

دراسة الحالة في علم النفس العيادي: النموذج التحليلي والنموذج السلوكي المعرفي، بين التعارض الإبستمولوجي والتكامل الإنساني

The Case study in clinical psychology: analytical model and cognitive behavioral model, between epistemological conflict and Human integration

لبنى سفاري¹

¹جامعة محمد بوضياف، المسيلة (الجزائر)، loubna.seffari@univ-msila.dz

تاريخ الاستلام: 2022/03/31 تاريخ القبول: 2022/04/08 تاريخ النشر: 2022/05/10

ملخص:

تعتبر دراسة الحالة اللبنة القاعدية للمنهج العيادي، فالمنهج العيادي قائم على الدراسة المعمقة لحالات فردية حسب مؤسسه دانيال لاغاش، ورغم الرابط التاريخي القوي الموجود بين مدرسة التحليل النفسي وعلم النفس العيادي، حيث أن أغلب مؤسسيه هم محلّون نفسانيون، إلا أن التحليل النفسي ليس الخلفية الإبستمولوجية الوحيدة، فهناك تيار قوي ممثل في العلاجات المعرفية السلوكية (T.C.C)، يستند التعارض القائم بين المدرستين المختلفتين على اختلاف المناهج العلاجية (وضعية المعالج، العلاقة العلاجية، طريقة استكشاف السيرورات النفسية) وتغير شبكة القراءة: ما وراء علم النفس (*la métapsychologie* في التحليلي، ونظريات التعلم ومعالجة المعلومة في المعرفي السلوكي ويشمل حتى تقنيات جمع المعلومات وحتى المصادقية العلمية المرتبطة بالنتائج وبالأخص نموذج دراسة الحالة من حيث مستويات التقييم والتحليل، هل يمكن أن يعكس هذا الانشطار ازدواجية معرفية في إدراك الفرد الذي يعاني أم أن هذا اللاتجانس الظاهر يخفي اهتمامات مشتركة بفردانية الشخص ومعاشه الذاتي وهو ما سنحاول الإجابة عنه في هذا المقال.
كلمات مفتاحية: دراسة الحالة، علم النفس العيادي، التحليل النفسي، العلاجات المعرفية السلوكية.

Abstract:

The case study is the basal building block of the clinical method, the clinical approach is based on the in-depth study of individual cases according to the founder Daniel Lagash, despite the strong historical link between the School of Psychoanalysis and Clinical Psychology, since most of its founders They are psychological analysts, but psychoanalysis is not the only epistemological background, there is a strong current represented in cognitive behavioral therapies (C.B.T), based on the conflict between the two different schools on different treatment approaches (treatment status, relationship Therapeutic, method of exploring psychological biographies) and changing the reading network: beyond psychology (*la méta psychologie*) in analytical, learning theories and information processing in cognitive behavior and includes even information-gathering techniques and even scientific credibility associated with results, particularly the case study model in terms of evaluation and analysis levels, can this fission reflect cognitive duality in the perception of the individual suffering or is this apparent heterogeneity concealing common interests in a person's individuality and self-pension Which is what we will try to answer in this article.

Keywords: case study, clinical psychology, psychoanalysis, cognitive behavioral therapies.

المؤلف المرسل: لبنى سفاري،

يتم تمييز دراسات الحالات من قبل المعالجين النفسانيين لأنها تسمح بالبرهنة على الممارسة العيادية بأفضل طريقة ممكنة. تمركزت هذه الأبحاث العلمية حول الفرد في العلاج حسب التساؤلات النظرية-العيادية وتطبيق المناهج المحددة. تميز دراسات الحالة عدة ثوابت (**constantes**) في حقل العلاج النفسي والبحث في العلاج النفسي. تم انجاز دراسات حالة منذ بداية الدراسات العيادية. غدى سيغموند فرويد ملاحظاته التحليلية الأولى وفق هذه المقاربة (مثلا حالة أنا أو عام(1989) أو حالة رجل الفئران عام(1954)).

