



N°: /I S H S/C.U.B/2020

رقم: 45/م ع 1/م.ج.ب/2020

بريكة، في..... 31 ماي 2020

مستخرج من محضر المجلس العلمي لجلسة يوم 2020/05/27 بخصوص الموافقة على المطبوعة البيداغوجية

إنعقد المجلس العلمي للمعهد في دورته العادية بتاريخ 2020/05/27 ووافق على المطبوعة البيداغوجية

للأستاذ : خلفي عبد الحليم

الرتبة : أستاذ محاضر صنف "أ"

عنوان المطبوعة : الفحص العيادي

المستوى المستهدف : السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي



رئيس المجلس العلمي للمعهد الجامعي سي الحواس بركة
الإنسانية والاجتماعية
حميدة شون



المركز الجامعي الشهيد سي الحواس بريكة
معهد العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الإجتماعية



محاضرات في

الفحص العيادي

مطبوعة لدروس مقدمة لطلبة السنة الثانية ماستر في علم النفس .



تخصص: علم النفس العيادي .

إعداد الدكتور: عبد الحليم خلفي.

الموسم الجامعي: 2019 - 2020.

الفهرس



رقم الصفحة	الموضوع
أ	المقدمة
06	محتوى المادة
07	الفحص والفاحص النفسي العيادي.
08	تمهيد
08	التعريف بالأخصائي النفسي العيادي
10	التعريف بالفحص النفسي.
11	مهام الأخصائي النفسي العيادي.
12	صفات الأخصائي النفسي العيادي.
14	الضوابط الاستراتيجية للعلاقة بين الأخصائي النفسي والعميل.
17	أخلاقيات الممارسة العيادية.
20	الفحص والتشخيص النفسي.
24	النصيحة في مجريات الفحص النفسي.
25	نماذج تكوين الأخصائيين النفسيين.
32	المقابلة العيادية
33	تمهيد.
33	التقييم النفسي.
34	تعريف المقابلة العيادية.
34	أهداف المقابلة العيادية.
35	العناصر الأساسية للمقابلة العيادية.
36	مبادئ المقابلة العيادية.

37	الاتجاهات الأساسية للمقابلة العيادية.
38	الخصائص العامة للمقابلات
39	أساسيات المقابلة وتقنياتها.
48	أهمية المقابلة العيادية.
49	مراحل المقابلة.
51	أنواع المقابلات العيادية.
56	أنواع أخرى من المقابلات العيادية.
62	غرفة المقابلة العيادية وملحقاتها.
62	آليات الاستقبال في غرفة المقابلة العيادية.
63	البيئة المهنية للمقابلة العيادية.
64	غرفة الفحص "غرفة المقابلة العيادية".
66	غرفة الملاحظة.
67	عيوب ومحاسن المقابلة.
69	الملاحظة العيادية.
70	تمهيد.
70	تعريف الملاحظة العيادية.
71	الملاحظة كأدوات للتشخيص.
72	منهج الملاحظة العيادية.
72	أنواع الملاحظة العيادية.
77	أنواع أخرى للملاحظة.
78	أدوات الملاحظة.
79	مزايا وعيوب الملاحظة.

80	صدق وثبات الملاحظة.
82	آليات التحكم في صدق وثبات الملاحظة.
83	الحوصلة النفسية
83	النموذج الأول.
	النموذج الثاني.
	قائمة المراجع.
	قائمة الملاحق
	ملحق رقم 1.
	ملحق رقم 2.

المقدمة:

يهدف مادة الفحص العيادي وهو مقياس يدرس في السداسي الأول لطلبة السنة الثانية ماستر إلى أن يتعرف الطالب من جهة ويتحكم من جهة أخرى في مستوى الماستر في تخصص علم النفس العيادي في المناحي التالية:

- الأخصائي النفسي العيادي من حيث الدور والسمات والأخلاقيات...
- المقابلة العيادية.
- الملاحظة العيادية.

كما يتوقع من مجموع الطلبة في نهاية هذا البرنامج وبالتكامل مع الأعمال الموجهة التحكم في عدد معتبر من أدوات البحث والفحص النفسي فالمحاور الثلاثة الأولى (الأخصائي، المقابلة، والملاحظة) يتم تطبيقها ميدانيا من خلال التريص السنوي فضلا عن التأكيد على النماذج التطبيقية في قاعة الأعمال الموجهة، أما تقويم الأعمال 50% تحريرية في شكل دورات امتحان، 50% توزع بين الحضور والمشاركة والاستفسارات الفجائية، وعمل الطالب داخل وخارج القاعة في شكل التطبيقات الميدانية التي يكلفون بها كما سبق الإشارة إلى ذلك. كما يتم إجراء تقويم سداسي للمقياس بتوجيه أسئلة كتابية للطلبة المعنيين به، حول فهم المقياس، وجوانب القوة والضعف فيه، المحاور غير المفهومة، الجوانب الناقصة.

الدكتور: عبد الحلیم خلفی

.2019 /12 /03

محتوى المادة:

(إجبارية تحديد المحتوى المفصل لكل مادة مع الإشارة إلى العمل الشخصي للطالب)

- تعريف الفحص العيادي.
- تقنيات الفحص العيادي:
- الملاحظة: تعريفها، أنواعه،....
- المقابلة:
- المقابلة العيادية من أجل البحث العلمي.
- المقابلة من أجل التوظيف.
- المقابلة من أجل التوجيه.
- المقابلة من أجل التشخيص المرضي والعلاج.
- أنواع المقابلات حسب الاتجاهات النظرية.
- الصعوبات التي تواجه سير المقابلة العيادية.
- الحوصلة النفسية *Bilan psychologique*

محاضرة حول: الفحص النفسي والفاحص النفسي العيادي.

تمهيد.

- ✓ التعريف بالأخصائي النفسي.
 - ✓ التعريف بالفحص النفسي.
 - ✓ مهام الأخصائي النفسي العيادي.
 - ✓ صفات الأخصائي النفسي العيادي.
 - ✓ الضوابط الاستراتيجية للعلاقة بين الأخصائي النفسي والعميل.
 - ✓ أخلاقيات الأخصائي النفسي العيادي.
 - ✓ الفحص والتشخيص النفسي.
 - ✓ النصيحة في الفحص النفسي.
 - ✓ نماذج لتكوين الأخصائي النفسي.
- خلاصة.

تمهيد:

لكل مهنة مجموعة من القواعد تحكم وتضبط ممارستها، وتحدد شروطها الفنية، وكذا الخصائص التي يجب أن يتمتع بها من يريد أن يمارس هذه المهنة، فضلا عن تحدد أشكال ومظاهر العلاقة التي تربطه مع جموع الأفراد بشتى أجناسهم وجنسياتهم وأعمارهم، ومستوياتهم العلمية والاجتماعية والثقافية، ... المستهدفين بتلقي هذه الخدمات والتي يتعامل معها ويستفيد منها الفاحص كتغذية راجعة لبناء خبرته ومهارته من أجل التعامل مع القضايا الأشد حساسية إذا تعلق الأمر بالممارسة النفسية لأنها تمس أكثر الجوانب حساسية وحميمية في حياة الإنسان في الماضي والحاضر والمستقبل خاصة، وهو الذي جعلها تتطلب مستويات عالية من المهنية والعقلانية واليقظة والاحترام، ... تلك القواعد بالنسبة للأخصائي النفسي تعد بمثابة ثوابت مهنية، ونظرا لمكانتها فهي أيضا تتفاوت في أهميتها من عميل لآخر وكذلك من أخصائي نفسي إلى آخر، ومن اضطراب نفسي أو عقلي إلى آخر.

تعريف الأخصائي النفسي العيادي:

في محاولة لتعريف علم النفس الإكلينيكي ووصفه، إقترح هـ. ريزنيك عام 1991 *Resnick*, حيث بين أن علم النفس الإكلينيكي مجال يتضمن القيام بالبحث والتدريس وتقديم الخدمات التي تعنى بتطبيق المبادئ والطرق والأساليب السيكولوجية بغرض فهم سائر أشكال سوء التكيف والعجز والضيق في النواحي العقلية والعاطفية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والسلوكية، والتنبؤ بها، والتخفيف منها لدى طيف واسع من العملاء.

ووفقا لمنظور ريزنيك يتضمن مجال علم النفس الإكلينيكي مهارات أساسية عديدة تشمل التقييم والتشخيص والتدخل العلاجي أو المعالجة، وتقديم المشورة وإجراء البحث ومراعاة المبادئ الأخلاقية والمهنية، ويتميز علماء النفس الإكلينيكيون بخبرتهم في مجالات الشخصية والإضطرابات النفسية، فضلا عن جمعهم بين العلم النظري والممارسة التطبيقية (تيموثي، 2007، ص 23).

فهو فرد متخصص في استخدام العديد من الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات
السيكولوجية، وهو الذي قد يتعاون حسب الحالة مع غيره من المختصين في الفريق العيادي
على غرار المختص الاجتماعي، التربوي، والطبيب،... كل في حدود اختصاصه وكل في
إطار التفاعل الايجابي بينهم.

وذلك من أجل فهم ديناميات شخصية العميل، وتشخيص مشكلاته والتنبؤ باحتمالات
تطور حالته، فضلا عن مدى استجابته لمختلف أنواع العلاج تم العمل على الوصول به
أقصى توافق نفسي - اجتماعي ممكن.

ويعرفه **جارفيلد Garfield** بأنه هو أولا وقبل كل شيء عالم نفس، يحتفظ بولائه لعلم
النفس الذي يتلقى إعداده فيه ويلتزم بقيمه الأساسية ومنها تلك المرتبطة بالبحث العلمي، رغم
أنه يتلقى التدريبات العملية الضرورية في المواقف العيادية (فيصل عباس، 1983، ص
43-44) رغم تخصص بعض منهم في الممارسة العيادية البحتة أي التشخيص والعلاج،
والبعض الآخر ينصب جهده على البحث والتدريس، فإن جميعهم ينتمون إلى ميدان واحد،
وهي في مجموعها تدخل في مهام الأخصائي النفساني العيادي.

ولعل أحدث تعريف لعلم النفس الإكلينيكي هو الذي يظهر على موقع الشعبة رقم
12 التابعة للرابطة النفسية الأمريكية " *Society of Clinical Psychology* ;
www.apa.org/divisions/div12 " والذي ينص على ما يلي:

علم النفس الإكلينيكي ميدان يجمع ما بين العلم والنظرية والممارسة من أجل فهم
مختلف أشكال سوء التكيف والعجز والضيق، والتخفيف منها أو معالجتها، والعمل على
تعزيز تكيف الفرد ونموه الشخصي. ويركز علم النفس الإكلينيكي على الوظائف العقلية
والعاطفية والبيولوجية والنفسية - الاجتماعية والسلوكية لدى الأفراد في سائر مراحل حياتهم
وثقافتهم ومستوياتهم الاجتماعية - الاقتصادية المختلفة (تيموثي، 2007، ص 23-24).
تعريف الفحص النفسي:

- يعرف محمد أحمد النابلسي عام 1989 الفحص النفسي بأنه مجموعة من الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل وغياب التوازن النفسي فيها. ويعرفه أيضا من خلال مجموعة الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص ونعني بها ما يلي:
- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.
 - تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.
 - تحديد منشأ هذه الاضطرابات.
 - فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.
 - مقارنة التناسب بين نضج الشخصية والعمر الزمني للمفحوص (محمد أحمد النابلسي، 1989، ص 111).

الفحص النفسي هو فن يحتاج إلى موهبة تستند إلى أرضية صلبة من المعلومات وتحتاج إلى الصقل والتطوير عن طريق الممارسة. فالفحص النفسي لا يتحدد في مبادئ جامدة ولا تحتويه أطر محددة الجوانب لأنه موهبة إبداعية لا يحدها إلا تراكمية الخبرات والمعلومات، والتدريب على الفحص النفسي هو نقلة نوعية لكونه خطوة مفصلية بين الجانب النظري من علم النفس العيادي والجانب التطبيقي، حيث الهوة لا يدركها إلا الذين خبروا الفوارق بين النظرية والتطبيق.

فالفحص النفسي لا يملك إلا الشيء اليسير من المعطيات المساعدة للوصول إلى التشخيص الموضوعي. فيبقى الحوار والمشاهدة بأنواعها عمادا لهذا الفحص وموجها له، هذا الحوار الذي يصفه سترن وروبنز *Stern & Robbins* بالقول: "إن فن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت ومتى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم في مجرى الفحص" (محمد أحمد النابلسي، 1997، ص 112).

مهام الأخصائي النفسي العيادي:

قسم جوليان روتر عام 1984 مهام الأخصائي النفسي العيادي إلى ثلاثة مجموعات من النشاطات والأساليب والمهارات الإكلينيكية وهي كالتالي:

المجال الأول: قياس الذكاء والقدرات العامة؛ فهذه المهمة لا تتوقف عند قياس القدرة الحالية للأفراد، بل أيضا تقدير الامكانيات والكفاءات، وجميع أحواله ومشكلاته وتأثيرها بوظائفه العقلية الآنية والآتية.

المجال الثاني: والمتمثل في تطبيق المهارات والأساليب الإكلينيكية كقياس الشخصية، ووصفها، وتقويمها، وما يتضمنه من تشخيص السلوكات اللاسوية، والمتمثلة في سبر أغوار الشخصية الإنسانية في ظل النظريات النفسية المتخصصة.

المجال الثالث: والمتمثل في العلاج النفسي بمختلف أساليبه وتقنياته التي تتزامن مع مختلف التطورات العلمية في مجالات العلاج والتي تهدف إلى مساعدة الأفراد بما يعانونه من اضطرابات وسوء التوافق أو تكيف (جوليان روتر، 1984، ص 15).

أما مصطفى حجازي بين في تقسيمه لدور الفاحص أو الأخصائي النفسي على مستوى الممارسة النفسية العملية في مهنتين أساسيتين، تتفرع عن كل منها نشاطات متعددة؛ الفحص النفسي والعلاج النفسي.

فالأول قد يتخذ أشكالا متعددة من حيث العمق والشمول فضلا عن الهدف. فقد يقتصر على تطبيق بعض الاختبارات والمقاييس واستخلاص نتائجها، وعادة ما يرافق هذا العمل بكل من الملاحظة والمقابلة العيادية في الحالات المختصرة. أما في حالة الشمول فهو يتخذ شكل دراسة أعماق الشخصية بمختلف أبعادها الذاتية والاجتماعية، يقوم بها فريق متكامل وقد يهدف الفحص إلى مجرد تشخيص الحالة يقدم إلى طرف ثالث لمواصلة العملية على غرار الاستشارة النفسية، أو يتوج بالتوجيه أو الاختيار المهني، كما قد يشكل مدخلا للإرشاد أو العلاج النفسي.

أما الثاني فهي الممارسة العلاجية التي تتعدد أشكالها هي الأخرى من حيث عمقها وشمولها، ويتوقف الأمر هنا على إعداد الأخصائي العيادي وتوجهه العلمي (مصطفى حجازي، د س ط، ص 05).

هذا فضلا عن اضطلاع الاخصائيين النفسانيين الإكلينيكين بمهام أخرى متنوعة ومتعددة وهامة على غرار الاشتغال بالتدريس في الجامعات ومراكز البحوث العلمية والمخابر البحثية المتخصصة، فضلا عن العمل كمستشارين في السجون ودور إصلاح الأحداث الجانحين، وتأهيل المعوقين، والمدارس والثانويات، والمؤسسات بمختلف مجالاتها كالصناعية والإنتاجية والإعلامية، ...

هذا من جهة ومن جهة أخرى تشعبت الممارسة التطبيقية للعلوم النفسية حتى جاوزت حدود الاهتمام التقليدي بتقديم الخدمات العيادية إلى آفاق تطرح على الاختصاص مسؤوليات أخلاقية جديدة وتضعه أمام جملة مآزق ناجمة عن تداخله مع الاختصاصات الأخرى فإلى جانب الطب النفسي الوقائي، ونشأت فروع الطب النفسي، وعلم النفس العسكري والسياسي، والاقتصادي،... بل بات الحديث عن تورط المختص النفسي في مواطن الصراع المختلف بل بات طرفا في العديد من المجالات كالسابقة ذكرها وغيرها من المجالات الدعائية والتجارية.

صفات الأخصائي النفسي العيادي:

يعد الحوار العمود الفقري في الموقف النفسي المهني، لأنها من أهم الآليات المشجعة للمفحوص للتنفيس والإفشاء عن كل أحاسيسه ومعاناته سواء كانت سلبية أم إيجابية، ولأجل ذلك يقف الفاحص عادة موقفين يبدوان للوهلة الأولى متناقضين أو متعارضين ولكنهما في حقيقتهما متكاملان وهما:

الموقف الأول: الالتزام بموقف المتفهم، والمتعاطف والإنساني، مما يفسح المجال للتقرب أكثر منه، وهذا ما يجعل من الفاحص صاحبة حضور، متميزا بالهدوء، والنية الحسنة، والمساندة النفسية،....

الموقف الثاني: بالإضافة للتفهم والتعاطف... يأتي مزوجة دور الحزم والتحكم في آليات الإقناع من أجل إحداث التغييرات المطلوبة في سلوك وإدراك واستبصار المفحوص (النايلسي، 1989، ص 113).

فضلا عن سمات وصفات أخرى عديدة يجب على الفاحص التميز بها ويظهر بها أمام المفحوص ومن بينها:

- صبر وتفرغ الفاحص وظهوره بانطباع مفاده أن كل وقته مسخر له ومن أجله وفي سبيل مساعدته.
- على الفاحص أن يغفر للمفحوص بعض من انفعالاته وتصرفاته التي قد يعتريها بعض من أشكال العدوانية أو ردود الفعل الانفجارية... من أجل الوصول إلى حل مشكلاته كالمرضى العقلبيين.
- تميز الفاحص بالمرح، قليل الكلام، نشطا، هادئا، ومرتاح قادر على التركيز، لا يبدوا عليه عادة التوتر، أو الاستثارة، أو العنف والهيجان، وهي سمات تجعل المفحوص مطمئن ومتحفز للفحص.
- على الفاحص أن يكون مستمعا جيدا، وصابرا، فضلا عن الملاحظة والمراقبة الجيدة، والدبلوماسية في التعامل وطرح الأسئلة والتحكم في أساليب الإقناع والتأثير.
- التحكم في ردود الفعل، فلا يكون متعجبا أو خائفا أو هازئا مما يقوله المفحوص، فعليه أن يحافظ على أعصابه أمام أية مفاجئة أو مبادرة يقوم بها المفحوص (محمد أحمد النايلسي، 1989، ص 114).

الضوابط الاستراتيجية للعلاقة بين الأخصائي والعميل:

لا يمكن أن ينطلق الفكر العلاجي دون تحديد أهداف علاجية قابلة للتحقيق، وهي أهداف تصدر عن فهم الواقع العيادي بتشعباته، والوصول إلى هذه الأهداف يستحيل أحيانا ليس بسبب عدم وضوح الأهداف وإنما يحصل أيضا عند الانزلاق نحو تحقيق الأهداف مهما كان الثمن وبلا ضوابط، ولكي ينضج العلاج ويكون فعالا لا بد من الالتزام بالأهداف الاستراتيجية التي لا تتغير مهما تغيرت التقنيات والأساليب المعتمدة للوصول إلى الأهداف العلاجية المحددة. ومن أهم هذه الأهداف:

- 1- الحياد الجاد، البناء المرحب في الجلسة سواء بين المعالج والمريض أو بين المريض وأهله ومجاله الحيوي. وفي هذا السياق لا يفيد العلاج من أية عملية بحث عن الحقيقة أو تحصيل للمواقع. يجب أن يكون المعالج خارج دائرة المآزم النفسية.
- 2- الانتباه المزدوج، العائم والمركز كونه ليس تقنية تبادلية فقط وإنما هو هدف حميمي عاطفي، يعتبر الباب الواسع الذي يدخل منه العميل ضمن الأمان والاهتمام.
- 3- استهداف وتفعيل آلية النقلة (و ضد النقلة) كونها المدخل الطبيعي والفاعل لحصر واستخراج العناصر التبادلية عند المريض مما يسمح ببناء المركبات العلائقية ببعديها الرياضي المنطقي النسقي من ناحية والعيادي من ناحية ثانية.
- 4- بناء "أسطورة" وسلطة المعالج دون تعاضم النرجسية والعمل بعدها على تدجين هذه الأسطورة وعدم تحويلها إلى مرجعية طقوسية تحنط المريض وتبقيه في وضعية الارتهان للمعالج.
- 5- التركيز على التبادلات السمعية أكثر من البصرية وذلك بهدف عدم الوقوع في شرك مزدوج الرؤيوية والاستعراضية.
- 6- العمل على رصد "أصنام" و "أشياء" *fétiches* المريض وتوزيعها في الزمان والمكان دون أن يختصر المريض بأشياءه وبأزمته وأمكنته، ذلك أن "شيء" المريض يبقيه فاعلا

- وقابلا للاستجابة لمشاريع التكيف العلاجية، إلا أنه يفقد هذه الفاعلية عندما يتحول الشيء إلى صنم فتضيع المرونة، وتتدنى القدرة التشريطية على التعلم والاككتساب والتغير.
- 7- الحرص على الحفاظ على "المسافة الدنيا الضرورية" ما بين العميل والمعالج مع التنبية إلى أنها مسافة متحركة ومتغيرة دائما في الزمان والمكان وما بين الأشخاص.
- 8- الاتفاق على برنامج مالي للعلاج، مع المريض وأهله، بحيث لا يكون العلاج مجانيا ولا يكون تجاريا بالكامل. فقد يكون ماديا أو رمزيا إلا أنه يجب أن يكون. والعلاج يفترض صك عملة تبادلية لها قوانينها الرمزية "المادية والمعنوية" وهي تصاغ بمعادلات رياضية بالغة الرمزية والتعقيد، وعلى المعالج أن يكتب معادلات هذه التبادلات التجارية باللغة العيادية والرمزية ويفهمها ويستحضرها من الجلسات المتتالية.
- 9- إلغاء التناقض الوجدانية من العلاقة العلاجية ما بين الدواء والكلام، فيمكن العلاج بالدواء و / أو بالكلام وبالاثنين معا إلا أن الأساس هو في تقدير الموقف، فلا يتحول التبادل العلاجي لا إلى معسول الكلام الأسر ولا إلى مفعول الدواء المخدر.
- 10- استشعار صعوبة وتعقيد علاج القريب، فالمعالج يعيش وضعية التحدي الكبير إذا كان يتعامل مع قريبه، مع عدم استحالة ذلك فالوضع يتطلب قدرا اكبر من الحياد والموضوعية والرصد.
- 11- الصمود أمام محاولات التوريط الصادرة عن المريض وأهله لجهة الانخراط في المشكلات الأسرية، والعمل على تفعيل العلاقة بين المريض والأهل على قواعد تبادلية جديدة تستند لمنطق التوظيف التجاري والمعنوي الذي تم الإشارة إليه.
- 12- اعتماد فترة زمنية كافية قبل البدء بالعملية التأويلية العلاجية. وهذا ما يستدعي اعتماد المرحلة الأولى من العلاج كمرحلة تعرف على الحالة وعلى مجالها الحيوي.
- 13- اعتماد التبادلات الملحقة بالجلسات "قبل أو بعد" في دفع العلاج نحو نهاياته في العمق، وهذا يعني اعتماد الكلام كمحور أساسي للتبادل العلاجي وهذا بالإضافة على

التبادل الكلامي المكتوب "يدونه المريض عن نفسه" أو المرسوم أو المصور "من إنتاج العميل نفسه".

