إلى عامل سيكولوجي واحد، والعلامات الأساسية الأولى التي تظهر من تاريخ الحياة هي نوع العلاقات المتبادلة بين الفرد وغيره من الأشخاص وأنسب المناهج لدراسة تاريخ هذه العلاقات الشخصية هو المنهج التاريخي ، فتقسم حياة الفرد إلى سبع مراحل:

بداية العمر (الحضانة) Infancy ، والطفولة المبكرة Early Childhood ، والطفولة المتأخرة Late Childhood ، والمراهقة Adolescence ، والبلوغ المبكر Early Adulthood ، ومتوسط العمر Middle Age والكبر Old Age. وليس المقصود من هذا التقسيم التعسفي أن نقطع استمرارية تاريخ العلاقات الشخصية ، إذ إن التغيرات التي تحدث في أية فترة متداخلة تماماً مع التاريخ الكلي للعلاقات الشخصية حتى تلك اللحظة ، وربما كان العمر الزمني دليلاً ضعيفاً للتضحج السيكولوجي للفرد.

عزيزي المتدرب :



بالتعاون مع زملائك في المجموعة ، حدد العوامل السيكولوجية المفسرة للشخصية في مرحلة الطفولة .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

العوامل السيكولوجية المفسرة للشخصية في مرحلة الطفولة



بداية العمر (مرحلة الحضانه): إن فترة الحضانه فترة عجز تام واعتماد كلي ، حيث تتجه وظائف الطفل أساساً نحو إشباع الحاجات الفيزيقيه ، ومن الطبيعي أن تمتد هذه الفترة من الميلاد حتى النصف الأخير من السنة الثانية، حيث يكون الطفل قد تعلم المشي والاتصال ، وتتميز هذه الفترة بالنمو السريع للكائن ، حيث تتميز تدريجياً إدراكاته للوسط المحيط به ، كما تبدأ الاستجابة الاجتماعية في الظهور ، وتبدأ مجموعات العضلات في أن تخضع للضبط ، ويؤكد علماء النفس بعامة (وعلماء التحليل النفسي بخاصة) أهمية هذه الفترة في نمو الشخصية اللاحق.

وتدور معظم مشكلات هذه الفترة حول الأمومة والرضاعة ، وعلى الرغم من أن مشكلات ضبط الإخراج تعد دائماً من مشكلات الحضانه ، إلا أنها لا تظهر فعلاً إلا عندما يصبح الفرد واعياً بالسلطة وبالنظام ، وبالتالي فهي تدرج ضمن مشكلات الطفولة المبكرة ، وبخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة.

الرعاية الأمومية: نظراً لأن أول احتكاك هام للوليد بالعالم من حوله هو علاقته الفيزيقيه بأمه ، فإن مدى هذه العلاقة وكيفيةها تضع أساس نظرتة واتجاهه نحو العالم ونحو نفسه ، وتحدد الدرجة التي تعطي بها الأم الدفء والحنان والعلاقات المشبعة نوع استجابات الفرد للعالم من حوله ، وهل ستكون إقبالاً وإشباعاً أم إهمالاً وحرماناً ، فحماية الطفل وملاطفته والتحدث إليه يساعده على تنمية الشعور بالأمن ، وتزداد الأمومة ثراء بالمشاركة من جانب الأب وبقية أعضاء الأسرة ، ونستطيع أن نستدل على انعدام الاحتكاكات الأمومية ، أو قصورها في التدهور الفيزيقي الشديد الذي يصيب الطفل ، كما نجد فقر هذه الاحتكاكات أيضاً في تاريخ حياة كثير من الأشخاص العصبيين والذهانيين ، كما أن القلق والاضطرابات الانفعالية التي تصيب الأم أثناء الحمل يمكن أن تكون ضارة كما يمكن أن تكون مصدراً للإحساس بانعدام الأمن الذي يظهر في حياة الفرد فيما بعد.

الرضاعة: يولد الجوع الحاجة الأساسية التي يشعر بها الطفل ، وبالتالي فإن موقف الرضاعة له أهمية خاصة في النمو المبكر للشخصية ، وإشباع هذه الحاجة في صورة هادئة ومرحجة على أساس مطالب الطفل أكثر من كونه على أساس جدول ثابت جامد ، كل ذلك يشكل مصدراً آخر للأمن الانفعالي ، والطفل في موقف الرضاعة لا يشبع حاجته من الطعام فحسب ، بل هو يشعر أيضاً باللذة من عمليات المص والبلع.

وتنشأ المشاكل الرئيسية من وسائل الرضاعة الصناعية ، ومن الاتجاهات الوالدية غير المشبعة للطفل ، أو من الفطام المبكر أو المتأخر ، وتظهر مشكلات الرضاعة هذه عندما تكون الأم على جهل بأساليب الرضاعة ، أو عندما تتدخل مخاوفها وقلقها في هذا الموقف ، والمشاكل التي تنمو في موقف الرضاعة من الممكن أن تستمر مع

الفرد حتى مراحل نموه التالية وقد تصبح محوراً لمشكلات سلوكية أكبر ، وخاصة إذا ساعد قلق الأم على تضخيم هذه المشكلات واستمرارها.

ولا يجب أن ننظر إلى كل اختلال في شكل رضاعة الطفل بوصفه مشكلة ، فالمعاملة الناضجة والمرنة والآمنة تستطيع أن تحول دون أن يصبح هذا الاختلال مصدراً للمتاعب ، وقد يحدث بعض هذه الاختلالات نتيجة لبعض العوامل الفيزيائية ؛ كالحساسية ، أو اختلال تركيب الجهاز الهضمي ، وقد يؤدي الفشل في التعرف على هذه الظروف وعلاجها إلى مزيد من الاضطرابات السلوكية.

الطفولة المبكرة: وهذه هي الفترة التي تبدأ فيها أولى محاولات التنشئة الاجتماعية ، وتبدأ خلال الجزء الأخير من السنة الثانية، لأن الطفل في ذلك الوقت يصبح واعياً بفرديته، كما يواجه بمشكلات السلطة والنظام ، وفي مرحلة الطفولة المبكرة يتقدم الطفل تقدماً ملحوظاً من اعتماده وعجزه السابقين إلى استقلال في الحركة وفي رعاية حاجاته البسيطة بنفسه وفي تطور سلوكه الاجتماعي ، وتعتبر مرحلة الطفولة المبكرة منتهية بصفة عامة في السنة السادسة أو السابعة.

وخلال هذه الفترة ، تعتبر الأسرة هي الوسط الذي ينمي فيه الطفل مهاراته الاجتماعية، ويتعلم السيطرة على سلوكه وفقاً للمعايير التي تفرض عليه ، واستحسان الآباء أو استهجانهم هو المرشد الأساسي ، والطريقة التي يستخدم بها الآباء هذا الاستحسان أو الاستهجان هي أحد المحتمات السلوكية الهامة في نمو الشخصية ، وبالتالي ، فإن المشكلات السلوكية التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة تشتمل على جانب ما من عملية التنشئة الاجتماعية ، ومن العوامل المسببة للسلوك الشاذ فيما بعد والتي يمكن إرجاعها إلى مرحلة الطفولة المبكرة هي: العلاقة بين الطفل والوالدين، السلطة والنظام ، التدريب على عملية الإخراج ، النمو الجنسي ، العدوان والكراهية ، العلاقة بالأشقاء ، والإحباطات الشديدة، وأي خبرات صادمة أخرى.

العلاقات بين الطفل والوالدين: من الممكن أن يصبح التطرف في السلوك في أي اتجاه بين الأب والطفل مصدراً للاضطراب الانفعالي والسلوك الشاذ فيما بعد ، وغالباً ما نرى الانحراف عن العلاقة الطبيعية بين الوالدين والطفل في صورة: إهمال أو حماية زائدة أو مشكلات الحياة الزوجية ، أو التصدع العائلي.

الإهمال: طالما أن الطفل يعتمد على والديه في تقديره لنفسه وللعالم الخارجي ، فإن أي إهمال من جانبهم سيؤدي إلى استجابة سلبية من جانبه ، ويصبح الإهمال القاسي المتطرف لمدة طويلة مصدراً أساسياً للشعور بانعدام الأمن ، وللتوافق المرضي فيما بعد، ويعتبر الإهمال الوالدي في صور متعددة: فقد يكون واضحاً وصریحاً ، أو لا شعورياً وخبثاً ، وقد نراه كنمط ثابت في سلوك الوالدين ، أو يختلف فيما بين الأب والأم، أو عند نفس الوالد من وقت لآخر وبطريقة غير ثابتة ، وقد يعبر عنه بالإنكار أو بالحرمان ، أو بالمضايقة أو النقد ، أو بالإصرار على مستويات من المستحيل الوصول إليها ، أو بتفضيل أخ على آخر ، أو الإهمال التام.

ولا تعتمد استجابة الطفل الفردية للإهمال على حقيقة كونه مهملاً فحسب ، بل أيضاً على أسلوب التعبير عن هذا الإهمال وشدته ، وعلى مزاج الطفل بطبيعة الحال ، فقد يخضع أو يتمرد ، ينسحب أو يهاجم ، ويتراوح السلوك الشاذ الناجم عن الإهمال الوالدي من مجرد أعراض سيكولوجية خفيفة إلى اضطرابات شخصية عنيفة.

الحماية الزائدة: عندما يمنع الآباء - شعورياً أو لا شعورياً - الطفل من أن ينمو مستقلاً سوياً في تفاعلاته مع البيئة ، فإن موقف الحماية الزائدة يعم حياة الطفل ، وقد نرى ذلك في صورة الأم التي تزيد من تدليل طفلها ، أو في السيطرة الباردة التي تفرض على الطفل ، والآباء الذين يفرضون حمايتهم على الطفل بصورة مفرطة ، إما أنهم يخضعون بذلة لكل مطلب من مطالب الطفل أو أنهم يفرضون بالعنف والاستبداد قيمهم وطموحهم ورغباتهم. وأحياناً ما تكون الحماية الزائدة للآباء حيلة يتغلبون بها على الشعور بالذنب الناجم عن إهمالهم اللاشعوري للطفل ، وقد تنبع كذلك من القلق الذي ينشأ عند الآباء من شعورهم بالعجز الشخصي ، أو من مشاكل أثناء حمل الطفل ، أو من فقدان سابق ، أو من أمراض خطيرة. وتعوق الحماية الزائدة محاولات الطفل لكي يختبر قواه في مواجهة ضغوط البيئة، وتجعله على غير استعداد لملاقاة الواقع خارج حياته المنزلية ، ويميل الأطفال الذين عانوا من الحماية الزائدة إلى تنمية شخصيات خاضعة أو قلقة وغير آمنة أو كثيرة المطالب.

وتؤدي الحماية الزائدة لمدة طويلة في المستقبل إلى أنماط من عدم الاتزان الانفعالي وقصور النضج ، وهؤلاء الأطفال الذين عانوا من الحماية الزائدة غالباً ما يستغلون العلاقات الإنسانية استغلالاً أنانياً ، وبالتالي لا يكونون على استعداد للزواج أو الأبوة.

الخلافات الزوجية والعائلات المتصدعة: إن دور الآباء في هئية بيئة للطفل تتسم بالحنان الوالدي، وفي إعطائه فرصة لكي يخبر السلطة والنظام في صورة مقبولة، وكذلك نظام القيم وتسهيل التوحد الذكري والأنثوي في شكل صحيح ، هذا الدور أساسي في نمو شخصية الطفل، وتوضح لنا الأدلة باستمرار أن النمو الصحيح لشخصية الطفل يأخذ مجراه بسهولة عندما يوجد الأب والأم في البيت. ففي ظل هذه الظروف يصبح الطفل أكثر قدرة على: الوصول إلى توافق ناضج صحي، يستطيع أن يتقبل فيه معايير المجتمع دون أن تسيطر عليه وتتحكم فيه ، إنشاء علاقات دافئة مع الآخرين دون أن يصبح معتمداً عليهم كل الاعتماد ، الحصول على الإشباع في العمل وفي اللعب ، أن يتعلم إشباع دوافعه في صورة مقبولة. ويستطيع الطفل أن يحس بدفته بكرامته الشخصية من خلال العلاقة المشبعة بينه وبين والديه في البيت.

وربما كانت الخلافات الزوجية وما يتبعها من انفصال أو طلاق هي أسوأ الظروف وأكثرها ضرراً التي تحد من النمو السوي للشخصية. فهذه الكراهية والانفعالية المضطربة التي يوجهها الطفل خلال هذه الحياة الزوجية يجعلان من الصعب عليه ، إن لم يكن من المستحيل في بعض الحالات ، أن يستخدم هذه العلاقات في تنمية علاقات

سوية فيما بعد ، فتكون توحده غير واضحة ، كما أنه يشعر بالقلق وانعدام الأمن ، وهنا يتكون أساس اضطرابات الشخصية أو السلوك.

إلا أن الخلافات الزوجية ليست هي العامل الوحيد الذي يستطيع أن يقلب بناء البيت فهناك ظروف خارجة عن إرادة الفرد يمكن أن تعوق النمو الصحيح ، ومن هذه الظروف: موت أحد الوالدين، أو غياب الوالدين ، أو أحدهما عن البيت لمدة طويلة نتيجة لمرض أو تأدية الخدمة العسكرية. وتعتمد درجة تأثر الطفل بهذا الاضطراب على توافقه السابق وعلى علاقاته الأخرى داخل البيت أو خارجه.

السلطة والنظام: تحتاج القدرة على التوافق بشكل ملائم مع المواقف الواقعية في حضارتنا إلى أن يتعلم الطفل تقبل السلطة ، وتعتمد الصورة التي سيبدو بها هذا التقبل للسلطة على علاقة الطفل بالأب والأم. فهو يبدأ حياته كفرد متمركز حول ذاته تماماً ولا يتأثر بشيء إلا بحاجاته ورغباته ، ويأتي شعوره بالحرمان من الحدود البسيطة التي تفرضها عليه عوامل الواقع المختلفة (مثلاً ، الانتظار الذي يحدث أحياناً قبل أن يأكل أو يستريح) ، وباضطراب النمو ، يتعلم أن مصادر بعض أوجه الحرمان هي رغبات الآباء لا الواقع الفيزيقي. ويتمثل هذا الموقف أول علاقة بالسلطة وبداية التنشئة الاجتماعية للطفل ، تلك العملية يمتص بها بالتدرج معايير المجتمع.

وعندما يضع الآباء معايير مناسبة لنضج الطفل ويلزمونه بها بطريقة حازمة ولكنها حنونة في نفس الوقت ، فإن الطفل يجد أنه من الممكن أن يتقبل متطلبات الواقع المفروض عليه ، ومن ناحية أخرى ، عندما يضع الآباء مستويات أكبر من طاقة الطفل، أو يفرضونها عليه بطريقة تعسفية جامدة فإن الطفل سوف يستجيب إما بالتمرد أو بالخضوع الزائد ، وعندما لا توضع له مستويات أو عندما تفرض عليه مستويات بطريقة غير ثابتة ، فإن الأمر يختلط على الطفل ، ولا تنمو لديه القدرة على تحمل الإحباط بشكل مناسب ، وفي النهاية يستحيل عليه أن يتوافق مع متطلبات النضج.

التدريب على عملية الإخراج: من المراحل الحرجة والحساسة في عملية التنشئة الاجتماعية للطفل هي نمو ضبط التبول والتبرز ، والمحاولات التي تبذل لفرض مستويات معينة للضبط والنظافة على الطفل قبل أن يكون مستعداً لها فيزيقياً وانفعالياً ، أحياناً ما تكون سبباً في الشعور المبكر بالعجز والخوف. ومن الممكن أن يؤدي الضغط المستمر في هذه الناحية من سلوك الطفل إلى مشكلات في الشخصية فيما بعد. ويهتم علماء التحليل النفسي بخاصة بعلاقة الطفل بالآباء في هذه المرحلة ، ويرجعون بعض السمات مثل الشقاوة والعناد والنظافة القهرية والنزعة إلى الترتيب إلى التدريب غير السليم على عملية الإخراج. وأحياناً ما يشكل تدريب الطفل على عادات سوية فيما يخص بالإخراج أولى علاقة حساسة بالسلطة بين الطفل والوالدين. وعادة ما تكون المبالغة في أهمية هذه العملية انعكاساً لقلق الأم نفسها فيما يختص بالنظافة أو لشعورها بالعجز في دورها كأم.

النمو الجنسي: تبدأ معرفة الطفل بالجنس مع وعيه بجسمه واكتشافه له ، ثم تزداد معرفته عندما يصبح واعياً بالفروق التشريحية بين الجنسين. وتؤثر استجابات الوالدين لهذا التعلم الجديد للطفل على اتجاهه الأساسي نحو الجنس ، والتصرف الصحيح للوالدين هو الاستعداد للإجابة عن أسئلة الطفل مباشرة وبحرية وموضوعية وعلى مستوى مناسب ، الأمر الذي يعطي الطفل فرصة لكي ينظم معرفته الجنسية كجزء طبيعي من خبرته التعليمية الكلية ، وأما الاستجابة الوالدية التي تبعث في الطفل مشاعر الخجل أو الذنب أو الغموض فمن الممكن أن تكون بداية المصاعب في طريق التقبل السليم للوظيفة الجنسية في الحياة ، وقد يؤدي التدليل المفرط من جانب الآباء إلى إثارة المناطق الشبقية من جسم الطفل وبالتالي يساعد على التكيف لهذا اللون من الإشباع. ومن ناحية أخرى ، فإن الإهمال العاطفي المستمر قد يدفع الطفل، إلى أن يتردد إلى إثارة نفسه كلون من ألوان الإشباع.

وخلال هذه المرحلة من الطفولة المبكرة تكون العلاقة الانفعالية بين الطفل وبين والده من الجنس الآخر شديدة. وهذه ما سماها فرويد بالعلاقة الأورديبية (أو الموقف الأوديبي) ، وهذا الموقف لا يتضمن الارتباط بالوالد من الجنس الآخر فحسب ، بل أيضاً شعور الحسد والتنافس ضد الوالد من نفس الجنس. وعندما توجد هذه العلاقة العنيفة تكون طريقة حلها حرجة بالنسبة للنمو الانفعالي المقبل ، وقد يكون للمواقف الجنسية الحميمة التي يلاحظها الطفل بين الوالدين تأثير صادم ؛ لأنه يفسر الموقف على أساس أنه تعبير عن عدوان وليس عن عاطفة. وحتى رؤية أجساد الآباء وهم عرايا في بعض الأحيان يسبب ضيقاً انفعالياً.

ويعتبر الاتجاه نحو الجنس الذي تكوّن في مرحلة الطفولة المبكرة هو الأساس الذي تركز عليه أبعاد هامة من شخصية البالغ ، مثل علاقاته بالجنس الآخر ، والقدرة على تبادل الحب والعاطفة ، والقدرة على القيام بأدوار ذكورية أو أنوثية في الحياة. والاتجاهات المعوجة هي أساس العديد من مشاكل الشخصية فيما بعد.

العدوان والكراهية: كلما نما الطفل وتعلم السيطرة على جهازه العضلي ، اكتشف قدرته على الاستجابة للبيئة بصورة عدوانية ، والشعور بالكراهية الذي يظهر نتيجة الإحباط أو الإهانات أو التهديدات قد يدفع الطفل إلى إظهار هذه القدرة العدوانية مباشرة وبوضوح. ونتائج تعبيره عن العدوان واستجاباته للخبرات واستجابة الأشخاص الآخرين ، كل ذلك له تأثير هام في عملية التعلم هذه ، وأخيراً في نمو الشخصية الكلية. وتساعد الخبرات المتكررة التي تحمل مشاعر الكراهية والتعبير عنها بالعدوان ، على تحديد أنماط الضبط التي ستنمو مع الفرد حتى حياته البالغة. ويجب أن نفهم الأطفال أن شعورهم بالكراهية طبيعي ومقبول ولكن الإفصاح عن هذه المشاعر بالعدوان يجب أن يضبط ، ويجب أن ترتبط درجة ضبط الدفعات العدوانية بمستوى عمر الطفل ، وكذلك بالموقف المثير للعدوان. فمثلاً ، نستطيع أن نتحمل من الطفل في سن ثلاث سنوات عدواناً أكثر من الطفل في سن سبع سنوات.

وعندما تميل استجابة الآباء للعدوان نحو التطرف في أي اتجاه ، فإننا نتوقع أن تنشأ مصاعب في توافق الشخصية ، فالطفل الذي نجعله يشعر بالقلق وبالذنب نحو كل شعور بالكراهية ، ونحو أي تعبير عن العدوان ، تنمو لديه أنماط من الضبط غير سليمة، فقد يتسبب شعوره بالذنب وخوفه من العقاب إلى كف وجبن شديدين. ولكن ، من الممكن أيضاً أن يؤدي الضبط الشديد الجامد من جانب الوالدين إلى سلوك شديد التمرد من جانب الطفل. وبالعكس ، ينشأ نمط آخر عندما يفشل الآباء في فرض أي ضبط على تعبير الطفل عن عدوانه ، حيث نجدهم يشجعون السلوك العدواني المستمر كصورة من صور التوافق ، ويعتبر الفشل في ضبط العدوان سبباً رئيسياً للأعراض المعجزة ، فكثير من علماء النفس يرون أن العدوان أهم مصادر الشعور بالذنب ، وبالإضافة إلى ذلك ، فمن الممكن أن يكون العدوان أساس الدائرة المفرغة التي تسير على النحو التالي: إحباط - عدوان - ذنب - قلق - إحباط أشد.