منذ الاستعمال الأول لدراسة الحالة في البحث وحتى اليوم، كانت مكانتها موضوع نقاش داخل الأوساط العلمية. مثال معاصر على ذلك هو التعريف المتسلسل هرميا للموثوقية العلمية للدراسات العيادية للجمعية الأمريكية والتي تصنف دراسات الحالات في أدنى مرتبة من حيث جودة الدراسات العيادية (شامبلاسوهولون، 1998، (Kramer, 2011, p. 201)). دراسة الحالة هي المنهج الذي يرصن عبره الأخصائي النفسي التشخيص والتنبؤ. إنها البحث عن تفردن (**la singularité**) شخص، إعادة وضعه في سياقه الحياتي وفي تاريخه، وفق فهم سيروراته الداخلة-نفسية اللاشعورية (ومعاشه الذاتي الشعوري) وعلاقاته البيئذاتية (في تنوعها).

عمل دراسة الحالة هو قريب من عمل عالم بالمصريات الذي يفك تشفير الحروف الهيولوجرافية. لأن قواعد السير النفسي هي لاشعورية قبل كل شيء، إذ المريض لا يستطيع أن يشفه منها بوضوح إلا جزء صغير. وعلى عاتق الأخصائي إعادة بناء المجموع، إيجاد انسجامه، إضافة إلى إيجاد الروابط بين سير المحيط (الاجتماعي، العائلي) وبين سير المريض، وصياغة الفرضيات الأكثر قبولا حول الذكريات الناقصة أو المشوهة من تاريخه (Chabrier, 2006, p. 183).

لا يمكن انجاز هذا العمل بشكل صحيح، إلا عبر الاستناد على نظرية، والتي تُعطي بدورها تصورا لسير النفسية، وحول التجربة العيادية، والتي تمكن الأخصائي من اكتسابها بشكل مباشر عبر ممارسته وتكوينه، وعبر التشارك مع عيادين آخرين.

يتم بناء الحالة العيادية بالعكس. فهي تنطلق من وصف الآثار للذهاب نحو الاقتراحات حول الأسباب. وعبر هذا الطريق تمر عبر العمل الأساسي للتحليل، المُنظَّم حسب المنهج الفرضي الاستنباطي (**démarche hypothético-déductive**) تتركب هذه المرحلة المفصلية والتي في هذا المنهج، من التمفصلات الدقيقة بين العيادي والنظري، فهي التي تسمح بحدس، علاقة بين الآثار والأسباب، بمعنى الاستدلال برابط من السبب إلى نتيجة والذي كأى منتوج إرصان عيادي، يبقى موضوعا للنقاش.

من المعروف بأنه في تحليل الحالة، يتم بناء الأفعال انطلاقا من نظريات التي ننتمي إليها، سواء كانت واضحة وجلية او تعمل بدون علمنا. في الواقع يمكننا القول بأننا نعيد بناء العيادي حسب مذاهبنا الكامنة بمعنى الافتراضات، وأحيانا الاعتقادات التي تستند عليها النظريات (Boucherat-Hue, 2001, p. 97).

يتبع بناء دراسة الحالة البراغمتية مخطط باترسون (**disciplined Inquiry**)، يتميز هذا المخطط بتكراره، بمعنى يستجيب لتعدد المنهج العيادي، ينبغي اجتياز عدة مراحل مقترحة:

1. سياق الحالة والمنهجية 2. العميل 3. التصور النظري مع المعطيات الامبريقية والتجربة العيادية المؤيدة 4. تقييم المشاكل، الأهداف، الموارد 5. صياغة الحالة ومخطط العلاج 6. السيرورة العلاجية 7. مراقبة موجهة (**le monitoring**)

دراسة الحالة في علم النفس العيادي: النموذج التحليلي والنموذج السلوكي المعرفي، بين التعارض الاستيمولوجي والتكامل الإنساني
للحصول واستعمال المعطيات الكمية 8. تقييم ومناقشة السيرورة والنتيجة العلاجية 9. المراجع إضافة إلى الجداول
والأشكال.