- 14- عدم التسرع في التشخيص وعدم الارتهان لنظرية تشخيصية معينة و / أو واحدة.
- 15- اعتماد الحيلة والحذر الشديدين في عملية التأويل ومزاوجة المنطق التحليلي النفسي مع المنطق العلمي الرياضي في العملية التأويلية وذلك في إطار فلسفة النسق.
- 16- التبصر في إمكانية الذهاب إلى أرض المجال الحيوي للمريض كالأسرة مثلا، مما يعني ممارسة العمل العلاجي خارج العيادة وفي ظروف وشروط محددة يستدعيها الموقف العيادي.
- 17- الإعداد العيادي المناسب كما وكيفا بهدف الانتقال من معالجة الموقف النفساني المتفجر إلى تفجير الموقف النفساني بهدف إعادة رسم الخيوط والخطوط اللازمة للتبادلات الجديدة، في المركبات العلائقية الجديدة.
- 18- الاستعداد النفسي والميداني للتعامل مع خطر المريض أو مع المريض الخطر في إدارة اللحظات الحرجة والخطرة، إنها استراتيجية إدارة الأزمات وهي تعني ما يلي؛ حصر الخطر والعمل على تطويقه وعدم زيادة حدته بانتظار الظروف المناسبة لتقليصه أو إزالته.
- 19- الإعداد النفسي لخطة متكاملة تسمح بالتعامل مع الحالة الانتحارية وذلك بالتنسيق مع الطبيب والطبيب العقلي، انطلاقا من التمييز بين حالات الانتحار الكاذب وحالات الانتحار الجاد، مما يفترض إعادة قراءة للعلاقة ما بين حالات الانتحار الفعلي والحالات الذهانية والعصابية النفسانية والانحرافات السلوكية وملابسات الصدفة.
- 20- "وضع اليد" وتفعيل الرقابة الذاتية الداخلية على الوضعيات الإغرائية في ذات المعالج وذلك عن طريق تعطيل فعالية المناطق الشبكية المباشرة وغير المباشرة، المادية والمعنوية في العلاقة مع العميل. وهي عملية لا تكتسب إلى بعد متابعة عيادية ذاتية تستعدي التحصين الذاتي الدائم.

21- تعويد أذان المعالج وعينيه على الترجمة الفورية المباشرة؛ أي العمل على توليف وتطويع ما يسمع وما يرى من المفاهيم العيادية التي تساعد في عملية التصنيف والتوصيف النظري العيادي، وهذا ما يؤدي به إلى تراكمية المعارف العيادية ومن ثم بناء الحالة والابتكار الدائم في التشخيص والعلاج، على قاعدة أن في كل حالة عيادية عناصر مجهولة خفية أو مختفية عن الحالات الأخرى.

22- القناعة المطلقة بان الممارسة العيادية الراهنة عند المعالج قد تشوبها بعض النواقص والهبوات الذاتية والموضوعية، وعليه فإنه يجب أن يعتمد النقد الذاتي الدائم ويستثير وضعيات إرجاع الأثر ويعمل على نوع من المساومة الموقفية، وذلك بهدف منع حصول الأسوأ، ذلك أن ما من خطة إلا ولها عيوبها (عباس محمود مكي، 2003، ص 686-690).

أخلاقيات الممارسة العيادية:

لكل مهنة - من المهن الهامة في المجتمع - أخلاقيات ومواثيق وقواعد ومبادئ تحكم قواعد العمل والسلوك فيها، وشروطه، وما ينبغي التزامه من جانب المتخصصين فيها، والممارسين لنشاطها. وهذا الميثاق الأخلاقي يعتبر دستوراً تعاهدياً بين المتخصصين، يلتزمون وفقاً له بالسلوك الهادف إلى أداء مهني عالٍ، يترفع عن الأخطاء، والتجاوزات الضارة بالمهنة، أو مستغليها، أو بالإنسان الذي تستهدفه هذه الخدمة النفسية.

ويكتسب هذا الدستور قوته واحترامه من قوة الالتزام الأدبي والإجماع الصادق على أهمية تنظيم هذه المهنة من جانب العاملين فيها.

ونقصد بالعاملين في الخدمة النفسية، والذين سوف يشار إليهم في هذا الميثاق بـ "الأخصائي النفسي" ما يلي: الحاصلين على الليسانس، أو البكالوريوس، أو الدبلوم، أو

الماجستير، أو الدكتوراه في علم النفس، ويعملون في تخصصهم، وعلى جميع من ينطبق عليهم هذا الاصطلاح التمسك بهذا الميثاق، وتوعية الآخرين به.

نظرا لأن عمل الأخصائي النفسي متنوع ومتنوع، فيجب أخذ ما ورد في هذا الميثاق كوحدة متكاملة يضاف بعضها إلى بعض، كما أن تخصيص مجالات معينة في هذا الميثاق، يعنى الالتزام بها من جانب الأخصائي حين يمارس نشاطا، يندرج تحت هذه المجالات.

كما يوصي هذا الميثاق بضرورة توعية طالب علم النفس، قبل التخرج في الجامعة، ببنود هذا الميثاق ومبادئه.

كما نوصى أصحاب المهن والهيئات، التي تقدم خدمات مساعدة للخدمة النفسية؛ كالأطباء النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين، والمعلمين، وغيرهم، أو ممن يشاركون في تقديم الخدمات النفسية، باحترام مبادئ هذا الميثاق وروحه كأساس لاستمرار التعاون بينهم وبين الأخصائيين النفسيين.

وتتمثل مبادئه العامة في النقاط التالية:

- 1- الأخصائي النفسي يكون مظهره العام معتدلا، بعيدا عن المظهرية والإبهار، محترما في مظهره، ملتزما بحميد السلوك والآداب.
- 2- يلتزم الأخصائي النفسي بصالح العميل ورفاهيته، ويتحاشى كل ما يتسبب، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، في الإضرار به.
- 3- يسعى الأخصائي النفسي إلى إفادة المجتمع، ومراعاة الصالح العام، والشرائع السماوية، والدستور، والقانون.
- 4- يتعين على الأخصائي النفسي أن يكون متحررا من كل أشكال وأنواع التعصب الديني أو الطائفي، وأشكال التعصب الأخرى؛ سواء للجنس، أو السن، أو العرق، أو اللون.

- 5- يحترم الأخصائي النفسي في عمله حقوق الآخرين في اعتناق القيم والاتجاهات والآراء التي تختلف عما يعتنقه، ولا يتورط في أية تفرقة على أساسها.
- 6- يقيم الأخصائي النفسي علاقة موضوعية متوازنة مع العميل، أساسها الصدق وعدم الخداع، ولا يسعى للكسب، أو الاستفادة من العميل بصورة مادية أو معنوية إلا في حدود الأجر المتفق عليه، على أن يكون هذا الأجر معقولا ومتفقا مع القانون والأعراف السائدة، متجنباً شبهة الاستغلال أو الابتزاز.
- 7- لا يقيم الأخصائي النفسي علاقات شخصية - خاصة مع العميل - يشوبها الاستغلال الجنسي، أو المادي، أو النفعي، أو الأناني.
- 8- على الأخصائي النفسي مصارحة العميل بحدود وامكانيات النشاط المهني دون مبالغة أو خداع.
- 9- لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات فنية، أو طرقاً أو أساليب مهنية لا يجيدها، أو لا يطمئن إلى صلاحيتها للاستخدام.
- 10- لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات أو أجهزة تسجيل إلا بعد استئذان العميل وبموافقته.
- 11- الأخصائي النفسي مؤتمن على ما يقدم له من أسرار خاصة وبيانات شخصية، وهو مسئول عن تأمينها ضد إطلاع الغير، فيما عدا ما يقتضيه الموقف ولصالح العميل (كما هو الحال في إرشاد الآباء، وعلاج الأطفال، ومناقشة الحالات مع الفريق الإكلينيكي أو مع رؤسائه المتخصصين).
- 12- عند قيام الأخصائي النفسي بتكليف أحد مساعديه أو مرؤوسيه بالتعامل مع العميل نيابة عنه، يتحمل هذا الأخصائي المسؤولية كاملة عن عمل هؤلاء المساعدين.
- 13- يوثق الأخصائي النفسي عمله المهني بأقصى قدر من الدقة، وبشكل يكفل لأي أخصائي آخر استكمالته في حالة العجز عن الاستمرار في المهمة لأي سبب من الأسباب.

14- لا يجوز نشر الحالات التي يدرسها الأخصائي النفسي، أو يبحثها، أو يعالجها، أو يوجهها، مقرونة بما يمكن الآخرين من كشف أصحابها (كأسمائهم و / أو أوصافهم) منعا للتسبب في أي حرج لهم، أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم.

15- عندما يعجز العميل عن الوفاء بالتزاماته، فعلى الأخصائي النفسي إتباع الطرق الإنسانية في المطالبة بهذه الالتزامات، وتوجيه العميل إلى جهات قد تقدم الخدمة في الحدود التي تسمح بها و ظروف العميل وامكانياته.

16- يقوم الأخصائي النفسي بعمليات التقييم، أو التشخيص، أو التدخل العلاجي في إطار العلاقة المهنية فقط، وتعتمد تقاريره على أدلة تدعم صحتها؛ كالمقاييس والمقابلات، على ألا يقدم هذه التقارير إلا للجهات المعنية بالعلاج، وعدا ذلك لا بد أن يكون بأمر قضائي صريح.

17- يسعى الأخصائي النفسي لأن تكون تصرفاته وأقوله في اتجاه ما يرفع من قيمة المهنة النفسية في نظر الآخرين، ويكسبها احترام المجتمع وتقديره، وينأى بها عن الابتذال والتجريح.

الفحص والتشخيص النفسي:

يمثل الفحص النفسي وضعية علائقية يقوم فيها الأخصائي النفسي بتطبيق معارفه النظرية، ومناهجه التقنية، بغية الوصول إلى فهم ديناميكي لمفحوص يعاني من مشكلة نفسية ما. إنه يندرج في إطار تصور شامل لدراسة الحالة. يفترض أن ينظر إلى الفرد ككائن متعدد الجوانب (جسدي، نفسي، معرفي، اجتماعي وسلوكي)، ولكننا يجب أن نصر كذلك على أنه كائن متكامل الأجزاء بين مختلف بنياته، ومتكامل الجوانب بين مختلف بيئاته. فالفحص هو عبارة عن رائز أو اختبار. إنه عملية إبحار في أعماق الشخصية لاستكشاف دوافعها الكامنة وديناميكياتها الشعورية واللاشعورية التي تحركها وتعطيها طابعها الظاهري.

غالبا ما يندرج الفحص النفسي في إطار ديناميكي ومتعدد التخصصات، ويتطلب من الأخصائي النفسي أن يكون على دراية معمقة بالقوانين العامة التي تحكم السير النفسي،

وكذا التمكن من الخلفية النظرية التي يميل إليها أو يتبناها، علاوة على ضرورة إكتسابه للمهارة التقنية التي تسمح بمعرفة منافع وحدود كل اختبار، وكذلك ضرورة توفر العيادي على الخبرة العيادية المتشعبة. وعموما، تدخل عملية الفحص في إطار أخلاقي ومهني يفرض على العيادي أن يراعي بالدرجة الأولى مصلحة المفحوص، وليس مصلحته الخاصة أو مصلحة الجهة التي ينتمي إليها المفحوص، وعندما يتعلق الأمر بالفحص النفسي للطفل، يجب أن لا يغيب عن أذهاننا أن هذا الأخير قد يكون مصدرا لرغبات شعورية أو لا شعورية من طرف محيطه، ولا يزال في طور التكون والبناء، ويكون أيضا مسرحا لأزمات نمائية (Andronikof, Verdier-Gibello, 1983) في مختلف الأطوار.

الفحص النفسي إذن هو علاقة تفاعلية ديناميكية تهدف لتحديد سمات شخصية هذا الأخير. إنه عملية متكاملة تشمل في إحدى خطواتها على عملية التصنيف أو تطبيق الروايز المقننة. يرتبط الفحص النفسي أيضا بالقياس، الذي هو عملية تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية بغية الوصول إلى نتائج موضوعية أكثر دقة وتقنينا. فالقياس النفسي باعتباره عملية مقارنة شيئين أو أكثر بوحدات معينة أو بمقدار مقنن من نفس الشيء أو الخاصة، يساعد على معرفة كم من وحدات يتضمنها هذا الشيء، وبالتالي تحديد معالمه الأساسية. يشترك كل من الفحص والقياس النفسي في كونهما ميدانا للملاحظة القصيرة والمكثفة، التي قد تعطي بعمقها نفس ما تجود به الملاحظة الطويلة من معلومات. وقد يأخذ الفحص النفسي شكل تطبيق بعض الاختبارات واستخلاص نتائجها، أو شكل تشخيص حالة انطلاقا من بعض الأعراض الظاهرة والمميزة، وفي حالات أخرى، يتخذ شكل دراسة شاملة للشخصية بمختلف أبعادها الذاتية والموضوعية، قصد الكشف عن جوانبها الديناميكية التي تحركها وتعطيها اتجاها معيناً أو نمطا سلوكيا محددًا (فيصل عباس، 1996).

فالفحص النفسي في مجمله هو عملية تنقيب دقيق في جوانب الشخصية قصد فهمها والتعرف على منطقية حالتها الراهنة، ومن هنا توجيهها أو علاجها أو تقويتها. وتؤدي

شخصية الفاحص دورا أساسيا في هذه العملية. قدرة هذا الأخير على القيام بملاحظات دقيقة مشتقة من الطبيعة الداخلية والخارجية للظواهر النفسية والسلوكية المدروسة، يعتبر من أهم ما يمكن أن يجنبه التحيز، ويساعده على إعطاء التفسيرات الملائمة. ذلك أن عدم مراقبة الذات، يعتبر من المخاطر التي يمكن أن يقع فيها الفاحص، الأمر الذي يقلل من مصداقية وموضوعية فحصه. ومن هنا، نرى أنه لا مناص له من إعفاء نفسه من الخضوع إلى فرقة تدريب تحت إشراف خبير أو ممارس. وتكمن مواصفات العيادي البارِع، والفحص النفسي الناجح في القدرة على التوصل إلى تشخيص دقيق يسمح بوضع تصور لمسار العلاج الذي يفترض أن ينتهجه للتخفيف أو القضاء على المشكل المطروح.

هذا ويصل الفحص النفسي إلى غاياته من خلال الوصول بالفاحص لوضع تشخيص دقيق للحالة بما ينطوي عليه هذا التشخيص من تحديد استراتيجية لعلاج الحالة. فإذا ما تخللته بعض الثغرات فإن ذلك سيخلف آثاره على التشخيص وعلى النتائج المرجوة من العلاج. ذلك أن أخطاء التشخيص تستتبع حكما لخطأ العلاج. مما يقودنا إلى مناقشة مسائل أكثر تعقيدا. فعلم سببية نشوء الأمراض النفسية لا يزال بعد في بداياته، فنحن لا نعرف على وجه الدقة الأسباب الحقيقية الكامنة وراء هذه الأمراض.

إن اعتماد النظرية الظاهرية تستوجب الحذر الشديد من قبل الفاحص، فهناك مثلا البدايات غير التقليدية للأمراض، مثلا؛ تلك الحالات الفصامية التي ترتدي في بداياتها قناعا مضللا فتظهر على شكل عصاب وسواس - قهري من شأنه أن يضلل الفاحص وأن يؤخر التشخيص للحالة وبالتالي علاجها. والعكس بالعكس، وتجنبنا لمثل هذه المآزق عمدت بعض المدارس النفسية "بالينت، مارتي، موسون" للدعوة إلى عدم التثبيت بالتشخيص لأن الحالة الدماغية - العقلية للإنسان ليست بالمستقرة الجامدة، بل إنها تتفاعل ديناميا مع قائمة طويلة من العوامل الداخلية المنشأ والخارجية، فهناك الأمراض التي تتراجع مع التقدم في السن وفي مقابلها أمراض أخرى تتطور معه. وفي الحالتين فإن تعديل التشخيص يصبح ضرورة والأمر

ذاته يقال بالنسبة للأمراض والاضطرابات العضوية المرافقة للمرض النفسي، فضلا عن الضغوط النفسية.

هل نحن هنا قادرون على تحمل المسؤولية الأخلاقية الناجمة عن عملية تصنيف حالة عابرة على أنها ذهان تقليدي ينهي مستقبل المريض؟ وهناك بالتأكيد سنذكر ساشاناخت الذي يقر بأنه "ليس هناك أمراض ولكن يوجد مرضى" فالمصابون بمرض واحد يبقون مختلفين أشد الاختلاف فيما بينهم، فأسباب المرض ومناسبة ظهوره وطرائق تظاهره، وأسلوب علاجه، واحتمالات تراجعته أو تطوره وغير ذلك من العوامل هي أمور شديدة الاختلاف من مريض لآخر، لذا كان من الضروري أن ننظر للمرضى من خلال ذاتيتهم وتقديرهم، وليس من خلال مرضهم. فلو نحن نظرنا للصحة من خلال التركيز على المرض وتناسي المريض فإننا سنصل بذلك إلى نتيجة مؤداها إن عدم وجود المظاهر المرضية هو دليل ساطع على الصحة. وبذلك نكون قد ارتكبنا هفوة تجاهل الأمراض التي تتطور وسط أجواء من الهدوء البعيد عن ضجيج المظاهر المرضية فنلغي بذلك كافة مبادئ الوقاية الصحية (النابلسي، 1997، ص 07 - 08).

وعليه يعد التشخيص من أهم أبعاد وأهداف عملية الفحص النفسي، ويرمي للوصول إلى هوية المرض أو الاضطراب بنوع من الدقة، وفهم الحالة المرضية للمريض مع محاولة الأخذ في الحسبان كل من المرض والمريض. لا يكتف التشخيص بالأعراض، بل يهتم بسميزات الشخصية وامكانياتها، ومهاراتها أيضا.

اشتقت كلمة تشخيص في اللغة الأجنبية (*Diagnosis*) من أصل يوناني، وتعني الفهم الكامل. في الميدان الطبي فإن المصطلح يشير إلى فحص الأعراض المرضية واستنتاج أسبابها، وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة، ثم نسبتها إلى مرض محدد. فالتشخيص من الناحية الطبية يعني محاولة فهم المريض وبيان العلاقة بين الأعراض في زملة مرضية ما، وبهذا، فالتشخيص في الطب هو معرفة كم وكيف المرض الذي يعاني منه

المريض، وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها في فئة معينة، ثم إطلاق اسم مرض معين على زملة الأعراض. يهدف التشخيص إلى تحديد مكان العلة وطبيعتها ونوعها ودرجة حدتها، دون الاكتفاء بوصف الأعراض المرضية الظاهرة، ويهيئ السبيل لتخطيط برنامج علاجي قابل للتطبيق، وكذا تنفيذه ومتابعته (حسن عبد المعطي، 1998).

النصيحة في مجريات الفحص النفسي:

من المهم أن يتمتع الفاحص عن إعطاء نصائح، رغم عدم قدرته على تحاشي ذلك كلية، حيث يقول يونغ في هذا الصدد "النصيحة الجيدة هي في الغالب علاج غير مجد لكنها ليست خطيرة على وجه العموم لما لها من تأثير طفيف"، ويتحدد ذلك إنطلاقاً من المبررين التاليين:

- يحاول الفاحص من خلال الفحص النفسي المساعدة على حل مشكلات لا توجد لها حلول و/ أو إجابات قاطعة، من حيث نوع المشكلة، الإعتبارات الأخلاقية، والمطلوب من الفاحص هو مساعدة العميل للوصول لقرار يبسر له إكتشاف حقيقة مشاعره وأفكاره.
- غالباً ما يكون العملاء الذين يطلبونها من خلال كونهم في شك من أنفسهم، فالنصيحة لا تساعد نموهم واعتمادهم على أنفسهم، نعم الإنسان دوماً في حاجة إلى خبراء في كل مجالات الحياة، لكن مجالات الحياة هذه ليست موضوعاً يحتكر أحداً الخبرة فيها، كما أن نفوره من إعطاء النصيحة هو في حد ذاته علاج على اعتبار أنه يوحي إلى المريض بأن مجرد فهم مشاكله بوضوح سيجعله قادراً على اتخاذ قراراته بنفسه شأنه في ذلك شأن أي شخص آخر (فطيم، 1992، ص 29 - 30).

نماذج تكوين الأخصائيين النفسيين:

عقد في مدينة بولدر "Boulder" بولاية كولورادو الأمريكية عام 1949 مؤتمراً هاماً حول برامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي، والذي تمخض عنه ظهور نموذج

بولدر أو ما يسمى بنموذج العالم - الممارس، والذي يمثل محاولة منهم لمزاوجة العلم والممارسة الإكلينيكية، والذي ما يزال أكثر النماذج التدريبية شيوعاً في علم النفس الإكلينيكي.

علماً بأن علم النفس الإكلينيكي قد بدأ كفرع نظري لعلم النفس "العلمي"، في كليات الآداب والعلوم، حيث كان التدريس والبحث... وغيرهما من الجهود الأكاديمية هي الأنشطة التي تكافؤ، أما الإهتمامات المتعلقة بالممارسة فقد كان ينظر إليها على أنها مقحمة على هذا الكيان، ولم يأخذ مأخذ جد، لكون أهداف المهنيين لم تكن تتسجم دوماً مع أهداف عملاء كلياتهم أو حتى مع أهداف زملائهم.

وكم أهمية هذا النموذج بالنسبة لسابقه ولاحقيه بإمكانية تطبيقه على الأخصائيين الإكلينيكين الباحثين والممارسين على حد سواء، فالباحثون يمكنهم إنتاج أبحاث رصينة وذات دلالة، إذا ما أبقوا حساسيتهم ومهاراتهم الإكلينيكية مشحودة؛ وذلك من خلال إستمرارهم في التعامل مع المرضى. ومثلما أن على الممارسين ألا يتخلوا عن تدريبهم واهتماماتهم في مجال البحث، فلا ينبغي على الباحثين أن يتجاهلوا قاعدتهم الإكلينيكية (تيموثي، 2007، ص 111-113).

رغم وجود العديد من برامج تدريب للأخصائيين النفسانيين البديلة إلا أن نموذج العالم الممارس¹ "Scientist-practitioner Model" يعد ذا مكانة خاصة، لكون معظم برامج التدريب التي ظهرت بعد الحرب العالمية الثانية وفق مبدأ إمكانية الدمج بين دور العالم ودور الممارس، حيث كان الهدف من ذلك هو إيجاد مهنة متميزة، رغم تعرض هذا النموذج لانتقادات جمة بحجة أنه غير واقعي، ولا يستجيب لحاجات الطلبة الذين يكتفون بالممارسة العيادية، إلا أن معظم البرامج الإكلينيكية ما تزال تلتزم بهذا النموذج بدرجات متفاوتة، فهذا

¹ أنظر ملحق رقم (02) يبين المواد المدروسة وفق نموذج العالم - الممارس.

النموذج هو الذي يميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من المهن العاملة في ميدان الصحة النفسية (تيموثي، 2007، ص 49).

فنجد بعض البرامج تقلل من تركيزها على البحث، في الوقت الذي تركز فيه أخرى على التقنيات العيادية، وبعضها الآخر برامجها محددة البناء، بحيث يمكن للمختص أن ينهي سائر المتطلبات في غضون أربع سنوات، خاصة إذا توافرت له فرص الدراسة الصفية، كما يتوافر في بعضها الآخر التكوين في سنة الإمتياز الإكلينيكي وهي السنة الرابعة قبل إتمام أطروحة الدكتوراه. وما تزال قلة من الجامعات تتطلب إتقان لغة ثانية، إلا أن العديد منها الآن يسمح للطلبة بأخذ مواد بديلة في الإحصاء أو تقنيات الحاسوب، فضلا عن أن لكل جامعة "شخصيتها"؛ فبعض البرامج تميل إلى الإتجاه المعرفي - السلوكي، وتركز على تقنيات مثل العلاج المعرفي للإكتئاب؛ بينما تحتفظ برامج أخرى بالطابع السيكودينامي، وتركز على الأساليب الإسقاطية. كما تهتم برامج أخرى على بالأطفال، وتركز أخرى على الراشدين، ومع كل هذا التنوع في البرامج الإكلينيكية تبقى هنالك الكثير من الجوانب المشتركة بينها، وعلى الطالب الذي يلتحق بمثل هذه البرامج أن يتقصى نواحي التركيز والإختلاف بينها، وذلك لكي تكون خياراته واعية ومدروسة.