العلاقة بالأشقاء: على الرغم من أن علاقة الطفل بوالديه هي أهم العلاقات، إلا أن التفاعل مع الإخوة والأخوات يلعب دوراً هاماً في نمو الشخصية. فالمشكلة الأساسية في التوافق التي يتعرض لها الطفل هي أن الحب الوالدي يجب أن يقسم بالتساوي ، وهذا التقسيم الذي يفرض على الطفل، والذي لا بد يثير لديه مشاعر الغيرة والكراهية من الممكن أيضاً أن يهدد شعوره بالأمن. وتتلون توافق الطفل لمشكلة الأشقاء بعدد الأطفال في الأسرة ، وترتيب الطفل بين إخوته، وتوزيع العمر والجنس فيما بينهم ، وبأي فروق جسمية أو عقلية أو انفعالية تؤدي إلى شعور الطفل بالنقص أو بالسيطرة ، كما أن الدور الذي يتخذه الطفل داخل جماعة الأسرة يحدد أنماط توافقه في حياته الاجتماعية المقبلة.

وعلاوة على هذه العوامل التي ذكرناها ، فإن الطريقة التي ينظم بها الوالدان علاقات الأشقاء تحدد درجة تأثيرهما على شخصية الفرد ، فإحبابه تزيد من شعور الطفل بالغيرة أو بالكراهية تجاه الأخ الجبوب ، كما أن "استخدام الأخ ضد أخيه" شعورياً أو لا شعورياً يزيد من حدة المنافسة مع نتائج ضارة أحياناً.

ويجب أن ننظر إلى المنافسة بين الأشقاء - في حدود معقولة - باعتبارها خاصية سوية من خواص الصراع من أجل النمو والارتقاء ، إلا أن العلاقة التنافسية المستمرة والمبالغ فيها من الممكن أن تكون عاملاً أساسياً مسبباً للسلوك الشاذ في الطفولة، وقد يمتد أثره إلى الحياة البالغة ، ومن ثم ، فإن الكراهية العميقة المكتوبة تجاه الإخوة أو الأخوات تشكل المحور الأساسي للتعصب المرضي والسلوك التعويضي المتطرف والاكئاب الذي نراه في مجموعات مختلفة من الأعراض.

الإحباطات الشديدة والخبرات الصادمة: هناك فكرة شائعة عن السلوك الشاذ ، وهي أنه يجب ان نرجعه إلى خبرة صادمة معينة. وهذه النظرة تبسيط محل نراه شائعاً في المسرح أو السينما أو التلفزيون ، تلك العروض التي يجب أن تبسط فيها الأسباب وتختزل حتى يمكن عرضها في وقت قصير. إلا أن الدراسات التي أجريت على

حالات لا حصر لها توضح لنا أن تأثير أي خبرة صادمة على نمو الطفل إنما يتوقف دائماً على نمو الطفل وقت حدوث الصدمة. وتستطيع الصدمة النفسية - دون شك - أن تؤثر في نمو الشخصية ، وكلما كانت الخبرة عنيفة كان تأثيرها في إحداث المرض شديداً. ولكن ، حتى هذه النتيجة تتوقف على تفسير الطفل للخبرة الصادمة على أساس مشاعره الداخلية ، فموت الأب - مثلاً - يكون حرجاً إذا حدث في وقت يشعر فيه الطفل بكرهية شديدة تجاهه ، حينئذ قد يحمل نفسه لا شعورياً مسؤولية موته ، والطريقة التي يعالج بها الأشخاص المحيطين بالطفل هذه الخبرة تحدد مدى تأثير الصدمة ، فإذا تلقى الطفل العون بذكاء أثناء الخبرة ستكون قوة الصدمة أقل ، ولكنه إذا أعيق عن التعبير عن المشاعر الملائمة ووجد نفسه مضطراً لكتبتها ، فإن تأثير الصدمة سيكون بعيد المدى ، وقد يكون ضاراً.

والخبرات الصادمة الشائعة التي وجد أنها هامة في ظهور الاضطرابات الانفعالية هي: موت والد أو أخ ، عملية جراحية ، حادثة أو مريض شديد ، انفصال مفاجئ أو مستمر عن الوالدين ، إحباطات مستديمة أو شديدة والحرمان من الحاجات الفيزيائية الأساسية ، كذلك تعبر نظرية التحليل النفسي أهمية خاصة إلى أثر الخبرات الجنسية الصادمة في إحداث السلوك الشاذ.

الطفولة المتأخرة: تبدأ مرحلة الطفولة المتأخرة عادة خلال السنة السادسة أو السابعة من الحياة ، أي أنها تبدأ مع بداية دخول الطفل المدرسة ، وهي مرحلة تتسم بنمو جسمي عنيف ، وبظهور قدرات عقلية ذات دلالة ، ويوسع الطفل - خلال الطفولة المتأخرة - مجال نشاطه الاجتماعي خارج دائرة الأسرة. وتقع المجالات الحرجة للتوافق في ثلاثة فئات: النمو الجسمي والتوافق المدرسي، والتنشئة الاجتماعية.

النمو الجسمي: تتسبب النقائص الجسمية والتشوهات والاختلافات العنيفة في مظاهر النمو في مشكلات توافقية شديدة للطفل في هذه الفترة من حياته ، فهذه القيود تحد من حركته الحرة نحو المشاركة الجماعية ، وخاصة أنه يصبح من الصعب على الأسرة في هذه المرحلة أن تفهمه أو أن تقدم له العون ، بل يكون من الصعب عليه هو أن يحصل على عون الأسرة وهو يتحرك خارجها في المجتمع. ونحن نعرف أن الأطفال ميالون بطبيعتهم دائماً للتشهير بقسوة بالعيوب الجسمية للأطفال الآخرين. ومن ثم ، فإن قدرة الطفل على أن يتوافق مع مشكلات من هذا النوع تعتمد على الشعور بالأمن الذي حصله في محيط الأسرة.

إلا أن النقائص الجسمية والتشوهات ومشكلات النمو ، لا تسبب في حد ذاتها الاضطراب الانفعالي ، فالتكيف المرضي يأتي من اتجاهات الطفل ومن حكمه على صورة جسمه ؛ وكلاهما يتأثر إلى حد كبير باستجابات الناس في بيئته. ويعتبر التعويض من التوافقات الشائعة للنقائص الجسمية ، الذي نراه في نمو مفرط لقدرة معينة (ربما قدرة غير جسمية) أو في ظهور اتجاه بالاستخفاف أو حتى الانزلاق إلى الجناح وانحرافات السلوك الأخرى.

التوافق المدرسي: يعني الذهاب إلى المدرسة الانفصال عن الوالدين، والخضوع لنظم وضعتها جماعات غير الأسرة، والمشاركة في نشاطات الجماعة، وكلها مصادر فعالة في الضغط على الطفل، ومعالجة الآباء والمدرسين هذه المتطلبات من الممكن أن تجعل خبرة المدرسة إيجابية وصحية أو تجعلها حجرة عثرة في نمو شخصية الطفل. والخبرات الشائعة الخطيرة بالنسبة للنمو السوي للطفل في محيط المدرسة هي: الضغط الزائد لكي يتغلب على مقاومته للانفصال في البيت، ووضع مستويات للتحصيل تفوق قدرته، وممارسة التهديد والعنف لكي نجعل الطفل يسلك بطريقة معينة، ونقده أو توبيخه على تحصيله أو على سلوكه الاجتماعي، والحماية الوالدية الزائدة التي تعوق نمو استقلال الطفل.

وقليل من مشكلات التوافق المدرسية يرجع إلى موقف المدرسة فقط، ذلك لأن هذه المشكلات ترجع في أساسها إلى سنوات ما قبل المدرسة ثم جاءت ضغوط الموقف المدرسي فساعدتها على الظهور، ولصعوبات القراءة والحساب أهمية خاصة (نظراً لتأثيرها على إمكانيات الطفل لكي يشق طريقه في الحياة كشخص ناضج)، وأحياناً ما تكون هذه الصعوبات أعراضاً تعبر عن اضطراب في الشخصية، وفي حالات أخرى يكون الفشل المدرسي سبباً في اضطراب الشخصية نظراً للضغط المتزايد على كاهل الطفل خلال سنى المدرسة.

التنشئة الاجتماعية: باستمرار نمو الطفل في سنوات الطفولة المتأخرة، يبدأ عادة في الارتباطات بالجماعات ويجد مكاناً لنفسه بين أقرانه. ويبدأ خلال عملية التنشئة الاجتماعية - في أن يفرق بين أدوار الذكر والأنثى، وفي اختبار قدراته بالقياس إلى قدرات زملائه، وفي تعلم مهارات اجتماعية أساسية. ومن الممكن أن يصبح أي شيء يعوق هذه العملية مصدراً للضغط والاضطراب الشخصية. فمثلاً، الطالبات الكثيرة التي تستهلك وقت الطفل مثل الأعمال المنزلية الثقيلة أو غير ذلك من الأعمال التي تحد من سلوكه الاجتماعي من الممكن أن تؤثر بشكل خطير على نموه الاجتماعي، وتخلق فيه شعوراً دائماً بالاستياء. ومن العوامل المدمرة كذلك: فرض العزلة على الطفل، والقيود الشديدة على سلوكه، وإصرار الآباء على أن يشارك الطفل في نشاطات تبعث السرور في نفوسهم هم أكثر مما تبعثه في نفسه هو.

والأطفال الذين يأتون إلى هذه الفترة من حياتهم وهم يشعرون بالخجل أو الكف أو العجز، يعانون مشكلات صعبة في توافقهم، تماماً كأولئك الأطفال المرفهين الذين أصبحوا متمركزين حول أنفسهم. وتستطيع خبرات الجماعة الناجحة والمشبعة أن تظهر الطفل الخجول أو الذي يعاني من الكف، كما أنها تستطيع أيضاً أن تكبح جماح الطفل المتمركز حول نفسه والذي يطلب الكثير، إلا أن الخبرات الاجتماعية للطفل لا يمكن تخطيطها ولا يسهل الإشراف عليها، وبالتالي، فإن مشكلاته التي يحملها معه إلى داخل الجماعة قد تزداد حدة بطرده أو بالسخرية منه أو الاعتداء عليه.

النشاط (٦ / ٢)

عزيزي المتدرب :



بالتعاون مع زملائك في المجموعة ، حدد العوامل البيولوجية المفسرة للشخصية في مرحلة المراهقة و البلوغ المبكر .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

العوامل البيولوجية المفسرة للشخصية في مرحلة المراهقة و البلوغ المبكر

٦/٢

المراهقة: تتسم مرحلة المراهقة بظهور سلسلة من التغيرات الفسيولوجية الهامة التي تقرب الفرد من النضج البيولوجي والجسمي ، وتحدث هذه التغيرات عند البنات في مرحلة مبكرة (في بعض الأحيان في التاسعة أو في العاشرة) ، ولا تحدث عند الأولاد قبل سن الثانية عشرة ، وهذه التغيرات عند البنات هي نمو الثديين ، وطبقة من الدهون تحت الجلد ، والدورة الشهرية ، وعند الأولاد نمو الهيكل العضلي ، وخشونة الصوت ، ونمو اللحية. وفي هذه المرحلة يقترّب الفرد من النضج الجنسي البيولوجي ويصل إليه كل من الولد والبنات ، وتشكل استجابة الفرد لهذه التغيرات وللدفعات الجنسية الناشئة آنذاك أحد المصادر الأساسية للاضطراب النفسي عند المراهق. وتظهر - مع التغيرات البيولوجية الأساسية - تغيرات بيولوجية عديدة مثل نمو الاستقلال عن الروابط الأسرية وظهور الاهتمامات الاجتماعية بالجنس الآخر ، والشعور بالإحباط عند عتبة النضج ، ونمو الاهتمامات المهنية والطموح المهني.

التغيرات البيولوجية: تتكامل التغيرات البيولوجية الأساسية التي تحدث إبان المراهقة في نضج كل فرد ، وأما تأثيرها في تسبب اضطرابات الشخصية فيكمن في توقيتها وفي نتائجها وفي

استجابة الفرد لها، لا في التغيرات ذاتها ، فالطفل الذي ينضج مبكراً ، أحياناً ما يشعر بالخجل أو الذنب نتيجة لظهور هذه التغيرات ، وعلى الأخص إذا كان هو أو هي غير معد لفهم معناها ، ومن ناحية أخرى ؛ يشعر الطفل الذي ينضج متأخراً بالعجز عندما يأتي بعد أقرانه في هذا المجال. ويؤدي جهل الآباء أو عدم رغبتهم في مناقشة هذه التغيرات بذكاء وموضوعية مع الطفل إلى زيادة مشكلاته ، ونظراً لأن حضارتنا تضع قيوداً شديدة على الإشباع المبكر للحاجات الجنسية ، فإن ظهور النضج الجنسي البيولوجي في المراهق يحتاج إلى فهم حساس.

وينشغل المراهق بكفاءة جسمه ومظهره الجسمي، وهي عامل هام في نموه، وفي الحفاظ على تقديره لذاته وفي علاقاته الاجتماعية الجيدة ، وتؤدي المعالجة السيئة لمشكلات التغيرات الجسمية في هذه الفترة من الحياة إلى أنماط من التعويض الزائد فيما بعد ، أو إلى توافق اجتماعي وجنسي قاصر.

التغيرات السيكولوجية: تعمل مرحلة المراهقة في مجتمعنا على اختبار قدرة الفرد على العمل في دور الرجل أو المرأة وعلى إظهار المهارات في الدور المناسب ، ويكمن جزء من هذه القدرة في التغيرات الجسمية التي شرحناها آنفاً ، ولكن الجزء الأكبر منها يكمن في التوافق النفسي الذي وصل إليه الفرد.

وتصبح مشكلات الفرد معقدة في هذه الفترة من حياته ، ذلك لأنه وهو يقترب من النضج بمسئوليته المتعددة ، نتوقع منه أن يظهر استقلالاً وتأكيداً لذاته ، ولكنه يظهر هذه السمات في ظل السيطرة المستمرة للأسرة ، ومن مشاكل المراهقة الشائعة ، الصراع مع السلطة الذي يصل في بعض الأحيان إلى مستوى التمرد من وجهة نظر الآباء ، وعندما يسمح للمراهق بالاستقلال مبكراً وفي صورة تامة ، أو عندما يمنع هذا الاستقلال ويقيد بشدة فإن مشكلات التوافق التي تؤثر على الشخصية تظهر في الحالة.

واهتمام المراهق باختبار قدراته ، يؤدي إلى انشغاله بنفسه ، وأحياناً ما يظهر هذا الاهتمام بالنفس في صورة أنانية أو عزلة أو انطواء ، ويتيح الجو الأسري المتفهم للمراهق وإعطائه فرصة الحياة الاجتماعية مع أقرانه فرصة التغلب على تمرّكه حول ذاته ، ولكنه عندما

يفتقر إلى هذا الجو الملائم ، فإن التمرکز حول الذات يستمر معه ، وربما يصبح جوهر شخصيته فيما بعد .

وعلى ذلك ، فإن الحل النهائي لعملية اختبار الذات يمكن في الوصول إلى توافقات اجتماعية غيرية وجنسية ومهنية ، ويواجه المراهق إحباطات في كل ميدان من هذه الميادين ، ولكنه يصل بالتدریج إلى خبرات تتلاءم ومستوى نضجه ، وفي النهاية مع اكتمال نضجه وازدياد ثقته بنفسه يستطيع تحمل المسؤولية حتى يصل إلى توافق مشبع في كل ميدان منها .

والعوامل التي تعوق التوافق الجنسي والاجتماعي الغيري المناسب هي: النمو الفيزيقي المتأخر، والقيود الشديدة من جانب الوالدين، والشعور العام بالعجز ، كما أن التقدم في التوافق المهني قد يعرقله التوجيه غير السليم، أو الخبرات التعليمية أو العملية الضيقة، أو تدخل الآباء، أو عدم وجود الاهتمام الكافي من جانب المراهق، أو عدم وجود تشجيع من جانب الوالدين ، أو عدم رغبته شخصياً في تحمل مسؤوليات النضج .

البلوغ المبكر: مع انتهاء المراهقة ، نعتبر أن عملية نمو الفرد قد اكتملت ، وينظر المجتمع إلى الفرد حينئذ باعتباره شخصاً ناضجاً ، إلا أن اعتماد المراهق على غيره عند معظم المستويات في المجتمع الأمريكي - يستمر إلى ما بعد العشرين ، نظراً للمحافظة على الروابط الأسرية الانفعالية، وكذلك للسنوات الطويلة في التعليم التي تحتاجها التخصصات المهنية المختلفة ، وعلى العموم ، فنحن نعتبر الفرد بالغاً عندما يتحمل مسؤولياته في تكوين أسرته هو ويصبح قادراً على حماية استقلالها ، كما أن هناك محكاً أساسياً آخر للبلوغ وهو التوافق المهني المثمر .

وعلى الرغم من أن البالغ يواجه في مستهل بلوغه عدداً من الأزمات التي تؤثر في نمو شخصيته ، إلا أن هذه الخبرات لا تشكل أسباباً رئيسية في السلوك الشاذ إلا في بعض الحالات النادرة ، وهذه الأزمات في معظمها ثانوية أو هي أسباب مساعدة في اضطرابات الشخصية الموجودة من قبل ، والفرد الذي يصل إلى مرحلة البلوغ مع شعور بالأمن والثقة في قدراته ، قد يعاني قلقاً أو اضطراباً في وقت أزمة ، ولكنه في النهاية يواجهها بشكل واقعي ويستطيع أن يتوافق بكفاية ، ومن ناحية أخرى ، فإن البالغ الذي عانى في طفولته أو مراهقته من انعدام الأمن

أو أية اضطرابات شخصية أخرى ، عندما يواجه نفس هذه الأزمات فإنها تدفع بأحد اضطرابات الشخصية إلى الظهور، مثل الاكتئاب، أو القلق المستمر أو اضطراب سيكوسوماتي.

الحب والزواج والأبوة: يعتمد التوافق لمشكلات الحب والزواج - إلى حد كبير - على العلاقات المتبادلة مع الغير في حياة الفرد السابقة ، والعلاقة بالصور الوالدية لها أهمية خاصة في هذا الصدد ، فأسلوب الفرد في قيامه بدوره الجنسي، وبخاصة في هذا الدور، وعلاقته بالجنس الآخر إنما هو نمو مباشر لتوحده أو لتوحيدها بالوالد من نفس الجنس، ولعلاقته بالوالد من الجنس الآخر ، وتوضح لنا معظم الدراسات أن العامل الوحيد الذي يمكن أن يبيننا بنجاح الحب والزواج هو مدى السعادة الزوجية التي عاش فيها الآباء.

والواقع أن الزواج اختبار للنضج وللاتزان الانفعالي ، ففي الزواج السعيد يتقاسم شخصان الحب والعاطفة بحس آمن وخلاق ، ويواجهان المشاكل العادية في حياتهم بأسلوب واقعي مرن وفهم متبادل ، وأما الزواج غير السعيد فيجب أن نعتبره عرضاً لضعف الشخصية في الزوجين ، وعلى هذا فالزواج ليس سبباً في السلوك الشاذ بقدر ما هو حل لمشكلات الفرد ، إلا أن الزواج غير السعيد يستطيع أن يزيد من اضطرابات الشخصية الكامنة ويكشفها.

وتشير الإحصائيات في الولايات المتحدة إلى أن زيجة من كل أربع زيجات تنتهي بالطلاق ، وأن ثلث الزيجات الباقية غير سعيدة ، وتكشف هذه عن مدى انتشار الاضطراب الانفعالي، وتندر باتساع الاضطراب بين الأطفال الذين تنجبهم هذه الزيجات. والعوامل الأساسية التي تكمن خلف التوافق المرضي هي: الحرمان الانفعالي في الطفولة ، والأسر المتصدعة ، والإعداد القاصر لمطالب الزواج الفيزيائية والانفعالية ، وكذلك لمسئولياته الاقتصادية والاجتماعية ، ويجب أن نضيف إلى ذلك مشاكل الحرب وتزايد عدد الأمهات العاملات ، والضغط الاقتصادي المختلفة، والخيرة والخوف الذين يسودان حياة الناس في العصر الذري.

وتظهر النعاسة الزوجية في صور من انعدام التوافق مثل: ظهور اضطرابات سيكوسوماتية، واكتئاب، وقلق، وخيانات زوجية، وإدمان للكحول، والمعاملة القاسية للأطفال. ومن العوامل الأخرى التي تعقد الحياة الزوجية وتؤدي إلى الضغط الانفعالي: العجز عن إنجاب

الأطفال ، والخوف ، ومشاعر الذنب اللذان يتعلقان بالعلاقة الزوجية ، والحمل ، ومسئوليات الأبوة ، وفروق الزوج والزوجة ، وتدخل أهل الزوج ، أو أهل الزوجة ، وانعدام الأمن من الناحية المالية ، ويمكن الزوجين من معالجة المشكلات اليومية بمزيد من الفعالية ، ويدعم وحدة الأسرة ، تلك الوحدة التي تؤمن النمو السعيد لأطفالها .

التوافق المهني: إن الطبيعة التكنولوجية المعقدة والمتغيرة لمجتمعنا ، تجعل مشكلة اختيار المهنة بالنسبة للشباب البالغين مشكلة صعبة ، وعلى العموم فاختيار العمل في مجتمعنا يتم عن طريقين: إما أن يتطلع الفرد الذي أنهى دراسته الثانوية (أو لم يكملها) إلى عمل يعد وسيلة للعبء الاقتصادي ، وإما أن يخطط الفرد إلى إعداد نفسه لمهنة خاصة ، ويبدأ في التدريب والدراسة لكي يؤهل نفسه لها ، وعندما يرغب الباحث عن عمل في أن يجرب عدة أعمال وينتقل من عمل إلى آخر في المراحل الأولى من توافقه حتى يجد عملاً يتناسب مع اهتماماته وقدراته ، فمن الممكن أن يتحقق التوافق الجيد ، وأما في حالة اختيار عمل على أساس الصدفة وعندما تكون فرصة تغيير العمل ضيقة نتيجة لازدياد المسؤولية المالية (زواج مبكرة أو إعالة الوالدين ... الخ) ، فإن النتيجة قد تكون عدم الإشباع والفشل في استخدام كل إمكانياته والشعور بالنقص وبالذنب ، ويصبح استمرار عدم الارتياح في عمل من هذا النوع محوراً لاضطرابات الشخصية ، وغالباً ما يرتبط التغيب عن العمل والحوادث والأعراض الفيزيائية والتوتر العائلي بالتوافق الفاشل في العمل .