بالفعل ينبغي أن تكون صياغة الحالة على انسجام مع التوجه النظري للمعالج النفسي وأن تستجيب للمتطلبات
الشكلية لهذا الأخير، وللمتطلبات العيادية الخاصة بالعمل، ينبغي أن يكون تطبيق صياغة الحالة ذاتي-تأملياً واستبطاني
(*auto-réflexive*)، بمعنى أن المعالج ينبغي أن يكون قادراً على إظهار حدود منهجه وإذا كان من الضروري، تكملته بمنهج
بديل (Kramer, 2011, p. 205).

وهناك عدة مدارس في دراسة الحالة نذكر من أهمها مدرستان: المدرسة الأولى هي مدرسة العلاجات المستوحاة من
التحليل النفسي، أين يهدف المعالج في العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي (P.I.P) إلى تسهيل التحويل والاستناد على
هذه التجربة لتحليل المادة المقدمة من قبل المريض. يبحث عن التعرف على المقاومات وعلى إظهار الأشكال العميقة من
القلق. يركز المعالج انتباهه على المظاهر الداخلة-نفسية للمعاناة.

وفق هذه الأبعاد لهذا الاستكشاف للسيرورات النفسية. يشجع المعالج العمل عبر تداعيات العمل، خاصة عبر منح
إصغاء حاوي ورابط (*contenante et liante*) يسهل موقفاً استبطانياً عبر إصغاء يقظ ولا يحكم. يبحث عن تسهيل
إستدخال وظيفة أيضية (*métabolisante*) ومعدلة. (Richard & Sottas-Clement, 2010, p. 189).

والمدرسة الثانية: العلاجات المعرفية السلوكية (T.C.C): أين يستعمل المعالج الرابط التعاوني (*le rapport
collaboratif*)، تفسير التقنيات والأهداف المراد الوصول إليها لتسهيل أنواع التعلم. نحفز الملاحظة الذاتية لدى
المريض لكي يتمكن من أن يأخذ وضعية نشطة وواعية أمام نمطه في التفكير وسلوكاته. لكي يعيد إيجاد حرية أكبر في رؤيته
لنفسه، للعالم، وللمستقبل (Richard & Sottas-Clement, 2010, p. 189)

من خلال ما سبق نطرح التساؤلات التالية:

- ما هي نقاط الاختلاف والتشابه الأساسية في صياغة نموذج دراسة الحالة بين التوجه التحليلي والتوجه المعرفي
السلوكي؟

- هل يخفي التعارض الفكري الظاهر بين النموذجين انسجاماً كامناً للأسس الإنسانية لعلاقة المساعدة؟

- هل يكشف الاتجاه الإدماجي عن العوامل المشتركة للنموذجين؟

ومنه نصيغ الفرضيات التالية:

- قد يمثل بُعد الماضي هو أحد نقاط الاختلاف الأساسية في صياغة نموذج دراسة الحالة بين التوجه التحليلي

والتوجه المعرفي السلوكي؟

- قد يخفي التعارض الفكري الظاهر بين النموذجين انسجاماً كامناً للأسس الإنسانية لعلاقة المساعدة.

- قد يكشف الاتجاه الإدماجي عن العوامل المشتركة للنموذجين التحليلي والتوجه المعرفي السلوكي؟

2. تعريف دراسة الحالة: (The clinical case) Cas clinique

إن تصور "دراسة الحالة" «*étude de cas*» هو جوهر المنهج العيادي (*la méthode clinique*) لدرجة أن بعض

المؤلفين يرفضون إطلاق مصطلح "العيادي" لكل مقارنة أخرى لا ترجع لدراسة الحالة (Pedinielli, 2016, p. 60).

1.2 أصل تصور دراسة الحالة: «*Origine de la notion d' étude de cas*»:

لبنى سفاري

يشترك أصل دراسة الحالة في جزء منه من الطب، حيث تم وصف ظواهر نموذجية (**exemplaires**) انطلاقاً من ملاحظات عيادية سميت بـ "حالات". قام كل من جانينيه (**Janet**) وفرويد (**Freud**) وآخرون بدراسة حالات: حالة رجل الذئب "**I'homme aux loups**" لفرويد، حالة إيمييه (**Aimée**) لصاحبها لاكان وحالة مادلين "**Madeleine**" لجانينيه، هي قصص مرضى تسترجع خصوصية المرض لكن أيضاً التاريخ المتفرد (**singulière**).