المواد الدراسية:

ينبغي على طالب علم النفس العيادي عادة إتمام عدد من المساقات الأساسية، على غرار الإحصاء وتصميم البحث، الأسس البيولوجية للسلوك، علم النفس الإجتماعي، علم نفس النمو، وعلم النفس المعرفي، ويختلف عدد هذه المواد ومحتواها من برنامج لآخر. والهدف هنا هو أن يلم الطالب بأساسيات السلوك الإنساني أو الأساسيات التي تسمح له بالبحث في السلوك؛ فهذه المساقات تزوده بأساس علمي قوي في التدريب الإكلينيكي، وتبعث الحيوية في نموذج العالم - الممارس. كما توجد مساقات إختيارية متقدمة وحلقات بحث في المواضيع نفسها، يمكن للطالب إختيارها وفقا لإهتماماته.

كما يقوم طلبة علم النفس الإكلينيكي بالتسجيل في مساقات تدرس أسس الممارسة الإكلينيكية أو تتعامل مع المواضيع الإكلينيكية بمستوى متقدم. فعادة ما تتوفر مساقات في علم الأمراض النفسية، أو النظرية أو البحث في العلاج النفسي، أو مبادئ التدخل العلاجي المعرفي - السلوكي. هذا بالإضافة إلى حلقات بحث أخرى حول مواضيع مثل الفصام، أساليب العلاج الأسري والجمعي، علم النفس المجتمعي، أو التقييم النفسي العصبي (تيموثي، 2007، ص 50).

العمل الميداني: إن الكتب والمقررات التدريسية ضرورية وجيدة، إلا أن التعلم بالممارسة لا غنى عنه أيضاً، وبالتالي فجميع البرامج تعمل على بناء المهارات الإكلينيكية للطلاب من خلال إخضاعهم للممارسة الإكلينيكية، وتعرف القواميس الممارسة "*Practicum*" على أنها "العمل الذي يقوم به الطالب المتقدم، بحيث يشمل التطبيق العملي للنظريات التي تمت دراستها سابقاً"، وفي كثير من الأحيان يجمع العمل الميداني ما بين المحتوى الأكاديمي والخبرة العملية، وهو يتضمن عادة: التقييم "الذكاء، التقييم النفسي العصبي، تقييم الشخصية... إلخ"، العلاج "المعالجات السيكو دينامية، التدخلات العلاجية المعرفية - السلوكية"، المقابلة، وحتى أساليب تقديم المشورة إلى الإداريين في المدارس والمؤسسات الاجتماعية أو الصناعية. ومهما كان نوع الخبرة الإكلينيكية ومضمونها فهي وسيلة مهمة لإكتساب مهارات إكلينيكية معينة، ويتم الإشراف على العمل الإكلينيكي للطلاب من قبل أعضاء من الهيئة التدريسية في المعهد أو الجامعة، أو من قبل إكلينيكين عاملين في المجتمع المحلي، ومن ذوي المهارات الخاصة، ومعظم أقسام علم النفس التي لديها برامج تدريب إكلينيكية تدير عيادات إكلينيكية نفسية أيضاً، تقوم هذه العيادات على تقديم خدمات عديدة "مثل التقييم والعلاج والإرشاد" للطلبة الجامعيين وللعاملين في الجامعة وأسرهم ولأفراد المجتمع المحلي، ويتم إختيار الحالات فيها وفقاً لقيمتها ودلالاتها التعليمية، وتتألف الهيئة العاملة في مثل هذه العيادة من سكرتيرة متفرغة، وأخصائي

اجتماعي، وأعضاء من الهيئة التدريسية من ذوي الإختصاص الإكلينيكي (تيموثي، 2007، ص 50).

البحث: ويتطلب تطبيق نموذج العالم - الممارس من الطالب أن يطور مهاراته في البحث العلمي، وذلك من خلال دراسة مساقات في الإحصاء وأساليب الحاسوب ومناهج البحث، وكذلك من خلال المشاركة الفعالة في مشاريع البحث، وتتفاوت الجامعات من حيث مدى إلتزامها بنموذج العالم - الممارس في التدريب، وبالتالي هناك تباين بين الأقسام من حيث تركيزها على التدريب في مجال البحث، ومن حيث الحوافز والمكافآت التي تقدمها للطلبة مقابل عملهم في الأبحاث. وعليه فإن معظم الأقسام تتطلب إتمام رسالة الماجستير (وعادة ما يتم ذلك في نهاية السنة الثانية)، كما تتطلب أطروحة الدكتوراه "*Dissertation*" تتضمن بحثا علميا أصيلا "في نهاية السنة الرابعة أو الخامسة وفق متطلبات البرنامج". وأطروحة الدكتوراه تعد صيغة متقدمة من رسالة الماجستير، وهي مصممة بحيث تقدم معلومات جديدة ومهمة في المجال الإكلينيكي. ومعظم البرامج ماتزال تشدد على أن تكون أطروحة الدكتوراه بحثا تجريبيا أو إرتباطيا.

وعادة ما ترى البرامج التي تركز على الإلتزام بالبحث، أن خبرة البحث لا تقتصر على رسالة الماجستير أو أطروحة الدكتوراه. فقد نجد في أحد الأقسام مثلا؛ أن كل طالب في قسم علم النفس الإكلينيكي عليه الإلتزام إلى "فريق" بحث تابع لأحد أعضاء القسم، ويتكون الفريق من أربعة طلاب إلى ثمانية من مختلف سنوات البرنامج. ويلتقي هؤلاء لمدة ساعتين أو ثلاثة أسبوعيا، حيث يتم مناقشة موضوعات الأبحاث، وكيفية تصميم مشاريع البحث، وربما تناقش أيضا مشاريع رسائل الماجستير والدكتوراه، ويمكن للطلاب المتقدمين أن يرشدوا غيرهم من الطلبة، وأن يكونوا نماذج تحتذى بالنسبة لهم (تيموثي، 2007، ص 52).

إمتحان التأهيل: تتطلب معظم البرامج الإكلينيكية من الدارسين أن يجتازوا إمتحان التأهيل؛ وهو ما يسمى أحيانا بالإمتحان التمهيدي أو الشامل، ويسميه بعض الطلبة بأنه أكثر الخبرات إثارة للقلق أثناء التدريب، وتتعدد أشكال هذا الإمتحان بتعدد الجامعات التي تتبناه، ففي بعضها يتم إجراء ثلاثة إمتحانات كتابية على مدى أسبوع، يستغرق كل منها أربع ساعات. بينما في جامعات أخرى، يتم توزيع خمسة إمتحانات على مدى أسبوع، في حين تتطلب جامعات أخرى إمتحانات شفوية أضا، وفي بعض البرامج تغطي هذه الإمتحانات جميع مجالات علم النفس، بينما تقتصر في بعضها الآخر على علم النفس الإكلينيكي، وتلعب إمتحانات التأهيل دورا مهما في التأكيد على الكفاءة العامة للطالب. وهناك قلة من البرامج التي تضع بدائل "مبتكرة" للإمتحانات؛ كأن يتقدم الطلبة مثلا بطلب الموافقة على إجراء بحث ما، أو دمج عدد من المراجعات للأبحاث في مجال من مجالات علم النفس الإكلينيكي (تيموثي، 2007، ص 52-53).

الإمتياز: الإمتياز جزء حيوي من أي برنامج تربوي، وهو الجزء الختامي لكل خبرات الطالب السابقة في المساقات الإكلينيكية والممارسة العملية، والتي تزوده بالخبرة اللازمة لتوطيد دوره كعالم - ممارس.

والإمتياز يعد متطلب لجميع الطلبة في البرامج الإكلينيكية المعتمدة من قبل الرابطة النفسية الأمريكية، وفي السنوات التي تلت الحرب العالمية الثانية، كان الحصول على الإمتياز يتم في السنة الثالثة من التدريب، أما بعد ذلك فتمتد العديد من البرامج إلى خمس سنوات، فغالبا ما يأتي الإمتياز في نهاية فترة تدريب الخريجين، وفي أحيان قليلة قد يحصل الطلبة على امتيازهم على مدى سنتين أثناء الدراسة، وعادة ما يعمل طالب الإمتياز في مراكز متخصصة خارج الجامعة. ولكن قد يقوم بعضهم بإتمام الإمتياز في أماكن تابعة للجامعة على غرار مراكز الإرشاد أو كليات الطب،

وهناك أكثر من 450 موقع معتمد من قبل الرابطة النفسية الأمريكية لإتمام الإمتياز. وتنتشر سنويا قائمة بهذه البرامج المعتمدة في مجلة الأخصائي النفسي الأمريكي.

ولفترة الإمتياز مميزات عديدة؛ فهي تتيح للطالب فرصة عمل بدوام كامل في

أحد المواقع المهنية، وتمكنه من صقل مهاراته السابقة، وتعلم مهارات جديدة من قبل أولئك الأكثر خبرة منه، كما أن الحصول على خبرة في المواقع المهنية المختصة يعطي الطالب فكرة واقعية حول متطلبات الحياة المهنية، ويتيح له التعرف بأخصائين إكلينكيين يحملون أفكارا وتوجهات تختلف عن أفكار مدرسيه، وبالتالي يمكن لهذه الخبرة أن تساعد على توسيع أفق الطالب، وكسر أية قيود فكرية يفرضها أساتذة القسم على توجهاته، كما أن الإختلاط بمختلف أنواع العملاء أيضا يزيد من كفاءة الطالب، ويساهم في إثارة أفكار جديدة عنده للبحث، وفي وضعه الأمتل يوفر الإمتياز للطالب فرصة لتوسيع أفقه المهني ودمج ما تعلمه سابقا في الجامعة بمتطلبات العالم المهني، والذي يشكل عنصرا أساسيا لعالم يتكون من ثلاثة أبعاد؛ والتي هي البعد الأكاديمي، والبحثي، وبعد الخبرة (تيموثي، 2007، ص 53).

فقد ظل نموذج بولدر "نموذج العالم - الممارس" إلا أن الجدل حوله ما يزال مستمرا، إذ يبدو أن الإنحياز نحو المهنية يأخذ بالتنامي مع مرور السنين، حيث يزداد انقسام الأخصائيين الإكلينكيين إلى فئتين هما:

فئة تهتم بالممارسة بشكل أساسي، وأخرى تهتم بالبحث بشكل أساسي، وبالرغم من اعتقاد الكثيرين بأن نموذج العالم - الممارس قد خدمنا بشكل جيد وبنجاح، إلا أن بعضهم يعتبره نمودجا تعليميا ضعيفا يستحق غضب النقاد وسخطهم، ومع ذلك يبقى التفكير بالتخلي عن هذا النموذج بشكل نهائي أمرا مقلقا للكثيرين (تيموثي، 2007، ص 113).

محاضرة حول: المقابلة العيادية.

تمهيد.

- ✓ تعريف المقابلة العيادية.
- ✓ أهداف المقابلة.
- ✓ عناصر المقابلة العيادية.
- ✓ مبادئ المقابلة العيادية.
- ✓ الاتجاهات الأساسية للمقابلة العيادية.
- ✓ أهمية المقابلة العيادية.
- ✓ مراحل المقابلة.
- ✓ أنواع المقابلات العيادية.
- ✓ غرفة المقابلة وملحقاتها.
- ✓ آليات الاستقبال في المقابلة العيادية.
- ✓ البيئة المهنية للمقابلة العيادية.
- ✓ غرفة الفحص العيادي.
- ✓ غرفة الملاحظة.
- ✓ مزايا وعيوب المقابلة.

خلاصة.

تمهيد:

هي الأداة الأساسية التي يستخدمها الأخصائي النفسي في كل من التقييم والعلاج. والواقع أنه في الممارسة العيادية المعاصرة، يصعب التمييز الحاد السابق بين التقييم والمقابلة العلاجية فقد تطور ليصبح مسألة اختلاف في درجة التأكيد أكثر من أن تكون اختلاف في الإجراءات. ويصعب الفصل بين التقييم والعلاج، وبين المقابلة وغيرها من أدوات التقييم كالاختبار السيكولوجي الذي يعد في واقع الأمر شكل من أشكال المقابلة المقننة، والملاحظة التي تتم في كل من المقابلة والاختبار وغيرها من مصادر المعلومات في دراسة حالة العميل في كل أحواله ومراحله وكل هذه العمليات معا يمكن الإصطلاح عليها بالتقييم النفسي.

التقييم النفسي: "Psychological Assessment"

إجراء عيادي منظم يشتمل على العديد من العمليات التي تتم بالتوازي مع بعضها البعض، حيث يوفر التقييم النفسي في حده الأدنى معلومات عن الوظائف الذهنية والإنفعالية للفرد وجوانب الضعف والقوة لديه، في حين يوفر في حده الأعلى رؤى حقيقية عن الفرد تسهم في تجميع معلومات جوهرية تساعد في صياغة التشخيص والتدخلات العلاجية. وينبغي دائما أن يجيب التقييم النفسي بالعديد من العمليات الرئيسية وهي؛ إجراء المقابلة العيادية، الملاحظات السلوكية، إختيار الإختبارات الملائمة، تطبيق الإختبارات وتصحيحها وتفسير نتائجها، دمج المعلومات التي تم جمعها من المقابلات العيادية والملاحظات السلوكية وتطبيق الإختبارات .. وصياغة تصور عام حول المفحوص، كتابة التقرير النفسي، وأخيرا تزويد المفحوص أو ذويه أو مصدر الإحالة بالمعلومات المستقاة من عمليات التقييم (الزهراني، 1441 هـ، ص 12).

تعريف المقابلة العيادية:

تعد المقابلة الشخصية محادثة عادية غير مقصودة بهدف محدد بين شخصين أو أكثر، فإذا استهدفت غرضاً معيناً أصبحت اختباراً شخصياً مقنناً، والاختبار الشخصي المقنن يعرفه عباس محمود عوض عام 1998 بقيام علاقة مباشرة بين الأخصائي النفسي والمفحوص أو المختبر وتجرى في مكان وزمان محددين، يحاول من خلالها المختص (أخصائي عيادي، أو مرشد) مساعدة المفحوص على فهم نفسه، وإظهار حقيقته النفسية، أو الحالة التي يعاني منها وسوء توافقه، فيدرك من خلال ذلك إمكاناته الشخصية، ومجمل الظروف البيئية المحيطة به، فيعمل بمعية الفاحص على حل مشكلته والوصول به إلى التوافق النفسي، وذلك كله بتدعيم من قدرات وإمكانات وفنيات وتقنيات الفاحص و/ أو المرشد النفسي (عباس محمود عوض، 1998، ص 81).

تعريف ستيوارت وكاش عام 1978 *Stewart & Cash*؛ أنها عملية اتصال مزدوج لتحقيق هدف جدي سبق تحديده، متضمنة أسئلة، وأجوبة عليها، والتي تعد من بين أهم الوسائل الرئيسية في التأثير أو تغيير سلوك المفحوصين.

كما تعرف أيضاً عند *Makopy & makopy* بأنها تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول أحدهما هو القائم بالمقابلة أن يستثير بعض المعلومات والتعبير لدى المبحوث، والتي تدور حول آرائه ومعتقداته (عبد الحميد محمد علي، 2009، ص 146).

أهداف المقابلة العيادية:

من خلال التعاريف السابقة يمكن الحديث عن محاولة المقابلة العيادية لتحقيق الأهداف التالية؛

- جمع وتنظيم المعلومات الواردة للأخصائي العيادي عن المفحوص أو المفحوصين من مصادر مختلف كالتقارير الطبية، وتقارير باقي المختصين والمرشدين النفسيين، المعلمين،

والمخبرين "الأولياء، الأجداد والأعمام وكذا الأخوال، ..."، فضلا عن المعلومات الواردة عن طريق تطبيق مختلف المقاييس والاختبارات "السمات، القدرات، الاتجاهات، والميول، ..."، بالإضافة إلى ما يتوصل إليه الأخصائي من معلومات وحقائق من خلال تفاعله مع المفحوص أو المفحوصين أثناء سير مجريات المقابلات العيادية.

- كل المعطيات والمعلومات السابقة التي تم جمعها وتنظيمها كلها تهدف إلى فهم أفضل للمفحوص أو المفحوصين بهدف المساعدة على إعادة التكيف والتوافق النفسي لأنفسهم أو أسرهم أو مهنتهم.

- من أهداف المقابلة العيادية أيضا الشروع من خلالها في تطبيق التقنيات العلاجية الملائمة للحالة حسب الاضطراب أو المشكلة المطروحة، فضلا عن كونها الوعاء الوحيد الذي يحتويه البرنامج العلاجي الذي سيتبعه الأخصائي في تنفيذ برنامجه.

- فهي أيضا تهدف إلى فهم المفحوص ككل، ومن ثم فهي أداة تنفيسية لتقليل الضغوط والصراعات النفسية التي يعاني منها العملاء.

- بناء العلاقة المهنية بين الفاحص والمفحوص، في الإطار القانوني والأخلاقي المطلوب، فضلا عن كونها تحقيق هذا اللقاء للفاحص والمفحوص وجها لوجه من أجل إيجاد حلول لأية مشكلة يعاني منها المفحوص.

العناصر الأساسية للمقابلة:

• **المواجهة الإنسانية:** فالمواجهة تكون بين الفاحص والمفحوص، ولا يمكن استبدالها بأي آلة أو جهاز يقوم مقام الفاحص، وهذا بغض النظر عن تخصص الفاحص (اجتماعي، نفسي، تربوي، أرطوفوني، طبيب عقلي ...) أو تعددهم؛ كقيام المختص الاجتماعي بالمقابلة الأولى، ثم مواصلة المختص النفسي بالتشخيص مثلا، وبعد ذلك تحال الحالة للطبيب المختص.

- **المكان المحدد:** يجب أن تجرى فعاليات المقابلة العيادية في غرفة الفحص مع بعض الاستثناءات النادرة، علماً أن انتقال الفاحص إلى المجال الحيوي للمفحوص عادة من اختصاص المختص الاجتماعي.
- **الموعد المسبق:** تحدد مواعيد المقابلات مسبقاً ويتم الإعداد لها (باستثناء بعض الحالات على غرار المقابلة الأولى في بعض الحالات الخطيرة كالتهديد بالانتحار)، علماً أن المقابلة الأولى هي الأخرى يمكن تحديدها بموعد مسبق أيضاً.
- **الفترة الزمنية المحددة:** تحدد مدة المقابلة العيادية عادة بالتناسب مع الحالة وهي في حدود 30 إلى غاية 45 دقيقة، وعلى الأخصائي أن يظهر أن الوقت كله مخصص للحالة.
- **الأهداف الخاصة:** وهي التي يرسمها الفاحص من بداية المقابلات، ويعمل على تنفيذها سواء كان العلاج أو التشخيص، أو التقويم،...

مبادئ المقابلة العيادية:

- **العلاقة الإنسانية:** علاقة إنسانية دافئة يتم بنائها من أول لقاء بينهما، مبنية على الثقة والاحترام المتبادل، والترحيب بالعمل والإنصات لانشغالاته ومشكلاته بكل هدوء ومهنية لفهمها، وبكل تعاطف وجداني مع معاناته، بكل سرية من أجل الاتصال الجيد.
- **تسجيل المقابلة:** ومنها التسجيل الكتابي، والسمعي والمرئي، وذلك لحفظ في المقابلات في حالة حيوية وعدم عرض المعلومات والبيانات للتلف والنسيان.
- **التناول الموضوعي:** دون تحيز أو تعصب أو دعوة لمبدأ، والمشكلة أعقد إذا تحيز لفرد أو آخر متصل بمشكلة العميل، دون الإخلال بالقيم والمبادئ الأخلاقية.
- **الوضوح والصراحة:** وهي من بنود الاتفاق الأولى وبهما يتم الوصول إلى الأهداف المسطرة.
- **الصمت والإنصات:** يرتبطان ببعضهما، على أن يتحلى بهما الأخصائي أولاً، فضلاً عن تعلمه دلالات الصمت عند المفحوص في كل موقف وحالة.

الاتجاهات الأساسية للمقابلة العيادية:

الاتجاه المباشر: (إليس *Ellis*) ويسمى أيضا الاتجاه التعليمي.

- الأخصائي العيادي هو الذي يحدد هدف وغرض المقابلة، بالسيطرة على الظروف المحيطة بها، وعلى وسائل الاتصال المستخدمة.
- يعمل الأخصائي العيادي على مساعدة العميل بتعليمه آليات إعادة النظر في مشكلته انطلاقا من مقومات شخصيته بتدعيم مواطن القوة، وتلافي مواطن الضعف فيها.
- من مميزات هذا الاتجاه الاختصار في الوقت والجهد للوصول إلى الحل في أقرب وقت ممكن.
- ينتقد هذا الاتجاه بغياب المرونة وعدم إعطاء الفرصة للعميل لممارسة حريته واتخاذ القرارات الخاصة به.

الاتجاه غير المباشر: (كارل روجرز) ويسمى أيضا اتجاه التفاعل الشخصي التأثيري.

- العميل هو الذي يحدد هدف وغرض المقابلة، بالسيطرة على الظروف المحيطة بها، وعلى وسائل الاتصال المستخدمة.
- يعمل الأخصائي من خلالها تنمية شخصية العميل وقدرته على اتخاذ القرارات بنفسه، وذلك بتدعيم قوى تأثيره الشخصي التي تتسم بسلامة النية والجاذبية المهنية، وتعميقها في نفس العميل مما يؤدي به إلى تحويل مشاعره إلى المقابلة العيادية في الاتجاه الإيجابي، ومن خلال هذه المشاركة التلقائية يحدث العيادي التغيير المطلوب في الإطار المرجعي الداخلي والخارجي للعميل حتى يتطابقا من أجل إحداث التغيير المطلوب في الحالة.
- من مميزاته انه يحقق مرونة للعميل ويتيح له فرصة التعبير الحر واتخاذ القرارات بنفسه.
- يعاب على هذا الاتجاه أنه يتطلب أخصائيين على أعلى مستوى من الشفافية المهنية، والاستبصار الداخلي.

الخصائص العامة للمقابلات:

التفاعل المتبادل:

المقابلة تفاعل يتم بين شخصين على الأقل، لكل مشارك فيها مساهمته وتأثيره في استجابات الآخر، على أن هذه الخاصية لا تكفي لتعريف المقابلة؛ فالمحادثة الإعتيادية تعد تفاعل إلا أن المقابلة تذهب إلى أبعد من ذلك بالتأكيد، فهي تتضمن التفاعل أو التبادل اللفظي وجها لوجه، إلا أن المقابلة العيادية تتميز بسعيها إلى تحقيق هدف أو مجموعة من الأهداف، وعلى الشخص الذي يقوم بإجراء المقابلة أن يوجه التفاعل بشكل هادف، وأن يتحمل مسؤولية الإبقاء على مسار المقابلة، والسير بها نحو الهدف، وبالتالي فإن الصيغة البسيطة وغير الرسمية التي تميز المحادثة العادية لا تنطبق هنا على المقابلة، ويمكن القول أن المقابلة الجيدة هي تلك المقابلة التي يخطط لها بدقة، ويتم تنفيذها بتأن ومهارة، وتكون موجهة نحو هدفها طيلة فترة إجرائها.

ولذلك تأخذ المقابلة أشكالاً متعددة، ويتسع مداها من السعي وراء الحقائق إلى إطلاق الإنفعالات إلى الإستجاب، وعليه فجميع أشكال المقابلة المهنية تخلوا عادة من عنصر أساسي يميز المحادثة الإعتيادية؛ وهو أن الذين يجرونها ليس بهدف الحصول على رضا شخصي أو تحسين صورتهم الإجتماعية؛ وإنما بهدف جمع البيانات أو المعلومات حول الفرد أو التعرف إلى ما يحمله من معتقدات أو توجهات بأكثر الأساليب المتاحة مهارة.

المقابلات مقابل الإختبارات:

تقع المقابلة منطقياً في موقع بين المحادثة العادية والإختبار؛ فهي منظمة وموجهة نحو هدف محدد أكثر من المحادثة، لكنها أحياناً أقل تحديداً أو تقنياً من الإختبار النفسي. ويستثنى من ذلك المقابلة التشخيصية المقننة- والتي سنتناولها لاحقاً- إذ أنها تشبه الإختبار النفسي المقنن من عدة نواحي.

فالسمة الجوهرية للاختبار النفسي هي جمع البيانات تحت ظروف معيارية، وذلك بأوضح الطرق والإجراءات. أما المقابلات فمعظمها يسمح بهامش من المرونة في التطبيق، وبالتالي تنفرد المقابلة بما تتيحه من حرية استخدام الأساليب الفردية والفعالة في جمع البيانات، على أن هذه المرونة قد تشكل نقطة قوة وضعف معا للعديد من أساليب المقابلة، فمع أنه يمكننا السعي للحصول على المعلومات بطريقة تبدو ملائمة للمريض، إلا أن هنالك احتمالات قوية من الخطأ أو عدم الثبات التي تبقى قائمة.