وعندما يختار الفرد مهنته بذكاء ، على اعتبار أن هناك فرصاً عديدة له في هذا المجال ، فإن توافقه المهني سوف يمكنه من أن يحس بالإشباع الشخصي وبتحقيق ذاته ، وأحياناً ما يساعد الإرشاد النفسي والاختبارات السيكولوجية على هذا الاختيار ، ولكن إذا كان الاختيار مفروضاً على الفرد بمطالب الوالدين ، أو إذا بنى هذا الاختيار على أساس حيل تعويضية عصابية ، فإن التوافق المهني اللاحق سيكون ضعيفاً ، كما سيكون اضطراب الشخصية النهائية المحتملة ، ويستطيع التوافق المهني المشبع أن يكون مصدراً للأمن والقوة ، ويعوض أية عوامل أخرى قد تهدد الشخصية ، كما يستطيع التوافق المهني الضعيف أن يكون مصدراً مستمراً للإحباط والعامل المساعد لانهايار الشخصية .

جماعي

العوامل السيكولوجية المفسرة للشخصية في مرحلة متوسط العمر

النشاط (٦/٣)

عزيزي المتدرب :



بالتعاون مع زملائك في المجموعة ، حدد العوامل السيكولوجية المفسرة للشخصية في

مرحلة متوسط العمر و الكبر .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

العوامل السيكولوجية المفسرة للشخصية في مرحلة متوسط العمر و الكبر

٦/٣

متوسط العمر: على الرغم من أنه من الصعب أن نحدد هذه الفترة على أساس السنين ،



ونستطيع أن نسميها "بالبلوغ المتأخر" ، فمن المفروض أنها تمتد من الوقت الذي تصبح فيه

مكانة الفرد الزوجية والاجتماعية والمهنية ثابتة إلى حد ما حتى فترة سن اليأس ، وهذه الفترة من الحياة هي

التي نرى فيها أعلى درجات التعبير الواضح عن الأمراض النفسية والعقلية ، ويؤيد ذلك توزيع الأعمار في

مجموع المرضى نزلاء المستشفيات وإحصاءات العيادات النفسية ، ولكننا لا نستطيع أن نقول أن

الاضطرابات التي تظهر في هذا العمر المتوسط لها أسبابها التي ترجع إلى الوضع البيولوجي أو السيكولوجي

لهذه الفترة من الحياة ، بل إن التغيرات التي تحدث في هذا الوقت تمكن الاضطرابات الكامنة من الظهور في

شكل مرض واضح.

والمبادئ الأساسية للتوافق التي يجب أن يواجهها الفرد في مرحلة العمر المتوسط هي: الاضمحلال

في القوة الجسمية ، والتغير في تجمع الأسرة، وتضييق إمكانية تغيير المستقبل ، وسن اليأس أو انقطاع الحيض.

اضمحلال النشاط الجسمي: يزداد وقوع الفرد فريسة الأمراض الفيزيائية خلال فترة العمل

المتوسط، وتقل قدرته على تحمل الضغط الفيزيقي ، كذلك تضمحل القدرة الجنسية ، ويجد الفرد نفسه مجبراً

على أن يعي بهذا الاضمحلال الفيزيقي التدريجي ، وتعتمد كيفية استجابته لهذه التغيرات على توافقه
السيكولوجي السابق ، وقد تكون الاستجابة أكثر إيلاماً من التغير ذاته.

التغير في تجمع الأسرة: بوصول الفرد إلى مرحلة العمر المتوسط يصبح الآباء والأقرباء كبار السن
أكثر اعتماداً عليه أو قد توافيهم المنية ، ويكبر الأطفال ويتزوجون ويتركون البيت ، كما يكبر الإخوة
والأخوات كذلك ويستقرون في أماكن نائية ، هذه التغيرات ، تهمز الجذور العائلية التي نبع منها الإحساس
الأصلي بالأمن ، ويستجيب الشخص الذي لم يحصل على أمن شخصي خلال توافقاته السابقة لهذه التغيرات
بالمريض النفسي.

تضييق إمكانية تغيير المستقبل: عادة ما يصبح نمط الحياة خلال هذه الفترة ثابتاً، فلا تصبح هناك إلا
فرص ضئيلة للتغير ، ويصبح الفرد في هذه المرحلة من عمره واعياً بأنه قد وضع في طريق معين لحياته ، فإذا
كان غير راض بوضعه ، فسوف يشعر دائماً بأنه لن يستطيع أن يفعل شيئاً ، ومهما كانت توقعاته بالنسبة
للمستقبل فإنها لن تعوض هذه التعاسة الحالية ، وسوف يشعر الفرد بأنه قد وضع في مصيدة ، وتعتبر هذه
الاتجاهات عوامل هامة دافعة إلى المرض النفسي.

سن اليأس وانقطاع الحيض: ونشير إلى هذه السن باعتباره "تغير الحياة"، فخلال النصف الأخير من
العمر المتوسط يفقد الفرد القدرة على الإنجاب نتيجة لتغيرات معينة في الغدد الجنسية ، ويستمر الدافع
الجنسي والقدرة على إقامة علاقات جنسية مشبعة ولكن في قوة متداعية ، وهذه التغيرات التي تكون
مصحوبة بتكيف واسع في الجهاز الغددي ، تكون أشد إيلاماً للأنثى طالما أنها تؤدي إلى التوقف التدريجي في
نشاط الحيض ، وتكون الاستجابة لهذه التغيرات - عند بعض النساء - متطرفة ، وقد تتسم بالاكئاب الحاد
مع هياج وقلق وشعور عام بالذنب والدونية ، كما قد توجد محاولات للانتحار ، ويسمى هذا النوع من
الاستجابة بالسواد الانتكاسي ، ومن التغيرات التي نجدها في هذه المرحلة ، فقدان تقدير الذات ، والشعور
بالحقارة وبالتشاؤم وفقدان الطاقة وظهور اضطرابات سيكوسوماتية ، إلا أن استجابة معظم الأفراد لهذه
التغيرات الانتكاسية تكون مؤقتة وغير مؤلمة ، ويؤدي جهل الأسرة بأسباب هذه التغيرات السيكولوجية
عند الشخص المغموم إلى تضخيم المشكلة وإلى تمزيق العلاقات الأسرية السوية السابقة.

الكبر: لا يمكن أن تحدد فترة الكبر بوضوح نظراً للتباين الفردي الواسع ، وتؤثر الاتجاهات السابقة
والقدرة الجسمية على التوافق خلال السنوات الأخيرة من الحياة ، والمشكلات والأسباب الرئيسية التي
تؤدي إلى اضطرابات الشخصية في الكبر هي: القيود الفيزيائية الشديدة ، والاعتماد على الغير ، والشعور
المتزايد بعدم النفع والشعور بالعزلة.

القيود الفيزيائية الشديدة: قد يصاب الفرد - مع الكبر - بفقدان الدقة الحسية ، وخاصة في مجالات
السمع والبصر وبضعف الحركة ، وقد ينتج العجز ، في الوظائف السيكولوجية مثل: ضعف الذاكرة

، والقدرة الهزيلة على التعلم عن تغيرات في أنسجة المخ، وتمز هذه التغيرات إحساس الفرد بالأمن، وتزيد من شعوره بالعجز ، وقد يؤدي فقدان الدقة الحسية الذي يجد من وعي الفرد بما يحيط به إلى شعور بالشك وبالحرمان ، وقد تؤدي التغيرات اللحائية العنيفة إلى سلوك ذهاني.

الاعتماد على الغير: توجد في هذه المرحلة من الحياة حالات قهرية من الاعتماد الاقتصادي والاجتماعي والفيزيقي ، وقد تزداد هذه الحالات تعقيداً بالشعور بالإهمال ، الأمر الذي يؤدي إلى استخدام أساليب طفولية تتبدى لنا في صورة الغضب ومحاوله جذب الانتباه ، والسلوك بطريقة معاكسة لما هو مطلوب .
الشعور المتزايد بعدم النفع: تقلل هذه الفترة - عند كل من الذكور والإناث - ميادين الحياة التي يستطيع فيها الفرد أن يفيد الآخرين ، حيث تنتهي مسئوليات الأسرة والعمل ، فينشأ عند الفرد شعور بالفراغ وبقلة النفع، إن لم توجد نشاطات غير مهنية في صورة هوايات أو مسئوليات خفيفة (مثل رعاية الأطفال) ، وقد "يموت" الفرد سيكولوجياً ، بل حتى فيزيقياً ، لأنه لم يتبقى له ما يفعله.

الشعور بالعزلة: هناك عوامل تؤدي إلى عزل الشخص المسن عن ميدان العلاقات الاجتماعية ، مثل فقدان أصدقاء العمر، والحركة المقيدة، والدخل المحدود ، وإذا كانت حياته خالية من الأعمال الثقافية أو إذا كان لا يستطيع أن يلجأ إلى القراءة أو إلى أية هواية فسوف يصعب عليه تماماً أن يصل إلى توافق انفعالي فعال .



١ - الحالة الجسمية:

قد تكون الحالة الجسمية عاملاً في تقرير الحدود التي يمكن أن تصل إليها المحاولات العلاجية ، ولذلك فإن إجراء فحص طبي قد يكون ضرورياً لتقرير إمكان وجود أي اضطراب عضوي ومدى ونوع تأثيره في المرض ، وحتى في الحالات التي لا تؤثر فيها العوامل العضوية تأثيراً مباشراً في الحالة العقلية ، فإن سوء الحالة الجسمية أو أزمانها قد تشكل عائقاً خطيراً في تقدم العلاج النفسي.

٢ - بيئة المرض:

قد تكون التعديلات الممكنة إحداثها في بيئة المريض من العوامل الهامة التي تحد من تأثير العلاج ، وذلك إذا اضطرب المريض للمعيشة في بيئة لا يشعر فيها بالأمن ، أو إذا لم يكن هناك طريق لتحسين العلاقات العائلية أو الزواج غير موفق ، أو تذييل الصعوبات المالية ، أو تعذر العثور على عمل مناسب ، أو تحسين علاقات العمل ، وبينما قد يكون من الممكن إحداث بعض التغيير في أولئك الذين يتعين على العميل العيش معهم ، إلا أن إحداث التغيير في البيئة كلها يكون عادة أمراً متعذراً ، وفي هذه الحالات تكون الدلالات التنبؤية سيئة، وبخاصة إذا كان لهذه المتغيرات التنبؤية دورها في نشأة وتطور المرض أو المشكلة. وقد يتطلب الأمر أحياناً تغيير بيئة المريض إذا سمحت الظروف بذلك وإذا قدر أن يكون لمثل هذه الإجراءات تأثير علاجي طيب.

٣ - عمر المريض:

وله أهميته في تقرير إمكانيات العلاج ، وقد وجد في العلاج عن طريق التحليل النفسي الكلاسيكي أن المرضى بعد أواخر الأربعين لا يستجيبون استجابة طيبة للعلاج ، وذلك لأن الطريقة تتطلب الرجوع إلى الماضي البعيد ، وعلى ذلك يتسع مدى ما يتعين فحصه من مادة سيكولوجية.

وفي كل طرق العلاج يتطلب الأمر تغييراً وتعلماً جديدين ، وحيث إن الشباب وصغار الراشدين يسهل عليهم إحداث التغيير وتعلم الجديد ، فإن صغر السن من العوامل التي تحسن التنبؤ ، ولا يعني ذلك أن كبار السن من الناس يتعذر علاجهم ، ولكنه يعني فقط أن التنبؤ يكون أحسن لمن هم أصغر سناً حيث إنهم أكثر قابلية للتغيير، هذا إذا تساوت الظروف بالطبع ، والأطفال الصغار يتأثرون تأثيراً كبيراً ببيئتهم القريبة وبخاصة البيئة العائلية ، ومن ثم فإنه في كثير من الأحيان يتعين علاج الطفل والبيئة في وقت واحد ، وقد يتضمن ذلك علاج الوالدين أو نقل الطفل إلى بيئة أنسب له.

٤ - الذكاء والتعليم:

يجب أن ندخل في اعتبارنا ذكاء المريض وتعليمه في تقييمنا قابليته للعلاج ، ولا يعني ذلك أنه كلما ارتفع الذكاء والمستوى التعليمي تحسن التنبؤ ، إلا أنه بالنظر إلى أن الكثير من العلاج يتضمن استخدام اللغة ، فإن أدنى حد من القدرة على استعمال اللغة والاستجابة لها يكون ضرورياً ، ومن ناحية أخرى فإن

الأشخاص من محدودى الذكاء قد يمكن مساعدتهم في العلاج عن طريق إظهار العطف والطمأنة ، ويمكن القول بعامة أنه بقدر ما يكون لدى المريض من أسباب الحياة ودواعيها بقدر ما يكون التنبؤ جيداً ، فالصحة الجسمية والقوة والجمال والذكاء والتعليم والاستعدادات الخاصة والمركز الاجتماعي والثروة والمهنة والعلاقات العائلية الجيدة ، كل هذه على العموم من شأنها تيسير الاستجابة للعلاج ، إلا أن هذه العوامل رغم ذلك يجب أن تقيم من حيث معناها في نظر المريض ، وهذا المعنى الشخصي هو المهم ، وفي كل حل حالة تتفاوت هذه العوامل في معناها وفي أهميتها فتفاوت حاجات المريض وظروفه.

٥ - القابلية للمواءمة:

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

٦ - ظروف الاضطراب:

إذا تركز الصراع الذي يواجهه الفرد في مجال واحد ، فإن فرصته للاستفادة من العلاج تكون أحسن من الفرصة المتاحة لغيره ، كما أنه من المهم معرفة الظروف التي نشأ فيها الاضطراب ومداه ودرجه التكيف الناجح في أوقات الصحة ، فمثلاً إذا كانت ظروف الشخص مناسبة ، وكان تكيفه رغم ذلك ضعيفاً ، فإن التنبؤ لن يكون مشجعاً ، وكذلك فإن المريض الذي يبدأ اضطرابه في مرحلة مبكرة ، ويلزمه هذا الاضطراب بصورة مستمرة ، يغلب أن تتكون لديه عادات وأساليب استجابية يصعب تغييرها ، كما يصعب تعليم المريض نفسه أساليب جديدة ، ويشير استمرار الاضطراب إلى أن دوافعه قوية ، وهذه علامات تنبؤية سيئة.

٧ - قوة الدافع إلى طلب العلاج:

يكون التنبؤ أحسن في حالة المريض الذي يتوفر لديه دافع قوى لتحسين حالته ، فينشد العلاج بنفسه بدلاً من أن يدفع إلى ذلك دفعاً ، وبالمثل فإن الاستعداد والعزم على التضحية للحصول على العلاج ، يكون علامة تنبؤية طيبة.

٨ - تأثير الأعراض:

وهو تأثير يمتد إلى كل من الدافع عند المريض إلى العلاج وإلى فرص النجاح أمام المعالج ، فمثلاً إذا تلقى المريض بالشلل الهستيرى تعويضاً مالياً عن مرضه ، فقد يقل عنده الدافع للعلاج.

النشاط (٧/٢)



أصبحت المقابلة في العصر الحديث أداة بارزة من أدوات البحث العلمي ، وقد ظهرت كأسلوب هام في ميادين عديدة ، كالطب ، والصحافة ، والمحاماة ، وإدارة الأعمال والأنثروبولوجيا ، والاجتماع والخدمة الاجتماعية ، وبشكل خاص في مجالات التشخيص و العلاج النفسي .

المقابلة هي أداة هامة ويمكن أن تكون من أهم الأدوات في دراسة الحالة ، وأجمل ما فيها أنها ممكن أن تعكس كل خبرات و مهارات التواصل .



عزيزي المتدرب :

بالتعاون مع زملائك في المجموعة ، اكتب تعريفاً للمقابلة موضحاً عناصرها الرئيسية؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

تعريف المقابلة

٧/٢

المقابلة :

تعريفها: هي عبارة عن موقف تفاعلي: علاقة دينامية ،وتفاعل بين شخصين أو أكثر، تتم وفق غرض محدد ولتحقيق أهداف محددة.

ما معنى الهدف؟ التخطيط المسبق لتحقيق أمر ما .مثاله عندما تخطط لمقابلة شخص ، لا أن تقابله صدفة . ما معنى دينامية؟ تبادل لفظي يمكن أن يتم من خلال الهاتف، لكن أهم شيء التعابير الوجيهة، الوقفات .. الحركات، فهذه تمنح الدور الايجابي للقائم بالملاحظة، يستقرئ ملامح و تعبيرات الحالة التي يجري عليها هذه الحالة، ما تتيحه المقابلة لا يمكن أن يتيحه أي اختبار مهما بلغ من قوة أن يمنح نفس المعلومات، تتيح موقف حي، موقف حر، موقف تفاعلي، موقف إيجابي، يقول الرسول (صلى الله عليه وسلم): "وتبسمك في وجه أخيك صدقة"

البعد الدينامي: يعتمد بقوة على مهارات التواصل ،و القدرة على تحقيق أهداف المقابلة.

فلنؤدي موقفاً شبه تمثيلي:

٢/ التشخيصي: أشبه ما يكون بمحقق البوليس ، كثير الأسئلة ، و الذي لا يعتمد على الاختبارات بل يعتمد على الأدلة..

٣/ الإرشادية: هل تحتاج هذه المقابلة إلى أن أكون كمحقق الشرطة لجمع المعلومات؟ و هل أنا مكلف بالتشخيص فيها؟ و هل تتطلب وجود مشكلة لأجل الإرشاد أم أننا عادة ما نحتاج إلى إرشاد؟! هذه المقابلة تكون خفيفة لا تحتاج إلى وسوسة التشخيص أو العلاج..

٤/ المقابلة العلاجية: التكنيك الذي يعتمد عليه العلاج يتجاوز حدود الوقاية، أنا أتجاوز الشكوى فهي لا تهدف إلى التشخيص بل إلى العلاج، لأجل هذا فهي مركبة.. مثلاً شخص لديه أرق.. ينام في اليوم لفترة ربما لا تزيد عن الأربع ساعات إن نام، و يكون نومه متقطع، و هذا يؤثر سلبي على حركته، هنا نبدأ نسأله عن فترة الاستيقاظ؟ ما الذي يمنعك عن النوم؟ ما هي نوعية الأفكار التي تشغلك؟ ما الذي تخاف منه؟ هل هي حاجة تاريخية أم عارضة؟ هل هي مرتبطة بتنظيم الوقت؟ بالعصبية مثلاً.... و هكذا...

الوحدة الثامنة

النشاط (٨ / ١)

عزيزي المتدرب :



مما تقدم يتضح لنا أن المقابلة الناجحة لا بد أن تركز على شروط واضحة ، بالتعاون مع

زملائك في المجموعة حدد هذه الشروط

شروط المقابلة :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

شروط المقابلة

٨ / ١

شروط المقابلة:



١ - الألفة والمودة: ما معناها؟ تعني أنه يمكن أجلس مع شخص لمدة ساعة أو ساعتين أو ثلاث، و لا يتقبلني على الإطلاق.. و لا اخرج معه بأي شيء و شخص آخر ممكن أجلس معه لمدة ربع ساعة فقط فيتقبلني و يثق بي وأحصل منه على كل ما أريده!

فالمقابلة تعتمد على التقبل، التواصل البصري، لا ألب دور الواعظ في الموقف، فهو لم يأت لكي أمارس دور الواعظ عليه..

و الألفة تعني شعور الشخص بأنه يألفني و كأنه يعرفني من سنين طويلة، كما علي أن أعمل على اكتساب ثقته، و بذور الثقة يمكن أن تنمو في لحظات و يمكن في ساعات و يمكن أيام... الخ.

٢ - اللغة تكون سهلة و واضحة: مثلاً قد يأتي شخص إلي أقول له "أصل إنت السترس اللي عندك عملك ضغط على الجهاز العصبي و تسبب في....."، وأبدأ باستخدام ألفاظ مقعرة جداً لا يستطيع

* أنواع المقابلة:



(١) المقابلة من أجل الإلتحاق بعمل.

(٢) من أجل التشخيص المبدي، اختار واحداً من ٢٠ شخصاً مثلاً.

(٣) مقابلة البحث الاجتماعي لحالة: للوقوف على بعض الأمور، وهذه تقام في المدارس والمستشفيات من أجل التحقق من وجود مرض مثلاً!

(٤) المقابلة الإرشادية من أجل الإرشاد..

والمقابلة الإرشادية، وقد تتم بشكل مباشر، أو من خلال وسيط، مثل شاشة التلفزيون في الجامعة،

أو عبر الهاتف أو الإيميل... الخ

إن كلمة مقابلة توحي بأنها عبارة عن لقاء مباشر وجهاً لوجه! هناك قاعدة تشخيصية قد يقبلها البعض وقد يرفضها.. مع أنني لا أتلقى ولا أستقبل أي حالة إلا بمقابلته هو شخصياً (فالحالة لا يرى إلا نفسه)، لا أريد مقابلة إلا صاحب المشكلة نفسه، وليس صديقه أو والده، فالمفروض صاحب المشكلة هو الذي يبحث عن حل وأيضاً عندما يأتي صديق أو جار أو والد لسأله لماذا تبحث عن حل لمشكلة ذلك الشخص فهو ينقلها من أجل أن يرتاح، ودوري أن لا أحل مشكلة صاحبه بل أحل مشكلة صاحبة المشكلة..

معلومة مهمة: إذا أتى شخص يشتكي من مشكلة شخص آخر لا أقول نرفضه بل لا نهتم به، لأنه لا يهتم بالحل لمشكلة ذلك الشخص بل بالحل لمشكلته هو. يعني كأننا أمام زوج أخذ زوجته إلى الطبيب فرفضت الكشف عليها وأرادت أن يكشف على زوجها ثم يعطي العلاج لها!! كيف سيكون هذا؟ هنا نفس الشيء!