مصطلح الحالة ليس خالياً من الغموض لأنه يهدف، من جهة إلى توضيح خصوصية مشكل لكنه من جهة أخرى، يُحوّل الفرد إلى حامل مرض أو لوضعية خاصة، وهو ما يشير إليه التعبير "جعل من شخص ما حالة **faire de** «**quelqu'un un cas**» بمعنى عزله وتحويله إلى شيء (**réifier**).

يهدف تصور "حالة" في علم النفس العيادي إلى التحرر من المظاهر المخرجة من الذاتية (**désobjectivants**) للوضعيات الطبية. تحاول دراسة الحالة في علم النفس العيادي التعرف على الفرد وإعادة ترميم خصوصيته (**singularité**) وليس ببساطة التعرف على المرض الذي يظهره. دراسة الحالة وفق هذا المعنى هي منهج عام في التفكير حول الفرد النفسي أكثر منها تقنية قابلة للمقارنة بالمقابلة أو بالرسم. ودراسة الحالة معرفة باعتبارها التعرف (**reconnaissance**) على اضطراب عبر تطبيق بالحالة الفردية معطيات عامة تعكس خصوصيات المريض (لاغاش) أو كالتاريخ الخاص لحياة (Pedinielli, 2016, p. 61).

3. مكونات دراسة الحالة:

1.3 تاريخ الحالة: أو سوابق المريض (**anamnèse**):

يسمح تاريخ الحالة الذي نسميه أحياناً بتاريخ الحالة المنهجي "**méthodique**" بمعارضته مع تاريخ الحالة بالتداعي "**anamnèse associative**" الأكثر نفسمرضية، بجمع المعلومات حول الوجود السابق للمريض، يفترض تحقيقاً موضوعياً حول سيرة حياة (**biographie**) المريض، بسطاً للتاريخ "**unemise a plat de l'histoire**". يجمع عادة المعلومات في الميادين الآتية:

- أحداث حياة الشخص (الانفصالات، الماسي، الصدمات، الحداد، توظيف)
 - عناصر النمو (المرور أو العبور من المراحل المختلفة)
 - السوابق المرضية الشخصية والعائلية
 - التاريخ الشخصي للفرد: الطفولة المبكرة والمتوسطة والمراهقة، سن الرشد
 - تاريخ العائلة وتنظيم روابط القرابة (**liens de parenté**)
 - المعطيات الجسدية
 - منشأ الاضطرابات الحالية، مع البقاء متيقظين للعلاقات بين هذه الاضطرابات والاحداث.
- (Pedinielli, 2016, p. 84).

1.2.3 تحليل تاريخ الحالة (جزء من تشخيص السيرورات: التحليل العيادي أو النفس مرضي)

يستند على نص حياة الفرد كما يحكيه، عبر كشف الأحداث البارزة "**les faitssailants**" الأحداث والطريقة التي يفسرها بها، في مستوى أول نعيد بناء الماضي، كثافته ومعاشه ونعطي الانتباه للروابط الزمنية المؤسسة في خطية (**linéarité**). التاريخ، الروابط المؤسسة من قبل الفرد، ومن قبلنا نحن. ولكن في مستوى ثاني يتعلق الأمر بتحليل تزامني (**synchronique**)، لأننا نهتم بما يقول الفرد في الوقت التي يتحدث فيه والطريقة التي بنى بها هذا التاريخ معنا، نكون أيضاً

دراسة الحالة في علم النفس العيادي: النموذج التحليلي والنموذج السلوكي المعرفي، بين التعارض الاستيمولوجي والتكامل الإنساني
متيقظين في التاريخ للتكرارات في تاريخه، إضافة إلى المناطق الغير متناولة: الرابط ليس ببساطة بين الأحداث، ولكن بين
الكلمات التي تنقلها (Pedinielli, 2016, p. 82).