فن المقابلة:

كثيرا ما ينظر للمقابلة على أنها فن، باستثناء المقابلات المقننة، فهناك مساحات من الحرية في توظيف الأخصائي العيادي لمهاراته ومصادره الذاتية، وهو أمر لا يتوفر عادة في الإجراءات الأخرى المستخدمة في التقييم، فقرارات مثل متى نقوم بسبر الأغوار، أو ما نصمت، أو متى نستخدم الأساليب الخفية غير المباشرة، كلها تشكل تحديا لمهارات الشخص الذي يقوم بإجراء المقابلة، ومع الخبرة والممارسة، يتعلم المرء تدريجيا كيفية الإستجابة للإشارات التي تصدر عن العميل بطريقة أكثر حساسية، الأمر الذي يخدم أهداف المقابلة في النهاية (Shea, 1998).

ومن المهم أن نتذكر أن هناك الكثير من الأبحاث التي أجريت حول المقابلة، وعليه هناك قاعدة متينة من الأبحاث العلمية حولها، مما يعني أن المبتدئين لا يحتاجون إلى الإعتماد المطلق على تراكم الخبرات بطريقة قد تكون بطيئة ومضنية أحيانا، بل يمكنهم الاستفادة من هذا الكم الواسع من الأبحاث، والذي يشكل أساسا علميا لفنهم (تيموثي، 2007، ص 250-251).

أساسيات المقابلة وتقنياتها؛ *Interviewing Essentials and Techniques*:

هناك العديد من العوامل التي تؤثر في جدوى وفعالية البيانات التي يتم الحصول عليها من خلال المقابلة. بعضها يتعلق بالترتيب الفيزيقي وبعضها الآخر يرتبط بطبيعة

المرض، فالمريض الصامت أو قليل التواصل قد لا يكون متعاوناً بغض النظر عن مستويات مهارة الشخص الذي يجري المقابلة، وقليلون من يكونون فعالين مع جميع المرضى، فهناك عدة عوامل أو مهارات يمكن أن تزيد من إنتاجية القائم بالمقابلة. ويعد التدريب العملي والخبرة تحت إشراف أخصائيين مؤهلين أمورا غاية في الأهمية، كما أن ما يعتبر تقنية فعالة بالنسبة لأخصائي معين قد لا تكون كذلك بالنسبة لأخصائي آخر، فالفاعل بين التقنية والأخصائي يعد من الأمور الحاسمة، ولهذا السبب يعتبر اكتساب الخبرة تحت إشراف مختص ذا أهمية كبيرة؛ إذ يتيح للشخص الذي يجري المقابلة فرصة التواصل للوعي والمعرفة بطبيعة هذا التفاعل.

فالتدريب إذا لا يتضمن حفظ القواعد فحسب، وإنما المعرفة المتنامية بالعلاقات ما بين تلك القواعد والموقف الفعلي والعياني الذي تتم مواجهته وتأثير المرء نفسه في موقف المقابلة.

الشروط الفيزيقية:

ومن الواضح أن هناك عدد من الشروط الفيزيقية التي ينبغي توافرها بشكل خاص أثناء المقابلة، ولعل أهم الإعتبارات التي يجب مراعاتها هي الخصوصية وتجنب المقاطعة، فلا شيء يسيء إلى استمرارية المقابلة مثلثرة الهاتف، أو سؤال من المساعد الإداري، أو طرقات باب لا تحترم خصوصية الموقف. إن مثل هذه التدخلات تعد مدمرة إلى حد كبير، ولكن الأهم من ذلك هو الرسالة الكامنة وراء ذلك؛ وهي أن المريض ومشكلته يحتلان مكانة ثانوية، ففي النهاية لا يمكن للمساعدة أن يطرقوا الباب أو يقوموا بتحويل مكالمة هاتفية للأخصائي إذا ما تم توجيه التعليمات إليهم بعدم القيام بذلك.

ولأن غياب الخصوصية يؤدي إلى العديد من النتائج الضارة، فإن عازل الصوت يعد مهما جدا، فإذا ما كان الضجيج في الردهات أو المكاتب المجاورة مسموعا فإن هذا سيقود

العميل إلى الافتراض بأن صوته يمكن أن يسمع في الخارج أيضا، وقليلون هم المرضى القادرون على الإنفتاح في ظل ظروف كهذه.

ويمكن أن يكون مكتب الأخصائي أو الأثاث مشتتا بقدر ما يفعل صوت عال أو ضجيج خارجي، وفي هذا المجال نجد بعض القواعد البسيطة التي يعتمد كثير منها على الذوق الشخصي، وعليه فالعديد من الإكلينيكيين يفضلون المكاتب البسيطة والأنيقة في الوقت نفسه، وباختصار فالمكتب المؤث بطريقة تلفت الإنتباه أو تثير الملاحظة أو الإنتقاد ليس بالمكتب المثالي، والمعالج الذي يلعب الجولف لا يحتاج إلى تحويل عيادته إلى مزار لأولئك الذين يهتمون بملاحقة الكرة، وكذلك المعالج المولع بالسيارات القديمة لا ينبغي عليه أن يملأ مكتبه بصورها، بمعنى آخر فلا يجب أن يكون المكتب باردا وباهتا، ولا يكون صارخا ومليناً بالأشياء الملفتة للإنتباه (تيموثي، 2007، ص 251-252).

تدوين الملاحظات وتسجيلها:

ينبغي في النهاية تدوين جميع أشكال الإتصال مع العميل وتوثيقها، ولكن هناك بعض الخلاف حول وجوب أخذ الملاحظات أثناء المقابلة، فبالرغم من قلة الشروط المتعلقة بذلك يبدو من المرغوب فيه - بين الحين والآخر - أخذ الملاحظات أثناء المقابلة. وعليه فبعض الكلمات أو العبارات الرئيسية التي يتم تدوينها كفيلا بمساعدة الإكلينيكي على استرجاع المقابلة أو تذكرها، ومعظم الإكلينيكيين قد يساورهم الشعور أن مادة المقابلة شديدة الأهمية بحيث أنها لا تستدعي منهم تدوينها، وأنهم سيتذكرونها بسهولة، ولكن بعد مقابلة عدد من المرضى يجد الإكلينيكي نفسه غير قادر على تذكر الكثير من المقابلات السابقة، وبالتالي يعد تدوين قدر معقول من الملاحظات أثناء المقابلات أمرا ذا قيمة، علما أنه لن يزجج معظم المرضى عادة من قيام الإكلينيكي بمثل هذا التدوين، وإذا ما أظهر أحدهم إنزعاجا، فينبغي مناقشة الأمر معه، ومن حين لآخر قد نجد مريضا يعتبر أن

ما يقوله مهم جدا ما دام الإكلينيكي يقوم بكتابته، بينما قد يطلب مريضا آخر من الأخصائي الإكلينيكي عدم تدوين أية ملاحظات أثناء مناقشتها لموضوع معين.

كما يرجح معظم المرضى قدرا معينا من من تدوين الملاحظات، كما يجب تجنب أية محاولة لتدوين كلام المفحوص حرفيا "إلا في حالة تطبيق المقابلة المقننة"، فإحدى مخاطر التدوين الحرفي تتمثل في منع الأخصائي النفساني من تركيز إهتمامه على جوهر ما يقوله المريض، كما أن انشغاله التام بتدوين كل شيء يمكن أن يقلل من فهمه للفروق الدقيقة في تعليقات العميل ودلالاتها، إضافة إلى أن الإفراط في تدوين الملاحظات قد يمنعه من ملاحظة التعبيرات الجسدية، وأية تغيرات في وضعية الجسم، علاوة على ذلك فالمقابلة التي يتم تدوينها بالكامل ستتم قراءتها بالكامل لاحقا، وسيصبح على الأخصائي أن يخوض في قراءة ملاحظات إستغرقت 50 دقيقة، ليستخلص المفيد منها، في حين كان بالإمكان أن يستغرق ذلك 10 دقائق من المقابلة فقط.

ومع التقنيات التي ظهرت حديثا، أصبح من السهل تسجيل المقابلة صوتيا أو بالصوت والصورة، ولا ينبغي أن يقوم الأخصائي النفساني بذلك تحت أي ظرف من الظروف دون أخذ الموافقة المسبقة من المريض، وفي أغلب الحالات فإن دقائق قليلة من شرح مميزات التسجيل مع التأكيد على السرية التامة له "أو إفشائه فقط للأشخاص المفوضين من قبل المريض" سيؤدي إلى تعاون المريض التام مع الأخصائي العيادي، ولكون عالمنا تسوده تقنيات التسجيل الصوتي وتسجيل الصوت والصورة، فعلى الأغلب ألا يعترض المرضى عليها، علما أن كثيرا من المرضى لا تزعمهم حتى الميكروفونات والمسجلات البارزة للعيان، وقد تتخلل المقابلة فترات من الحذر والرغبة، إلا أنها سرعان ما تتلاشى، وفي الحقيقة قد يتبين أن الأخصائي النفساني أكثر خشية من التسجيل مقارنة بالمريض؛ خاصة إذا كان من المتوقع دراسة المقابلة أو تقييمها من قبل مشرف أو مستشار.

وفي بعض الحالات يكون تسجيل بعض المقابلات بالصوت والصورة أمرا مرغوبا لغايات البحث العلمي أو تدريب القائمين على المقابلة أو المعالجين أو تقديم التغذية الراجعة للعميل كجزء من عملية العلاج، فإن التسجيل بالصوت والصورة يكون ذا قيمة كبيرة أحيانا مثله مثل التسجيل الصوتي؛ فينبغي على الأخصائي العيادي القيام به بشفافية وانفتاح دون تطفل، وذلك بعد الحصول على الموافقة المسبقة من قبل العميل (تيموثي، 2007، ص 255-256).

الألفة:

تعد الألفة من أكثر العوامل أهمية في المقابلة؛ وهي طبيعة العلاقة ما بين العيادي والعميل، وتتباين نوعية العلاقة وطبيعتها وفقا لهدفها، مما يؤثر دون شك في نوع العلاقة التي تتطور أثناء عملية التواصل بينهما.

المقصود بالألفة ووظائفها:

هي الكلمة التي تستخدم عادة لوصف العلاقة بين العميل والأخصائي العيادي، وتشمل الألفة توفير جو مريح وفهم متبادل لأهداف المقابلة، ويمكن للألفة الجيدة أن تكون أداة أساسية يحقق الفاحص من خلالها هذه الأهداف، فالعلاقة غير الدافئة أو العدائية أو التي تتسم بالمخاصمة لن تكون بناءة على الأرجح، وبالرغم من أن الجو الإيجابي ليس العنصر الوحيد في المقابلة البناءة "فالأخصائي الدافئ غير المؤهل لن يجري أفضل المقابلات" إلا أنه يكون عنصرا ضروريا عادة، ومهما كانت المهارات التي يمتلكها الأخصائي فإنها ستؤدي إلى فاعلية أكبر إذا ما كانت لديه القدرة على تكوين علاقة إيجابية، فغالبا ما يأتي المرضى إلى معظم المقابلات وهم على درجة من القلق من أن يكتشف الأخصائي بأنهم "مجانين" أو الخوف من أن ما يذكرونه أثناء المقابلة سيصل إلى أصحاب العمل، ومهما كانت طبيعة هذه المخاوف فإن وجودها كفيل بتقليل فعالية الأخصائي العيادي.

خصائص الألفة:

يمكن تحقيق الألفة بطرق عديدة، وتتعدد هذه الطرق بتعدد الإكلينيكين أنفسهم، وعليه لا يوجد صندوق من "حيل الألفة" التي يمكنها أن تحل محل التقبل والتفهم، واحترام العميل، ومثل هذا الإتجاه لا يتطلب من الإكلينيكي مصادقة جميع المرضى أو استلطاقهم، كما لا يتطلب منه أن يتقن من السلوكيات ما يضمن له تكوين الألفة بشكل فوري، إن ما يتطلبه فعلا هو ألا يصدر حكما مسبقا على المريض بناءً على المشكلات التي يطلب المساعدة في حلها، فالتقدم والصدق والتقبل والتعاطف ليست بالتقنيات العلاجية، واعتبارها كذلك يعني أننا فقدنا أهميتها الحقيقية، فهي اتجاهات يتعذر تعلمها، ومجرد التفكير بتعلم كيفية الظهور بمظهر صادق ومتقبل ومتعاطف، يعني الاعتراف بغياب هذه المميزات والإتقار إليها.

وعندما يدرك المريض أن الإكلينيكي يحاول فهم مشكلاته بهدف مساعدته يصبح بإمكان الإكلينيكي أن يقوم بمدى واسع من السلوكيات؛ فالتحري والمواجهة وعمليات التوكيد من قبل الأخصائي تصبح أمور مقبولة متى ما تم تكوين الألفة، وإذا ما تم تقبل المريض أن الأخصائي الإكلينيكي يهدف أولا وأخيرا إلى مساعدته، فإن مسألة الود المتبادل لن تكون ضرورية؛ إذ سيدرك المريض أن الإكلينيكي لا يسعى إلى تحقيق الرضا الشخصي من المقابلة.

والألفة ليست حالة تستدعي من الأخصائي الإكلينيكي أن يكون دائما ذلك الشخص المحبوب أو الرائع "كما يعتقد الطلبة المبتدئون عادة"؛ بل هي علاقة يتم تأسيسها على الإحترام، والثقة المتبادلة، والإئتمان، والتسامح. فهي ليست جائزة يمنحها مريض، أو مسابقة للشهرة يفوز بها العيادي.

بعض المرضى لديهم من الخبرات السابقة ما يمنعهم من تقبل حتى مجرد التمهيد المخلص والصادق لعلاقة مهنية، ولكن في معظم الأحيان، إذا ما ثابر الإكلينيكي على

القيام بدوره الصحيح وحافظ على إحترامه للعميل بينما يسعى لفهمه، سيجد أن العلاقة تتطور شيئاً فشيئاً. ومن الأخطاء الشائعة التي يقع فيها بعض الأخصائيون المبتدئون في مقابلاتهم الأولى قولهم عبارات مثل "هذا هو، لا تقلق، أنا أعرف تماماً ما تشعر به، ... " مثل هذه التعاليق قد يقنع العميل بأن الأخصائي لا يعلم حقيقة ما يشعر به، بالرغم من كل شيء، سيتساءل العميل: "كيف يمكن لهذا الغريب أن يعرف ما أشعر به؟" ستأتي الألفة حتماً، ولكنها ستأتي من خلال توجهات هادئة، تتم عن الإحترام والتقبل والكفاءة، لا من خلال التعليقات أو الحلول السريعة (تيموثي، 2007، ص 257).

الإتصال:

لابد من أن يكون هناك اتصال عند إجراء أية مقابلة، فسواء كنا نساعد أشخاصاً في ضائقة ما، أو نعاون مرضى على إدراك إمكانياتهم، فإن الإتصال هو أداتنا لتحقيق ذلك. والمشكلة الحقيقية في هذا السياق تكمن في التعرف على المهارات والتقنيات التي تضمن لنا أقصى درجات التواصل مع العميل.

بدأ الجلسة:

من المفيد غالباً أن نبدأ الجلسة التقييمية بمحادثة عرضية، بإشارة بسيطة إلى صعوبة إيجاد موقف للسيارة، أو تعليق عادي حول الطقس/ قد يضيف على الإكلينيكي صفة أنه شخص حقيقي، وبالتالي يبعد أية مخاوف قد تساور العميل مع "النفساني" ومهما يكن محتوى المحادثة فالحوار البسيط الهادف إلى تهدئة الموقف قبل الشروع بالحديث عن أسباب قدوم المريض، عادة ما يجعل تحقيق المقابلة الجيدة أمراً سهلاً وممكناً (تيموثي، 2007، ص 258).

اللغة:

يعد استخدام لغة يفهمها العميل أمراً ذا أهمية قصوى في المقابلة، ولذلك ينبغي إجراء تقييم أولي لخلفية العميل ومستواه التعليمي وثقافته العامة، فاللغة المستخدمة يجب أن تأخذ

بعين الإعتبار، فمن المهين مثلا الحديث إلى امرأة في الأربعين من عمرها تحمل در الماجستير في التاريخ وكأنها طالبة في الصف الثامن، وفي ذات السياق ليس ضروريا أن يتعامل الفاحص مع الأشخاص الذين يطلبون المساعدة بطريقة طفولية؛ فطلب المساعدة لا يعني القصور أو عدم قدرة الشخص على الفهم.

وفي ذات الوقت قد يكون من الضروري التخلي عن المصطلحات العلمية النفسية، التي ربما لا يفهمها سوى قلة قليلة من المرضى، وربما يكون مدى فهمنا موضعا للتساؤل إذا كنا لا نستطيع التواصل مع المرضى دون اللجوء إلى كلمات من أربعة مقاطع، وإذا ما وجدنا أنفسنا -دون قصد- نستخدم مثل هذه اللغة الفخمة لإنتراع إعجاب المرضى، فثمة خلل بالتأكيد، وكذلك الأمر بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي الذي يستخدم لغة "المراهقين" عند مقابلته للعميل في 15 من عمره، فهذا لن يؤدي إلى شعور العميل بالإغتراب فحسب، بل وإلى ظهور الأخصائي بمظهر سخيف أيضا، إذا كان احترامك للعميل حقيقيا، فإنك لست بحاجة إلى اللجوء لتقنيات سطحية.

ومن المهم استخدام كلمات أو عبارات يفسرها المريض وفقا لما تعنيه أنت، فعلى سبيل المثال؛ كثيرا ما يقود سؤالك للأمر عن سلوك ابنها إلى الإجابة مثل "إنه ولد جيد، إنه يفعل ماأطلبه منه بالضبط"، بمعنى أن تركيز الأخصائي الإكلينيكي أحيانا على مفاهيم مثل "السلوك" ربما يكون بدرجة تنسيهم ما تعنيه هذه الكلمة بالنسبة لمعظم الناس.

كما أنه من المهم أيضا الإستيضاح عن المعاني المقصودة من الكلمات أو المصطلحات التي يستخدمها العميل إذا كان هناك بعض الشك في فهمه لها، أو إذا كان للكلمة أكثر من معنى، فعلى سبيل المثال لا ينبغي على الأخصائي الإكلينيكي أن يفترض بأنه يعرف ما يعنيه العميل بعبارة "إنها مسيئة" فقد تشير العبارة إلى أن المرأة التي يتحدث عنها العميل تعامل الآخرين بفظاظة، ولكنها قد تعني أيضا أن تلك المرأة تلحق إساءة

جسدية به أو بغيره، وفي هذه الحالة يستدعي الأمر تدخل فوريا (تيموثي، 2007، ص 258-259).

إستخدام الأسئلة:

لاحظ مالوني ووارد عام 1976 "Maloney & Ward" أن استخدام الأخصائيين الإكلينيكين قد أصبح بالتدرج أكثر تقنيا أثناء سير المقابلة، ويميز هاذان العالمان بين عدة أنواع من الأسئلة، بما فيها الأسئلة المفتوحة، والأسئلة التسهيلية، والأسئلة الإستضاحية، وأسئلة المواجهة، والأسئلة المباشرة، وكل من هذه الأسئلة مصمم بطريقة خاصة لتعزيز الإتصال، كما يخدم كل منها هدفا معينا، أو ينفع نمطا من المرضى دون غيره.

الصمت:

لاشيء يمكن أن يثير الضيق لدى الأخصائي المبتدئ أكثر من الصمت. لكن فترات الصمت قد تعني أشياء كثيرة، والمهم هو تقييم معنى الصمت ووظيفته في إطار المقابلة. كما أن استجابة الإكلينيكي لمواقف الصمت ينبغي أن تكون مبررة ومنسجمة مع أهداف المقابلة، وليست استجابة لحاجات شخصية أو شعور بعدم الأمن، فربما يكون العميل في صمته بصدد تنظيم فكرة ما، أو تحديد الموضوع التالي الذي يريد مناقشته، وربما يدل الصمت على وجود شيء من المقاومة، ولكن مثلما أنه من غير الملائم القفز لملء كل لحظة صمت بالكلام، فمن غير الملائم أيضا إنتظار العميل في كل مرة، بغض النظر عن طول مدة صمته، وسواء أنهى الإكلينيكي فترة الصمت بالتعليق عليها، أو قرر البدء بسلسلة جديدة من الإستفسارات؛ فعلى استجابته أن تعزز الإتصال والفهم، وألا تكون حلا يائسا لتجاوز لحظة حرجة.

الإصغاء:

إذا ما أردنا الإتصال بفعالية ضمن دورنا كأخصائيين عياديين، فينبغي على هذا الإتصال أن يعكس فهمنا وتقبلنا، ولا أمل لنا بذلك ما لم نكن نجيد الإصغاء، فمن خلال

الإصغاء نستطيع تقدير المعلومات وتفهم الإنفعالات التي يفصح عنها العميل، وإذا كنا مشغولين بنيل إعجاب العميل، أو كنا لا نشعر بالأمن في القيام بدورنا، أو إذا كان هناك دوافع أخرى تحركنا غير الحاجة للفهم والتقبل؛ فعندها فمن المرجح ألا نكون مصغيين فاعلين.

فعلی سبیل المثال، عندما يتم تعريف شخص ما بآخر فإن ذلك الشخص لا يستطيع تذكر الإسم بعد دقيقتين من ذلك؛ وهذا أمر يحدث مع الكثير من الناس، والسبب الشائع لذلك عادة هو الفشل في الإصغاء؛ فقد يكون الشخص مشتتا، أو مشغول الفكر، أو ربما مهتما بمظهره الشخصي بحيث لم يسمع الإسم بشكل جيد، أو لم يسمعه بتاتا، وأحيانا يكون المعالج متأكدا من انطباع تكوّن لديه عن العميل، بحيث يتوقف عن الإصغاء وبالتالي يتجاهل أية معلومات جديدة مهمة. وعليه فالإكلينيكي الماهر يعرف متى يكون مصغيا فعلا ونشطا (تيموثي، 2007، ص 260).

أهمية المقابلة العيادية:

- إن إدارة المقابلة بالكفاءة المهنية المرجوة يحقق أهمية استخدامها.
- تقييم العملاء وتقدير وقياس إمكانياتهم على أسس علمية مدروسة.
- يمكن التقويم كذلك من خلال الملاحظة في إطار المقابلة العيادية، من خلال ملاحظة ردود الفعل، طريقة الاستفسار وطرح الأسئلة، طرق الاستجابة.
- كما تتيح الفرصة لجمع المعلومات عن العملاء، في الأوقات والأماكن والأزمنة التي حدثت فيها وذلك من أجل الشرح والتحليل والتفسير وتسجيلها وفق نظام جديد.
- ففي النهاية تساعد العملاء على اتخاذ قراراتهم بأنفسهم، دعم نموهم الشخصي، وتطويرهم الاجتماعي والمهني والتربوي، وتسهم في تنمية استبصاراتهم الداخلية، .. وصولا إلى تعديلات جوهرية انطلاقا من السلوكات المقصودة إلى الشخصية ككل.

مراحل المقابلة:

بما أن المقابلة هي محادثة بين المعالج والمتعالج وهذا يعني أنها عملية اتصال لفظي وغير لفظي" وتقسف إلى وحدات للمناقشة كل وحدة لها معنى متماسك "مشكلة ما" كما وأنها تتكون من أربع خطوات وهي: تقرير المشكلة، والتعبير عنها، ومناقشة المشكلة، ووضع خطط لحلها، ثم ملخصها. ومن ثم تتكون المقابلة من بداية ووسط وخاتمة لكي تحقق عملية الإتصال أهدافها وتفصيل هذه المرحلة كما يلي:

بداية المقابلة: يجب أن تبدأ المقابلة بناءً على موعد محدد مسبقاً، ولا تبدأ المقابلة قبل هذا الموعد حتى لا يدرك العميل أن هذا الإهتمام مبالغ فيه تجاهه، ولا تبدأ بعد الموعد حتى لا يدرك العميل أنه غير مهم به أو أنه شخص غير مرغوب فيه، ويجب التسجيل كل ملاحظات على السلوك اللفظي وغير اللفظي للعميل "كيفية الجلوس، التواصل البصري..." وإذا كان العميل يصاحب بعض أفراد عائلته يجب مقابلة العميل أولاً ثم مقابلة هؤلاء الأفراد ولا يحدث العكس.