والمقابلة الإرشادية قد لا يقوم بها شخص محترف فقد يكون أي شخص (أب - ، أخ - إمام مسجد... الخ)

(٥) مقابلات من أجل تطبيق الاختبارات والمقاييس: كالمقابلات التي يجريها الأخصائي النفسي في المدرسة، والأخصائي طبعاً لا يقوم بتطبيق الاختبار من أول المقابلة بل تكون المقابلة في البداية من أجل التهيئة والتعرف عليه وكسر الحواجز و يكون الاختبار كاللعبة كاختبار رسم الرجل لوحة جودارد... الخ.. و تنتهي هذه المقابلة بتطبيق الاختبار...

(٦) مقابلة ممهدة للعلاج النفسي: قبل أي مقابلة علاجية لا بد أن تكون هناك مقابلة تمهيدية هي التي تقرر إذا كانت الحالة تحتاج إلى علاج أم لا، فإذا كانت الحالة لا تستدعي علاجاً بل إرشاداً فقط فإن المقابلة تنتهي بنهاية الإرشاد، لكن هناك حالات لا يستطيع الأخصائي أن يقدم لها الكثير، وتنتهي بالتحويل إلى أشخاص آخرين لتقديم مساعدة لهم فتكون هذه المقابلة مجرد تمهيد للمرحلة التالية!

النشاط (٨ / ٣)

تمثل قوام المقابلة كواحدة من أهم أساليب دراسة الحالة؛ لأنها تعطيني أشياء كثيرة جداً، لا تعطيني إياها الأساليب الأخرى (ملامح الوجه، البكاء... إلخ)، مثلاً نستطيع أن نلاحظ من خلال المقابلة أن الحالة حينما أخذت الورقة والقلم تأثرت و بكيت، هل هذا سيتضح لنا من خلال الإجابة أم من خلال المقابلة فقط؟! المقابلة قراءة للوجه وقراءة للمشاعر، قبل أن تكون للحصول على المعلومات فمهارات التواصل تتحقق حتى من تبادل المشاعر بعيداً عن المعلومات.

عزيزي المتدرب :



بالتعاون مع زملائك في المجموعة اشرح اثنين من الأسس المنهجية التي تقوم عليها المقابلة .

- ١ . الإنصات الدقيق
- ٢ . الأسئلة الهادفة
- ٣ . إدراك الدوافع اللاشعورية
- ٤ . كشف و ملاحظة التناقضات الوجدانية
- ٥ . التقبل (التقبل غير المشروط)
- ٦ . العلاقة الحميمة المستولة
- ٧ . تفسير البيانات والنتائج

الشرح :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأسس المنهجية في المقابلة:



(١) الإنصات الدقيق: من المهم جداً أن نضيف إلى كلمة (الإنصات) كلمة (الدقيق)! يعني أصغ لكل التفاصيل بنفس الأهمية، وهي تتعدى حدود الاستماع (لأننا نستمع بدون قصد، و قد نسمع أشياء لا نريدها، بعكس البصر و الرؤية، فحاسة السمع تعمل شئنا أم لم نشأ) أما الاستماع مع الإنصات فيكون بالانتباه الدقيق.

ما معنى أن تصادق شخصاً؟ إذا صادقت شخصاً فعليك أن تهتم بما يهتم به، وإذا أردت أن تتقرب من شخص فلتهتم بما يهتم به هو، وليس ما تهتم به أنت، و هذا يتحقق بالإنصات له، و من هنا تقرب المسافات بينك و بين العميل؛ لأنك إذا اهتممت بما يهتم يعطيك نفسه (العميل)

(٢) الأسئلة الهادفة: تخيلوا مثلاً واحدة قريبة لك تلجأ إليك في مشكلة تخص زوجها، وتشتكي وتنفجر من كثرة الشكوى.. فما هي الأسئلة التي يمكن أن تطرحها عليها هنا؟ ماذا تعني كلمة هادفة؟ الأسئلة الهادفة لا يمكن أن تنتقى إلا من خلال الإنصات الدقيق، فبواسطته نعرف ما هو السؤال الذي يكمل معلومة أو نقص معلومة؟ أو ما هو السؤال الذي يمكن من خلاله التحقق من فرض! و من الضروري أن يتسق السؤال مع المشكلة المطروحة، فلا أسألهما مثلاً ما نوع العطر الذي تستخدميه؟! وهي تحكي عن مشكلة زوجها! أو مثلاً مقاس الحذاء كم؟! هنا أبدو و كأنني في وادي و هي في وادي آخر، فهي تتكلم عن مجموعة وقائع! و ليس بالضرورة أن تكون ما تحكيه حقائق! فكيف يمكن أن نقل المعلومة من الوقائع إلى الحقائق؟؟ السؤال الهادف هو الذي يوجه الموقف للحصول على المعلومة الكاملة التي تعينني للإرشاد و العلاج و فهم الموقف. الأسئلة الهادفة تلقي الضوء على أشياء قد يظن العميل أنها عابرة...

س: لو أنك أخصائية نفسية أو طالبة في الجامعة، و باب الغرفة مغلق، يترك الباب و طالبة تدخل و تجلس و تقول إنها تريد أن تسترشدك في أمر، و تحكي موقفاً أو حدثاً معيناً؟ ما هو أول سؤال يجب أن يتساءله المرشد؟! أول سؤال يجب أن يسأله الأخصائي لنفسه لماذا أتت هذه الطالبة للمرشد؟ ما الذي دفعها إلى أن تطرق الباب لتعبر عن مشكلة و تشتكي منها؟ و لماذا الآن بالذات؟

(٣) إدراك الدوافع اللاشعورية: لأن الشعور هو الذي يتكلم، فأين اللاشعور؟ فبالشعور جاءت الحالة و طرقت الباب و جلست و بدأت تحكي المشكلة، ما الدافع الذي دفعها لذلك؟ يجب أن يكون المبرر واضحاً لدى المرشد، وإذا لم يكن واضحاً فعليه أن يسأل العميل! وغالباً ما يكون هذا السؤال صدمة للعميل!! فالفرق بين الأمراض النفسية والعقلية يكمن في الوعي! هل أنت تعي أن إحساسك بالمشكلة قد يضعك في قائمة المرضى النفسيين أو المضطربين سلوكياً؟!

لماذا عندما تأتي حالة للمعهد تأتي الأم وليس الأب؟! لا بد أن أسأل، لأن الجواب يرسم خريطة عن الحالة وربما أسبابها، فإدراك الدوافع اللاشعورية أمر مهم جداً، ما وراءه لكي يأتي لطرق الباب؟

* أسأل بشكل مباشر أو غير مباشر ألم تمر عليك في حياتك في السابق شيء أكثر أهمية من هذا الأمر؟
فما الذي أتى بك الآن، وماذا سيحدث إذا لم تأت؟!!

- قد تحدث لنا الكثير من المشكلات، ولكن لا أجد إلى الشكوى؛ فلماذا أتيت الآن في هذه

للشكوى؟ ومن هذه المشكلة بالذات؟؟!

٤) كشف و ملاحظة التناقضات الوجدانية:

-أريد متطوعة أ طرح عليها بعض الأسئلة:

- ما اسمك كاملاً؟

-هل دخلتي القسم برغبتك أم برغبة الآخرين؟

- هل أنت متوافقة مع دراستك بالقسم؟

- إذا عبرت عن القسم ماذا ستعبرين إيجابياً أم سلبياً؟

- لماذا اخترت التربية الخاصة؟؟

لا بد أن ألاحظ التناقضات الوجدانية في كل كلام العميل أو أجوبته، لو أسأل واحد مثلاً: ماذا

تعمل؟ معلم تربية خاصة

-هل أنت راض عن العمل؟ سعيد جداً..

- هل أنت متوافق مع العمل؟ سعيد جداً..

- ماذا يحقق لك العمل؟.. يتغزل به..

وعندما أقرب من الواقع، وأنزل إلى ساحة العمل، و أقابل زملائه اكتشف أن كل كلمة تخرج منه

في العمل تعبر عن الغضب، وعدم التوافق والمشاكل، وأنه طرف أساسي في المشاكل التي تحصل هناك!

إن الإصغاء الدقيق هو الذي يوجهنا للدوافع اللاشعورية، وكشف التناقضات التي يقع فيها العميل.

تخيلوا مثلاً لو أن زوجين اختلفا خلافاً حاداً جداً، وتدخلت الوسائط والأهل، ويريدون الطلاق، ولكن عند

الطلاق يرتدون إلى نقطة الصفر؛ الزوج مثلاً يقول أنا أحبك، كيف أطلقك؟ اكتشف الحب لحظة الطلاق،

أو مثلاً يطلقها، وحينما تسأله لم؟ يقول طلقتها لأني أحبها، أو لست جديراً بها! كل هذه تشكل تناقضات

وجدانية.

٥) التقبل (التقبل غير المشروط) أساس منهجي للمقابلة، لا أن أنتقي من أقوم بمقابلته؛ لأنني أقدم

خدمة، تخيلوا مثلاً لو أن طبيباً اتصلوا عليه وقالوا هناك (٢٠) حالة تنتظر! فيرد قائلاً: لا أريدهم كلهم!!

ثم يأتي ليختار من بينهم من يشاء و يترك البقية!! من المفترض أن المقابلة تكون غير مشروطة.. التقبل ليس

للشخص، بل للمشكلة بشكل كامل! فيه مشكلة لو كنت أنا فيها واعظاً تصبح كارثة! استشهاد لحالة

صعبة، لو فتاة تطلب لقاء مباشر وجهاً لوجه وتخبر القائم بالمقابلة أنها تعرضت للاغتصاب من أخيها؟! وإذا

بالأخ يعتاد الفعل، يعني بعدما حدث أول مرة أصبح اعتياداً أي تكرار، ثم أصبح استناداً إلى الفعل يتحكم

فيها، وسيطر عليها؛ بحيث أصبح يقدمها كهدية لبعض أصدقائه!!

بعد إصغاء دقيق قد تنفجر في أذهانكم بعض الاستنكارات والأسئلة! ماذا لو أن هذه الشكوى لم يتقبلها المقابل وقام أعطاها كف وراء كف واتصل على الأب وأخبره!! هل أنا سأحل المشكلة أو قدمت خدمة أو مساعدة ، هل تقبلت المشكلة؟ هل تحققت من صدق كل حرف قالته الفتاة؟ ما الدافع بأن تأتي بشكل مباشر غير مسبوق بالاتصال أو التمهيد وإعطاء خبر للمرشد.. من أجل ذلك دائماً نقول يمكن أن تأثر وانفعل، وبسبب تأثري بالمشكلة أفقد إدارة الموقف.

تخيلوا لو أن امرأتين جالستين، والاثنتين متفاعلتان فأيهما المرشد و أيهما المسترشد؟ كلاهما يحتاج إلى إرشاد! وقد يحتاج إلى علاج!! فقد ذابت الفوارق حتى لو تأثرت يجب أن أحتفظ بتأثري في داخلي لكي أستطيع إدارة الموقف.. وأصغي وأسأل أسئلة مفيدة!! فإذا تأثرت لا أرى الهدف!

٦) العلاقة الحميمة المسئولة: علاقة حميمة لا تعني أننا ندخل من أول جلسة، وتبادل الجولات والماسنجر، وما إلى ذلك! لا العلاقة الحميمة لا تذيب الفوارق والحدود، لا ترفع مهارات التواصل.. نعم الإصغاء.. الانتباه.. الحوار.. الاتفاق.. الترحيب كل عناصر تكوين العلاقة الحميمة.

المسئولة: تعطيني الحق لإدارة الموقف الإرشادي أو العلاجي، ممكن أم تقابلك في المعهد ولا تتركك إلا وأنت تبكين.. وتكون قد أتت عليك وتتركك في حالة انهيار، تفقدي كل أدواتك وتصبحين لا حول لك ولا قوة وخاصة أمهات المعاقين تمشي و تستدر عطف الآخرين، ويسعد من شدة تفاعل الآخرين معه وتأثره! لذلك اسمع وأدرك واكتشف التناقضات و أتقبل كل شيء لكي لا أفقد إدارة الموقف، فالتأثر قد يجعلك تخضعين للموقف ويفقدك القدرة للحكم على بقية المتغيرات و قد يكون هناك عنصر حاضر فتعاملين معه بصفة الغياب! المسئولة: ليس معنى أن تقام علاقة ودودة نرفع الحواجز بل الأدوار محددة الملامح.. ولا يحدث تنازل يفقد هبة ومقام الدور.

٧) تفسير البيانات والنتائج:

- ما الهدف من المقابلة؟ فهم وتفسير ما جاء في المقابلة وكل ما جاء فيها.

- ما الهدف من دراسة الحالة: الفهم والتفسير.

معلومة مهمة: ليس كل البيانات التي وردت في الاستمارة مطالبين بملئها بل الفهم والتفسير للحالة.. فالعناصر غير ملزمة بل صممت لكي تحتوي كل الحالات. كل عناصر دراسة الحالة في المذكرة عناصر إرشادية موجهة.

الوحدة التاسعة

نموذج دراسة الحالة

٩/١

بين يديك (الملحق رقم ٢) نموذج لدراسة الحالة ، و هذا النموذج لا يعدو أن يكون مجرد دليل يستعان به ، وهو بالطبع قابل للتعديل حسب الحالة المعينة ، وبالرغم من أن هذا النموذج قد أعد أصلاً لدراسة حالات الراشدين وبخاصة من الذهانيين والعصابيين ، إلا أن الكثير من فقراته يصلح للاستخدام في الحالات الأخرى ، مثل حالات الأطفال والجانحين وغيرهم ، كما أن الكثير من الفقرات تصلح دليلاً لإجراء مقابلة تشخيصية وللقيام بملاحظة العميل ، بعد إضافة بعض التوجيهات ، وسوف نوضح عناصر وأجزاء هذا النموذج من خلال العرض ، كما يوجد في النموذج شرح لعناصره يمكن الرجوع إليه عند تطبيق النموذج عملياً .



عناصر نموذج دراسة الحالة :

[١] البيانات المميزة والمشكلة:

[٢] الخلفية التاريخية:

(أ) بيئة العميل:

(ب) النمط العائلي:

(ج) التاريخ الشخصي:

(د) التاريخ التعليمي:

(هـ) التاريخ المهني:

(و) التاريخ الجنسي والزواجي:

(ز) التاريخ الطبي:

(ك) الاهتمامات والعادات الأخرى مثل:

[٣] نشأة وتطور المرض الحالي:

[٤] المظهر الحالي والسلوك العام:

[٥] القدرة على التركيز:

[٦] محتوى التفكير:

[٧] الحالة الانفعالية:

[٨] الوظائف الحسية والقدرات العقلية:

[٩] الاختبارات السيكولوجية التشخيصية:

[١٠] الفحوص الطبية والمعملية:

[١١] الصياغة التشخيصية:

الملاحق

ملحق (١)

المنهج الإكلينيكي و المنهج التجريبي

هناك منهجان متصارعان في الميدان: المنهج الإكلينيكي الذي نحن بصدده الآن، و المنهج التجريبي.. و سنورد الآن بعض الاختلافات بينهما على سبيل المقارنة:

- العينة و التعميم في المنهجين:

- هل نستطيع تعميم دراسة حالة واحدة في المجتمع؟؟

- مثلاً هل أستطيع دراسة حالة طالب/ طالبة واحد وأعممها على جميع الطلاب؟

- المنهج التجريبي يجب عن التساؤل السابق بلا.. و كيف؟ و لا يمكن! و لا يجوز... و هكذا!

- أما في المنهج الإكلينيكي: فنحن نبحث عن التشابه و ليس عن الاختلاف!

- المنهج الإكلينيكي يتبنى الرؤية السيكودينامية (أي الحالة النفسية المتحركة، الحالة المتواترة المستمرة، مفهوم الصراع و التفاعل و الاصطدام بالواقع.. نريد دراسة شخص بكل ما يحتويه..

مثال: إذا تأخر الباص، تعطل، لم يأتي.. ستحدث مشكلة و يتحول إلى صراع، أي موقف في الحياة هو صراع، كل تفاصيل حياتنا عبارة عن صراع، لكي نجتاز المقرر هناك صراع.. فالحياة عبارة عن مجموعة صراعات متعددة تبحث عن حلول.

لذا نقول دائماً في دراسة الحالات الفردية إن أي اضطراب يتولد عن صراعات شعورية و لا شعورية.

*مثال آخر: هناك شخص سيسافر فتأخرت عليه الطائرة ساعتين، ثم أعلن عن تأخرها ساعتين أيضاً، ثم أعلن عن تأخرها ساعتين كذلك، و بعد كل هذا التأخير أعلن أنها لن تتجه إلى المدينة التي كان ينوي الذهاب لها بل إلى مدينة أخرى، و عندما حطت في تلك المدينة حصل له حادث في الطريق!! هذا موقف عابر.. لكن سبب له صراعاً كبيراً وإشكالية كبرى، ملخصه كيف يكون السفر آمناً؟!

*مثال آخر: ما هي أكثر مشكلة تواجه طلاب مركز التنمية الأسرية؟

- حينما نقول مثلاً: عدم توفر الزيارات الميدانية! هل تتفقون أن دراسة مثل هذي المشكلة تأتي بنتائج عميقة؟ حيث أن الجزء متصل بالكل المكون له، و هذا ما يمنحنا أحقية التعميم. فدراسة الحالة تنتهي بوضع تشخيص للوضع الحالي و تشخيص للتصور المقبل..

و أخيراً: واحد من أهم أهداف المنهج الإكلينيكي هو تحديد طرق العلاج.

- مثال آخر: حينما نقول مثلاً: أن الوساطة و التحيز هي من أهم المشاكل التي تواجه الطلاب، فإذا كانت الوساطة تلعب دوراً، و هناك شخص يستفيد منها، فكيف نمنع الضرر عن الآخرين؟ كل شخص يسعى للاستفادة، و هذا لا مانع فيه، لكن المهم ألا يضر الآخرين بهذه الفائدة! طبعاً هذه مشكلة لا تتساوى مع مشكلة نفسية عميقة..

و أكثر ما يجب الانتباه إليه أننا حينما نجمع المعلومات عن الحالة فليس المهم فيما نجمعه و إنما كيف نقرأ ما نجمعه! حتى نشخص الواقع بدقة؛ و نحدد العلاج!

* لا ننسى: أن المنهج الإكلينيكي هو الدراسة العميقة لحالة فردية (في بيئتها) يعني في ضوء المجتمع الذي تنتمي إليه، و هي ليست حالة معلقة بين السماء و الأرض، بل هي منتمة لكل الذي تتصل به.. فمثلاً أي شخص فينا شاء أم أبي ينتمي إلى أسرة، إلى دين، إلى مذهب، إلى بلد... و هكذا. لذا فلا بد أن ندرس الحالة في بيئتها و نستقرئها من خلال السياق، بهدف تحديد العوامل التي أدت إلى ظهور المشكلة التي هو فيها، و هذا ما يسمى بتشخيص الحالة.

لا بد أن نرى مظاهر المشكلة في مقابل أسبابها، نضعهم أمام أعيننا، فطالما كانت الأسباب غائبة لا نستطيع أن نشخص، ولأننا لم نصل إلى سبب فلن نصل إلى علاج!

فنحن نجمع المعلومات من أي مصدر حتى تتكون لنا حصيلة معرفية، من أب، أم، أخوة، أستاذ، تلفزيون.. أي مصدر من مصادر المعرفة.. و من المطلوب منا بعد ذلك اختزال كل هذه المعلومات و معرفة الأسباب و الأصول.

*مثال: عندما يذهب شخص إلى طبيب شاكية له الأرق، ومشاكل نوم كثيرة. (أنا لا أنام في الليل على الإطلاق، و لو نمت فنومي متقطع لا يكاد يكمل الخمس دقائق، و تلاحقني الكوابيس..... الخ) ما قدمه المريض من معلومات هي معلومات أفقية.. لكن على الطبيب هنا أن يبحث عن الأصول.. ما هو السبب الذي أدى إلى ظهور هذه المظاهر؟!

فلو افترضنا أنه قدم له بعض المسكنات أو المنومات مثلاً.. فهل يكون هنا قد بحث عن الأصول؟ وهل ستكون المشكلة قد حلت بمثل هذا؟؟ بالتأكيد لا.. فهذا مجرد حل و قتي، و بما أن الأسباب قائمة و موجودة فإن الحالة ستظهر على السطح مرة أخرى، وقد يصاب الشخص بانتكاس أكبر.. فالإشكالية دائماً أننا لا نبحث عن الأسباب، و المعلومات الأفقية مهمة، لكنها لا تكفي للوصول إلى تشخيص و علاج مناسب.

س: لو أردنا أن نقوم بدراسة حول اتجاه السعوديين نحو الإعاقة في منطقة الأحساء، فهل أطبق الاستبيان على شخص واحد أم ٥٠٠ شخص؟ أيهما أكثر تعبيراً عن الاتجاه نحو الإعاقة؟

- لو طبقنا الاستبيان على الـ ٥٠٠ شخص فسيعطي ذلك تباينات في شدة الاتجاه، لكن إذا توفرت في الشخص خصائص هذا الكل، فلا داعي أن أدرس الـ ٥٠٠ ما دام أنهما ستعطي نفس النتائج!

- المنهج التجريبي قائم على دراسة السببية (أثر المتغير المستقل على المتغير التابع) لذلك فلا بد أن أدرس المتغيرات و أضبطها.

- المتغير المستقل هو: الذي يؤثر ولا يتأثر.

- المتغير التابع هو الذي يتأثر ولا يؤثر.

- أما المتغيرات الوسيطة فهي التي تساهم مع المتغيرات المستقلة في إحداث تغييرات في المتغير التابع.

مثال على هذه المتغيرات و العلاقة بينها:

- عندما نريد تحديد علاقة ضوء الشمس بالإنبات، ضوء الشمس هو متغير مستقل، الإنبات هو متغير تابع..
- أما المتغيرات التابعة هنا فقد تكون الرياح، نوع التربة، نوع البذرة، الماء المستخدم، الاهتمام و الرعاية الخ.