4. نماذج دراسة الحالة:

1.4 دراسة الحالة ذات المنحى التحليلي: Approche d'inspiration psychanalytique

1.1.4 الرابط علم النفس العيادي بالتحليل النفسي:

إن رابط علم النفس العيادي بالتحليل النفسي هو احد العقد الإشكالية للاعتراف ولشرعية هذه المقاربة، في 1982
يذكر كل من رولان غوري وكلود ميولان فكرة "ألفة مقلقة" بين هذين التخصصين. بالنسبة لهما: "الأخلاق والاستكشاف أو
الكشفي للأخصائي النفسي العيادي هما ممتدان للحقل التحليلي"
في عام 1983 تقول كلود روفولت دالون بأنها "لا تهتم بشكل خاص بتحويلات أو تجسيدات التحليل النفسي في حقل.
استعملها عندما تكون مفيدة لي فيما يتعلق بالداخل نفسي وبعض المظاهر العلائقية، او بالأحرى
البيندشخصية (Blanchard-laville, 1999, p. 137).

2.1.4 الأسس النظرية للعلاج ذات الإيحاء التحليلي:

Bases théoriques de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique

ما هي التصورات الرئيسية التي تستند عليها العلاجات ذات الإيحاء التحليلي؟ تبعا للاكتشافات الفرويدية، وهذه
الأخيرة تفترض وجود لاشعور والذي تنبثق منه خاصة تصور " الواقع النفسي " **la réalité psychique**. معنى العرض
إضافة الى تصورات التحويل والتحويل المضاد. اظهر فرويد خلال علاجات "des cures" لمريضات هستيريات، ان صدماتهن
الجنسية كانت غالبا عبارة عن إعادة بناء هوامي للواقع ، وهو الأمر الذي قاده الى اعتبار نشاط اللاشعور. حيث عدل هذا
الأخير تطور نظريته وقيامه مع، جملة من الأمور الأخرى، طريقة التداعي الحر (**la méthode de l'association libre**)،
تفسير الأحلام (**l'interprétation des rêves**) وتنظير الجنسية الطفلية (**la sexualité infantile**).

أظهر فرويد أن التصورات اللاشعورية تحاول بلوغ الشعور بهدف الحصول على إشباع نزوي. يتم تشويها من قبل
الرقابة، يمكنها أن تعود على شكل أحلام، زلات **lapsus**، أفعال ناقصة او أعراض. حسب فرويد العرض هو التعبير عن
رغبة غير مقبولة من قبل الأنا والتي في حالتها لم يكن الكبت فاعلا. يمثل العرض هكذا حل تسوية بين الرغبة والدفاع،
معبرا في نفس الوقت عن صراع نفسي وعن حله. هذا يعطيه هذا التكافؤ المزدوج ثباتا كبيرا. فالعرض له معنى وله وظيفة في
الاقتصاد النفسي للفرد والذي من المهم توضيحه خلال العلاج بدلا من البحث عن إقصائه والصرف والبسيط. غالبا ما
يتكيف الفرد مع عرضه على حساب تنظيمات (**aménagement**) نفسية جد باهظة ويحصل منه مكاسب أولية وثنائية
التي تفسر المقاومة التي تكون أحيانا شرسة والتي يمكن ان يعارض بها العيادي الباحث، الذي يسعى لتحريره
منه (Schauder, 2012, p. 257).

كخلاصة، تستند النظرية الفرويدية على أربعة فرضيات أساسية.

- الجنسية، طفلية أكثر منها راشدة، هي ذات أهمية كبرى لأجل فهم الإنسان.
- عرض المريض هو محاولة فاشلة، للشفاء الذاتي.
- تاريخ المريض، تجربته الذاتية وخاصة طفولته هي عناصر مفتاحية لأجل فك تشفير مشاكله الحالية.