وسط المقابلة: وفي هذه المرحلة يتم عرض المشكلة الخاصة بالعميل والصعوبات المتعلقة بتكيفه وتوافقه وما يصاحب ذلك من أعراض بادية على سلوكه الظاهري، وبالتالي يجب معرفة الدوافع التي أدت بالعميل لطلب العلاج النفسي والظروف الحياتية المحيطة به، والأحداث التي قد تكون مؤثرة في إحداث الأعراض المرضية. كما يحاول المعالج النفسي معرفة الخصائص العامة لشخصية العميل وقدراته العقلية واهتماماته وميوله. ويجب على المعالج النفسي في هذه المرحلة أن يدرب نفسه جيداً على أن يكون قليل الكلام وعدم مقاطعة العميل وأيضاً على مهارات الإستماع والإنصات الجيد ومراعات بعض من القضايا ومن بينها:

أ/ توجيه التساؤلات "وليس الأسئلة" المفتوحة التي تثير النقاش وتساهم في تبادل الحوار والإتصال.

ب/ التعاطف مع العميل؛ يعني هنا المشاركة الوجدانية أيمعايشة مشاعر العميل وانعكاس ذلك في تقدير المعالج لهذه المشاعر، وهذا لا يعني الموافقة على ما يقوله.

ج/ ومما سبق يساعد في إحراز خطوة هامة لا بد أن يسعى إليها كل من المعالج والعميل ألا وهي توطيد العلاقة بينهما، والتي تتحقق بتعاطف وتفهم المعالج، وهو عامل بدوره يساعد على نجاح العملية العلاجية.

د/ إثارة المشاعر بطريقة مقصودة مما يسمح للعميل بإخراج الشحنات الإنفعالية التي بداخله، مثل ما يحدث في العلاج المتمركز في العميل عند وصف المعالج النفسي المشاعر التي تبدو على العميل، يجب على المعالج معالجة فترات الصمت ويكون لديه القدرة على معرفة ما إذا كان هذا الصمت نتيجة محاولة العميل تجميع أفكاره وبالتالي يجب ألا يقاطع هذا الصمت بأسئلة أخرى قد تشتت العميل، أم أن هذا الصمت علامة على الإنسحاب والغرق في أحلام اليقظة، وهنا يجب على المعالج معالجة الصمت بالرجوع إلى الموضوع الذي كان العميل يتحدث فيه.

ه/ يجب على المعالج النفسي أن يلاحظ السلوك غير اللفظي للعميل بما يتضمنه من طريقة التغيير في نبرات الصوت وسياق الحوار عند الحديث في موضوع ما فقد يكون هذا مؤشرا لتأثير الموضوع المثار في الحوار على الأعراض المرضية للعميل.

يجب على المعالج النفسي ألا يقدم مساعدة علاجية في المقابلة الأولى حيث أنها للفهم المتعمق لحالة العميل لأن ذلك قد يؤدي إلى الإضرار بصحة العميل نفسه.

الجزء الختامي من المقابلة: ولإنهاء المقابلة بطريقة سليمة يجب ألا تنتهي إلا بعد أن يشعر العميل بقدر من الطمأنينة والراحة وخاصة بعد فترات التوتر المصاحبة للتعبير عن المشاعر والذكريات السلبية والأسرار التي قد يسردها العميل أثناء المقابلة، كما يجب أن

تنتهي المقابلة والمريض يشعر بالثقة والأمل في نجاح العملية العلاجية، وزيادة إظهار تعاطف المعالج ومشاركته الوجدانية مع العميل يساعد في ذلك، ثم يقدم المعالج تلخيصا لرأيه في مشكلة العميل دون إعطاء إنطباع بأن هذا التلخيص يعتبر تفسيراً صادقاً تماماً للمشكلة ويكون هذا التلخيص من واقع العبارات التي استخدمها العميل في وصفه للمشكلة. ثم في النهاية يعطي المعالج تخطيطاً للجلسات المقبلة بما تتضمنه من خطة علاجية وطبيعة العلاج الذي سيتم ممارسته والتوقعات المطلوبة من العميل وعدد الجلسات المتوقعة والتكاليف المادية للعلاج.

ونظراً لكون المقابلة هي أداة من أدوات التشخيص، وجب أن تتسم بالشروط السيكومترية المتعلقة بأدوات القياس السيكولوجي وهي الصدق والثبات. ويعني هذان المفهومان أن المعلومات التي تم الحصول عليها صحيحة ويمكن التأكد منها إذا حدث اتفاق بين المعلومات التي تم الحصول عليها من العميل وتلك التي تم الحصول عليها من مصدر أخرى "الصدق"، وتكون المعلومات أيضاً ثابتة وذلك بأن تتشابه المعلومات التي يحصل عليها أكثر من شخص "متشابهين في الإعتقاد النظري وذو خبرة وممارسة إكلينيكية واسعة" من نفس العميل أو المصدر (إلهام، 2004: 68-69).

أنواع المقابلة العيادية:

أ/ تصنيف أنواع المقابلات على أساس الهدف:

المقابلة الأولى:

الاتجاه المعاصر ينزع إلى اختصار عدد وأنواع المقابلات التقييمية السابقة للعلاج، وهي المقابلات التي كان يجريها غالباً مختصين من مجالات مختلفة، وقد لا تشمل الشخص الذي سوف يقوم في النهاية بمهمة العلاج ومسؤوليتها، وتغطي المقابلة الأولى الكثير من المجالات التي تغطيها المقابلات الأكثر تخصصاً، ولكن بتفصيلات أقل، وهي اليوم غالباً

ما يقوم بها المختص الذي يتولى العلاج النفسي، وأحيانا يكون هناك مساعدين يفرضهم تخصصهم، وذلك لضمان الاستمرارية والتنسيق في الممارسة العيادية مع الحفاظ على كرامة العميل الذي كان ينتقله أخصائي لآخر، كما يشعره بأن العناية منصبة عليه.

المقابلة غير المنظمة:

يُمكن هذا النوع من المقابلة الفاحص من صياغة أسئلته في ضوء المشكلات التي يعاني منها المفحوص، كما يسمح للفاحص تسجيل إجابات المفحوص بطريقة ذاتية، وتعتمد هذه المقابلة على الفاحص فهو مسؤول بشكل كلي على تحديد نوعية الأسئلة التي يتوجب طرحها على المفحوص كما أنه مسؤول عن الكيفية التي تستخدم فيها المعلومات المتحصل عليها للوصول إلى التشخيص الملائم. ولكونها مقابلة غير مقننة فإن توجيهها يتطلب من الفاحص الإعتماد على العديد من العوامل التي من بينها شكوى المريض، الحدس العيادي، والنموذج النظري الذي يتبعه، والمعلومات أو المعرفة التي يمتلكها.

وتتسم هذه المقابلة بانخفاض موثوقيتها وصلاحتها، ويمكن الحصول منها على جميع المعلومات المطلوبة في غضون ساعة متى ما كان الفاحص متمرسا، ودائما ما يركز الفاحص المتمرس على أخذ المعلومات التي يحتاجها مستخدما أسئلة محددة مع الحرص على التركيز على جمع المعلومات وليس على مساعدة المريض في هذه المرحلة (الزهراني، 1441 هـ، ص 13).

المقابلة التشخيصية:

تقنية أساسية في العمل الإكلينيكي، وهي من أكثر الأدوات إستخداما وشعورا وفائدة، وعندما تستخدم من قبل أخصائي إكلينيكي ماهر، فإن مدى تطبيقها ومرونتها يجعلان منها أدوات رئيسية في عمليات إتخاذ القرار والفهم والتنبؤ الإكلينيكي، وهي عصب الفحص السيكياتري التقليدي، وتتبع نموذج التقييم التشخيصي الشائع في مجال الطب والأكثر ملائمة له. وقد وجدت المقابلة التشخيصية أساسا من خلال الممارسات في المستشفيات وفي ظل

فكر كرابلين، وما تزال تستخدم على نطاق واسع مع المرضى الذهانيين، وهي تركز على أعراض المريض بهدف التوصل إلى وصف دقيق قدر الإمكان لنوع ومدى وفترة دوام المرض السيكياتري وتاريخه واحتمالات تطوره، وعادة ما تكون محددة بنموذج مسبق.

وتشمل معظم هذه المقابلات غالباً فحصاً للحالة العقلية وتغطي المجالات التالية:

1/ الفكر والعمليات الفكرية، أي القدرة على التفكير الدقيق والسريع والمعقد والذي يستدل منه من خلال مؤشرات كثراء المفردات والمعلومات وحسن الذاكرة القريبة والبعيدة، وحل المشكلات السريع والدقيق.

2/ اضطرابات الإدراك كالهلاوس والهواجس أو الانحرافات الإدراكية البسيطة.

3/ الانتباه والوعي أو التوجه، كالقابلية لتشتت الانتباه، الوعي بالزمان والمكان، والهوية والقدرة على تركيز الانتباه.

4/ التعبير الانفعالي كالوجدانات المسيطرة وملائمة الانفعالات وقوتها والقدرة على الضبط والتحكم.

5/ الاستبصار ومفهوم الذات كقدرة المريض على فهم مدى مرضه والأسباب المحتملة له ونظرته إلى ذاته... الخ.

6/ السلوك والمظهر أي تغييرات الوجه والحركات التعبيرية، ردود الفعل الفسيولوجية الظاهرة، والهدام، فالفحص يشمل عادة تطبيق الاختبارات المختصرة والبسيطة، لكن الواضح أن مثل هذه المقابلات تصلح مع المرضى الذهانيين وأقل ملائمة لفهم الشخصية العصبية.

مقابلة الاستقبال:

وهي تهدف إلى تعريف العميل بالعيادة، وفي نفس الوقت بالحكم ما إذا كانت الخدمات المتوفرة بها ملائمة لحاجاتها. ويركز هذا النوع من المقابلة على استيضاح شكاوى المرضى ورغباتهم ودوافعهم إلى العلاج والخطوات التي سبق اتخاذها، وتوقعاته من العيادة

وبدائل العمل المتاحة، كما يعطي العميل معلومات عن إجراءات العيادة والمصاريف وأوقات العمل، والقضايا الأخرى المتعلقة بالاتصالات.

تاريخيا مقابلة الاستقبال من مهام الأخصائية الاجتماعية السيكياترية، والتي من خلالها (مقابلة الاستقبال) يتم توضيح خطط الاتصالات التالية بالعيادة، أو ترتيب الإحالة إلى جهة أخرى، كما تستطيع تقديم خدمات لا تتوفر في العيادة.

مقابلة تاريخ الحالة:

في العيادة متعددة الاختصاصات، يكون أخذ تاريخ الحالة أو التاريخ الاجتماعي للعميل من مهام الأخصائية الاجتماعية السيكياترية عادة، وهي مقابلة تهتم بالحصول على صورة كلية عن تطور حياة العميل وموقفه الحالي الشخصي والاجتماعي أكثر مما تهتم بالأعراض والمشكلات المحورية - وهي مجال المقابلة التشخيصية - وفي هذه الحالة وبالتسلسل الزمني يشجع العميل على التحدث عن خبرات طفولته الأولى، وعن والديه وأشقائه، وتعليمه وهواياته وتاريخه المهني، وعلاقاته الجنسية وحياته الاجتماعية الحاضرة، والزواج والعمل والميول ... والاهتمام يكون بالأحداث التي يمكن أن يتذكرها العميل شعوريا وأن يقدم عنها تقريرا موضوعيا أكثر من أن يكون الاهتمام موجها إلى الخبرات الانفعالية الهامة المرتبطة بمشكلاته الرئيسية، ومعرفة تاريخ الشخص هامة لفهم البنية الحالية لشخصية المريض ووظائفها وكذلك معرفة وظائفه الحياتية الحاضرة والضغوط التي يتعرض لها.

المقابلة مع الإخباريين:

كثيرا ما يتطلب استكمال تاريخ الحياة ودراسة الحالة إجراء مقابلات مع الأب أو القرين وربما مع آخرين يرتبط بهم العميل ارتباطا وثيقا وبخاصة إذا كان العميل نفسه غير قادر أو غير عازم على الكلام، كما هو الحال غالبا بالنسبة للذهانيين ولحالات لاكتئاب

الشديد أو الخرس الاضطرابي عند الأطفال الصغار، ويعترض معظم الإكلينيكيين في الإطار الدينامي على إجراء مقابلات معهم، وذلك لأسباب عيادية وخلقية، وهم يرون أن المحور الأساسي لاهتمام العيادي هو عالم العميل كما يراه هو، بما في ذلك ردود أفعال الآخرين كما يراها هو، فالحقائق كما يراها الآخرون ليست لها دلالة، وغالبا لا يسعى الأخصائي للحصول على هكذا معلومات دون موافقة صريحة للعميل، وهناك ظروف قد يرى فيها كل من الأخصائي والعميل قيمة في عقد جلسة مع الآخرين كالقربان أو الوالد وذلك بهدف إعطاء معلومات وتلقي معلومات وهي لقاءات لا بد من عقدها في سياق علاجي، إذ يندر أن نجد لها مبرر في المرحلة التشخيصية فيما عدا حالات من يعانون من عجز شديد، أو صغار جدا في السن.

ب/ تصنيف أنواع المقابلات على أساس مستوى التقنين:

- 1/ المقابلة المقننة؛ وهو المستوى الأول في درجة إحكامها، يستعين بها الفاحص خاصة ويعتمد عليها كليا في المقابلات التشخيصية وخاصة العلاجية، فضلا عن كونها تتماثل في كثير من الحالات مع الاختبارات النفسية من حيث بناءها ووظيفتها.
- 2/ المقابلة غير المقننة (المقابلة الحرة)؛ وهو المستوى الثالث من التقنين وهي حرة وغير محكمة في تنظيمها وبنائها يستعين بها الفاحص خاصة في المقابلات الأولى من أجل الحصول على أكبر عدد ممكن من المعلومات المتوقعة وغير المتوقعة من المفحوص.
- 3/ المقابلة نصف المقننة؛ وهو المستوى الثاني من حيث إحكامها، يستعين بها الفاحص في المقابلات الأولى خاصة وباقي المقابلات حسب الحالة والحاجة.

أنواع أخرى من المقابلات الإكلينيكية:

المقابلة العيادية المنظمة:

يتم في هذا النوع من المقابلة طرح أسئلة معيارية بدقة وبنفس التسلسل وذلك وكما في دليل تعليمات الأداة، كما يتم تسجيل الإجابات في ضوء تعليمات محددة ومن ثم تقديرها كما تستخدم مع الأطفال والمراهقين وكذلك في الأغراض العيادية. وتتميز المقابلة العيادية المنظمة بالعديد من المزايا الإيجابية من أهمها خصائصها القياسية - النفسية الممتازة، حيث غالبا ما تكون موثوقيتها وصلاحيتها عاليتين، إضافة إلى تغطيتها للكثير من الفئات التشخيصية والتمكين من تقدير حدة الأعراض ومستويات العجز وسهولة إجرائها. على الرغم من هذه المزايا الإيجابية إلا أن لها بعض العيوب ومنها تأثير بنيتها غير المرنة على طبيعة التواصل بين الفاحص والمفحوص، هذا بالإضافة لبعض الشواهد التي تشير إلى إقرار المفحوص بأعراض كثيرة في بداية المقابلة. كما يعتقد بحدوث إساءة فهم الأسئلة وبالتالي الحصول على إجابات غير ملائمة. ومن عيوبها أنها قد تحتاج إلى بعض الحالات إلى وقت طويل للتدريب على تطبيقها.

والمقابلة العيادية المنظمة ليست ذات صيغة واحدة بل هي ذات صيغ متنوعة، وعلى الرغم من السمات المشتركة بين أنواعها إلا أنه يوجد اختلافات كبيرة بينها وهي ما يمكن حصرها في ثلاثة أبعاد رئيسية أولها التشخيص، حيث تذهب بعضها لمسح العديد من الإضطرابات عن طريق التقليل من الأسئلة في حين يذهب البعض الآخر إلى التعمق في أعراض إضطراب واحد، وثاني تلك الأبعاد سهولة الإستخدام، ويتمثل ثالثها في درجة التنظيم، ويكمن الفرق الرئيس بين مختلف أنواع المقابلة المنظمة في مستوى التنظيم المفروض وهو التنظيم الذي يصنفها تحت نوعين، وهما:

أ/ **المقابلة عالية التنظيم؛ "Highly - Structured"**: تستخدم في هذا النوع من المقابلات نفس صيغ الأسئلة بالترتيب التي هي عليه. حيث يتوجب على الفاحص قراءة كل سؤال قراءة كل سؤال قراءة حرفية دون اختلاف أو إضافات، ومن أمثلة المقابلة عالية التنظيم

جدول المقابلة التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي "المراجعة الرابعة" (*Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV*) الذي يعد واحدا من أهم المقابلات التشخيصية عالية التنظيم، ومقياس تقدير هاملتون للإكتئاب " *Hamilton Rating Scale for Depression* "...

المقابلة نصف منظمة؛ " *Semi-Structured* " :

يوفر هذا النوع من المقابلات إرشادات عامة ومرنة لإجراء المقابلة مما يتيح للفاحص حرية أكبر في تعقب العديد من البدائل والتحقق منها، وقد يضيف الفاحص في بعض الحالات أسئلة من عنده الأمر الذي تبدو عليه المقابلة بأنها محادثة أكثر من كونها مقابلة منظمة، ومن أمثلتها جدول الإضطرابات الوجدانية والفصام " *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* "، ومقياس تقدير هاملتون للقلق " *Hamilton Rating for Anxiety* "، كما يوجد أيضا دليل للمقابلة عالية التنظيم لمقياس تقدير هاملتون للقلق (الزهراني، 1441 هـ، ص 14).

كما يصاغ بحسب مفاهيم النظرية السلوكية مقابلة منظمة تعرف بالتقييم الوظيفي للسلوك " *Functional Assessment of Behavior* " وهي تختلف عن التحليل الوظيفي للسلوك " *Functional Analysis of Behavior* " ففي الوقت الذي يعتمد فيه التقييم الوظيفي للسلوك على المقابلة والملاحظات للتعرف على الروابط بين البيئة والسلوك، فإن التحليل الوظيفي للسلوك يستوجب المعالج التعامل مع سوابق السلوك وعواقبه التي تبقى عليه لإختبار العلاقة بين السلوك والبيئة وادخال التعديلات التي من شأنها أن تحدث سلوكا بديلا إيجابيا.

أو لأن العديد من المفحوصين المحالين للتقييم النفسي لا يستطيعون إعطاء معلومات دقيقة أو وافية عن حالاتهم لذا يتوجب مقابلة أحد ذويهم أو معارفهم أو من يتولى رعايتهم،

ويعرف هذا النوع من المقابلات بالمقابلة الرادفة أو الإضافية "Collateral" وفيها يتم طرح نفس الأسئلة التي طرحت على المفحوص على شخص من أهله أو ممن يمتلك معلومات وافية عن حالته (الزهراني، 1441 هـ، ص 15).

ومن الأنواع أيضا نجد مقابلة الفرز بقصد تحديد الصلاحية السيكياترية للتجنيد في القوات المسلحة، أو للدراسة أو للعمل في مجال معين وتتضمن غالبا إجراء مقابلات مع أعداد كبيرة من الناس، ويفضل في مثل هذه الحالات استخدام المقابلات المقننة التي تحدد موضوعاتها مسبقا، بالإضافة لذلك هناك ما يسمى بالمقابلة القبل - إختبارية والتي تسمى أحيانا مقابلة التوعية والهدف منها تهيئة العميل للاختبار من خلال تعريفه بالغرض والإجراءات والأهداف كما يتم طمأنته على سرية المعلومات التي يدلي بها وسرية النتائج والتقارير المنجزة و/ أو الناتجة عنها، فضلا عن المقابلة الاستشارية "الاستشارة النفسية" (وهي مقابلة تشخيصية - علاجية)، مقابلات الأزمات (يتم اللجوء إليها في مواقف الشدة كما يحدث أحيانا في مراكز الوقاية من الانتحار، أو مراكز الخدمة النفسية المفتوحة في كل وقت، وفيها يمكن اتخاذ إجراءات في وقت قصير جدا وتحقيق أكثر من هدف في الوقت نفسه) ... الخ.

المقابلات الختامية (مقابلة الإنهاء):

وتهدف إلى التخفيف من حدة قلق العميل وعائلته فيما يخص نتائج الاختبارات والمقابلات والملاحظات، وما توصل إليه العيادي وتزداد حدة هذا القلق بخاصة إذا كان العميل محالا من مدرسة أو مكان العمل أو المحكمة فالعميل عادة ما يرغب في معرفة كيفية استخدام المعلومات، ومن يملك الحق في الاطلاع عليها، ... ويمكن للعيادي المدرب أن يسهم في التخفيف من القلق الناتج لدى العميل، وذلك عن طريق تعريفه بالضمانات المتوفرة للوقاية من سوء استخدام المعلومات، كما تحقق المقابلة الختامية أيضا وظيفة الربط بين النتائج المختلفة وتوضيح الخطوات وامكانات الاتصال المستقبلية والمتابعة والطمأنة

للعمل وعائلته وتديبر الانتقال السلس والميسر من مرحلة العلاج إلى مرحلة ما بعد العلاج "والتي يقوم بها الأخصائي العيادي قصد إنهاء العلاقة العلاجية التي تم بناءها بغرض إنجاح العلاج النفسي".

المقابلة البحثية:

تتميز المقابلة التي تهدف إلى جمع البيانات البحثية بأنها عادة تكون أكثر تحديدا في بنيتها وأكثر تركيزا، ويتحدد شكل ومضمون المقابلة طبقا لأغراض البحث أكثر مما تتحدد بحاجات المبحوث أو العميل المعين، وفي الوقت الذي يجب ألا يتصرف فيه الباحث بصورة آلية، إلا أن مهمته تتضمن الحصول على البيانات نفسها عن ومن كل أفراد الدراسة، ولضمان القابلية للمقارنة فإن الموضوعات والأسئلة تتسلسل بالترتيب نفسه وتوجه بالطريقة نفسها غالبا مع كل أفراد البحث وبواسطة القائم نفسه بالمقابلة، ويتعين على الباحث مراعاة اعتبارات منهجية كصياغة السؤال وتسلسل الأسئلة وأسلوب التعمق وظروف وطريقة التسجيل وذلك لتحقيق الصدق والثبات.

• أما إجراء البحوث العيادية، يتعين الالتزام بالأخلاقيات، فلا يتعرض أفراد البحث لأي أذى أو إهانة، كما يتعين التحقق من فهم العميل فهما صحيحا لأغراض البحث ومن موافقته الطوعية، وتكتسي هذه الاعتبارات دلالة خاصة في التعامل مع المرضى نظرا لحساسيتهم ولسهولة أن يقادوا إلى الاعتقاد بأن إجراءات البحث هي جزء من البرنامج العلاجي و / أو تعاونهم في البحث يتوقف على استمرار حصولهم على العلاج.

المقابلة الاكلينيكية والمقابلة العارضة:

يقسم عباس محمود عوض (1998) المقابلة إلى مقابلة عارضة ومقابلة عيادية؛ ففي المقابلة العارضة يتم فحص مشكلة طارئة يؤدي الحديث فيها إلى تخفيف الأخصائي النفساني من الضغوط النفسية للمفحوص، كما قد يتضح من صورتها الحقيقية له فيفكر فيها بطريقة موضوعية، ويسير في حلها تدريجيا، كما يمكن أن يكون من أهداف هذا النوع من

المقابلة فحص عام للشخصية أو للفرد، طريقة كلامه، وشكله وملبسه، ... كما قد تهدف إلى إعانة فرد على اختيار مهنة معينة، أو تجنبها أو متابعة العمل فيها، كما يمكن الاستعانة بها لمساعدة التلاميذ على تخطي عقبات دراسية، أو في توجيهه المدرسي نحو التخصصات الملائمة له ولقدراته وميولاته، وكذا فهم المشكلات الأسرية وإظهار طبيعة العلاقات الأسرية الموجودة وأثرها على المشكلة.