أما المنهج الاكينيكي: فيقوم الباحث بوصف التفاعل بين هذه المتغيرات بغض النظر عن أيها يؤثر على الآخر..

أما في المنهج التجريبي فالباحث يتدخل و يضبط المتغيرات، أما في الاكينيكي فلا يتدخل بل يصف الوضع على ما هو عليه.

ومن أكثر العبارات التي تصف هذه العلاقة : أن الباحث في المنهج التجريبي يستجوب الطبيعة، بينما في المنهج الإكينيكي فإن الباحث ينصت إلى الطبيعة.

الفرق بين المنهج الإكينيكي والمنهج التجريبي بالنسبة لدراسة الحالة

يتعارض المنهج الإكينيكي تعارضاً كبيراً مع المنهج التجريبي، فالمنهج التجريبي يعتمد على الكم و يعطي نتائج تصلح للتعميم أما الإكينيكي فيدرس حالات قليلة من ٣-٥ حالات. فهو قائم على دراسة الحالة.

مثال: جان بياجيه.. عالم كيمياء دخل إلى علم النفس صدفة من خلال ما قام به من دراسة لحالة كل واحدة من بناته الثلاث.. و أصبحت دراساته هذه قوانين للنمو الانساني تنطبق على الجميع دون استثناء.

المنهج الإكينيكي مطالب بتحقيق أهداف العلم كالمنهج التجريبي، مطالب بالفهم ثم التنبؤ ثم الضبط و التحكم.

- هل تصلح نتائج دراسة حالة واحدة للتطبيق و التعميم على مجموعة كبيرة؟

- مثال: لو ابتعث مواطن سعودي إلى الولايات المتحدة الأمريكية، فإلى أي حد يصلح لتمثيل عادات المجتمع السعودي؟ بنسبة كم في المائة؟
- من واقع خبرة شخصية نرى أنه كلما نخرج من بلداننا كلما استنفرت في داخلنا أكثر عاداتنا و قيمنا و تقاليدنا و التي إن اضطرت للتنازل عنها فسيحصل نوع من الصراع، مثلاً لو سافرنا إلى بلد أجنبي فقد نتساءل أول ما نتساءل أين القبلة؟ و كيف نصلي؟ هكذا تستنفر في دواخلنا أبسط الممارسات.
- المنهج الإكينيكي منهج يعتمد على التشابه، فنحن جميعاً متفقون في الكيف و نختلف في الكم فقط.. فالمشاعر هي هي، والاختلاف يكمن في المقدار فقط!
- و مما يذكر في هذا السياق أن مشروع الخريطة الجينية التي سيعلن عنها في سنة ٢٠٢٥ م، نسبة التشابه فيها بين بني البشر هي ٩٩.٩٩% و نسبة الاختلاف هي ٠.٠١% فقط..
- *دراسة الحالة لا تتم إلا في الوسط الذي تنتمي إليه..

- نجد الباحث الإكلينيكي يستفز جداً حينما يرى الإنسان عند التجريبيين و قد تحول إلى عنصر من عناصر الطبيعة يخضع لكل ما تخضع له كائنات الطبيعة، مغفلاً جوهر الطبيعة الإنسانية الخاصة بالإنسان والقاصرة عليه.. فالحالة لدى الإكلينيكين تدرس كوحدة كلية متفردة (الفرد) و تعطي كل الاحترام للفرد كوحدة كلية متفردة، صحيح يكون فيها تشابه لكن البيئة تختلف، والاختلاف يكون حتى في الإحوة.

*العلاج يبدأ من التشخيص، و أهم مشكلة نواجهها هي التشخيص، فإذا لم نتفق على تشخيص فكيف نتفق على علاج؟

مثال: شخص يعاني صداعاً في رأسه و اتجه إلى الطبيب فأعطاه مسكن، هل هذا حل؟ لا، طبعاً هذا هدف مرحلي فقط حتى الوصول إلى تشخيص ثم علاج مناسب.

الإشكالية التي نواجهها الآن أن كل مشاكل حياتنا أصبحت بنظام المسكنات، نحن نفهم السلوك بكميته، فالسلوك يتسق مع الشخصية، فمقياس التكامل مهم جداً، و مقياس الفهم لنمط الشخصية يحتاج إلى تكامل.

كل هذه الأمور التي سبق التطرق إليها غير موجودة في المنهج التجريبي، حيث أن اللغة المستخدمة لدى التجريبي تقوم على الآتي (لا تقول مكتئب، قل درجة الاكتئاب = ٥٥ مثلاً،)

- في المنهج التجريبي أضبط المتغيرات فهو يريد معرفة أثر كل متغير في الآخر، عكس الإكلينيكي، أيضاً التجريبي لا يقبل الحالات القليلة يهتم بالكثرة لأجل الإحصاء فهو يتحدث بلغة الإحصاء، و كل شيء لديه إحصائي.

- المنهج الإكلينيكي قائم على الفهم و التفسير، لكن الأرقام و لغتها في المنهج التجريبي لا تعين عليهما.

- المنهج الإكلينيكي منهج حوارى، يرفض الحديث بلغة الإحصاء، (لا تكلمني عن ناتج إحصائي فروق أو عدم وجود فروق، قلني كيف يتفاعل الإحباط مع الطموح مثلاً) و بالتالي يكون الكلام في العمق بعكس المنهج التجريبي. لذلك يسمى المنهج الإكلينيكي بعلم الإنسانيات.

ملحق (٢)

نموذج لدراسة الحالة

نقدم فيما يلي نموذجاً لدراسة الحالة مع الأخذ بعين الاعتبار كل التحفظات التي أوردناها في الفقرات السابقة ، ومع التأكيد بأن هذا النموذج لا يعدو أن يكون مجرد دليل يستعان به ، وهو بالطبع قابل للتعديل حسب الحالة المعينة ، وبالرغم من أن هذا النموذج قد أعد أصلاً لدراسة حالات الراشدين وبخاصة من الذهانيين والعصابيين ، إلا أن الكثير من فقراته يصلح للاستخدام في الحالات الأخرى ، مثل حالات الأطفال والجانحين وغيرهم ، كما أن الكثير من الفقرات تصلح دليلاً لإجراء مقابلة تشخيصية وللقيام بملاحظة العميل ، بعد إضافة بعض التوجيهات ، وهو ما سوف نوضحه في حينه بإيجاز ومنعاً للتكرار .

[١] البيانات المميزة والمشكلة:

الاسم: رقم الملف (إن وجد)
النوع: ذكر أنثى السن:
المستشفى أو العيادة التي أجريت فيها دراسة الحالة:
تاريخ دخول المستشفى: الحالة الزوجية:
المهنة الحالية: مصدر الإحالة:
محل إقامة العميل وقت إجراء دراسة الحالة:
الشكوى (سبب الإحالة أو المشكلة كما يذكرها العميل):
الغرض من إعداد ملخص الحالة:
اسم الطبيب النفسي:
اسم الأخصائي النفسي:
اسم الأخصائي الاجتماعي السيكياتري:
أسماء الأخصائيين الآخرين (إن وجدوا):
تاريخ إعداد هذا الملخص:

توضيح: قد يستطيع العميل أحياناً التعبير عن مشكلته بصورة مباشرة ، إلا أن وصفه لها يغلب أن يبعد عن السبب الرئيسي الذي يحول بينه وبين التوافق السوي ، وفي كل الحالات يتعين على الإكلينيكي ألا يتطرف في رفض عرض العميل لمشكلته ، أو يتقبله على علته ، وفي الكثير من الحالات ، تعرض على الإكلينيكي المشكلة كما يتصورها الآخرون ، مثل الوالدين في حالة الأطفال ، إلا أن العميل أحياناً وبخاصة بين العصبيين ، يقدم مشكلة زائفة كي يختبر بها درجة صدق اهتمام الإكلينيكي بحالته ، وفي مثل هذه الحالات يحسن الإكلينيكي صنفاً إذا عزف عن التشكيك في

صدق ما يعرضه العميل من مشكلات ، لأنه إذا تشكك في صدقها فإن ذلك قد يؤدي بدوره إلى تشكك العميل في صدق رغبة المعالج في مساعدته، أو إلى شعوره بالنقص ، ويجب على الإكلينيكي أن يتقبل عرض العميل لشكواه كما هي ، وأن يشجعه على التوسع في عرضها ، وفي كل الحالات يجب تسجيل شكوى العميل بالصورة التي يعرضها ، وتقصى تاريخها من حيث نقطة البداية، ودرجة توافرها ، وعلاقتها بالأحداث في تاريخ حياة العميل ووسائل مواجهتها ، ويؤدي ذلك إلى دراسة الخلفية التاريخية للعميل.

[٢] الخلفية التاريخية:

(أ) بيئة العميل: وتشمل البيئة الجغرافية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية ، وبخاصة ما يكون قد وقع من تغير هام فيها مثل الهجرة ، والانتقال من بيئة لأخرى (من القرية إلى المدينة مثلاً) أو تغير في المستوى الاقتصادي والتقاليد الغالبة المميزة .. الخ.

(ب) النمط العائلي: عمر كل من الوالدين ، تعليمهما ، الخلفية الاقتصادية ، الاجتماعية والسمات المميزة لكل منهما ، علاقتهما بالعميل وبقية أفراد الأسرة ، السمات المميزة للأشقاء ومواقعهم من حيث ترتيب الولادة وعلاقتهم بالعميل ومشاعر الغيرة ، أي أنماط أخرى؛ مثل: تعدد الزوجات، والطلاق ، الجو المنزلي العام (توافق أم نزاع) ، نمط التنشئة السائد (تدليل ، سيطرة ، لا مبالاة ، قلق ، العقوبات والاستجابات لها ، التربية الدينية والخلفية ... الخ) ، درجة تعلق العميل بعائلته (وثيقة ، ضعيفة) ، الوالد المفضل.

(ج) التاريخ الشخصي: ظروف الولادة (تاريخ ومحل الميلاد ، هل كانت الولادة طبيعية؟) ، طريقة الرضاعة نوقت الفطام والتسنين واستجابته لهما ، الاستجابة لمحاولات ضبط الإخراج ، بداية المشي ، التبول اللاإرادي ، صعوبات النطق ، قضم الأظافر ، نوبات الغضب ، اللعب ، الاستجابة لمولد الأشقاء وانفصال الوالدين ومعاملة الوالدين له ، التخيلات عن الذات ، الأبطال المفضلون ، الاتجاه العام السائد في الطفولة الأولى (متعاون ، مطيع ، محب للظهور ، حجول ، سلمي ... الخ).

(د) التاريخ التعليمي: السن عند الدخول وعند التخرج ، المواد المفضلة والمكروهة ، مستويات التحصيل ، الصداقات المدرسية (كثيرة ، قليلة ، عارضة ، عميقة) ، عضوية الجماعات المدرسية وأدواره فيها ، الآمال والمثل والشخصيات المفضلة ، الميول والهوايات ، العلاقات مع المدرسين ... الخ.

(هـ) التاريخ المهني: الميول والإنجازات المهنية ، درجة الاستقرار المهني والعوامل المرتبطة به ، الرضا عن المهنة ومستويات الطموح ، العلاقة مع الزملاء والرؤساء والمرؤوسين ، فترة التجنيد (إن وجدت) واستجابته لها.

(و) التاريخ الجنسي والزواجي: متى وكيف اكتسب العميل المعلومات الجنسية الأولى؟ ، فكرته الأولى عن ولادة الطفل وعن العلاقات الجنسية بين الوالدين ، هل كان ذلك صدمة له؟ الخبرات الجنسية الأولى والعادة السرية ،

اللعب الجنسي ، العلاقات مع أفراد من نفس الجنس أو من الجنس الآخر ، خبرات البلوغ ذات الطابع الجنسي مثل سن البلوغ أو الدورة الشهرية ، الاستجابة للنشاط الجنسي (قلق ، شعور بالذنب ، تقزز ، إشباع ... الخ) ، خبرات الارتباط العاطفي ، ظروف الزواج ، نموذج الزوجة ، الاتجاه نحو الزواج ، الخبرات الزوجية ، التوافق الجنسي في الزواج ، هل هناك اتفاق على تنظيم الأسرة ، وسائله والعوامل المرتبطة به ... الخ.

ويغلب أن يكون الحديث في هذه الموضوعات أمراً شاقاً بالنسبة للعميل ، وفي هذه الحالة قد يلجأ الإكلينيكي لأساليب غير مباشرة؛ مثل السؤال عن اتجاهات الوالدين نحو موضوعات الجنس وأفكار العميل عن الزواج ... الخ.

(ز) التاريخ الطبي: هل توجد اضطرابات عقلية في العائلة في الماضي أو في الحاضر ؟ أسباب وفاة الوالدين والأقارب ، الصحة البدنية للعميل وتطورها تاريخياً ، اتجاه العميل نحو العلاقة المحتملة بين الاضطرابات الانفعالية والبدنية.

(ك) الاهتمامات والعادات الأخرى مثل: الهوايات والأنشطة السياسية والرياضية والدينية والاجتماعية ، القراءات المفضلة ، العادات مثل التدخين والميسر والإدمان ، العلاقات الاجتماعية مع الآخرين (مستقرة ، سطحية ، مذبذبة ... الخ).

توضيح:

التاريخ الشخصي للعميل هو سجل لتاريخه الارتقائي وانعكاساته في إنجازاته وخبراته وخصائصه الشخصية ، إلا أن هذه الأحداث يتعين دراستها من حيث دلالتها بالنسبة للعميل ، ولذلك فإنه من الأفضل إعطاء الفرصة كاملة للعميل للتحدث عنها تلقائياً؛ فقد يكون التهديد بانفصال الوالدين أشد أثراً على العميل من الانفصال الفعلي ، وتدرس خصائص الوالدين ومن يرتبطون بالعميل ، من حيث تأثير اتجاهاتهم في نشأة مشكلاته ، وبالطبع يتعين أخذ تقاريرهم بحذر؛ نظراً لما تتعرض له من تحريف بفعل الزمن، أو لدوافع لا شعورية.

[٣] نشأة وتطور المرض الحالي:

تلخيص للتسلسل الزمني للأحداث والتطورات والمراحل الرئيسية ، ومقارنة بين الخصائص المزاجية والسلوكية قبل وبعد المرض ، الأعراض الهامة والتي أدت إلى إلحاق المريض بالمستشفى ، أو طلب العلاج ، التشخيص والعلاج في كل مرحلة والصعوبات التي واجهته (تقدم بطئ ، تذبذب ، تأخير ... الخ) ، توضيح للموقف الحالي للمريض وقت كتابة التقرير، مع توضيح أي إجراءات قانونية أو إدارية يجري اتخاذها.

توضيح:

ومن المهم تقصي المواقف التي نشأت فيها مشكلات العميل بجزر ، لأنها قد تكون بارزة وسهلة التذكر أحياناً ، وقد يصعب تذكرها أحياناً أخرى ، وقد يجد الفاحص أنه من المفيد التساؤل عن الاستجابات لمواقف في الماضي تتشابه مع الموقف الذي استثار المرض الحالي، كي يتبين العوامل المساعدة التي فجرت المرض ، سواء كانت جسدية أو نفسية (صدمة مثلاً) ، ويخلص من ذلك إلى تبين الأنماط السلوكية العامة ويتفهم معنى الأعراض في إطار الشخصية الكلية.

[٤] المظهر الحالي والسلوك العام:

ملاحظات عن المظهر الجسمي العام للعميل ، العمر الظاهري ، هل يبدو عليه المرض أم الصحة ؟ اعتدال القامة ، شذوذ الجسم ، عادات حركية (خمول ، نشاط زائد، رعشة ، تصيب العرق ، اضطرابات حركية) ، الطريقة التي يجيى بها الأحصائي (متحفظ ، طريقة بسط اليد) ، حالة الشعر والملبس والأظافر ورائحة الجسم ، أي علامات غير عادية مثل الندبات والتشوهات ، التعبيرات الوجهية ، الاستجابة للمقابلة ، والاختبار (عدواني ، متعاون ، مراوغ ، غير مهتم ، متحمس ، خجول ، متردد) ، مدى انتباهه وتتبعه لما يجري في المقابلة وتكيفه مع الظروف المختلفة (هل هو مشتت الانتباه ، هل هو قلق وغير مستقر في مكان ... الخ) ، هل يندمج بسهولة في الموقف؟ هل يسعى إلى الطمأنينة؟ هل يعتمد على تشجيع الآخرين له؟ هل يتعرف على أخطائه؟ هل يكثر من تبرير سلوكه؟ هل يعمل بمعدل واحد دائماً رغم اختلاف نوع العمل؟

ويلاحظ الإكلينيكي أثناء مقابله للعميل طريقة كلامه ، ويسجلها حرفياً كلها أو عينات منها ، هل يتكلم بجرية أم بجزر ؟ هل أقواله متماسكة مترابطة، أم شاردة وخطبية لا ترابط بينها ؟ مسجوعة؟ هل ينزع إلى إحاطة كلماته بالغموض أو الرمزية ، قوة الصوت وتدرجه ارتفاعاً وانخفاضاً ، هل ينزع إلى أن يكون درامياً؟ هل تتناسب ملامح وجهه وإشارات يديه وحركات جسمه مع الموقف ، أم هل هي مبالغ فيها ؟ متكررة؟ شاذة؟ هل ينزع إلى رفض مواد معينة من الاختبار؟ هل يفضل غيرها من المواد؟ ما هي درجة المثابرة بتغير مستوى صعوبة الاختبار؟ الأعراض الجسمية ذات الدلالة مثل رعشة اليدين وضعف التناسق البصري الحركي والتعب الملحوظ بعد فترة من الاختبار ... الخ.

[٥] القدرة على التركيز:

تركيز التفكير ووجهته: "هل يجد صعوبة في التركيز في القراءة؟ في العمل؟" ، ويمكن ملاحظة هذه القدرة وقياسها من خلال تطبيق بعض الاختبارات ومنها اختبارات مقاييس وكسلر - بلفيو وستانفورد- بينيه ، كما يمكن تطبيق الاختبارين التاليين للتركيز:

(أ) اختبار الطرح:

اطرح ٧ من ١٠٠ (انتظر الإجابة وصححها إذا لزم الأمر).

اطرح ٧ من ٩٣ (انتظر الإجابة).

استمر في طرح ٧ في كل مرة دون أن أقطعك (سجل الإجابات والزمن بالثواني).

الآن اقسم ١٠٠ على ٧؟ ما هو الباقي؟ كيف تتأكد من الإجابة؟

وبالإضافة إلى دقة الإجابة ، يلاحظ الفاحص قدرة العميل على التركيز على هدف معين وفهم التوجيهات ثم تركيز تفكيره في اتباعها ، وكذلك يلاحظ أي شذوذ أو غرابة في طريقة التفكير.

(ب) اختبار احتياطي في التركيز:

تذكر اسم بنت ، أي اسم ، كيف تتهجي هذا الاسم ؟ كم حرفاً فيه ؟ الآن اذكر اسم ولد يحتوي على ثلاثة حروف أكثر (أو ثلاثة فأقل) فكيف تتهجي هذا الاسم ؟ هل تعرف شخصاً بهذا الاسم؟ من هو؟ هل تعرف شخصاً بالاسم الأول الذي ذكرته ؟ من هي؟ تذكر في ختام كل اختبار أن تعبر عن تقديرك بأمانة ، كأن تقول: "جيد ، لقد بذلت مجهوداً طيباً ، ربما كان هذا الاختبار صعباً بعض الشيء ... الخ".

[٦] محتوى التفكير:

ما الأفكار التي تشغل بال العميل ؟ وما هي معتقداته واتجاهاته؟ ولكي يمكن تقويم المحتوى العقلي للعميل ، يتعين معرفة خلفيته الحضارية والثقافية والمعتقدات السائدة في مجتمعه ، والجماعة أو الجماعات التي ينتمي إليها ، ويتدرج التفكير على مستوى السواء- اللاسواء ، فيكون عادياً أو سويماً أو قد يحرف الواقع في صورة خداعات وهواجس وهلاوس ، وقد يأخذ صورة أفكار ثابتة واتجاهات عقلية (قلق ، اكتئاب ، توهم مرض ، عداوة ، وسواس ، جمود ، تشكك بارانويدي) فإذا ما اشتد اضطراب عمليات التفكير ، كان ذلك دلالة على تفكك أو اضطراب أشد في الشخصية ، وقد يستدل على وجود الهواجس عرضاً من خلال المقابلات أو قد يسأل الإكلينيكي العميل مثلاً عن علاقاته مع أصدقائه وعائلته وزملائه (كيف يعاملونه؟) وعن اهتمامهم بمساعدته ، وهل يعتقد أنهم يروجون القصص عنه ، وهل يسيطر عليه الناس الآخرون ، أو هل تتحكم أجهزة معينة مثل الراديو في سلوكه ... الخ ، ومن المظاهر الشاذة مشاعر اللاواقعية وفقدان الآنية والوساوس القهري والمخاوف المرضية.

ومن الممكن أن يستعين الفاحص بأسئلة مثل: هل هناك شيء يشغلك ويقلق بالك؟ هل حدثت لك في الأيام الأخيرة حوادث غريبة أو طرأت لك أفكار غير عادية ، أو أفكار يصعب التخلص منها ؟ ... الخ ، ويلاحظ أن الكثير من هذه الأسئلة وأمثالها يوجد في عدد من اختبارات الشخصية من نوع الورقة والقلم، والتي يشيع استخدامها من جانب الأخصائي النفسي ، وذلك مثل اختبار الشخصية المتعدد الأوجه.

ومن الضروري اصطناع منتهى الحذر في دراسة الهلاوس ، وقد يكون التساؤل عن "خبرات غير عادية" بالنسبة لإحدى الحواس مدخلاً مناسباً ، فإذا ثبت وجود هلوسة تعين دراسة ظروف نشأتها، وتاريخ ظهورها وتفكير العميل بالنسبة لها.