لبنى سفاري

• يمكن أن يتم الكشف عن اللاشعور عبر الأحلام والزلات، الأفعال الناقصة والأعراض، تأخذ الأعراض معناها داخل البنية التي تحدد السير النفسي للفرد. ما هو الركن النفسي المسيطر؟، ما هي طبيعة الصراع؟ نمط القلق والعلاقة بالموضوع؟ ما هي الميكانيزمات الدفاعية التي يستعملها الفرد في اغلب الأوقات.

ان حجر الزاوية (**la clé de voute**) للنظرية الفرويدية هو عقدة الأوديب (**le complexe d'Edipe**) والتي تُعطي لها أهمية أساسية في النمو الليبيدي للفرد والذي قسمه فرويد إلى عدة مراحل-فمية، شرحية، قضيبية وتناسلية (Schauder, 2012, p. 258).

تعطي أهمية كبيرة في العلاقة العلاجية، للدينامية التحويلية- ضد- تحويلية (**dynamique transféro-contre-transférentielle**) حسب لابلاش و بونتاليس (1967-2002)، يُعرف التحويل باعتباره "السيرورة التي من خلالها الرغبات اللاشعورية يتم تحيينها (**s'actualisent**) على بعض المواضيع، في إطار علاقة بهذه المواضيع. مستوحية من وينيكوت (**Winnicott**) ومن الكره في التحويل المضاد، تحدد شيلان (**Chiland**) انه في العيادة الطفلية، يمكن أن يعيش الطفل علاقة ايجابية بشكل متزامن كذلك لأنه تحرر من كرهه في المقابلة او يستطيع خلق علاقة ايجابية مع العيادي لان هذا الأخير استطاع تحمل اعتدائه دون ان يرفضه ودون ان يدمره. ولكن للتصرف بهذا الشكل من الضروري ان لا يحس العيادي بانه مهدد في لا شعوره من قبل الصورة الهومية للأم السيئة هوميا (**L'imago de la mauvaise mere**) و **fantasmatique** وهكذا وفي حالات المظاهر المتجاذبة وجدانيا أو الانبعاثات (**résurgences**) البدائية، ينبغي أن تكون استجابة العيادي هي استجابة " نظرة الأم "، الغير مشروطة والمتسامحة (**bienveillant**) في وظيفتها كمرآة للطفل وكداعمة ل " الشعور المستمر بالوجود **sentiment contenu d'exister** حسب وينيكوت، دون نسيان تحليل تحويله المضاد (Schauder, 2012, p. 259).

يُعرف التحويل المضاد (**le contre-transfert**) من قبل لابلاش و بونتاليس باعتباره: "مجموع ردود الفعل اللاشعورية للمُحلل على شخص المُحلل **analysé** وبشكل أكثر تحديدا على تحويل هذا الأخير" (Schauder, 2012, p. 259).

3.1.4 المقابلة في علم النفس المرضي مع الراشد (نموذج تحليلي لجون بارجوري)

(entretien avec le patient en psychologie pathologique))

1. السوابق الشخصية للفرد (les antécédents personnels du sujet)

أين وُلِدَ؟ هل والداه هما من السكان الأصليين للمنطقة؟ أين عاش طفولته؟ بتتابع؟ كيف عاش طفولته، ثم مراهقته؟ دراسته؟ وصعوباته الدراسية؟ الخدمة العسكرية؟ وبالطبع يكشف لنا عن عمره ومهنته، عن صعوباته ورغباته؟

2. الوالدين (les parents)

ينبغي ان نجمع المعلومات بالطريقة الأكثر عفوية المتعلقة بالأب والأم: هل هما حيان او لا؟ حاضران او غائبان عن المنزل؟ مهنتهما؟ عمرهما؟ صحتهما؟ طبيعتهما؟ كيف يتفقان؟ من يفرض إرادته او سلطته على الآخر؟ نمط العلاقات القديمة والحالية للفرد مع الوالدين في اثنين؟ لمن منهما (من الوالدين) يعتقد انه يشبه أكثر؟

3. الاخوة (la fratrie)