أما المقابلة العيادية أو التشخيصية وهي أنواع وهي الأسلوب الملائم لتحديد مشكلة سوء التوافق وتقييمها، وآليات إعادة التوافق للمفحوص أو المفحوصين، تتميز بضرورة تمتع الفاحص بالخبرة العميقة والتدريب الطويل، فضلا عن الحذر والتمعن، من أجل فهم العميل لأنها قد تؤدي إلى مزالق شتى كمشكلات التحويل والتحويل المضاد. فهي مواجهة إنسانية كما سبق الإشارة، هدفها مساعدة العميل على تخطي صعوباته ومشكلاته النفسية والعلائقية، وهي عملية تقييمية للفرد أو مجموعة الأفراد، تقوم على أسلوبين سؤال وملاحظة سلوك العميل، والى جانب كونها وسيلة تشخيصية فهي تنتوع لتبدأ بالمقابلة الافتتاحية تحدد فيها طبيعة المشكلة عند المفحوص والتي قد نلجأ فيها إلى جمع بيانات مختلفة عن المفحوص كالاسم واللقب السن المستوى التعليمي، ... وصولا إلى بيانات الأسرة والظروف الاجتماعية، بالإضافة إلى الاتصال ومقابلة الأفراد المحيطين به كالأسرة والأصدقاء والمحيطين به، كما قد نلجأ إلى سجلات المدرسة والمحكمة والمستشفى ... حسب طبيعة المشكلة.

فائدة المقابلة المبدئية مزدوجة تعطينا بيانات أولية وتبين طبيعة وأسلوب المعالجة التي سنتبعها مع الحالات الخطيرة فنعمل على تطبيق اختبارات الشخصية وبعدها تكون مقابلة تالية لإشباع فهم الحالة بمعرفة نتائج الاختبار، فضلا عن الإجابة على بعض تساؤلاته المقبولة، والذي قد تتخلله مقابلات مع المخبرين وذلك بموافقة المفحوص نفسه، حتى لا يتخذ موقفا رافضا للعلاج.

من خلال ما سبق يتبين أن المقابلة العيادية هيكل عام يحتوي العديد من الأنواع منها التشخيصية والمقابلة الأولى والمقابلة مع الإخباريين وحتى تطبيق الاختبارات الشخصية...

المقابلة الجماعية:

وهي التي ينظم فيها الأخصائي مع مجموعة من الأفراد يتراوح عددهم من ستة إلى اثنتا عشرة فردا وذلك من أجل إشراكهم في إثراء النقاش والحوار والتفاعل بينهم، وتمتاز بتقديمها معلومات أكثر فائدة نتيجة لتعدد مصادر المعلومات وتباين وجهات النظر والخبرات، فضلا عن تحفيزهم لبعضهم البعض، كما تشجع الأفراد على الصراحة والدافعية للإسترسال في الحديث في الجو التفاعلي الذي يجب أن يكون لكل عضو فيهم دور في إبداء رأيه أو تجربته أو انتقاد رأي أحد الأفراد.

تستخدم المقابلة الجماعية مع كل من الجانحين، ونزلاء السجون، والمدمنين على المخدرات، فضلا عن المشكلات العائلية والاجتماعية.

كما يؤخذ على المقابلة الجماعية إحجام بعض الأفراد عن المشاركة والتعبير عن بعض القضايا والأحداث التي قد يكونون متحفظين علي بعض المواضيع أو المعطيات المطروحة، فضلا عن سيطرة بعض الأفراد على جو النقاش في مقابل المغمورين في النقاش بالإضافة إلى أنه يصعب التأكيد عن كون الرأي نابع من الفرد أو ناتج من استنتاجاته المستوحات من آراء المجموعة (رحيم يونس الكرو العزاوي، 2008، ص 144).

غرفة المقابلة العيادية وملحقاتها:

- قد تكون غرفة واحد للذكور والإناث أو غرفتان، وأحيانا يكون المكتب في الرواق ولا توجد الغرفة لأن الحضور يكون بموعد مسبق كما سبق الإشارة.
- في حال وجود مكاتب الانتظار يجب أن تتوفر على كراسي للاستقبال عددها المقدر حسب الحاجة، أما طلاء الجدران، والسجاد والستائر والمعلقات من الصور ، فهي نفسها التي سنتحدث عنها في غرفة الفحص.

- فضلا عن وجود كل من مكتب للكاتب أو الكاتبة، مجهز بمختلف التجهيزات الضرورية لهذه المهمة جهاز إعلام آلي، طابعة أو ناسخة، خزائن مؤمنة لحفظ الملفات، هاتف وفاكس، والمكتبة الإرشادية، ...
- الإضاءة؛ يجب أن تكون كافية للرؤية المريحة، حيث تكون منتشرة وموزعة على كافة الغرف.
- التهوية والتدفئة: يجب أن تكون متوسطة وتتلاءم وطبيعة الموسم، وذلك لكي يتسنى العمل للأخصائي والعميل في أحسن الظروف، كلي لا تأثر سلبا على عملية الفحص النفسي.
- المرافق الصحية: وهي ضرورية جدا في العيادة النفسية كدورة المياه، وسائل النظافة، غياب الروائح المنبعثة، ...

آليات الاستقبال في غرفة المقابلة العيادية:

- عادة ما ينتظر المفحوص حتى يتم استقباله بعد ملئ الاستمارات والوثائق المطلوبة في مقابلة الاستقبال.
- تكون هذه المقابلة ببدايات متعددة كالإحالة والتوجيه أو التعرف عليه من خلال سمعتها، ... في حين تكون المقابلات اللاحقة كلها بموعد سابق.

ملاحظات هامة:

- 1/ المبادرة بإلقاء السلام ممزوجة بابتسامة دافئة تبعث الأمل في نفس المفحوص، وتغرس فيه الثقة، وذلك منذ الوهلة الأولى.
- 2/ وضع العميل في العلاقة المهنية منذ الوهلة الأولى، وتمهيدا للمقابلات اللاحقة.

3/ تقديم الأخصائي العيادي بالكيفية المطلوبة، وعلى انه دكتور أو أستاذ ... كما ينصح عادة بوضع حد للتعامل دون إلغاء الألقاب، وعدم التعامل بالأسماء الأولى، وعدم رفع الكلفة بينهما.

4/ عدم التعجيل أثناء الاستقبال بذكر مشكلة العميل من قبل الأخصائي حتى الشروع في المقابلة.

5/ دعوة العميل من طرف الأخصائي حيث بداية التشاور، لأنه دور إيجابي ومهم في المقابلة، والتقليل قدر الممكن من صيغ الأمر في هذا اللقاء الأول.

6/ يفضل أن يتقدم الأخصائي خطوة إلى الأمام على العميل، دون إحساسه أن مجبور للحضور.

هذه الملاحظات خاصة بحضور اللقاء الأول فقط، لأنه في المواعيد اللاحقة يحظر بموعد محدد مسبقا.

كأن يبدأ الأخصائي العيادي مثلا:بـ

"مرحبا بك أنت السيد (فلان) الذي جاء لمقابلتنا، أنا السيد، أو الدكتور، أو الأخصائي (فلان)، الذي سيتولى التعامل معكم والاهتمام بكم، هل لك أن تصاحبني إلى حيث تشاور معا فيما جئت من أجله".

البيئة المهنية للمقابلة العيادية:

• بما أن المقابلة العيادية لا تتم إلا في مكان محدد، ولا تتم إلا فيه، وذلك للجو العام الذي يوفره، علما أن البيئة المهنية تختلف حسب المجال الذي تقدم فيه، فالمجال المدرسي يختلف عن المجال العيادي، وهو الآخر يختلف عن مجال إعادة تأهيل المعوقين، أو إرشاد المسنين، ... فضلا عن اختلاف البيئة المهنية باختلاف الاتجاهات النفسية والخلفيات النظرية للمختصين النفسانيين (التحليل النفسي، أصحاب الاتجاه الإنساني، الاتجاه الانفعالي العقلاني، الاتجاه السلوكي، المعرفي...).

- من خلال المعطيات السابقة يمكن اقتراح نموذج العيادات النفسية العامة بالاستناد إلى (ماهر محمد عمر، 1987) كما يلي:
- إذا كان هناك شقة خصصت لعملية الفحص النفسي، تخصيص غرفة واسعة واحدة لعملية الفحص في جزء منها والجزء الآخر المتبقي يستخدم كغرفة للملاحظة تصمم وفق شروط بحيث يمكن لشخص أو أكثر أن يلاحظ ماذا يدور في غرفة الفحص. كما يجب أن تحوي الشقة على غرفة أخرى تستخدم لأغراض السكريتارية والاستقبال، ومقاعد لتوفير الراحة للمراجعين أو المترددين على الفحص النفسي، كما يجب أن تحوي على دورة مياه، ... وغيرها من المرافق الضرورية.
- ومن الشروط المهمة أن تبتعد هذه الشقة عن الضوضاء الصادرة عن المبنى، والضجيج الخارجي.
- فهو مقترح لنموذج عام، ويمكن لأي أخصائي إضافة كل ما يناسب نشاطه وبيئته، فضلا عن خصوصيات منطقتة.

غرفة الفحص (غرفة المقابلة العيادية):

- يجب الاعتماد على الإنارة الكهربائية في الغرفة لأن النوافذ تغطيها الستائر المسدلة.
- كما لا ينصح بتوسيطها بالثريا للغرفة حتى لا تجذب أو تشتت انتباه المفحوص وشغله.
- عدم وضع بعض الأثاث الذي يحمل بعض الدلالات الشعاعية والحميمية كالصور، الأزهار، ...
- كثيرا ما يكون السجاد من أكثر الأشياء التي يركز عليها المفحوص نظره كمحاولات للهروب من الاحتكاك البصري بالأخصائي، أو هروب من سؤال أو موقف، فعلى الأخصائي اختيار اللون والشكل المناسبين.
- تجنب الستائر الشفافة لعدم شغل المفحوصين ذهنيا عما يحدث في الخارج، ومن هم في الخارج بالانشغال بهم.

- ونفس الأمر بالنسبة لون الستائر التي تتناسق مع السجاد، مع الأخذ بعين الاعتبار اللون، ونوع الرسومات فيها.
- كما على الأخصائي اختيار لون الجدران على أن لا تكون مثيرة، أو قاتمة، فضلا عن كون الألوان الفاتحة تهدئ النفس فهي أيضا تنير قاعة الفحص، مما يضيف طابع الهدوء والصفاء والراحة على العملية النفسية.
- الصور والمعلقات كثيرا ما تأثر سلبا على المفحوص لأنها قد تعكس بعض التصورات أو المكبوتات اللاشعورية.
- بعض الفاحصين لا يحتوى مكتبهم على مكتب، ويعامل العميل كضيف لذي قد يستقبل بالحلوى...، إلا أنه مفيد في تسجيل الملاحظات وكتابة التقارير، في حين يرى آخرون أن وجوده يضيف قداسة وشرعية على البيئة المهنية.
- على الأخصائي أن يتجنب استخدام الهاتف بأية حال من الأحوال، رغم وجوده بمثابة ديكور في كل مكاتب الفحص إلا أن له بعض الوظائف التي تخدم عملية الفحص النفسي من بينها نجد؛
 - الاتصال بولي المفحوص إذا كان قاصرا، أو بأحد أقربائه بهدف جمع المعلومات على مسمع ومرأى منه.
 - الاتصال بأحد زملاء المهنة، أو طبيب مختص، أو طبيب أعصاب... أو مختص اجتماعي بحضور المفحوص وذلك لإعطاء لتحسيسه بأهميته وجهوده في سبيل فهم ومحاولة حل مشكلته.
 - الاتصال بأحد الإخباريين "كالمعلمين، أو المراقبين، والآباء، والأطباء المختصين، والأزواج، والأبناء،...".
 - الاتصال بالمستشفيات أو العيادات، في حال انتساب العميل لهم.

- الاتصال بأفراد متجانسين مع العملاء كالمصابين بالصرع، المتقاعدین، المهندسين، الطيارين، سن معين، مستوى دراسي معين، ..

• تحتوي غرفة الفحص على خزانة لحفظ المستندات، والملفات، والاختبارات النفسية، وأدوات التسجيل، والأشرطة المسجلة، شريطة أن تكون هذه الخزانة أو مجموعة الخزائن شديدة الإحكام والإغلاق ولا يمتد أي فرد إليها إلا المختص النفس، وذلك حفاظا على سرية المعلومات.

• عادة ما يكون على المكتب زوج من الكراسي الثابتة أحدهما للأخصائي والثاني للعميل في حالة 90 درجة، ويشير وبولدينج (من أنصار العلاج النفسي الواقعي) يفضل الكراسي في حالة 45 درجة.

غرفة الملاحظة:

• تستخدم لمراقبة كل ما يحدث في غرفة الفحص، وتهدف إلى التنمية البنائية للبيئة المهنية، كما تسهم في تدريب الفاحصين على أساليب الفحص وفنياته ومهاراته، وذلك ضمن برامج الدراسات العلمية والتربصات الميدانية، كما تساهم في تقويم المسترشدين لمهاراتهم وقدراتهم في كل مرة.

• من بين مواصفات غرفة الملاحظة، فقد تكون متاخمة لغرفة الفحص أو مجاورة لها، غير أن لها مدخلا خاصا بها، ومن بين المواصفات نجد؛

1/ تفصل الغرفتان بجدار تتوسطه مرآة زجاجية، مرئية من جهة واحدة، حتى يتمكن الملاحظون من الرؤية ولا يراهم العميل.

2/ تجهز غرفة الملاحظة بسماعات خاصة متصلة بغرفة الفحص، حتى يسمع الحوار الجاري بينهما، وتتحقق الرؤية من خلال الزجاج، من أجل التغذية الراجعة بين الملاحظين والفاحص، وكسبا للجهد والوقت والمال للعميل.

3/ يجب أن تحتوي غرفة الملاحظة على جهاز التصوير الفوري، وهذا التسجيل التلفزيوني يجب أن يوافق عليه العميل بإقرار كتابي وموقعا من قبله.

4/ تحتوي غرفة الملاحظة على عدد من المقاعد المريحة والثابتة حتى لا تحدث أي صوت، ويكون عددها حسب الحاجة.

5/ عادة ما يكون باب غرفة الملاحظة مغلقا، للسرية والأمانة المهنية.

6/ يجب أن تكون النوافذ إن وجدت في غرفة الملاحظة مغلقة باستمرار ومسدلة الستائر.

7/ لا يجب أن تتميز غرفة الملاحظة بما تتميز به غرفة الفحص النفسي، من ألوان للجدران، والإنارة، أو السجاد، أو الخزائن، وغيرها من المستلزمات فهي غير ضرورية.

عيوب ومحاسن المقابلة:

• من بين عيوب المقابلة العيادية أنها لا توفر معلومات قابلة للمقارنة، كما أنها تأخذ وقتا طويلا لإجرائها، وتتأثر نتائجها في الكثير من الأحيان بذاتية الفاحص أو الإحصائي العيادي، وبالظروف التي تجرى فيها المقابلة (محمود طاهر الوهر، عصمت أبو عجمية، 2004: 48).

• تدخل ذاتية الفاحص في كل من التقدير والتفسير خاصة وان المقابلة تعتمد على التقرير اللفظي للمبحوث الذي قد يتوافق مع اتجاهات الفاحص.

• كثرة التكاليف والوقت المهدور والجهود المضنية للقائمين على المقابلات التي يقوم بها المختصين وهذا في مقابل أدوات أخرى الاختبارات والمقاييس والاستبيانات.

• صعوبة إجراء مقابلات مع بعض الحالات لمختلف الصعوبات كالمركز السياسي أو العسكري،...

• صعوبة إجراء المقابلة على عدد كبير من المفحوصين، علما أن الفرد الواحد قد تجرى معه أكثر من مقابلة.

- صعوبة التقدير الكمي للاستجابات واخضاعها للتحليلات الكمية خاصة في المقابلات المفتوحة.
- من محاسن المقابلة العيادية أنه يمكن التعامل مع المفحوص ولو كان أميا فضلا عن تقديم شروحات تبسيطية والتعمق في فهم مشكلة الحالة وأبعادها هذا مقارنة مع الاختبارات والمقاييس والاستبيانات.
- المعلومات التي يدلي بها المفحوص في المقابلة أكثر تعبيراً ودقة عن حالته، فضلا عن الحصول على كل الإجابات عن الأسئلة المرغوبة وبوفرة وشمولية حتى في أكثر من مقابلة.
- لها فائدة كبيرة في عملية الاستشارة النفسية، وخاصة مع بعض الفئات التي لها مشكلات لغوية وتعليمية كالمعوقين وكبار السن.
- توفر مؤشرات غير لفظية تعزز الاستجابات وتوضح المشاعر الحقيقية من خلال لغة الجسد كنغمة الصوت وملامح الوجه وحركات الجسم.

محاضرة حول:

الملاحظة العيادية.

تمهيد.

- ✓ تعريف الملاحظة العيادية.
- ✓ منهج الملاحظة العيادية.
- ✓ أنواع الملاحظة العيادية.
- ✓ أدوات الملاحظة.
- ✓ مزايا وعيوب الملاحظة.
- ✓ صدق وثبات الملاحظة.
- ✓ آليات التحكم في صدق وثبات الملاحظة.

خلاصة.

تمهيد:

" كل العقول المتنورة تردد منذ فرانسيس بيكون *Bacon* بأنه لا توجد معارف حقيقية غير تلك التي تستند إلى الأحداث التي تمت ملاحظتها (*AUGUSTE Comte*) ".

الملاحظة أو المشاهدة من الوسائل التي لا غنى للأخصائي العيادي عنها، لكونها تدرس كل من سلوك الفرد أو الجماعة في جميع أحواله، كما يمكن للملاحظة أن تستقصي كل جوانب السلوك دفعة واحدة أو تقوم بتفكيك الملاحظات وإعادة تجميعها لتعطي صورة متكاملة عن شخصية الفرد أو سلوك المجموعة المراد دراسته علما أن الملاحظة تعد إلى جانب المقابلة الأداة الوحيدة التي ترافق الأخصائي في كل مراحل عملية لفحص النفسي وصولا إلى مقابلة الإنهاء.

تعريف الملاحظة العيادية:

يعرف أسلوب الملاحظة في البحث العلمي بأنها المشاهدة والمراقبة الدقيقة لسلوك أو ظاهرة معينة، وتسجيل الملاحظات أول بأول، فضلا عن الاستعانة بأساليب الدراسة المناسبة لطبيعة ذلك السلوك أو تلك الظاهرة بغية تحقيق أفضل النتائج والحصول على أدق المعلومات وهي وسيلة من وسائل الفحص النفسي والارشاد والعلاج النفسي (عبد الحميد محمد علي، 2009، ص 177-178).

وهي أيضا وسيلة علمية منظمة تستخدم لتثبيت فرض معين أو نفيه حول ظاهرة سلوكية معينة، بحيث يكون التركيز على متضمنات محددة فيها، وتهدف الملاحظة إلى اختبار الأداء السلوكي لفرد ما في موقف معين، ومدى علاقته بسلوكياته الأخرى في المواقف المتباينة، أو بسلوكيات أشخاص آخرين تربطهم صلات اجتماعية به، وذلك خلال فترة زمنية تختلف مدتها حسب طبيعة الظاهرة السلوكية المراد ملاحظتها، بشرط أن تتم الملاحظة بموضوعية ووضوح وتكامل (ماهر محمود عمر، 1987، ص 45).

• فضلا عن كون الملاحظة نشاط يقوم به الأخصائي في كل مراحل عملية الفحص النفسي، من عملية الشروع في استقبال العميل... إلى غاية مقابلة الإنهاء.
الملاحظة كأدات للتشخيص:

كما تعد الملاحظة من أهم أدوات التشخيص النفسي والتنبؤ عن تطور المرض النفسي، كما يساعدنا على اختيار نوعية العلاج، وذلك من خلال ملاحظة مجموعة من المعطيات والجوانب نذكر منها؛

الحالة الجسمية: والمقصود هنا الفحص الطبي للجسم والإجابة على التساؤل هل يوجد اضطرابات عضوية أم لا؟ ومدى تأثيرها على المرض النفسي، فضلا عن الأوضاع الجسمية المختلفة للمريض والتي قد تكون مؤشرا لبعض الأعراض النفسية أو العقلية، ومستوى النظافة الشخصية...

بيئة العمل: ونقصد بها العوامل البيئية "الفيزيائية والاجتماعية منها" التي قد تكون لها دلالات إكلينيكية أو تعوق العملية العلاجية، مثل العلاقات الأسرية أو الزوجية غير التوافقية، وعلاقات العمل... ومن ثم يجب وضعها في الاعتبار للحد من تأثيراتها أو محاولة تعديلها؛

عمر العميل: من المعروف أن العمر يكون عاملاً هاماً في تيسير الإمكانيات العلاجية، حيث أن تغيير سلوك صغار السن يكون أيسر من كبار السن، بالإضافة إلى أهمية ملاحظة العمر الظاهري للعميل وهل هو متناسب مع العمر الحقيقي له أم لا؟
ملاحظة علاقات العمل بالآخرين ومدى ملائمتهم أو تكيفهم معهم، وهل يوجد لديه استبصار بذاته وبالمكان والزمان أم لا؟

ملاحظة أسلوب الكلام ومدى وضوحه، وملاءمته مع الأفكار، وهل يوجد تلثم عام إن وجد أم مرتبط بموضوعات حوارية محددة... كما يجب ملاحظة مدى الملائمة الوجدانية مع موضوعات الحوار المثارة أثناء المقابلة...
يجب ملاحظة مدى قدرة العميل على الإستيعاب وذلك من خلال إتباعه التعليمات أثناء تطبيق الإختبارات أو إلقاء الأسئلة عليه في مجريات المقابلة العيادية (إلهام، 2004، ص 65-66).

منهج الملاحظة العيادية:

- تشتمل الملاحظة على كل من اختيار، واستشارة وتسجيل، وتشفير أو ترميز السلوك، فابتداءً على الأخصائي اختيار ماذا يلاحظ (فئات، أشخاص، أحداث...)، ثم شكل السلوك الملاحظ، ثم طريقة تسجيل الملاحظات، ثم طريقة ترميز الملاحظات المسجلة.
- يصنف برنستين الملاحظات إلى طبيعية أو مضبوطة، وينقسمان بدورهما إلى نوعين، مشاركة أو غير مشاركة، كما ينقسمان هذان الأخيران إلى ملاحظة آلية ميكانيكية أو

ملاحظة إنسانية، أو تجمع بينهما. لأن على الأخصائي أن يتعامل مع البيانات بوصفها علامات أو عينات (لويس كامل مليكة، 2010، ص 165).

أنواع الملاحظة:

الملاحظة الطبيعية: *Naturalistic Observation*:

بالرغم من أن الملاحظ الطبيعي تجرى في مواقف الحياة الفعلية، إلا أنها تبقى أكثر تنظيماً ودقة مقارنة بالملاحظة غير المنهجية، فالملاحظة الطبيعية ليست عرضية ولا حرة، بل يتم التخطيط لها بدقة مسبقاً، ومع ذلك فليس هنالك ضبط حقيقي يمارسه الملاحظ، وإنما يبقى - إلى حد كبير - تحت رحمة أحداث تتدفق بحرية، وعادة ماتكون الملاحظات محدودة بعدد قليل نسبياً من الأفراد أو المواقف، وبالتالي فمن غير المؤكد مدى ما يمكن للمرء أن يعتمده من نتائج على أشخاص آخرين، أو في مواقف أخرى. كما يمكن أثناء عملية الملاحظة أو تسجيل الإستجابات أن يتدخل الملاحظ - دون قصد منه - بالأحداث قيد الدراسة، أو يؤثر فيها.