[٧] الحالة الانفعالية:

ويستدل عليها من أقوال العميل عن مشاعره الداخلية ومن التعبير الظاهر عنها (بما في ذلك التعبير في صور فسيولوجية) بالإضافة إلى تقدير الفاحص ، وقد يصعب أحياناً تقويم هذه الحالة إذا لجأ العميل إلى التظاهر ، ويمكن وصف الحالة الانفعالية في النقاط التالية:

(أ) الحالة المزاجية السائدة: مثل المرح والكآبة ، القلق ، اللامبالاة ... الخ ، ويسجل الفاحص تقديره للمدى الذي تصل إليه هذه الحالة.

(ب) التقلب في الحالة المزاجية: وقد نجد مريضاً ينقلب في لحظة من حالة الضحك إلى البكاء بينما نجد مريضاً آخر تكاد "تتجمد" حالته المزاجية دون تغيير.

(ج) ملائمة الاستجابات الانفعالية للمحتوى العقلي المعبر عنه: تكتسب هذه الملائمة أهميتها من أنه كثيراً ما تكون الاستجابة الانفعالية غير الملائمة هي الدليل الوحيد على السلوك الفصامي ، ففي الشخص العادي تتناسب الحالة الانفعالية للفرد مع موضوع النقاش أو الموقف الذي يجد الفرد نفسه فيه ، ولكن في الشخص المضطرب يغلب أن تثبت الاستجابة الانفعالية على حالها برغم اختلاف الموقف.

[٨] الوظائف الحسية والقدرات العقلية:

وتهدف دراسة هذه الجوانب إلى تقييم درجة اتصال المريض بالبيئة والواقع كما يتمثل في وعيه وذاكرته وقدرته على فهم المواقف وتعبئة وظائفه العقلية لحل المشكلات التي تواجهه في بيئته ، أسلوب حل المشكلات وأداء العمل (منظم ، مضطرب ، هل يفكر ويخطط ثم يعمل؟ أسلوب المحاولة والخطأ ، الاستفادة من الأخطاء ... الخ). وقد يتراوح الاضطراب في هذا المجال من مجرد وجود "ضباب" في الشعور إلى حالات الهذيان والاختلاط ، وتشمل الدراسة الجوانب الآتية:

(أ) الوعي بالزمان: (الساعة ، الأسبوع ، الشهر) ، الوعي بالمكان: (أين نحن الآن؟ وفي أي مدينة؟ محافظة؟) الوعي بالأشخاص: (من أنا؟ من هم الناس الذين تقابلهم هنا؟). حاول أن تخفف عن المريض حتى لا يشعر بالحرج كأن تقول مثلاً: ربما كنت مشغولاً بأمر أخرى.

(ب) الذاكرة المباشرة: (اختبار تذكر الأرقام ، سبعة أرقام في حالة الراشد) ، تذكر اسم أو عنوان أو موضوع أو لون بعد فترة (خمس دقائق) ، الذاكرة القريبة (تواريخ الالتحاق بالمستشفى ، ظهور الأعراض ، أسماء الأطباء ، مناقشة حديثة ... الخ) ، الذاكرة البعيدة (أسماء المدارس التي تعلم فيها ، أسماء أولاده وأشقائه ، الأعمال التي قام بها ، تاريخ ميلاده ، عمره الحالي ... الخ).

(ب) الاستيعاب والفهم: يشير البطاء في الفهم والصعوبة في اتباع التعليمات إلى اضطراب في قدرة العميل على الاستيعاب ، فمثلاً يمكن أن نطلب من العميل قراءة قصة بسيطة ، ثم ذكرها أو كتابتها ، وتوضيح مدلولها بلغته ، وكذلك يوجه إلى العميل عدد من أسئلة المعلومات العامة بقصد تقدير مستواه العقلي في الماضي ، وفي هذه المجالات يمكن الاستفادة من فقرات كثيرة في مقاييس الذكاء مثل ستانفورد - بينيه ، ووكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين ، مقياس ووكسلر لذكاء الأطفال.

(د) الذكاء: ويمكن تقديره بواسطة مقاييس الذكاء المقننة ، إلا أنه في العمل الإكلينيكي اليومي ، قد يمكن التوصل إلى مؤشرات هامة من دراسة الإنجازات التعليمية والمهنية مع مراعاة بالطبع احتمال تشابك عدد كبير من العوامل التي تحدد مستوى الإنجازات في هذه المجالات مثل قوة الدافع وظروف البيئة وغيرها ، بالإضافة إلى الذكاء ، كما أنه من المفيد في هذا المجال المقارنة بين مستوى الإنجازات في الماضي وفي الحاضر؛ بقصد تبين العوامل المصاحبة للتدهور العقلي.

(هـ) الاستبصار وسلامة الحكم: أي القدرة على تقويم العلاقات بين الأحداث وبينها وبين الموقف الكلي ، ويشير ذلك إلى الأحداث في الماضي والحاضر والمستقبل (الفهم العام) وما إذا كان سلوكه يتفق مع أحكامه ... أما الاستبصار فهو يشير إلى قدرة العميل على تقويم سلوكه في ضوء الموقف الكلي (أي أنه مريض ويحتاج إلى علاج) ، وكذلك العلاقات النوعية (أي العوامل المرتبطة بمرضه) ، ولا يقوم الاستبصار على أساس ما يقوله المريض فقط ، ولكن على أساس الصورة السلوكية الكلية ، وتتراوح درجة الاستبصار من "معدوم" أي لا يعترف المريض بمرضه، و"سطحي" أو "جزئي" حين يعترف بشذوذ سلوكه ولكنه لا يقدر دلالة هذا الشذوذ ، إلى "شكلي" أي لفظي أكثر مما هو إجرائي، وذلك حين لا تتفق أفعاله مع ألفاظه.

ويجب مراعاة أن كلا من الاستبصار وسلامة الحكم وظيفتان معقدتان للشخصية، تتضمنان استخدام الفهم والترابط والذاكرة والاستدلال والتخطيط ، وهذه بدورها تعتمد على العمليات التكاملية والتنظيمية ، كما تظهر في حالة الأجهزة الحسية والقدرات العقلية والاتجاهات الانفعالية والنزعات الشخصية للفرد.

[٩] الاختبارات السيكولوجية التشخيصية:

وإذا كان ذلك هو الميدان الذي يسهم فيه الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيما لا يستطيع أن يسهم به غيره ، إلا أن هذه الاختبارات لا تطبق ولا تفسر في فراغ ، بل يجب أن يتم ذلك في الإطار الكلي لدراسة الحالة ، ويستطيع الفاحص المدرب ملاحظة الكثير من الجوانب السابقة خلال استجابة العميل لمواقف الاختبار .

[١٠] الفحوص الطبية والمعملية:

وتشمل فحوص السمع والبصر والدم والبول وغيرها، كما تشمل أحياناً السائل المخي الشوكي ورسم المخ وفحص الأشعة ، ورغم أن هذه الفحوص ليست من اختصاص السيكولوجي إلا أن ذلك لا ينفى ضرورة معرفته بطبيعتها ودلالاتها ، وهو يكتسب هذه المعرفة خلال دراسته الأكاديمية ومرانه العملي ، ومن الضروري أن يتابع الأخصائي النفسي التطورات الحديثة في هذا المجال .

[١١] الصياغة التشخيصية:

يلخص دارس الحالة ديناميكياً الشخصية في أى صورة من الصور المألوفة ، ويحاول الأخصائي أن يتبين الصراع الأساسي مثل: الشعور بالذنب مقابل تبرير الذات وبالاستقلال مقابل الاعتماد ، أو المشكلة الأساسية التي يتركز حولها اهتمام المريض مثل السمعة ، الأمن ، الطهارة ، الذنب ... الخ. وقد يحدد مستوى النضج الانفعالي للمريض مثبتاً صحة تقديره باقتباس نماذج من الخصائص السلوكية للعميل (مستوى الطفولة المبكرة ، الطفولة ، المراهقة الأولى ، المراهقة المتأخرة ، الرشد) ، وأخيراً قد يلخص ما سبق باستخدام إحدى التصنيفات الإكلينيكية .

ومهما كان الهدف من دراسة الحالة ، فإن الإكلينيكي يتعين عليه في النهاية تفسير البيانات وهو في بنائه للفروض ، يتعين عليه أن يعتمد على الاستنتاج الإكلينيكي، إلا أن الأحكام الإكلينيكية مع الأسف جيدة بقدر جودة من يتصورونها ، ولا يستبعد أن نجد باحثين يصلان إلى استنتاجات مختلفة من نفس البيانات ، والأمل معقود على أن تقدم أساليب الدراسة والتحليل وعلى أحكام تدريب الإكلينيكيين ، ويكمن قدر من الخطر في إعطاء عناية كبيرة لتفاصيل غير هامة أو غير متصلة بالمشكلة مع إهمال تطورات هامة ، وقد يختار الدارس فقط الأحداث التي تدل على وجهة نظره ويفسرها بما يتفق مع النظرية التي يهتدي بها ، فمثلاً قد يركز الدارس الذي يهتدي بنظرية التحليل النفسي على التشدد في تدريب الطفل على ضبط الإخراج ، ويقلل من أهمية وقوع طلاق في الأسرة ، والحقيقة أن كلا منهما قد يكون له تأثير يختلف من موقف لآخر ، ويرجع ذلك إلى التشابك المعقد بين عدد كبير من العوامل ، وذلك هو التحدي الأكبر أمام دارس الحالة ، ويجاهد الإكلينيكيون اليوم كي يستطيعوا القيام بنبؤ يتسم بالثبات والصدق من دراسة الحالة ، وهم يودون لو أمكنهم القول بأنه لو أعطينا سلسلة معينة من الخبرات في تاريخ الحالة ، فإننا نحصل على نتيجة معينة ، إلا أننا لا نملك في الوقت الحاضر أكثر من استخدام خليط من الخبرة والفهم العام ونظرية الشخصية لتفسير معلومات تاريخ الحالة، والخروج بافتراض يحتاج إلى مراجعة وتحقيق دائمين ، ومن المهم أن يدرك الإكلينيكي أن تفسيراته لها طابع مؤقت ، وأنه يتعين عليه مواصلة البحث لتحسين التنبؤ .

ويتشابه الإطار السابق لدراسة الحالة في بعض العناصر مع الإطار المعد والمستخدم في مستشفى "بهمان" (حلوان - مصر) ، ولكنه يختلف عنه في عناصر أخرى ، ويشتمل نموذج بهمان على:

(أ) التاريخ ، ويشمل بالإضافة إلى البيانات المميزة ، شكوى المريض بكلماته هو وبكلمات مصدر المعلومات عنه ، التاريخ الشخصي المبكر (الولادة ، الرضاعة ، الانفصال عن الوالدين ، المشي ، الكلام ، التسنين) ، التعليم ، المهنة ، العلاقات الزوجية والتاريخ الجنسي ، السمات العصابية في الطفولة ، عدد الأطفال وحالاتهم في العائلة.

- المستوى الوظيفي السابق: المظهر ، النشاط ، الكلام ، الاهتمامات ، الحالة المزاجية ... الخ.
- التاريخ العائلي ، والتاريخ المرضي السابق والأساليب العلاجية التي استخدمت (وقد تشمل الزار والسحر ... الخ).

- التاريخ المرضي الحالي بناءً على تقرير كلمن المريض ومصدر المعلومات عن الأعراض وتسلسل الأحداث.

(ب) الفحص السيكياتري ، ويشتمل على تقرير الطبيب النفسي للأعراض المدرجة في القائمة ، في ست فئات: لا توجد ، توجد ، يصعب التأكد منها ، ثم تقدير في ثلاث فئات (+ ، ++ ، +++) للعرض من حيث تواتره خلال المقابلة ودرجة تعويقه للمقابلة ودرجة تعويقه للمريض.

(ج) الآثار الجانبية للعقار على مختلف أجهزة الجسم ، وكذلك الآثار السيكياترية والنتائج العملية.

(د) الشخصية قبل المرض:

- السمات المزاجية بناءً على تقرير الشخص مثل: الانبساطية ، التصلب ، العصابية ، الذهانية.
- السمات التفاعلية مثل السيطرة والعداوة.
- الاتجاهات الأساسية مثل الاتجاه المحافظ.

(هـ) ملاحظات هيئة التمريض على سلوك المريض في فئات مختلفة مثل النوم ، الأكل ، العناية بالمظهر ، الصوت ، الكلام ، الحركة ، المشاركة في نشاط الجماعة ، الحالة المرضية ... الخ.

سجلات دراسة الحالة:

قد يهمل الإكلينيكي في زحمة العمل وتحت ضغط الإلحاح في طلب التشخيص والعلاج ، استيفاء سجل دراسة الحالة ، أو قد يحس أن التسجيل في حضور العميل قد يعوق تكوين علاقة طيبة بينهما ، ولكن السجل أساسي للإكلينيكي نفسه في تعامله مع العميل ، كما أنه ضروري لغيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي أو في المستشفى أو في الجهات الأخرى المعنية بالحالة ، والتسجيل يتفادى أخطاء الذاكرة ، كما أنه يهيئ الفرصة لإعادة النظر واكتشاف أبعاد جديدة في الدراسة ، وسجلات دراسة الحالة هي أيضاً وسيلة جيدة لتدريب المبتدئين من الإكلينيكيين ولمراجعة

أعمالهم ، كما أنها مادة طيبة للبحوث الإكلينيكية ، وأخيراً فإن السجل يوفر أحياناً ضماناً لحماية الإكلينيكي من مختلف احتمالات سوء الفهم من جانب العميل ومن جانب الآخر .

والإكلينيكي المدرب هو الذي يستطيع أن يسجل ماله دلالة في دراسة الحالة ، ويهمل ما ليس له دلالة دون أن يقع في خطأ التحيز لإطار نظري أو الخلط بين البيانات والتفسير ، وقد يكون من المفيد أحياناً الاستعانة بالتسجيلات الصوتية ، إلا أن ذلك لا يغني عن الحواس المدربة للإكلينيكي في محاولة فهم ما يريد العميل قوله وفي نقل مشاعره وانفعالاته .

الملاحظة في الطريقة الإكلينيكية:

يجمع الكثير من البيانات في دراسة الحالة عن طريق الملاحظة المباشرة للعميل وذلك في المقابل التشخيصية ومن خلال تطبيق الاختبارات السيكولوجية ، أو عن طريق استقاء المعلومات من الأشخاص الذين أتاحت لهم فرص مباشرة لملاحظة العميل كما هو الحال مثلاً في قياس النضج الاجتماعي أو في جمع البيانات عن المريض من أهله .

والمهارة في الملاحظة الإكلينيكية ليست أساسية في العمل التشخيص فقط، ولكنها أساسية أيضاً في ترشيد العلاج سواء كان فردياً أو جماعياً أو عن طريق اللعب ... الخ وهي أحياناً الأداة الوحيدة المتاحة للأخصائي وذلك في الحالات التي لا تتوفر لقياس السمة أدوات أخرى وقت دراسة الحالة ، أو في الحالات التي يكون هناك من الأسباب ما يدعو إلى توقع مقاومة الأفراد لما يوجه إليهم من أسئلة أو عدم إدراكهم لحقيقة اتجاهاتهم ودوافعهم ، ومن الممكن بالطبع أن يزيغ الأفراد سلوكهم ، إلا أن ذلك أصعب من تحريف الاستجابات اللفظية ، والملاحظة أيضاً هي الأداة العملية في الحالات التي لا يتوفر فيها لدى الإكلينيكي الوقت الكافي أو التي لا تتطلب أكثر من تقديرات تقريبية ، وهي تسجل السلوك في نفس الوقت الذي يتم فيه ، فيقل بذلك احتمال تدخل عامل الذاكرة لدى الملاحظ ، إلا أن الملاحظة بالطبع يصعب استخدامها في بعض المواقف مثل ملاحظة الحالات العائلية أو السلوك الجنسي ، والخلاصة يمكن القول بأن ملاحظات الإكلينيكي المدرب لعميله خلال العمل الإكلينيكي لا تقل في قيمتها عن أي معلومات يمكن أن يحصل عليها من الاختبار السيكولوجي ، بل إن نتائج الاختبار السيكولوجي نفسه يصعب تقديمها بغير ملاحظة ظروف الاستجابة والتعبيرات الانفعالية للعميل ، هذا فضلاً عن أن الملاحظة قد تكشف الكثير عن خصائص شخصية العميل التي يحتمل أن تؤثر في نتائج الاختبار .

ويستطيع الفاحص المدرب أن يلاحظ خلال الاختبار عدداً من العناصر الهامة مثل الكفاءة الحسية والحركية للعميل (الإبصار ، السمع ، الضبط الحركي) ، معدل الأداء (سريع ، بطيء ، متوسط) ، الوعي بالغرض من الاختبار ، الاتجاه نحو الاختبار (متوتر ، واثق اجتماعياً) ، الاهتمام والحماس في الأداء ، التعاون أو السلبية في أداء الاختبار ، كمية الكلام واتساقه ، القدرة على التعبير ، الانتباه ، الثقة بالنفس ، الدافع ، بذل الجهد ، المثابرة ، القدرة على الانتقال في

يسر من عمل لآخر ، الاستجابة للتشجيع والثناء ، الاستجابة للفشل ، النقد الذاتي ، السلوك الشاذ من هلوسة أو خلط في الكلام ... الخ.

وتساعد ملاحظة هذه العناصر في الحكم بما إذا كانت نتائج الاختبار تدل على حقيقة قدراته أم لا ، ويواجه الإكلينيكي في هذا المجال صعوبة الفصل بين الملاحظات والاستنتاجات من هذه الملاحظات في تفسير شخصية العميل ، فمثلاً يصعب أن يفسر المظهر السلوكي الملاحظ أثناء تأدية الاختبار على أنه انتباه أو تركيز ، إلا في ضوء معلومات أخرى مثل مستواه العقلي أو نتيجة الأداء في الاختبار ، وكذلك يصعب أن نستنتج أن التعاون الملحوظ في أداء الاختبار مثلاً ، يمثل سمة عامة تميز المفحوص في غير ذلك من المواقف ، ويوضح ما سبق خطورة تفسير الملاحظات في فراغ بعيداً عن دراسة الحالة المتكاملة.

ويحتمل أن تزداد دقة الملاحظة إذا كانت من نوع الملاحظة المنظمة التي يحدد فيها مقدماً نوع الموضوعات المطلوب ملاحظتها ، ومدة الملاحظة للوحدة المعينة من السلوك ، ومكان الملاحظة ، ونوع المصطلحات المستخدمة في تسجيل الملاحظات وتسلسلها ، وعدد المرات التي تتكرر فيها ملاحظة نفس الموضوع بالقدر الذي يحقق أقصى قدر من الثبات ، كما أنه يمكن أن نستوثق من ثبات الملاحظة عن طريق مقدار الاتفاق بين أكثر من ملاحظ واحد.

وقد يستعين الإكلينيكي أيضاً بمقاييس التقدير ، وهي ليست أكثر من صياغة شكلية تهدف إلى وضع العميل في فئة أو موضع أو نقطة على متصل أو مقياس للسمة التي تقدر ، كأن نقدر مثلاً درجة القلق أثناء تأدية الاختبار في إحدى الفئات التالية: معدوم ، قليل ، متوسط ، شديد. وقد يضيق البعض بمثل هذه الأداة لأنها تقيد حرية التعبير عن ديناميات الشخصية ، كما أن التقدير قد يتعرض للخطأ بفعل التعميم من سمة لأخرى نتيجة ما يسمى "أثر الهالة" فنقدر الشخص في درجة عالية على متصل "الاجتماعية" تأثراً بدرجةه العالية على متصل "سرعة الحركة" ، أو بفعل النمطية الجامدة في إصدار الأحكام والتي قد يترتب عليها إهمال خصائص أخرى ، فمثلاً إذا اعتبر الإكلينيكي أن شخصية عميله تتسم بالطابع الشرحي في لغة التحليل النفسي ، فإنه قد ينسب له كل ما يندرج طبقاً لخبرته تحت هذا الطابع ، ويهمل لذلك ملاحظة خصائص أخرى هامة ، إلا أن مقاييس التقدير لها قيمتها وبخاصة بالنسبة للمبتدئين في العمل الإكلينيكي، ويتوقف الكثير بالطبع على عمق التدريب الإكلينيكي ، وبخاصة التدريب على ضبط النتائج في إطار الصورة الكلية التي تمثلها دراسة الحالة.

ملحق (٣)

نموذج تطبيقي لدراسة الحالة

حالة وسواس قهري

أولاً - التعريف بالحالة :

الاسم: س.س.ع	الجنس: أنثى	السن: ١٩٠ سنة.	مكان الميلاد :
الأحساء		البيئة الاجتماعية : قروية	
المستوى التعليمي: المرحلة الجامعية		المهنة : طالبة	
عدد الإخوة: ٢	عدد الأخوات: ٥	ترتيب الحالة بينهم : الثالثة بعد أخ وأخت	
الحالة الاجتماعية : عازبة .		الحالة الاقتصادية: فوق المتوسط	
المظهر الخارجي: ١ - الطول: ١٥٤ سم		٢ - الوزن: ٣٧ كلغم	
٣ - الشكل: بسيط جداً، مرتب.. تبدو نحيلة و ذابلة..			
العادات و الأنشطة: قراءة الجرائد، مشاهدة التلفاز.			