كم عدد او كم لديه من إخوة وأخوات؟ الأحياء؟ الأموات؟ (سبب الوفاة وفي اي عمر)؟ رتبة الفرد في هذه الإخوة؟
جنسهم؟ العمر؟ المهنة؟ الصحة؟ متزوجون او لا؟ وبمن؟ هل زواجهم سعيد؟ هل لديهم أطفال؟ نمط العلاقات القديمة
والحالية للفرد مع أخوته وأخواته؟

4. الزوج الحالي (conjoint éventuel)

العمر؟ المهنة؟ الصحة؟ الطبع؟ تاريخ الزواج؟ مدة وظروف الزواج والخطوبة؟ ظروف التعارف: (حب من أول نظرة،
زواج مستعجل، مآسي عائلية، او حوادث...)، كيف تعارفا؟ كيف كان الاتفاق بينهما في بداية الزواج؟ ولاحقا؟ من قرر
الزواج؟ أحد الزوجين لوحده؟ الوالدين؟ ام شخص آخر؟ الطفل القادم، كيف تم هذا الاختيار؟ هل يكرر هذا الطفل
العلاقة الزوجين أو أحدهما مع والديه؟ هل الرغبة في إنجاب هذا الطفل تعبيرا عن الحب؟ او من اجل المعارضة؟ او من
اجل السيطرة على الآخر؟ (الزوج ضعيف، مريض، او بدون مستقبل) ما هي انعكاسات وضعية الزوج (avatars)؟
الجسمية؟ الاجتماعية؟ والعاطفية؟

- الروابط والعلاقات خارج الزواج (les liaisons extraconjugales) وما هو معاشها على كل من الزوجين؟ الزوج
صاحب العلاقة؟ والزوج الآخر؟

5. الأطفال (les enfants)

عدددهم؟ عمرهم؟ جنسهم؟ صحتهم؟ دراساتهم او مهنتهم؟ هل كانوا أطفالا مرغوبين او لا؟ المشاكل العلائقية
معهم وبينهم؟ كيف يتعامل معهم المريض؟ يتسامح معهم؟ يفرض عليهم كل شيء؟ لا يفرض عليهم شيئا؟
6. الصحة الحالية للمريض:

وزنه مقارنة بطوله؟ مظهره العام؟ ينبغي ان نأخذ بعين الاعتبار ملاحظتنا المورفولوجية وأيضا ردود فعلنا العاطفية
تجاه المرضى (sympathie) أو ابتعادنا عنهم (mise à distance)، ينبغي أيضا أن نعرف الأمراض السابقة، الحوادث
المحتملة او العمليات الجراحية الخاضع لها، ثم ينبغي أن نستعرض الوضع الحالي، الاضطرابات "الهضمية" المحتملة،
اضطرابات النوم، العادة الشهرية للمرأة، الشهية، السلوك تجاه التدخين، الكحول، القهوة، ... إلخ، كل هذا بالطريقة الأكثر
اعتيادية والأكثر عفوية ممكنة.

7. ما قبل التناسلية (prégénitalié)

الفمية (oralité) الشهية الغذائية والوجدانية، الحاجات، الشهية، مقاومة الإحباطات، والشرجية (analité)،
الهضم الجسدي والنفسي، النظافة، الدقة، العلاقة بالنقود، نمط الهضم والتعبير الوجداني.

8. التناسلية (génitalité)

ينبغي تناول مشاكل الاستمنا (masturbation) مسيطر؟، غائب؟، عادي؟ والهومات التي ترافقه، انجذابات
الجنسية المتتالية (ذكورية، أنثوية او العكس حسب الحالة)، العلاقات الجنسية في أي عمر، أول تجربة جنسية؟ وكيف كان
معاشها، ومنذ ذلك الوقت كيف تطورت حياته الجنسية، ارتباطاته المحتملة؟ (لأي أسباب محددة؟ هل هو لتعويض
النقص، للهروب من الوحدة، او على العكس للهروب من اتصال بين اثنين فقط).