ومن الأمثلة على الدراسات التي تستخدم الملاحظة الطبيعية، تلك الأبحاث التي تتناول سلوك المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية، فقد تضم وحدة من وحدات المستشفى مجموعة من المرضى الذين تحدد لهم مواعيد لتلقي العلاج بالصدمات الكهربائية *"Electroconvulsive therapy -ECT"* في يوم معين، فتصبح وظيفة الأخصائي الإكلينيكي هي التركيز على 10 من هؤلاء المرضى، وملاحظة كل واحد منهم لمدة دقيقتين، وذلك كل نصف ساعة. وقد تتوصل هذه الدراسة القائمة على الملاحظة إلى بيانات مثيرة حول فعل المرضى قبيل العلاج الكهربائي ولكن يمكننا من خلال ملاحظة عشرة مرضى فقط، في هذا المستشفى دون غيره، أن نتوصل إلى تعليمات واسعة؟ وهل ردود فعل هؤلاء المرضى متشابهة لردود فعل مرضى آخرين في مستشفيات أو وحدات أخرى، حيث قد يكون

الجو العام مختلفا تماما؟ وهل كان المرضى يعلمون بوجود الملاحظ، فقاموا بتغيير سلوكهم الإعتيادي لنيل إعجابه؟

إن الباحثين الملتزمين بأساليب تجريبية صارمة يدينون الملاحظة الطبيعية أحيانا لعدم تمتعها بالضبط الكافي، إلا أن هذا الحكم قد يعكس تزمنا شديدا؛ فكما هو الحال في الملاحظة غير المنهجية، حيث يمكن لهذا الأسلوب أيضا أن يكون مصدرا غنيا للفرضيات التي يمكن إخضاعها للفحص الدقيق فيما بعد كما أن الملاحظة الطبيعية تقرب الباحثين بالفعل من ظواهر حقيقية تسترعي إهتمامهم فمثل هذه الملاحظات تتجنب الطبيعة المصطنعة أو المستتبهة للعديد من الأوضاع التجريبية، فعلى سبيل المثال؛ وبغض النظر عما يحمله الأخصائي النفسي من مشاعر واتجاهات إزاء النظرية السيكودينامية، إلا أن معظم الدارسين يعترفون بأن مهارات فرويد في الملاحظة الإكلينيكية كانت استثنائية وعلى غير العادة، فقد استخدم فرويد قدراته الخاصة في الملاحظة لبناء واحدة من أكثر النظريات تأثيرا وهيمنة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي. ومن المهم أن نتذكر بأن فرويد لم تكن لديه أية اختبارات موضوعية، ولا نتائج مستخرجة من الحاسوب، ولا أساليب تجريبية معقدة بل إن كل ما كان يمتلكه هو القدرة على الملاحظة والتفسير والتعميم بطريقة مؤثرة (تيموثي، 2007، ص 158 - 159).

كما يمكن تجسيد هذه الأدوات في المنزل، المدرسة، مكان العمل، الملاحظة في المراكز المهنية كمستشفيات الأمراض العقلية، والملاحظة الذاتية. ويصنف رايت *Wright* عام 1960 طرق الملاحظة الطبيعية إلى نوعين؛ **الملاحظة المفتوحة** والتي يجريها الباحث دون الانطلاق من فرض معين والهدف منه فهم الظاهرة، أما النوع الآخر فيسميها **الملاحظة المقيدة**، وهي التي يسعى من خلالها الباحث إلى اختبار فرض معين، وبالتالي التحكم سلفا في ما نلاحظ.

الملاحظة المضبوطة: *Controlled Observation*

وللتعامل جزئيا مع الإنتقادات السابقة الموجهة إلى الملاحظة غير المنهجية والملاحظة الطبيعية، فقد قام بعض الإكلينيكين باستخدام الملاحظة المضبوطة. وبالرغم من أن البحث يتم إجرائه ميدانيا أو في أوضاع طبيعية نسبيا، إلا أن الباحث يمارس فيه درجة من ضبط الأحداث والملاحظة المضبوطة لها تاريخ طويل في علم النفس الإكلينيكي. فقيام الأخصائي الإكلينيكي بسؤال المرضى عن مخاوفهم شيء، والقيام بوضع إشارة على فقرات أستبانة حول المخاوف شيء آخر، ومن ناحيتهما فقد قام كل من بيرنستين ونيتزل عام 1973 "Bernstein & Nietzel" بدراسة طبيعة رهاب الأفاعي أو الخوف المرضي من الأفاعي "Snake phobia" من خلال وضع المشاركين في الدراسة مع أفاعي حقيقية، ثم تغيير المسافة بين المشارك والأفعى وقد اتاحت لهم هذه الملاحظة المضبوطة التوصل إلى شيء من الإستبصار الفعلي بطبيعة ردود فعل المشاركين.

نلاحظ فيها استجابة العميل لأحداث مقننة ومخطط لها، كما يتم التحكم في طبيعة وتوقيت المنبهات.

وكما يمكن استخدام الملاحظة المضبوطة لتقييم أنماط التواصل بين الزوجين، فبدلا من الإعتماد على التقارير الذاتية المحدودة للأزواج حول مشكلات التواصل بينهم، قد يختار الباحث أن يقوم بملاحظة أنماط التواصل فعليا في أوضاع مضبوطة وبالتحديد قد يطلب من كل زوج وزوجة إختيار مشكلة مافي التواصل بينهما "مثل إنفاق أحد الزوجين للمال في أمور غير ضرورية" ومناقشتها ومحاولة حلها، بينما يقوم الباحث بملاحظة أو تسجيل التفاعل القائم بينهما بالصوت والصورة من وراء مرآة ذات اتجاه واحد بالرغم من أن ذلك ليس بديلا عن القيام بالملاحظة الطبيعية للنزاعات وأساليب حل المشكلات في المنزل، إلا أن الباحثين وجدوا أن هذا الأسلوب في الملاحظة المضبوطة يعد من الأساليب المفيدة والمجدية في تقييم أنماط التفاعل بين الأزواج (تيموثي، 2007، ص 159).

وللتقليل من ذاتية الفاحص تم ابتكار كل من العينة الزمنية؛ ملاحظة السلوك في فترات معينة، وعينة الحدث ونلاحظ من خلالها التفاعلات عند حدث معين كالتعرض لأزمة قلبية في كل مرة.

كما يمكن تقسيم وتصنيف الملاحظة إلى كل من مباشرة وغير مباشرة، وملاحظة عابرة، وملاحظة مقصودة؛

أ/ الملاحظة المباشرة:

وهي ملاحظة تسجيلية تقوم بنقل الوقائع كما هي، فهي على غرار آلة التصوير التي تنقل الحدث.

ب/ الملاحظة غير المباشرة:

فهي التي تسجل الوقائع وتقوم بتحليلها، يتم اللجوء إلى هذا النوع عندما تتعذر الملاحظة المباشرة.

ج/ الملاحظة العابرة:

وهي ملاحظة غير مقصودة، أو غير منظمة، وتتم صدفة ودون إعداد سابق، قد يقوم بهذا النوع من الملاحظة المتخصص وغير المتخصص في الفحص النفسي.

د/ الملاحظة المقصودة:

وتسمى أيضا الملاحظة المقيمة أو العلمية لأنها محكمة التنظيم، ويجب أن يقوم بها الأفراد الذين تدربوا عليها حتى يتم تسجيل المعطيات وتنظيمها وتحليلها، واستخلاص النتائج والمقارنات المرجوة منها، فهي دراسة مقصودة ومخطط لها مسبقا، والفرق بينها وبين الملاحظة العابرة في الدرجة فقط (عباس محمود عوض، 1998، ص 80).

كما صنف عبد الحميد محمد علي عام 2009 الملاحظة إلى الأنواع التالية:

أ/ الملاحظة العلمية:

ويقصد بها المراقبة المقصودة لرصد ما يحدث وتسجيله بدقة، وتتميز عن الملاحظة غير العلمية بهدفها المحدود والمرتبب بالافتراضات واخضاعها لضوابط تحقق ثباتها وصدقها.

ب/ الملاحظة بالمشاركة:

ونعني بالمشاركة معايشة الملاحظ للمفحوص أو المفحوصين، أو العينة، وتختلف طبيعة ودرجة ومدى هذه المعايشة اختلافا بينا، من حالة أو دراسة إلى أخرى، كما تتراوح الملاحظة بالمشاركة من مجرد متابعة المشكلة موضوع الشكوى إلى القيام بدور جوهري وفاعل في تغيير أو تعديل سلوك معين، ومن مميزاتا أنها تجعل منها حالة طبيعية في حياة المفحوص، فضلا عن حصول الأخصائي عما يريد مباشرة وبنفسه، بالإضافة إلى الغوص في فهم الأسباب والمؤثرات التي تتحكم في الحالة.

ج/ الملاحظة المنظمة:

يكون الهدف منها عادة الوصف أو التشخيص في ضوء محكات أو فئات يمكن تقديرها سلفا، كملاحظة الأطفال في حضانتهم "التعليم الإسقاطي" ورصد كل أحواله على فترات على غرار الدراسات الطولية المعروفة في علم النفس النمو.

أنواع أخرى للملاحظة:

الملاحظة السلوكية؛ "Behavioral Observation":

هي عملية منظمة لجمع المعلومات أثناء جلسات التقييم، ومن خلالها يمكن تقييم العوامل التي لها تأثير مباشر على أداء المفحوص على الإختبار النفسي مثل الذكاء والدافعية والانتباه ... كما تساعد في اختيار الإختبار المناسب وذلك من خلال ملاحظة جوانب القصور لدى المفحوص التي لا تمكنه من الأداء بأفضل ما لديه عند تطبيق

إختبارات معينة. إضافة إلى توضيح جوانب القوة والضعف في شخصيته التي يمكن أن تؤثر على التدخلات العلاجية. وعادة ما تشمل الملاحظات السلوكية على معلومات عن طبيعة تفاعل المفحوص مع الفاحص أثناء التقييم وتواصله البصري معه، ومدى ملائمة حوارهِ ودرجة يسر وسهولة كشفه على معلوماته الشخصية وتعاونهِ بشكل عام ووديته (الزهراني، 1441 هـ، ص 18).

ويجب على الفاحص دعم الملاحظات بأدلة مادية؛ فعبارة "كان المفحوص قلقاً أثناء المقابلة العيادية" يجب أن تدعم بالشواهد التي أدت إلى هذا الإستنتاج، مثل القول بأن المفحوص كان كثير الحركة على كرسيهِ، وكان يتلعثم أثناء الحديث رغم أنه لا يبدو أن لديها صعوبة في الكلام بشكل عام. ويمكن أن تشمل الملاحظات السلوكية على وصف لطبيعة أداء المفحوص على الإختبار النفسي، مثل المسح الدائم والمستمر عند رسم الأشكال كما في اختبار راي للشكل المركب الذي قديكون مؤشراً على سمة شخصية ذات تأثير على أدائه ووظائفه الحياتية.

وعادة ما يتم الإعتماد في الملاحظة أثناء المقابلة الإستهلالية أو مقابلة أخذ الموعد في فحص الحالة العقلية "*Mental Statue Examination*" وهو إجراء عيادي يماثل من الناحية النظرية الفحص الطبي الأولي، ويشمل فحص الحالة العقلية العديد من الوظائف النفسية والعقلية الرئيسية مثل فحص المظهر العام ووضعية الجسم وتعابير الوجه وحركات الجسم والكلام وعلاقة المفحوص بالفاحص والمزاج والإدراك والتفكير ومحتواه. ونورد في قائمة الملاحق "الملحق رقم (01)" نموذجاً وهو نموذج مختصر لفحص الحالة العقلية يمكن الإسترشاد به في عملية الملاحظة أثناء إجراء المقابلة التمهيدية. ويحتاج فحص الحالة العقلية إلى خبرة عالية وبصيرة ثابتة، حيث يتوجب فيه ملاحظة سلوك المفحوص بطريقة شخصية منظمة وفي ذات الوقت جمع معلومات منه أو من الآخرين عن الأعراض وبتأثيرها ومدتها وشدتها وتكرارها وتأثيرها عليه وعلى المحيطين به، وينبغي على الفاحص الإستمتاع

والتركيز بعناية إلى ما يقوله المفحوص وما لم يقله والتمعن في التباين بين الأعراض من وجهة نظر المفحوص والأعراض التي يلاحظها الآخرون عليه (الزهراني، 1441 هـ، ص 18).

أدوات الملاحظة:

يمكن للباحث أو الفاحص أن يستخدم العديد من الأدوات لجمع المعلومات بالملاحظة ومن بينها ما يلي:

1/ **قوائم الرصد أو الشطب:** وهي عبارة عن مجموعة من الفقرات ذات الصلة بالسمة أو الصفة أو الخاصية المراد قياسها، وكل فقرة تتضمن سلوكا بسيطا يخضع لتقدير ثنائي كنعم/ لا، موافق / معارض، قد تكون الفقرات مرتبة أو عشوائية حسب الحالة.

2/ **سلالم مقاييس التقدير:** وهي مختلفة عن قوائم الشطب في كون سلالم التقدير تحتاج إلى حكم أدق لأن كل فقرة تخضع للتدرج في عدة مستويات أو فئات "دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، مطلقا" على غرار مقياس ليكرت.

3/ **السجلات واليوميات:** تعد في الغالب مصادر جاهزة للمعلومات كالإحصائيات المتوفرة عن الأفراد في المؤسسات، فالسجلات واليوميات كأدوات ملاحظة تتضمن ملاحظات نوعية ومتميزة، يقوم بتسجيلها عادة أشخاص مدربين كالمعلمين، المربين، المراقبين... الذين يسجلون السلوكيات المتكررة مثلا، علما أن هؤلاء الملاحظين عادة ما يقدمون تفسيراتهم لها.

4/ **قوائم السلوك:** تشتمل على عدد من النشاطات والسلوكيات التي يسجلها الأخصائي العيادي عند وقوع الحدث، تشبه في ظاهرها مقياس التدرج، وهي تساعد الأخصائي للتأكد من ملاحظاته من وجود سمة ما من عدمها، وتفيد عادة في تقويم الأنشطة العلاجية، فضلا عن استخدامها في جوانب عدة كالتوافق الشخصي الاجتماعي للعميل.

5/ **لوحات المشاركة:** تستخدم لتسجيل مشاركة الفرد في نشاط جمعي أو مناقشة جماعية كالعلاجات الجماعية (عبد الحميد محمد علي، 2009، ص 182 - 193).

مزاي وعيوب الملاحظة:

أ/ المزايا:

تعد الملاحظة مقياسا مباشرا للسلوك لأنها تعد دليلا ملموسا عن السلوك المستهدف بالدراسة، فضلا عن كونها تمكن الفاحص من قياس السلوك الواقعي وفي السياق الذي يحدث فيه، فمشاهدة الطفل الذي يعاني من فرط النشاط الحركي في القسم يتيح لنا تحديد ماهية المتغيرات الموقفية ونقيسها حتى في بعض حالات التنوع في السن. كما تتميز المشاهدة في فعاليتها في دراسة السلوك الذي لا يعيه عامة الناس - كالسلوك غير اللفظي، الاتصال المرضي في الأسرة..- أو السلوك الذي لا يمكن تناوله من خلال طرائق التقدير الذاتي لمبررات كالإنكار أو التظليل.. (كريس باركر وآخرون، 1999، ص 180).

كما توفر بيانات نوعية وكمية، وحتى تنبؤية، وأخرى حين يبدي المفحوص أشكال من المقاومة في رفض الإجابة عن الأسئلة.

ب/ العيوب:

ويغاب على الملاحظة أن الباحث يستخدمها للإجابة على أسئلة بحثية محددة، كالمهتمة بالأشكال السلوكية الظاهرة والصريحة، علما انه غالبا ما تكون أسئلة البحث أكثر عمقا وتعقيدا من ذلك، كما أن السلوك الظاهر ليس إلا شكلا من الأشكال العديدة له، فضلا عن كون الدراسات التي تستند للملاحظة غالبا ما تواجه مشكلات تتعلق بالتفاعل مع عملية القياس، لأن علم الأفراد أنهم واقعون تحت المشاهدة غالبا ما يؤثر في طريقة سلوكهم المصطنع هذا من جهة ومن جهة أخرى التستر على عملية الملاحظة يطرح مشكلات أخلاقية تتنافى وصفات وأخلاقيات الأخصائي النفسي العيادي (كريس باركر وآخرون، 1999، ص 181).

فضلا عن تدخل الحواس في الملاحظة علما أنها كثيرا ما تخدع الفاحص، وتدخل ذاتيته في ملئ بعض الفراغات، بالإضافة إلى أنها تجرى عادة في وقت محدد فقط في الوقت الذي تتواصل السلوكيات أو الانفعالات أو المؤشرات التي يبحث عنها الفاحص في أوقات أخرى فيصعب عليه الحصول عليها.

صدق وثبات الملاحظة:

• ثبات الملاحظة:

ومن أهم صورها الاتفاق بين تقديرات الملاحظين، من أجل الوصول إلى معاملات ثبات مرتفعة، وذلك بالاستناد إلى؛ درجة تعقد وتعدد موضوع الملاحظة، المعرفة المسبقة للملاحظين باستهداف ملاحظتهم في الدراسة، المعرفة الدقيقة للظاهرة الملاحظة "الانطوائية، توهم المرض، الوسواس المرضية" ومن عيوبها اتفاق الملاحظين على الغش مثلا لذلك قد يستبدلون في كل مرة لتفادي ذلك.

• صدق الملاحظة:

إذا لاحظ عدد من الأفراد وجود عدوان بين الزوجين، فإن ذلك يعتبر قياسا للعدوان، شريطة أن تستند إلى كل من التعريف الإجرائي وتصنيف للسلوك كرفع الصوت، استخدام الأيدي، كسر الأواني... فضلا عن الأمانة في كل من طبيعة ودرجة هذا العدوان عند الملاحظين فضلا عن تزامن هذا السلوك مع مواقف أخرى مشابهة ولها وزن إكلينيكي.

• آليات التحكم في صدق وثبات الملاحظة:

من إحدى المشكلات العملية ما يعرف بانحراف المشاهد؛ حيث يحقق المشاهدون في المرحلة الأولى مستوى مرتفع عالي من الثبات، ثم يميلون بعد ذلك إلى تكوين قواعد ذاتية خاصة بكل منهم مع تقدم عملية الملاحظة، وللوقوف دون حدوث ذلك ضرورة رصد ثبات

للقائمين بالملاحظة بصفة دائمة ومستمرة، أي بمعنى وضع تعريف إجرائي للمتغيرات المراد دراستها.

فضلا عن القضية الأساسية في الصدق والتمثلة في التفاعل مع موقف المشاهدة، فالمشاهدة الكيفية ذاتها قد تثير أو تحدث تغييرا في السلوك المراد ملاحظته، ومن بين الحلول الناجعة لها هي ضرورة جعل المشاهدات تجري بشكل غير ملحوظ بقدر الإمكان، وأن نفسح مجالا أمام الأفراد الذين نقوم بمشاهدتهم حتى يعتادوا على وجود المشاهدين بينهم، وهذا مجال تحقيقه في المشاهدات الكيفية أيسر والتي تتم عادة وفق جدول زمني ينفذ ببطء وروية.

ومن بين الاقتراحات التي يمكن من خلالها رفع قيم صدق وثبات تقديرات المشاهدين إلى أقصى معدلاتها يتبنى الباحثين الاستراتيجيات التالية:

- تصميم أو اختيار مقاييس ذات متغيرات واضحة وجيدة التعريف، وتحوي على أمثلة جيدة على الفئات المتضمنة فيها.
- الاختيار الدقيق للعدد المقبول والمناسب لمن يقومون بالتقدير.
- التدريب الجيد والتام والتسيير الجيد لمن يقومون بالتقدير.
- الاختيار: ضرورة اختيار متطوعين ذوي دافعية للعمل النفسي والبحثي (كريس باركر وآخرون، 1999، ص 203 - 204)

محاضرة حول: الحوصلة النفسية.

Bilan psychologique

أولا نموذج: لتقرير نفسي – عيادي.

د / محمود عطية إسماعيل
أستاذ علم النفس العيادي المساعد
جامعة المنوفية/ تيوك

تقرير نفسي (مترجم)

Psychological Report

سرى جدا :

- اسم العميل :
- تاريخ الميلاد :
- تاريخ الدخول :
- تاريخ التقييم :
- مصدر الإحالة :
- سبب الإحالة :
- الأخصائي النفسي العيادي:

Background

- الخلفية

- الشخصية / الاجتماعية - الأكاديمية / المهنية . - الطبي . - الطب - نفسي .

- إرشادات : تأكد أنك قمت بتنظيم وتصنيف المعلومات تحت أبعادها بوضوح (الشخصية / الاجتماعية) كما هو مصنف أعلاه ، وعندما تصف أعراض تأكد أنك شملت الوصف الكامل full description الطبيعية الأعراض مثال (إذ كانت الحالة تعاني من الاكتئاب تتضمن أعراض مثل : قلة الشهية ، اضطراب النوم ، بطء في النشاط النفس - حركي ، انعدام اللذة anhedonia نقد الذات ، أفكار انتحارية الخ) وتحديد هذه الأعراض من حيث البدء - المدة - الشدة (مثال : بدأت قبل 8 شهور ، وتكرر من 2-3 في الأسبوع ، ومتوسطة الشدة) وإذا اعتمدت في التشخيص على DSM - IV فيجب أن تتأكد من كل المعلومات المتعلقة بمحكات التشخيص وأدرجها في عرضك لمعلومات هذا الجانب .

مصدر يوثق في صحتها .

Referral

- الإحالة :

- السيد / السيده / (العمر ، الديانة ، الحالة الاجتماعية ، النوع ، مستوى التعليم ، الشكوى) .

- ويحتاج العميل إلى تقييم للنواحي لزيادة فهمنا عن طبيعة المشكلات التي يواجهها والمساعدة في

- إرشادات: كحد أدنى يجب أن يحتوي هذا الجانب على ثلاث محاور أساسية تشمل معلومات ديموجرافية / حالية - الشكاوى - الأسئلة التي يحاول التقرير أن يجيب عليها - والأسئلة التي نحتاج إلى الاجابه عليها يجب أن تكون محور ارتكاز التقرير ويجاب عنها بعمق في التفسير وبعد ذلك تذكر باختصار في الخلاصة - تأكد أنك أجبت عن سبب الإحالة بإيجاز - من الأخطاء الشائعة إدراج تفاصيل ومعلومات تاريخية لا لزوم لها فيظهر زخم من المعلومات في هذا الجانب .

- إجراءات التقييم :

Evaluation procedures

Clinical Interview

- المقابلة العيادية

Behavioral Observations

- الملاحظات السلوكية

- السيد / السيده / وصل (في / متأخر عن) مواعده وكان مستبصرا بالزمان والمكان والأشخاص وسبب إجراء التقييم ، والمظهر والسلوك "Appearance and Behavior" الهندام - نظافة الملابس - اللغة التعبيرية - الحركات اللاإرادية ، وينصح بالاعتماد على قوائم الملاحظة .
- اعتقد أن الملاحظات السلوكية المعطاة سابقا (دقيقة وكافية / غير دقيقة وغير كافية) لتقدير مستوى الوظيفة للعميل .

- إرشادات: يجب ان تكون الملاحظات السلوكية مختصرة وذات صلة قوية بسبب الإحالة ، معظم الأخطاء الشائعة في هذا الجانب تتمحور حول الإسهاب في تفاصيل غير ضرورية .

Psychological Scales & Tests

- الاختبارات والمقاييس النفسية

- اختبار الشخصية متعدد الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI
- مقياس ويكسلر لذكاء الراشدين Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III) ، مقياس ويكسلر للذاكرة Wechsler Memory Scale-III (WMS-III) ، اختبار بندر حشطلت البصري الحركي Bender Visual Motor - Gestalt Test ، قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory-II (BDI-II) استغرق وقت التقييم الكلي ساعة

- إرشادات : يسجل في هذا الجانب إجراءات التقييم التي استخدمت بالفعل ويجب ان تتضمن الاسم الكامل للاختبار المستخدم مع تعريف مختصر عنه ، ثم يستخدم الاسم المختصر للاختبار في باقي التقرير لاحقا مثل WMS-III ، BDI-II ، وتعرض نتائج كل مقياس أو اختبار منفردا ، معتمدا على الدرجة المعيارية Standard score ودلالاتها والتي يعتمد عليها في تفسير النتائج كقياس وليس الدرجة الخام (تحليل كمي وكيفي) ومن الضروري- أحيانا- إدراج تاريخ ووقت كل اختبار اجري تطبيقه (حسب طبيعة الحالة) ؛ إلا إنه في الغالب لا تعد معلومات ضرورية وتصبح عبء اضافي على كاهل التقرير .
ثم يختتم هذا الجانب بالتعليق على نتائج الأداء في كل اختبار مطبق (مثال : Intelligent quotient Evaluation(I,Q): الحديث بإيجاز عن نسبة ذكاء العميل بناءً على أداءه في اختبار الذكاء المطبق عليه وما إذا كان هناك تشتت في الاختبارات الفرعية اللفظية والأدائية وتدهور في قدراته العقلية من خلال حساب معامل التدهور العقلي Mental deterioration في مقياس (WAIS-III) .
- التعليق على الاختبارات المطبقة جميعا والشواهد والتلخيص المستخلصة منها .