ثانياً - مشكلة الحالة :

تلخص شكوى الحالة الحالية كما وصفتها في انحصار تفكيرها حول فكرة واحدة فقط لا تستطيع مقاومتها و هي فكرة نجاسة الأشياء لاسيما الخاصة بما من عدمها، والمبالغة القسوى في تطهيرها و قضاء وقت طويل جدا في ذلك.. هذا وقد أسهبت الحالة في وصف تفاصيل دقيقة جدا، لإبراز المشكلة كما أنها عبرت عن عمق معاناتها منها بالمفردات التالية عقب انبهارها الشديد إثر سؤال وجه لها من قبل المتدربة حول الفكرة التي تشغل بالها الآن؟؟؟؟:

(آآآآآ.. حجييم، عذاب مهين، نار، جهنم الدنيا.. ما ينقال بس ينحس! أنا فاقدة القدرة على كل شيء، كل شيء.. الحياة، الموت.. أنا عايشة في غيبوبة.. ما أتمني إلى أي وضع، لا حياة و لا موت.. لا أبيض و لا أسود..... أنا عايشة غريبة في وسط الناس، يحسبوني بينهم بس أنا مسروقة من الكل..

و تبالغ أكثر في وصف مشكلتها فتقول: (ما فيه حالة في الدنيا مثل حالي كل الأدوية محترعينيها لحالات أخف أنا حالة لم يسبقني بها أحد من العالمين و لا أعتقد إنه في أحد راح يلحقني...)

كما تعتبر الحالة أن الشق الأكبر من معاناتها لا يكمن في المرض في حد ذاته و إنما في عدم تفهم والديها لمرضاها (لاسيما الأب) و عدم وعيها به، ومعاملتها و كأنها هي من جلبته لنفسها كما تقول.. و تتساءل بألم: "إذا كانت أسرتي مش متحملتني أترجى من مين انه يتحملني؟؟!" أما أخواتها فيبدون و كأنهن محايدات حسب وصفها لكنهن يستجبن لها حينما تطلب منهن مساعدتها في تطهير بعض الأشياء كالملابس مثلا لكنها تعود و تذكر بأن أختها الكبرى هي أقل أخواتها استجابة لها و تصفها بأنها محاربة لها على حد تعبيرها.

- التاريخ المرضي الحالي " فيما يتعلق بالمشكلة": تذكر الحالة أنها وجدت تلميحات لهذه الأعراض لأول مرة قبل سنة واحدة تقريبا حينما تأخرت في دخول دورة المياه ثم شككت في نجاسة ملابسها نتيجة شعورها باحتباس البول.. و قد طلبت من المتدربة أن تدون لديها هذه الجملة نصا: (سجلي في ملاحظتك: أنا من سنة مت!)

- التاريخ المرضي السابق: تذكر الحالة وجود أعراض وسواسية لديها منذ أيام الطفولة و لكن بما يتلاءم مع تلك المرحلة العمرية.. فأشارت مثلا إلى أنها كانت تأخذ وقت طويل في الوضوء عند بداية تعلمه و تدقق جدا في مكان مسح الرأس و ما إلى ذلك.. كما كانت تتأخر في دورة المياه كثيرا ما يجعلها تتعرض للنقد و السخرية و التوبيخ من قبل أهلها بشكل دائم، لكن هذه الأعراض اختفت تماما بعد تجاوز هذه المرحلة (تخطي الابتدائية)..

- مستوى الدافعية للعلاج : لدى الحالة رغبة ملححة في التخلص من معاناتها و تدعي أن لو كان الخيار بيدها لكانت مستعدة لتحمل أي مرض عضوي تبتلى به مهما كان خطيرا لكنها ليست قادرة على تحمل العيش في هذا الوضع.. و تعبر أحيانا عن أسها من الشفاء في لحظات الانهيار (أنا يمكن ما بطيب بظل طول عمري كذا... كل شئ أأجله و أقول لما أطيب راح أسويه بس يوم ورا يوم يمر و كل يوم أسوأ من اللي قبله...) لكنها تعود و تتحدث بعد ذلك أنها تترقب اليوم الذي ستشفى فيه و تعلق عليه الآمال الكبيرة و ترجو أن يكون قريبا بإذن الله.

ثالثا: تاريخ الحالة:

١ - المجال العائلي:

- الأب: على قيد الحياة.. عمره ٤٤ سنة خريج ثانوية عامة و يعمل في إحدى الشركات الخاصة.. و هو الأخ الأكبر لأشقائه الثلاثة بعد أختين.. تحمل مبكرا مسئولية الأسرة "الوالدين و الأخوة" و لا زال يتحمل جزءا منها حتى الآن.. الأمر الذي استدعى بقاءه معهم بعد زواجه في بداية سن العشرين.. كما انتقل إخوته للعيش معه حتى بعد تمكنه من الحصول على منزل جديد.. و ظل يعيش وسط أسرته الممتدة حتى زواج أخيه الأصغر قبل سنوات قليلة.. تتسم شخصيته بالطيبة و الكرم .. يعاني من بعض المشاكل الصحية..

- الأم: على قيد الحياة ولها نفس عمر الأب التحقت بالمدرسة المتوسطة ثم تركت التعليم قبل إتمام الدراسة بها لاسيما مع انشغالها بمسئوليات الزواج.. متفرغة لعمل البيت و الاهتمام بأبنائها تماما، طيبة و خدومة و تتحلى بحس المسؤولية..

- علاقة الوالدين ببعض: توجد بينهم صلة قرابة بسيطة و نسب سابق.. تزوجا باختيار و رغبة و تتسم العلاقة بينهما بالود و الحبة و غالبا لا تتعدى شجارهما الملابسات الوقتية التي تزول مع زوال الموقف.

- علاقة الوالدين بالأبناء: تصف الحالة الأم بأنها عصبية و دائمة التوبيخ لأبنائها لفظيا و لديها في الوقت ذاته حرص مبالغ فيه في الاهتمام بالأبناء.. كما لاحظت المتدربة وجود نوع من المخاوف الزائدة لديها على أولادها.. أما الأب فهو أقل عصبية و حرصا لكن الاثنان يشتركان في التعبير الدائم عن عدم رضاهما عن أوضاع أولادهما و أهم ليسوا على الشاكلة التي يتمنيها و يبرران رأيهم هذا بأنهم ليسوا على القدر الكافي من الطاعة، كما أن اهتمامهم غير مجدية.. كما تذكر الحالة أيضا أن معاملة

والديها لهم في الوقت الحالي تختلف كثيرا عما كانت عليه في الماضي ،لاسيما في أيام معيشتهم في ظل أسرة ممتدة و بيت مزدحم ،فهما الآن أكثر قربا منهم و أكثر تفهما..

- الأخوة و الأخوات: جميعهم في سن الدراسة و متفوقون أكاديميا و لهم حضور قوي في الأنشطة المدرسية و مشاركة بسيطة في الأنشطة الاجتماعية، تقتصر مشاركتهم في أعمال المنزل (لاسيما الإناث منهم) على أوقات العطل حيث يتولونها بشكل كامل (باستثناء "س") أما في الدراسة فهم متفرغون للدراسة فحسب، يوصفون من قبل أقاربهم و زملائهم و معلمهم بالخلق و الأدب و التميز.. تتسم علاقتهم ببعض بشدة الترابط و الود و التعاون والمحبة..

٢ - المجال الشخصي:

ولدت (س) بعد ٤ سنين من ولادة أخيها الأكبر و سنتين من عمر أختها السابقة لها و في ظل بيت صغير و مزدحم كان ملك للجد و منذ صغرها شعرت (س) بالغربة في وسط ذلك الجو و لم يختلف الحال عما هو عليه حتى بعد انتقال الأسرة إلى بيت جديد و كبير حيث كانت تحس بقرب أختها الكبرى من أخيها الأكبر في حين لم يكن لـ(س) أي مقرب لها من أهلها حتى بعد ولادة أختها التالية لها بعد ثلاث سنين الذي زادها غربة إذ كانت في شجار و مشاكل دائمة معها، و قد شهدت (س) خلافات بين أمها و جدتها التي كانت تفسر أي قسوة من قبل الأم على أبنائها على أنها إغاضة لها! و كانت (س) تستشعر أن الأم دائما ما تحدث أختها الكبرى بمشاكلها و ما يجري معها في حين تتعامل مع (س) على أنها صغيرة جدا على هذه الأمور على الرغم من أنه لم يكن ثمة فرق كبير بينهما و هذا ما كان يشعرها بالتهميش و إحساس بالكراهية للأُم و الغيرة من الأخت إضافة إلى أنها كانت تحس دائما بنظرة استصغار في عيني أختها الكبرى و أخيها الأكبر حينما تكون معهما و دلت على ذلك برد أخيها عليها مثلا حينما تسأله عن شيء حيث كان يقول: (شعرك أني؟!) و كانت تسكنها أمنية دائمة أن تكون لديها أخت قريبة منها غير هذه الأخت.. و تؤكد (س) أن والديها كانا حريصين بشدة على مشاعر الجد و الجدة و الأعمام الذين يشاركونهم المنزل و يحاسبون أبنائهم على أي خطأ صغير أو أي كلمة قد تخرج منهم بعفوية مطلقة و يرى الوالدان أنها قد تتير "زعلهم" و تتدرج الحاسبة هذه بين العتاب و النهر و قد تصل في كثير من الأحيان إلى الضرب..

وتشير (س) إلى أنها كانت شقية و عنيدة في طفولتها،وهذا مما يزيد من عصبية الأم تجاهها،ومن المشاهد الخالدة في ذاكرتها أنها كانت دائما تهددها بوضع بهارات حارة على لسانها مما شكل لديها عقدة و خوف شديد من البهار كما تقول.. و تذكر أن الأب كان نادرا ما يضرها مقارنة بأمها و لكنها تتذكر جيدا يوم ضربها بعضا على الرغم من أنه حرص على أن يكون الضرب خفيفا إلا أنه حز في نفسها جدا.. و تؤكد (س) أيضا أن تربيتها اتسمت بشيء من التزمّت حيث كانت مثلا ترتدي الحجاب كاملا مع غطاء الرأس منذ السنة الأولى لها في المدرسة و ربما قبل ذلك و كانت تشعر بالغيرة من زميلاتها اللاتي لم يكن كذلك و تتذكر جيدا أنها توجهت يوماً حينما كانت في الصف الأول الابتدائي براءة شديدة مع إحدى زميلاتها إلى (الدكان) أو (البقالة) لكي تشتري لها شيئا تأكله عند خروجها من المدرسة و كانت هذه عادة منتشرة بين زميلاتها إلا أن عمها رآها صدفة و بمجرد أن عادت إلى المنزل كان ينتظرها زلزال من العتاب و النهر و اللوم بشكل لم تستطع استيعابه و ولد لديها عقدة و خوف من مجرد القرب من الدكاكين مرة أخرى.. في المدرسة تقربت (س) من إحدى زميلاتها بشكل قوي منذ الصف الثالث حتى الصف الخامس الابتدائي و كان ينظر لهما على أنهما صديقتين حميمتين إلا أن صديقتها هذه مع نهاية الصف الخامس اختلقت مشكلة غريبة جدا فكانت تتصل في أوقات مريبة و غير ملائمة هي أو

شخص آخر تستعين به ثم تطلبها أو أختها الكبرى مع تغيير نبرة الصوت ثم تبدأ في سرد حديث غريب عجيب مما أحدث إرباكا في جو البيت إلى أن تصدى الأب لهذه المسألة و اكتشف لعبة الصديقة مما أحدث صدمة قوية جدا جدا في نفس (س) حينما علمت أن صديقتها التي تكن لها كل حب و إخلاص هي من تفعل ذلك.. بعدها مباشرة تقربت منها زميلة أخرى لها في الصف السادس إلا إن إحدى المقربات الأخرى من تلك الزميلة اختلقت كلاما غريبا و أصدقه به (س) كذبا مما أدى إلى انتهاء العلاقة بينهما بشكل لا يقل صدمة عن العلاقة السابقة.. من أبرز ذكريات هذه المرحلة معاناة (س) من التبول اللاإرادي حتى نهاية الصف الثاني الابتدائي تقريبا لكنها كانت ترفض تماما مراجعة أي طبيب لهذا الشأن حرصا منها على ألا يكتشف أي شخص عنها هذه المسألة و كانت تجاهد في سبيل ذلك بشتى السبل خاصة أمام أختها الصغرى إذ كانت تشعر بالأسى حين تجدها قادرة على ضبط هذه المسألة في حين أن (س) لم يكن لديها القدرة على ذلك.. و سجلت (س) امتنانها لوالديها اللذين لم يوبخاها أبدا على تبولها لكنها سجلت في الوقت ذاته عتابا لهما أيضا إذ تأخرا في التفكير بأخذها إلى طبيب حتى فطنت و أخذت ترفض هذا الأمر.. ظهرت بعض الأعراض الوسواسية لديها خلال هذه المرحلة كما سبقت الإشارة ثم اختفت بعد ذلك..

بعد الالتحاق بالمتوسطة و مع ما تعرضت له (س) في المرحلة السابقة من صدمات و نكسات ابتعدت تماما عن التقرب من أي زميلة لها و تولدت لديها عقدة قوية من مجرد لفظ الصداقة و لا زالت تمقت هذا المصطلح حتى الآن.. لكنها تقربت بشكل قوي جدا من أختها الكبرى لدرجة أنها كانت توصف في المنزل بأنها لا تتحدث مع أي شخص سواها لأنها كانت قليلة الكلام فعلا إلا معها.. و بقيت العلاقة بينهما شديدة و حميمية إلى أن تخرجت الأخت الكبرى من المرحلة الثانوية و التحقت بالجامعة و كانت (س) في الصف الثاني ثانوي حين ذاك، عندها أخذتها الحياة الجامعية كما تعبر (س) و ابتعدت عنها تماما.. و تضيف (س) في هذا الجانب أن أختها الكبرى لم ينقصها شئ لأن علاقاتها الاجتماعية ممتدة أصلا و لديها الكثير من الأصدقاء كما أن الحياة الجامعية أضفت لها الكثير لكن (س) افتقدت أختها الكبرى كثيرا لأنه لا يوجد مقرب آخر لديها مما أشعرها ببغض شديد للجامعة و كل ما يتصل بها، لكن (س) تعود و تؤكد أن ابتعاد أختها الكبرى عنها هو مجرد بعد جسدي و ليس روحي! و تضيف (س) أن جميع أخوتها الآن ذكورا و إناثا على مستوى واحد من القرب منها و أن علاقتها طيبة بهم جميعا.. إلا أنها في الوقت ذاته تؤكد بشكل متكرر و مستمر أنها تستشعر دائما اختلافها عن جميع أخوتها في كل جوانب الحياة فتذكر مثلا أن جميعهم متفوقون و متميزون سواها و أن لديهم مواهب عديدة في حين أنها "منعدمة المواهب" حسب تعبيرها!! و تدلل على ذلك بذكر بعض الأمثلة فتقول أن جميعهم لديهم القدرة على تنظيم الأنشطة سواء المدرسية أو الاجتماعية و المشاركة فيها، و الجميع لديه دور فعال داخل المنزل و القدرة على القيام بأعماله في حين أنها لا تجد في نفسها هذه القدرة لذا تمتنع عن المشاركة في أي نشاط أو عمل داخل المنزل و هذا ما يجعلها عرضة للمقارنة الدائمة بهم -من قبل والديها خاصة- لاسيما بأختها الكبرى على اعتبار أنها تتزعم هذه المسائل حتى أن (س) تصفها بأنها "كبيرهم التي علمتهم السحر"!!

بعد التحاق (س) بالكلية مباشرة ظهرت عليها أعراض المشكلة الحالية..

٣- المجال الجنسي: أولت الحالة هذا الجانب الكثير من التركيز في حديثها وقد بينت أنها مؤمنة جدا بما يسمى بعقدة القضيبي أو حسد القضيبي و أنها تتذكر جيدا مرورها بهذه المشاعر في سن الطفولة.. و تحدثت عن فضولها المستمر و الكبير في استكشاف هذا العالم و سعيها الدائب نحو ذلك منذ أيام الطفولة و حتى الآن للسؤال و قراءة الكتب التي تتصل به .

بلغت في سن الحادية عشر و ذكرت أنها مرت بمشاعر النفور من جنسها عند ذلك و لا زالت مشاعر النفور تسيطر عليها حتى الآن إلى درجة أنها تعتقد أنها لو كانت ذكرا لما أصيبت بمشاكلها الحالية!! ثم عادت و خفت هذا الاعتقاد بعد المناقشة إلى أنها حتى لو أصيبت فعلى الأقل لن تكون بالحدة التي هي عليها الآن! و تقارن (س) نفسها بأختها الكبرى حتى في هذا الجانب فتحدثت طويلا عن أن أختها الكبرى لا تمر بمثل هذه المشاعر و لا تسيطر عليها أية أفكار من هذا النوع و حتى إذا أرادت (س) أن تتحدث معها في أي موضوع يتصل بهذا الجانب فإنها لا تشعر بتقبل كافي منها يعينها على مزيد من البوح لذا فهي تحمل أختها الكبرى مسئولية مشاعر الذنب التي تحكم قبضتها عليها فيما يتصل بأية مشاعر تعيشها من هذا النوع و قالت بأنها لو كان لديها نموذج غير نموذج أختها الكبرى تشاركها أحاسيسها لما شعرت بهذا القدر من الذنب إلى درجة أنها تدعو الله دائما بأن يعافيا مما عانى منه أختها!!

٤ - المجال التعليمي: دخلت المدرسة في السن الطبيعي و كانت أختها الكبرى في الصف الثالث حينها و المعلمات يولونها جانب كبير من الرعاية و الاهتمام و يشيدون بتفوقها و فطنتها و هذا ما عرضها لمقارنة جارحة بها من قبلهن منذ البداية دون منحها أية فرصة للبروز أو التميز، و قد بقيت لعنة هذه المقارنة تلاحقها طوال سني دراستها باستثناء السنتين الأخيرتين (الثاني و الثالث ثانوي) فقط بسبب أن جميع معلماتها لم يكونوا قد درسوا أختها من قبل و هذه هي الفترة التي ارتاحت فيها كما تقول.. لكن هذه المقارنة ما لبثت أن عادت بصورة أشد حينما التحقت بالكلية و هي مقارنة يشترك فيها جميع من حولها و يشعرونها دائما بارتفاع أختها الكبرى عنها و تفوقها عليها في كل جوانب الحياة.. و ذكرت أنها على الرغم من تفوقها في المرحلة الابتدائية خاصة و حصولها على المراكز الأولى دوما إلا أن المعلمات لم يكن يرون فيها سوى أنها أقل من أختها الكبرى فحسب و يصفونها دائما بالبرود المبالغ فيه و أعربت عن اعتقادها أن لولا وجود أختها الكبرى في حياتها التعليمية لنالت هي حقوقها كطالبة.. لكنها تعود و تؤكد أنها بالرغم من كل هذا إلا أنها لم تكن لأختها لحظة سوى المزيد من الحب و التقدير فهي تعلم أن ليس لها يد في ذلك!! تدنى مستواها الدراسي بعد التخرج من الابتدائية من رتبة (الممتاز) إلى (الجيد جدا) بسبب إهمالها كما تقول و شدة نفورها من الدراسة ثم تدنى أكثر و أكثر بعد الالتحاق بالكلية إلى درجة حمل المواد لذات السبب السابق.. تعتقد (س) أنها لو أولت الدراسة قدرا صغيرا من الاهتمام لتفوقت جدا.. هذا و يبدو جليا لمن يتحدث مع (س) أحقيتها في هذا الاعتقاد حيث يلحظ بشكل قوي تفتح ذهنها و اتساع مداها الثقافي!

٥ - المجال الطبي: تذكر الأم أن ولادة بنتها كانت طبيعية تماما بل على العكس كانت أخف و أيسر بكثير من باقي إخوتها من ناحية الآلام و ما إلى ذلك.. و كانت رضاعتها طبيعية لمدة سنتين كاملتين و لم تمر بأية مشكلات أو تأخر في أي جانب من جوانب النمو خلال ذلك.. في سن الثالثة أصيبت بمرض (لين العظام) ثم شفيت منه بعد العلاج.. كما تعرضت للإصابة بما يسمى (اللشمانيا) المنتشر في ذلك الحين.. و في سن التاسعة أصيبت بحالة إمساك حادة استمرت معها ما يربو على الشهر عاشت خلالها معاناة شديدة جدا و آلام قوية لاسيما و أنها لم تكشف عن سبب تعبها الحقيقي لأهلها فكانوا يدورون بها الأطباء دون التوصل للسبب و تعيبت عن المدرسة طويلا نتيجة ذلك.. لفتت الحالة النظر إلى أنها مع بداية تماثلها للشفاء و قرب عودتها إلى الدراسة لاحظت أنها تساعد على حل الواجبات المدرسية المتراكمة و ما إلى ذلك و في هذا الموقف فقط شعرت بالحب و التقدير لأمها و استشعرت منها ذلك أو كما عبرت الحالة: (حسيت إن أمي أم).. عانت

من القولون العصبي و لا تزال كما عانت أيضا من مشاكل في الأسنان لفترة طويلة، و تكشف التقارير الطبية الحالية عن عدم وجود أية أمراض أو مشاكل صحية تستحق الذكر باستثناء بعض الالتهابات في البول..

رابعا: مصادر جمع المعلومات:

١ - المقابلات

أ-مقابلة الحالة: أجرت المتدربة خمس مقابلات شخصية مع الحالة كان يمتد الوقت فيها لساعات، جمعت المتدربة خلالها معلومات كثيرة عن تفاصيل حياة الحالة كما أجرت خلالها الاختبارات المطبقة عليها.. وتحدثت الحالة فيها بإسهاب عن مشكلتها و عمق إحساسها بها و كانت متعاونة جدا في الإجابة على جميع الأسئلة التي وجهت لها من قبل المتدربة..

ب- مقابلة الأهل: أجرت المتدربة مقابلتين مع الأهل خصصت الأولى للأُم، والثانية لأخوات الحالة،وقد ساهمت هذه المقابلة في الكشف عن مدى إحساس الأسرة بمشكلة الحالة و مدى تأثيرها على حياتهم.. تحدثت الأخوات خلال المقابلة عن أساهم لوضع أختهم، وتفهمهم لطبيعة حالتها،واقتناعهم بأن ما تعاني منه هو مرض فعلي،وترمهم من إبداء التذمر الدائم من وضعها من قبل الأُم و الأب.. لكنهم وصفوا أنفسهم بقلّة الحيلة تجاه هذه المسألة،وأعربوا عن عدم تمكنهم من مناقشة والديهم في هذا الموضوع اعتقادا منهم أنهم لن يتقبلوا ذلك كما يقولون و لن يتفهموه أبدا.. كما أفصحوا للمتدربة عن اعتقادهم أن حياتهم ستكون أفضل مما هي عليه الآن لو لم تصب أختهم بهذا البلاء و ذلك إثر سؤال وجه لهم من قبل المتدربة..

أما بالنسبة للأُم فقد تحدثت خلال المقابلة عن اعتقادها بأن ابنتها قادرة على مقاومة هذه الوسواس و لكنها ترفض دائما الاقتناع بهذه المسألة،وتستسلم لها،وأفصحت الأُم أنها غير مقتنعة بجدوى العلاج الدوائي و لكنها رضخت قسرا لرغبة ابنتها في ذلك و قالت الأُم: إنما الآن لم تعد تهم في كون ابنتها ستشفى من العلاج الدوائي أو من غيره المهم بالنسبة لها أن تتخلص ابنتها من تلك الأعراض.. و عند سؤالها عن سبب توبيخها المستمر لها و إبداء تدمرها من وضعها عند التأخر في دورة المياه مثلا أجابت: (علشان تستعجل)!!

٢ - الاختبارات.. سعت المتدربة جاهدة للحصول على بعض الاختبارات التي كانت ترغب في تطبيقها على الحالة لكن نظرا للصعوبة الشديدة في ذلك إضافة لكونها غير مدربة على الكثير منها فقد اضطرت للتحرك في حدود ما أتيح لها و اقتصرت الاختبارات المطبقة على التالي:

أ- بطارية المودزلي للوسواس القهري The Maudsley Obsessional- Compulsive Inventory

أوضحت نتائج تطبيق البطارية أن الحالة تعاني من درجة مرتفعة من الوسواس؛فقد حصلت على ١٨ درجة في مقياس الوسواس الكلية وهي درجة مرتفعة إضافة إلى أن البطارية أوضحت أن أعراض الوسواس مرتفعة في المقاييس الفرعية: المراجعة، الشك و إلحاح الضمير .

ب: الاختبارات الاسقاطية:

- اختبار روتر لتكملة الجمل الناقصة: حسب تقدير المتدربة فقد حصلت الحالة على درجة ٢٠٦ في هذا الاختبار و هي درجة مرتفعة جدا و تدل على سوء التوافق الشديد.. كما أظهر الاختبار وفقا لقراءة المتدربة أن لدى الحالة مشاعر كبيرة بالنقص و عدم الكفاية و العجز و الفشل في الدور الأنثوي و الإنساني و الشعور بعدم الرغبة من الآخر و إحساس بالغرابة في وجوده و اتجاهات سلبية نحو الناس بشكل عام و الأسرة بشكل خاص و حاجة إلى استشعار الأهمية و الحصول على دور.. و حاجة ملحّة للنشاط العقلي و الجسدي و الجنسي و يسيطر عليها مزاج عام مكتئب و حزين و سيطرة لهواجس المرض و انشغال زائد بالتفكير فيه و في مآله مقرون بمشاعر نفور من الحياة و حزن و أسى على الماضي و سخط على الحاضر و تشاؤم من المستقبل..

- اختبار ساكس لتكملة الجمل: حصلت الحالة على درجات مرتفعة على الأبعاد الأربعة التي يقيسها الاختبار ما يشير إلى سوء توافقها في المجالات المحددة.. و قد كشف الاختبار وفق قراءة المتدربة عن تشوه صورة الآخر لدى الحالة و فزعها من الاقتراب منه نتيجة لذلك ما أدى إلى فقدانه من حياتها على المستوى الفعلي و التطلع إليه و البحث عنه على المستوى التخيلي.. تسيطر على الحالة صراعات بين رغباتها الجنسية الملحة من جهة و بين خوف الاقتراب من الآخر من جهة أخرى مقرونة بهواجس الإثم و مشاعر الذنب من جراء ذلك.. كما تتقاذفها صراعات بين الحب و الكراهية تجاه الأم و الأب و إحساس بفقدان الأمان في ظلهم و استشعار عجزهم عن تفهمها و تقبلها من لدنهم.. كل هذا ولد لدى الحالة إحساساً بالقدارة و حدثت في التمسك بذكري التبول في فراشها مدعماً له فتربع على عرش البطولة من بين كل ذكرياتها عن الطفولة.. كما تسترجع أيضاً حادث سرقة بسيط و وحيد قامت به في طفولتها ربما كمدعم آخر.. كما أكد الاختبار إن أكثر ما يشغل بال الحالة هو التفكير في مشكلتها و المال الذي ستؤول إليه..

٣- تحليل الخطأ: استعانت المتدربة بمبادئ علم الجرافولوجي في تحليل عينة من خط الحالة، وقد كشفت نتائج التحليل إجمالاً عن أن الحالة لديها قدرة اجتماعية عالية و تسكنها الرغبة في هذا الدور بغض النظر عن مدى توظيفها لهذه القدرة أو الرغبة، و لديها إجابة قوية للحديث و الإقناع "و هي سمة ملحوظة جدا على الحالة"، وتركيز عالي جدا، مع بعض النسيان الغير متوقع و هي شخصية عملية جدا، وعالية الطاقة و يمكن الاعتماد عليها إذا استعملت طاقتها بشكل جيد.. كما أن لديها جهود في الشخصية فليس من السهل تغييرها و لديها نوع من المزاجية في الوقت ذاته و استغراق في التفكير فقد تغير آراءها بعد التفكير فيها لكنها إذا اتخذت قرارا حازما تثبت عليه بقوة.. تنسم الحالة أيضا كما توضح نتائج التحليل بنوع من التطرف الشديد و بعد عن الوسطية فهي إما أن تتحدث بإسهاب أو تكتفم بقوة و إما أن تحب بشدة أو تبغض بشدة و هكذا....

خامسا: التشخيص النهائي:

استناداً على الأعراض الظاهرة على الحالة ونتيجة بطارية المودزلي للوسواس القهري شخصت الحالة على أنها اضطراب وسواس قهري "أفعال وأفكار قهرية"

محكات اضطراب الوسواس القهري كما وردت في DSM-4-TR:

أ- وسواس أو أفعال قهرية:

١- Obsessions كما تعرف ب ١- ٢- ٣- ٤:

١- أفكار أو اندفاعات أو صور ذهنية متكررة أو مستمرة ، يجربها الشخص في وقت ما من الاضطراب كأشياء مقحمة وغير ملائمة وتسبب له قلقاً أو كرباً ملحوظاً .

- تعاني الحالة من أفكار واندفاعات تزعجها وتسبب لها قلقاً وكرباً

٢- هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الذهنية ليست مجرد هموم زائدة حول مشكلات حياتية حقيقية.

- انطبق هذا المعيار على الحالة

٣- يحاول الشخص أن يتجاهل أو يخمد هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو يعادها بفكرة أخرى أو فعل آخر .

- حاولت الحالة مقاومة هذه الأفكار وتجاهلها.

٤- يدرك الشخص أن الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الوسواسية هي نتاج عقله ذاته (ليست مقحمة عليه من الخارج

كما في حالة دس الأفكار (Thought Insertion).

- الحالة مدركة لذلك.

٢- أفعال قهرية Compulsions كما تُعرف ب ١-٢-٣-٤:

١- سلوكيات متكررة (مثل : غسل اليد ، الترتيب، التحقق) أو أفعال ذهنية (مثل : الصلاة ، العد ، تكرار كلمات في

صمت) يشعر الشخص أنه مدفوع إلى تأديتها استجابة لوسواس أو اتباعاً لقواعد يجب عليه أن يطبقها بخفاياها .

تندفع الحالة إلى عملية تطهير الأشياء و الأدوات بشكل قهري.

٢- تهدف السلوكيات أو الفعال الذهنية إلى منع وقوع كرب أو تخفيف كرب ، أو منع وقوع حدث أو موقف مرهوب .

إلا أن هذه السلوكيات أو الفعال الذهنية ، إما غير موصولة على نحو واقعي بما أريد بها تخفيفه أو منعه ، وإما زائدة عن

الحد بشكل واضح.

انطبق هذا المعيار على الحالة.. حيث تهدف أفعالها إلى إزالة الشعور بالنجاسة..

ب- عند نقطة ما خلال مسار الاضطراب أدرك الشخص أن الوسواس أو الأفكار القهرية زائدة عن الحد أو غير

معقولة.

- الحالة مدركة تماماً لكون وسواسها مبالغاً فيها وغير معقولة.

ج- تؤدي الوسواس أو الأفعال القهرية إلى كرب ملحوظ ، وتستهلك وقتاً كثيراً (أكثر من ساعة كل يوم) ، أو تعيق

بدرجة كبيرة وتيرة الشخص الحياتية الطبيعية ، أو أداءه المهني (أو الدراسي) ، أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية

المعتادة .

- ينطبق هذا المعيار على الحالة تماماً فهي تقضي مثلاً ما يزيد عن الساعتين في دورة المياه وقد تتخلف عن الدوام

بالكلية نتيجة ذلك و تمتنع عن شرب أية سوائل سوى عند الحاجة القصوى حتى تساهم في التخفيف من الدخول إلى

دورة المياه التي قد لا تزيد عن المرة في اليوم أو اليومين مما أدى إلى تعرضها للالتهابات و المشاكل الصحية..

د- في حالة وجود اضطراب آخر من اضطرابات الحور | ، فإن محتوى الوسواس أو الأفعال القهرية غير مقصور عليه

(مثل : الانشغال بالطعام ، وجود اضطراب أكل ، أو جذب الشعر في وجود هوس خلع الشعر

Trichotillomania ، أو الانشغال بالعقاقير في وجود اضطراب التشوه الوهمي للجسد ، أو الانشغال

بالعقاقير في وجود اضطراب استخدام ما أو الانشغال بالإصابة بمرض خطير في وجود توهم المرض ، أو الانشغال

بدفعات أو خيالات جنسية في وجود انحراف جنسي Paraphilia أو اجترار الذنب في وجود اضطراب الاكتئاب

الكبير .

لا تعاني الحالة من أي اضطراب من اضطرابات المحور 1.

هـ - ليس الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل عقار إدماني ، دواء) أو لمرض جسمي عام .

الحالة لا تتناول أي عقار باستثناء العقار الخاص بالمشكلة ولا تشكو من مرض جسمي عام.

النتيجة: جميع هذه المحكات تنطبق على الحالة.سادسا: الأسباب:

في ظل كل التفاصيل السابقة ترى المتدربة أن كل ما تعاني منه الحالة الآن من أعراض و عقد لها مبرراتها القوية و تعتقد المتدربة أنها لو لم تظهر على هيئة أعراض وسواسية لظهرت على هيئة أخرى..

فشعورها بالدونية و النقص هو رد فعل طبيعي جدا لما عانته الحالة و لا زالت من مقارنة دائمة و جارحة بالأخت الكبرى إضافة إلى تقليل الوالدين الدائم من شأن الأبناء عموما.. و تشوه صورة الآخر لديها و ابتعادها عنه هو رد فعل طبيعي أيضا للصددمات التي تعرضت لها من أصدقاء الطفولة.. و مزاجها المكتئب و فقدان الدافعية هو رد فعل طبيعي أيضا لإحساسها بالتمهيش و فقدان الدور.. و كراهيتها لجنسها قد يكون رد فعل لما اتسمت به تربيته من تزلزل.. كما أنه قد يكون أيضا انعكاسا لمشاعر خفية لديها بالبغض لأختها الكبرى و هروبا من وجودها في حياتها.. و ربما يكون أيضا كراهية لما ترمز إليه الأنوثة عادة من ضعف و نقص و هو ما يتلاقى مع العقدة التي تعاني منها و تسبب كرها.. كما أنه قد يكون أيضا رمزا لميولها الجنسية نحو الآخر المغاير و هروبا من القيد الذي تفرضه الأنوثة عليها في الوصول إليه.. يضاف إلى كل ذلك ما أظهرته نتائج الاختبارات من إحساسها بالفشل و العجز عن الاتسام بكثير من السمات الخاصة بالأنثى كإجادة الرقص أو الطبخ أو التأنيق و التجمل و ما إلى ذلك و قد يكون في هذا مبرر قوي جدا لهذه المشاعر تجاه جنسها.. أما التذبذب الدائم في المستوى الدراسي فترجعه المتدربة إلى مشاعر النفور التي تسكنها تجاهها بسبب مقارنتها الدائمة بأختها الكبرى أيضا كما أقرت الحالة بذلك..

أما ما تعاني منه الحالة الآن من أعراض وسواسية حادة فتفسرها المتدربة حسب رأيها المتواضع جدا أنه رمز لإحساسها الشديد بالإثم و القذارة الناتج ربما عن شعور خفي و عميق بالبغض لأختها الكبرى و مشاعر مماثلة لا زالت تسكنها منذ أيام الطفولة تجاه الأبوين اللذين كانا السبب الأول في خلق تلك المشاعر.. إضافة إلى مشاعر الذنب المتنامية لديها من ميولها الجنسية الناتجة عن استشعار اختلافها عن أختها أيضا.. و هو ما يفسر اختفاء أعراض الوسواس لديها في مرحلة المراهقة إذ أبدلته بحب شديد و تعلق كبير بالأخت (مصدر الشقاء) كنوع من التكوين العكسي لتلك المشاعر، و ذلك عندما فشلت في صداقتها السابقة و بالتالي في الحصول على وجودها المفقود داخل المنزل فلم يبق أمامها سوى هذا الخيار...! لكن هذه الأعراض ما لبثت أن عادت و بصورة قوية و حادة بمجرد ابتعاد أختها عنها خاصة مع عودة مقارنتها بأختها بكل شدة من قبل من حولها بعد التحاقها بالكلية في كل تفاصيل الحياة و الدراسة ما أحدث ربما خيبة أمل قوية في نفسها لما كانت تنتظره من دور مستقل عن أختها في هذا المكان.. إضافة إلى اشتداد الصراع بين رغباتها الجنسية و تطلعها نحو الزواج و الإنجاب من ناحية و بين خوف الاقتراب من الآخر المشوه من ناحية ثانية اشتدادا فرضته طبيعة المرحلة العمرية من جهة و الفراغ الذي خلفه فقدان الأخت من جهة أخرى ما يرفع لديها معدل الإحساس بالقذارة..

سابعا: العلاج:

تتعاطى الحالة منذ فترة بسيطة علاجاً دوائياً لكنها لم تشعر بعد بأي تحسن يذكر كما تقول.. من ناحية أخرى ترى المتدربة أنها ليست مؤهلة بعد لاقتراح خطة علاجية ملائمة لكنها تعتقد أن العلاجات السلوكية المعروفة لن تكون مجدية إلى حد كبير في التخفيف من معاناتها.. هذا وقد لفت نظر المتدربة جدا حديث الحالة عن شبه اختفاء الأعراض حينما سافرت إلى المدينة المنورة قبل فترة بسيطة من إجراء هذه الدراسة و أرجعت الحالة سبب ذلك إلى قدسية المكان و هو ما عبرت عنه بقولها (اللهم مسح على قلبي!!) و هو ما عزز اعتقاد المتدربة بأن تحسن الحالة مرهون بحدوث تغيير جذري في حياتها، حيث ترى المتدربة إن أحوج ما تحتاج إليه الحالة هو استشعار الأهمية و الإحساس بالقيمة و توظيف للطاقة (الجسمية و العقلية و الجنسية) الغير موجهة و التقرب من الآخر المفقود و الحصول على دور فعال مستقل تماماً عن الأخت الكبرى و يوازي في نفسها ما تحاط به أختها من تقدير و اهتمام و هو الأمر الذي قد يتحقق بالزواج أو الخطوبة.

التقرير النهائي عن الحالة:

الحالة (س) ولدت وولادة طبيعية في بيت عائلة صغير و مزدحم لأخت تكبرها بعامين و أخ يكبرها بأربع سنوات و سرعان ما ولدت لها أخت أخرى بعد ثلاث أعوام و كان الأخ و الأخت قريبين من بعضهما في صغرهما دونها بينما كانت علاقتها بأختها التالية لها مضطربة جداً.. و في ظل هذه الأوضاع لم يكن لديها أي شخص قريب منها لذا كانت تشعر بالغيرة بل و أكثر من هذا كانت تستشعر ثقة أمها بأختها الكبرى و اعتمادها عليها في الكثير من الأمور دونها و معاملتها لها على أنها صغيرة و غير واعية و هو الأمر نفسه الذي ينسحب على نظرة أخيها و أختها لها ما أشعرها بالتهميش.. التحقت بالمدرسة في السن الطبيعي و كانت أختها في الصف الثالث حينها و الجميع يشيد بتفوقها و فطنتها ما فوت عليها فرصة البروز و التميز و ظل معلماتها يقارننها بأختها في كل صغيرة و كبيرة ما عزز لديها الشعور بالدونية و النقص و التهميش.. و بقيت تعاني من التبول اللا إرادي مقرونا بشعور شديد بالخزي و الانكسار حتى نهاية الصف الثاني الابتدائي دون مراجعة أي أخصائي في هذه المسألة.. و ظهرت لديها في هذه المرحلة بعض أعراض الوسواس نتيجة لكل ذلك..

تكونت بينها و بين إحدى زميلاتها في الصف الثالث الابتدائي علاقة صداقة حميمة منحتها شئ من الوجود المفقود لكنها سرعان ما تلاشت في الصف الخامس نتيجة تلاعب من تلك الصديقة يرقى إلى حد الخيانة في عقلها الذي للتو يقبل على الحياة.. ما أحدث صدمة قوية في نفسها سرعان ما حاولت النهوض منها و البحث عن مصدر جديد تستعيد به وجودها فدخلت في علاقة صداقة جديدة لم تكن نهايتها مختلفة عن الأولى إلى حد كبير.. و هنا فقد الإخلاص و الثقة بالآخر كل معنى له عندها و لم يبق أمامها سوى أختها الكبرى التي تتمتع بعلاقات و صداقات واسعة دونها فأبدلت شعورها تجاهها بالغيرة و الحقد الذي ساهم كل من حولها في خلقه بداخلها؛ أبدلته بتعلق و حب جم.. فاختفت أعراضها الوسواسية في هذه المرحلة.. بلغت في سن الحادية عشر و تفجرت لديها ميول جنسية نحو الآخر المغاير مقرونا بتربية متزمتة و رفض من قبل الأخت الكبرى لتقبل هذه المشاعر التي تشكل بالنسبة لها النموذج الذي يجب أن تحتذي به ما عزز في داخلها مشاعر الذنب و زاد إحساسها بالغيرة من أختها و أشعل في داخلها مزيداً من الكره اللا شعوري تجاهها و تجاه الأسرة التي أسست تلك المشاعر في نفسها ما ولد لديها إحساساً بالقذارة و الإثم و جدت في التمسك بذكرى تبولها في فراشها أيام طفولتها مدعماً له.. و سرعان ما عبر هذا الإحساس عن نفسه بقوة متخذاً صورة أعراض وسواسية في هيئة شكوك بنجاسة كل ما يخصها و تكرار تطهيره بشكل قهري و ذلك بمجرد ابتعاد أختها عنها و عودة أحاسيس التهميش و فقدان الدور إليها لاسيما بعد التحاقها بالكلية و تزايد مقارنتها بأختها من قبل الجميع و خيبة أملها في الحصول على دور فعال و مستقل في ذلك المكان. و بالتالي فإن تحسن الحالة مرهون ربما بالوصول إلى هذا الدور.

قائمة المراجع

- ١- أمال كمال محمد. (٢٠٠٠). التحليل النفسي: النظرية والتطبيق. القاهرة: دار الوثائق الجامعية.
- ٢- مصطفى زيور. (١٩٨٥). في النفس: بحوث مجمعة في التحليل النفسي. القاهرة: دار النشر غير مبين.
- ٣- حامد زهران. (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- ٤- خالد النجار. (١٩٩٧). البناء النفسي القائم وراء اعتياد الطفل للضرب بحث منشور في المؤتمر العلمي الثاني لكلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- ٥- خالد النجار. (٢٠٠٢). البناء النفسي للطفل البدين - دراسة دينامية. المؤتمر العلمي الثاني لكلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، بعنوان الطفل أفضل استثمار لمستقبل الوطن العربي، ٥٩٨-٦٢٢، ديسمبر ٢٠٠٢
- ٦- خالد النجار. (٢٠٠٥). استخدام الرسم في التعرف على بعض أبعاد البناء النفسي لدى الأطفال ذوي الأمراض المزمنة. مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية العدد السادس عشر، ١٦٥-٢١١، يوليو ٢٠٠٥.
- ٧- عبد الله عسكر. (٢٠٠٥). الاضطرابات النفسية للأطفال. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٨- فرج أحمد فرج. (٢٠٠٢). تقديم كتاب في الواقع النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٩- نيفين زيور. (٢٠٠٢). في الواقع النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٠- نيفين زيور. (٢٠٠٦). في التحليل النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١١- فرج عبد القادر طه. (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. بيروت: دار سعاد الصباح.
- ١٢- كارين ماكوفر. (١٩٨٧). إسقاط الشخصية في رسم الشكل الإنساني منهج لدراسة الشخصية. ترجمة رزق سند إبراهيم، بيروت: دار النهضة العربية.

- ١٣- لويس كامل مليكه.(١٩٨٥). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ١٤- محمود الزيايدي.(١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٥- محمود الزيايدي.(١٩٩٠). الأمراض النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 16- Spitz, R. (1985). The first year of life. London : International University press.
- 17- Klein, M. (1980). The psychoanalysis of children. London : Hogarth press.
- 18- Kernberg, O. (1979). Object-relation theory and clinical psychoanalysis . new york : Jasson aronson.
- 19- Kruager, D. (1997). Food as self object in eating disorder. The psychoanalytic study of the child, 84, 617-630.