- التفهم والانطباعات

Interpretation and Impressions:

المستوى العام للوظائف العقلية
General level of intellectual function

- بلغ المستوى العام للوظيفة بمحل مقارنة بأقرانه في مستوى عمره .
- أفكر مستوى العميل في الوظيفة بناء على درجته ومستوى سابق قبل المرض (إن وجد)
- واعتقد من هذا العرض أن هناك انخفاض هام للمريض / المريضة في قدراته..... 0.

المهارات اللغوية
Verbal Skills

القرات (غير اللغوية) التنظيمية الإبراهيمية: **Perceptual organizational (nonverbal) abilities**

الانتباه والتركيز والذاكرة العاملة . **Attention and concentration (working memory)**

سرعة معالجة المعلومات : **Speed of information processing**

السرعة التي يعالج بها العميل المعلومات في

الذاكرة : والذاكرة الكلية **Memory**

- إرشادات : هذا الجزء هو الأصعب ولكنه الأكثر أهمية ، واحد التحديات الرئيسية فهو ليس مجرد الإمداد بالمعلومات (مثال : بلغت درجة الذكاء الكلية 112 والتي تضعه فئة أعلى من المتوسط الذي يتراوح بين 90 – 110 درجة ذكاء ، والتي تنعكس أيضا على حياة الشخص وتجيب على سؤال الإحالة - مثال : وهذا يعني أن العميل مر بأوقات كان يصعب فيه تذكر التعليمات ، أرقام التليفونات ، تفاصيل التفاعلات الاجتماعية ، وهذا يعني انه لم يكن على وعي بالاختيار) .

- الملخص: Summary

- إرشادات : ينبغي أن تلخص بإيجاز النقاط الرئيسية والهامة في التقرير ؛ ومن الأخطاء الأكثر تكرار من جانب الأخصائيين كتابة ملخص أطول من اللازم ، وعادة يجب أن يكون الملخص في فقرة متوسطة الحجم ، فالمخلص مكان يجاب فيه على جميع أسئلة الإحالة ويمكن أن يكتب في شكل نقاط ترتبط مباشرة بأسئلة الإحالة .

- التوصيات

Recommendations

- تبني التوصيات التالية ملائمة للسيد / السيدة بناء على النتائج المذكورة في السابق.

- عرض عينة من التوصيات البسيطة المتعلقة بإعادة التأهيل .

1- السيد /السيدة يحتاج أن يوضع تحت الملاحظة لمدة 24 ساعة .

2- التأهيل المعرفي Cognitive Rehabilitation يجب أن يتمحور حول .

- تطبيق استراتيجيات خارجية لتنشيط الذاكرة مثل مفكرة ، كتابة ملاحظات ، ملاحظات على سيورة ،

استعمال أجراس إنذار .

- استعمال إرشادات بيئية .

- تنظيم الاتصال لتأكيد الفهم (إزالة المشتتات البيئية – تبسيط التعليمات – إعادة تكرار المعلومات –

إعطاء وقت إضافي لاستيعاب المعلومات) .

- تكون لدى المريض نقاط مكتوبة قبل التحدث .

- تحليل بيئة المريض (إزالة المخاطر – إزالة القوضي – استخدام أجراس الإنذار – جعل الأشياء

الهامة أكثر بروزا) .

3- يجب أن يتلقى المريض وعائلته برنامج تعليمي Educational Program مستمر حول

إصابات الدماغ والصعوبات المعرفية المرتبطة بها والمؤثرة على الحالة الوظيفية(سلوكي –

انفعالي – اجتماعي – مهني)بالإضافة إلى الطرق التي يستطيع أن يتغلب بها على هذه الصعوبات

المعرفية .

4- يجب أن يستفيد المريض وعائلته من مصادر أخرى مثل مرضى آخرين مصابين بإصابات دماغ

وعلى قيد الحياة وعائلتهم أيضا .

- إرشادات : يجب أن تكون واضحة ومحددة وقابلة للتنفيذ ، ويجب أن تختلف نوعا ما

تبعاً للجهة الموجه إليها التقرير (قضاء – طبيب نفسي – مدرسة) ،ويمكن أن تحذف أو

تضيف على التوصيات السابقة حسب طبيعة الحالة.

- اسم الاختصاصي :

- التوقيع :

المؤهلات:

.....

التاريخ:

.....

د / محمود عطية إسماعيل
أستاذ علم النفس العيادي المساعد
جامعة المنوفية/ تبول

تقرير نفس - عصبي (مترجم)

Neuropsychological Report

سري جدا :

- اسم العميل :
- تاريخ الميلاد :
- تاريخ الدخول :
- تاريخ التقييم :
- مصدر الإحالة :
- سبب الإحالة :
- الأخصائي النفسي العيادي:

الخلفية

- أحيل السيد /ة لإجراء تقييم متابعة follow-up assessment ، فقد أصيب السيد/ة بسكتة دماغية Stroke ناجمة عن احتشاء في الشريان المخي الأوسط Middle cerebral artery infarct في فبراير 2009 ، وتم اكتشاف الإصابة حين حلولها ، وكان السيد /ة غير قادر على تحريك الجانب الأيمن من جسمه وأصبح يعاني من حبه تعبيرية Expressive aphasia ، بالإضافة إلى ضعف بصري ، وظهر الفحص الطبي Medical exam ضعف متزايد الشدة في الأطراف اليمنى ؛ لذلك قضى السيد/ة ثلاثة أشهر في المستشفى أعقبه شهر لإعادة التأهيل ، وكان أول تقييم نفس - عصبي يجريه السيد /ة كان في / 2000 .
- السيد /ة يبلغ من العمر 44 عام يفضل استخدام اليد اليمنى ، وكان مستقل تعلمًا وينتقل بمفرده قبل الإصابة بالسكتة الدماغية ، ويعمل كمساعد في مكتب محامى ينفذ أعمال إدارية ، ويتضمن تاريخه الطبي إصابة السيد /ة أثناء فترة الطفولة بالربو وارتفاع في ضغط الدم وقد كان السيد /ة يأخذ أدوية لضغط الدم أثناء إصابته بالسكتة الدماغية ، وتوفي والد السيد /ة بسبب توقف القلب Cardiac arrest ، وقد أفلح السيد /ة عن التخزين قبل الإصابة ولم يتعالى الكحول ولم يعود إلى العمل .
- السيد /ة مصاب بضعف شديد في القدرات الحركية والكلامية Speech and movement abilities were severely impaired وأصبح صامت لعدة أسابيع وكان يحتاج إلى مساعدة في المشي ، وبالرغم من تعافيه جسدياً إلا أنه استمرت معاناته من مشكلات ضعف التنسيق الحركي والإدراك البصري الانتقالي .
- حتى الآن تشير التقارير أن السيد /ة يعاني من ضعف في الأطراف اليمنى ؛ بالإضافة إلى صعوبات مهمة في الصواب وغير قادر على الكتابة ، ويعتبر نفسه في حالة تحسن كبير ، وعلى كل حال اظهر تصوير الرنين المغناطيسي Magnetic resonance imaging ضرر في القوس الجداري الأيسر Left parietal lobe lesion امتد إلى القوس الصدغي Temporal ولم يظهر ضرر في المناطق الأمامية ، أثناء تواجد السيد /ة في المستشفى عبر عن خوفه من عدم القدرة على العودة للعمل بسبب الإصابة ، ومع ذلك درجاته على مقياس القلق والاكتئاب عادية .

Sources of Information

- مصادر المعلومات

- مصدر المعلومات (الحالة ، الزوجة ، التقارير الطبية ، التقارير الطب - نفسية السابقة) .

- الإحالة : Referral

- السيد / ة يبلغ من العمر عام النوع الحالة الاجتماعية مستوى التعليم الشكوى مشكلات ضعف التسيق الحركي والإدراك البصري الانتقائي .
- ويحتاج إلى تقييم للنواحي الأذهنية والحركية لزيادة فهمنا عن طبيعة المشكلات التي يواجهها والمساعدة في إعادة تأهيله وعودته للعمل .

- إجراءات التقييم :

Evaluation procedures

- السلوك أثناء الاختبار Behavior During Testing
- لديه دافع كبير ومتعاون في جميع مراحل التقييم ، وأعطى انطباع انه مستمتع بالتفاعل مع الاختصاصي النفس - عصبي العيادي ، وكان يقظ وقادر على إتباع التعليمات، وأعطى انطباع انه يتأثر بصعوبة لإتجاز المهام المقدمة إليه ، والسيد / ة يستطيع أن يركز جيدا في جميع مراحل الجلسة حتى ولو صدرت مشتتات (ضوضاء - صوت جوال) ، ويترك جيدا مستوى أدائه ولم يحاول إخفاؤه .

القدرات العقلية العامة General Intellectual Abilities

- طبق على السيد / ة مقياس ويكسلر لذكاء الراشدين في التقييم الأول والثاني Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III) وكان اقل من المتوسط في كل من المقياس اللفظية والعملية ، ومنذ إصابته بالسكتة الدماغية وقدراته العقلية العامة ضعفت بشدة ، وظهر ذلك من خلال المقارنة بين درجات نتائج التقييم الأول والثاني ، تحسن طفيف بعد التأهيل .

وظيفة الذاكرة Memory

- أداء السيد / ة على اختبارات التعرف على الأشكال يشير إلى وجود ضعف في المعالجة الطبوغرافية والتصويرية Topographical and pictorial processing بينما قدراته في التعرف على الكلمات وقعت في المحل المتوسط ، وأدائه متوسط في الاستدعاء البصري واللفظي أثناء التقييم الأول ، وأيضا أداء السيد / ة في المهمة اللفظية اقل من المتوسط في التقييم الثاني ، أما بالنسبة للاستدعاء الفوري البصري واللفظي فأدائه اقل من المتوسط في التقييم الأول ، ومع ذلك اظهر السيد / ة اداء في الاستدعاء البصري الفوري وصل إلى أعلى 50% ، عموما ومن خلال المقارنة بين نتائج التقييم الأول والثاني السيد / ة اظهر تحسن بسيط في قدرات الذاكرة العامة

- مهارات القراءة والكتابة واللغة Language and Literacy Skills

- اجتاز السيد/ة اختبار المفردات البريطاني ولم يجد صعوبة في معرفة معاني الكلمات ، و اظهر السيد/ة طلاقة لفظية وقله في مشاكل التسمية في كل من التقييم الأول والثاني فقد حصل علي 22 و 23 من 30 فقرة في التقييم الذي أجرى عليه في مارس ونوفمبر ، وأداءه في تهجئة الكلمات ضعيف ، ومع ذلك اظهر تحسن في درجات التقييم الثاني وتظل تهجئة الكلمات الحالية منخفض في ضوء خلفيته المهنية .

- مهارات حسابية Arithmetic Skills

- اظهر السيد/ة صعوبات شديدة في مهام الحساب أثناء الاختبار ، سرعته ونقته تناقصت مع الأعداد الكبيرة والعمليات الحسابية المعقدة (ضرب - قسمة) وهذا يتطلب أن يحتفظ بالنتائج الحسابية المتوسطة على الجهاز .

- مهارات بصرية مكانية وإدراكية بصرية Visual Perceptual and Visuospatial Skills

- عموما اظهر / السيدة مهارات ادراكية بصرية كافية واستطاع أن ينجح في إكمال كل من الحروف البصرية المكتوبة الناقصة ومهام تمييز الموقع في التقييم الأول والثاني .

- معرفة وظيفة الموضوع

- اظهر السيد /ة معرفة عامة بالهدف من وراء التقييم الرسمي ، كما كان قادر على تمييز الأنواع بالوظيفة لكن اظهر بعض الصعوبات في كيفية التعامل معها (استخدامها) .

- وظائف تنفيذية Executive Functions

- اظهر السيد /ة ضعف شديد جدا في كل مهام الوظائف التنفيذية التي تضمنها التقييم تقريبا بينما اجتاز اختبار ويجل Weigl Test وأنجز 2 من أصل 6 أطول في اختبار تصنيف البطاقات المعدل Modified Card Sorting Test الذي اجري عليه في مارس ، وصنفت درجاته أقل من المتوسط بـ 2 درجة معيارية في مهمة Strop في نوفمبر ، وأداء السيد /ة منخفض ويقع في المدى الضعيف في اختبار بريكستون Brixton test ، أما اختبار توصيل الدوائر Trail making Test فظهر تحسن بسيط في نموذج A في التقييم الثاني .

- سرعة معالجة المعلومات والتركيز Speed and Concentration

- سرعة معالجة المعلومات لم تقيم باختبار رسمي ، ومع ذلك خلال تقييم السيد /ة أعطى انطباع بانخفاض في سرعة معالجة المعلومات وهذا يتسق مع أدائه في الاختبارات الموقوتة مثل اختبار توصيل الدوائر الذي اظهر فيه انخفاض عن المتوسط ، وبلغ درجته في الاختبارات العملية لقياس ويكلر لكفاء الراشدين بـ 75 في مارس و 77 في نوفمبر وربما يشير ذلك إلى بطء في سرعة المعالجة.

قائمة المراجع:

- 1- إلهام عبد الرحمان خليل، (2004)، علم النفس الإكلينيكي المنهج والتطبيق، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، المنوفية، مصر.
- 2- أحمد بوزيان تيغزة، (2007)، نظرية الصدق الحديثة ومتضمناتها التطورية لواقع القياس، ندوة علم النفس "علم النفس والتنمية الفردية والمجتمعية"، من تنظيم قسم علم النفس كلية التربية جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 3- خطاب، محمد أحمد محمود، (د س)، التشخيص الإكلينيكي، دليل الإختبار النفسي التشخيصي - تحليل الشخصية وكتابة التقرير-، مكتبة الأنجلو المصري، القاهرة، مصر.
- 4- أنطوني ستور، ترجمة لطفي فطيم، (1992)، فن العلاج النفسي، الطبعة الثانية، دار الطليعة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 5- برونو كلوبفر وهيلين ديفيدسون، (2003)، تكنيك الروشاخ، ترجمة حسين عبد الفتاح، منشورات جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 6- جوليان روتر، (1984)، ترجمة عطية محمود هنا، علم النفس الإكلينيكي، دار الشروق للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، بيروت، لبنان.
- 7- ديوبولد، ب، فان دالين، ترجمة: محمد نبيل نوفل، (1985)، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الثالثة، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 8- يوسف عدوان، (2011- 2012)، دلالات استجابات الروشاخ في البيئة الجزائرية، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، شعبة علم النفس، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة باتنة، الجزائر.
- 9- عباس محمود عوض، (1998)، القياس النفسي بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.

- 10- عباس محمود مكي، (2003)، **متهات النفس وضوابط علاجها**، الطبعة الأولى، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 11- عبد الحميد محمد علي، (2009)، **الاتجاهات الحديثة في القياس النفسي والتقويم التربوي**، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 12- فيصل عباس، (1996)، **الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها**، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان.
- 13- فيصل عباس، (1983)، **إشكالات المعالجة النفسية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 14- كارين ماكوفر، ترجمة رزق سند إبراهيم ليلة، (1987)، **اسقاط الشخصية في رسم الشكل الإنساني، منهج لدراسة الشخصية**، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 15- كريس باركر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، (1999)، **ترجمة محمد نجيب الصبوة، ميرفت أحمد شوقي، عائشة السيد رشدي، مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي**، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 16- لجنة الاختبارات في مركز الدراسات النفسية والنفجسجسية، (1996)، **الاختبارات التكميلية، الثقافة النفسية**، المجلد السابع، العدد السابع والعشرون، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ص (43-52).
- 17- لويس كامل مليكة، (2010)، **علم النفس الإكلينيكي**، دار الفكر، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
- 18- ماهر محمود عمر، (1987)، **المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي**، دار المعرفة الجامعية لطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- 19- محمد أحمد النابلسي، (1997)، **أصول الفحص النفسي ومبادئه**، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الاسكندرية، مصر.

- 20- محمد أحمد النابلسي، (1989)، أصول ومبادئ الفحص النفسي، جروس برس للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، لبنان.
- 21- محمد السيد أبو النيل، (1994)، اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي، دراسات عربية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 22- محمود طاهر الوهر، عصمت أبو عجمية، (2004)، فعالية كل من المقابلة العيادية وخرائط المفاهيم في الكشف عن المفاهيم البديلة في العلوم لدى طلاب وطالبات الصف الثامن الأساسي في منطقة عمان الأولى، مجلة كلية التربية، الإمارات العربية المتحدة، السنة التاسعة عشر، العدد 21.
- 23- محمد وليد البطش، ويحي الصمادي، (1994)، دليل الباحث في المقاييس النفسية والتربوية في ميدان القدرات والشخصية، الجزء الأول، منشورات برنامج البحث التربوي والخدمات التربوية النفسية، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، الأردن.
- 24- مصطفى سوبف، (2005)، مشكلات منهجية في بحوث علم النفس العيادي، مكتبة الدار العربية للكتاب، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر.
- 25- مصطفى حجازي، (د سنة الطبع)، الفحص النفسي، مبادئ الممارسة النفسية تقنياتها، خطواتها وأشكالاتها، دار الفكر اللبناني، بيروت، لبنان.
- 26- ناصر الدين أبو حامد، (2007)، اختبارات الذكاء ومقاييس الشخصية تطبيق ميداني، الطبعة الأولى، عالم الكتاب الحديث، أريد، المملكة الأردنية الهاشمية.
- 27- رحيم يونس الكرو العزاوي، (2008)، مقدمة في منهج البحث العلمي، الطبعة الأولى، دار دجلة للطباعة والنشر والتوزيع، المملكة الأردنية الهاشمية.
- 28- تيموثي، ج، ترول. (2007). علم النفس الإكلينيكي. ترجمة، فوزي شاعر طعيمة داود. حنان لطف زين الدين. دار الشروق للطباعة والنشر والتوزيع. ط1. عمان. المملكة الأردنية الهاشمية.

29- الزهراني، سعيد بن سعد. وآخرون. (1441 هـ). **الفحص والتقييم النفسي دليل إرشادي**. المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية. فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية، المملكة العربية السعودية.

30- Olivier, Douville. Benjamin, Jacobi. (2009). **10 Entretiens en psychologie Clinique de l'adulte**. Dunod, Paris, France.

قائمة الملاحق:

ملحق رقم (01): فحص الحالة العقلية: المصدر؛ من Crary & Johnson, 1981

إسم المريض: إسم الفاحص:

غير متوفر توجد لا توجد

1/ أشعث، غير نظيف، غير مرتب
 2/ الملابس والهيئة غير ملائمة
 3/ سمات جسدية غير طبيعية

المظهر

التعليق على المظهر:

4/ متراخي
 5/ مشدود أو متوتر

الوضعية

6/ القلق، الخوف، التوجس

7/ الكئابة، الحزن

8/ الغضب، العدائية

تعبير الوجه

9/ خال من المشاعر

توحيـب:

10/ غير طبيعي

السلوك

11/ متعجلة، متزايدة السرعة

حركة

12/ متناقصة، بطيئة

الجسم

13/ غير طبيعي

العامة

14/ متململ وغير مستريح

15/ سريع

16/ بطيء

17/ عال

الكلام

18/ صامت لا يتكلم

19/ غير طبيعي من حيث النوعية، متداخل، متلثم

20/ مستبد، متحكم

علاقة

21/ مذعن أو مطيع، مساير بزيادة، تابع

المريض

22/ مستفز، عدائي، معترض أو متحد

السلوك بالمختص

23/ غير متعاون، غير مساير أو مطاوع

التعليق على السلوك:

24/ غير ملائمة لمحتوى التفكير

25/ خلل زائد في العاطفة

26/ المزاج الغالب أو المسيطر هو:

27/ متبلد، سطحي

المشاعر "العاطفة والمزاج"

28/ منتش مع شعور بالعظمة، مبتهج بزيادة مع زهو

29/ غضب، عدائية

.....	30/ قلق، خوف، توجس	
.....	31/ إكتئاب، حزن	
<hr/>		
التعليق على المشاعر:		
.....	32/ إنخداع	
.....	33/ هلاوس بصرية	
.....	34/ هلاوس سمعية	الإدراك
.....	35/ أنواع أخرى من الهلاوس	
<hr/>		
التعليق على الإدراك:		
.....	36/ ضعف أو خلل في مستوى الوعي	
.....	37/ ضعف أو خلل في مدى الانتباه، شرود الانتباه	
.....	38/ ضعف أو خلل في التفكير المجرد	الوظائف
.....	39/ ضعف أو خلل في القدرة الحسابية	الفكرية
.....	40/ تدني الذكاء	التفكير
<hr/>		
.....	41/ غير مهتدي للشخص	
.....	42/ غير مهتدي للمكان	الإهتداء أو
.....	43/ غير مهتدي للزمان	التوجه
.....	44/ ضعف الذاكرة الراهنة	الذاكرة
.....	45/ ضعف الذاكرة النائية	
.....	46/ ينكر وجود مشكلات نفسية	البصيرة
.....	47/ يلوم الآخرين أو الظروف بالنسبة لمشكلاته	
.....	48/ ضعف أو خلل في القدرة على اتخاذ القرارات المعتادة	الحكم
.....	49/ ضعف التحكم في الإندفاع	
.....	50/ وساوس	
.....	51/ تسلط قهري	
.....	52/ مخاوف	
.....	53/ تبدد الشخصية أو الشعور بالضياع	محتوى التفكير
.....	54/ تفكير إنتحاري	
.....	55/ توهمات أو ضلالات	
.....	56/ اضطراب ترابطي	مجرى التفكير
<hr/>		
تعليق على التفكير:		
ملاحظات عامة:		
.....		
التشخيص:		
.....		

ملحق رقم (02): مثال على برنامج دراسي للدكتوراه "وفق نموذج العالم - الممارس".

السنة 1	الخريف	السنة 3	الخريف
	الإحصاء (تحليل التباين) أنظمة العلاج النفسي متطلب تخصص : علم النفس الاجتماعي مدخل إلى تحليل البيانات رسالة الماجستير		متطلب تخصص : في المجال المعرفي . متطلب اختياري : علم الأمراض النفسية التجريبي أطروحة الدكتوراه التدريب العملي الإكلينيكي
السنة 1	الشتاء	السنة 3	الشتاء
	الإحصاء (الانحدار) القياس النفسي (بناء الاختبارات) التقييم (اختبار تقييم الأطفال أو الراشدين) مدخل إلى تحليل البيانات رسالة الماجستير		الإحصاء (معادلة المتغيرات الكامنة والنمذجة الأساسية) متطلب تخصص : في المجال النمائي أطروحة الدكتوراه التدريب العملي الإكلينيكي
السنة 2	الخريف	السنة 4	الخريف
	قضايا أخلاقية ومهنية علم الأمراض النفسية رسالة الماجستير		متطلب خارجي : الأنثروبولوجيا النفسية أطروحة الدكتوراه تاريخ علم النفس وأنظمتها
السنة 2	الشتاء	السنة 4	الشتاء
	التدريب العملي الإكلينيكي		متطلب خارجي : العنف في الأسرة أطروحة الدكتوراه
	متطلب تخصص : العلوم العصبية الوظيفية متطلب اختياري : العمليات الأسرية والجماعية رسالة الماجستير	السنة 5	الخريف والشتاء
	التدريب العملي الإكلينيكي		الامتياز الإكلينيكي
ملاحظة : يُتوقع من الطلاب في السنة الثالثة (في الفصل الشتوي عادةً) أن يتموا امتحان التأهيل .			

المصدر: (تيموثي، 2007، ص 51).