9. الحياة الحلمية (l'onirisme)

لبنى سفاري

ينبغي التطرق لها بسرعة، دون أن نرغب أو نستطيع تفسير الأحلام، ينبغي معرفة أين يوجد المريض على مستوى النوم والإرصاد الحلمي، هل يتذكر أحلامه؟ وأي نوع من الأحلام؟ هل توجد أحلام خاصة؟ هل يعاود أحد الأحلام الظهور غالباً؟

10. الروابط الاجتماعية (les rapports sociaux)

ينبغي فحصها بعناية ودقة؟ مسألة المهنة (رضا عن المستقبل)، هل كان يريد أن يدرس أو يعمل في مجال آخر؟، الروابط مع الرؤساء؟ مع الزملاء؟ هل للمريض أصدقاء "حقيقيون" أم مجرد رفاق، هل هم قليلون أم كثيرون؟ سابقاً؟ وحالياً؟ ما هي هواياته؟ (ماذا يفعل أيام الجمعة وفي العطل؟)، الرياضة؟ الفن؟

- سؤال مهم ينبغي طرحه وتسجيله بدقة: هل تفضل أن تعيش لوحدهم أو مع الآخرين؟

- يمكن أن ننهي المقابلة بسؤال المريض عن ثلاثة أشياء: ما الشيء الذي يريد إضافته؟ ما الذي ينتظره من المقابلة؟

ما هو حسب رأيه الشيء (a son avis à lui , ne vas pas en lui) الذي لا يبدو له سويًا في ذاته؟ (Bergeret, 2012, pp. 117-121).

2.4 دراسة الحالة ذات المنحى المعرفي السلوكي:

1.2.4 تقنيات المقابلة في الاستشارات الفردية:

طريقة الرءاءات الأربعة: « 4R » la méthode des

تقترب طريقة الرءاءات الأربعة من المقابلة الدافعية أو التحفيزية (l'entretien motivationnel) التي طورها ميلرورولنيك (Miller & Rollnick) والتي يقبل فيها المعالج وضعية المريض بشكل غير مشروط ويستند على مقاوماته لتأسيس رابط علاجي (alliance thérapeutique) وتتمثل في أربعة خطوات: إعادة الوضع في السياق، إعادة الصياغة، التلخيص، التعزيز (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 91).

أ. إعادة الوضع في السياق: (recontextualiser)

غالبًا ما يذكر المرضى المشاكل بشكل عام قليل التحديد.

تتمثل إعادة الوضع في السياق في الإرجاع إلى السياق. يطرح المعالج أسئلة تحدد شروط الشكاوى:

نجعل خطاب المحاور يمر من العام إلى المحدد. (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 91).

ب. إعادة الصياغة: (reformuler)

يمكن أن تكون في أنماط ثلاثة: التكرار، تحديد المصطلحات وصياغة الفرضيات.

• التكرار: وهو طريقة البغاء (la méthode du perroquet): يكرر المعالج ما قاله المريض كلمة بكلمة. (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 93).

• تحديد المصطلحات: (la précision des termes)

• صياغة الفرضيات: (la formulation d'hypothèses): فرضية ينبغي أن تكون منسجمة مع سير العلاج. تُقدم بطريقة واضحة ومحددة (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 94).

ج. التلخيص: (résumer)

في طريقة الرءاءات الأربعة، الملخص هو إعادة صياغة موسعة. يسمح ب:

- الحصول على تعاليق المريض، وهو ما يسهل الرابط التعاوني.

دراسة الحالة في علم النفس العيادي: النموذج التحليلي والنموذج السلوكي المعرفي، بين التعارض الاستيمولوجي والتكامل الإنساني

- تأسيس أن قائمة من المشاكل لها بداية ونهاية.

- التأكد من أن المريض والمعالج هما متفقان على ذات الأمر، وأنهما يفهمان الأشياء بنفس الطريقة.

(Fontaine & Fontaine, 2006, p. 95).

د. التعزيز: (renforcer): وينقسم بدوره إلى:

1-تعزيز للأفعال (renforcement sur des faits)

2-تعزيز للشخص (renforcement sur la personne)(Fontaine & Fontaine, 2006, p. 96).

2.2.4 التحليل الوظيفي: التصورات والمنهجية:

في العلاجات المعرفية السلوكية، أصبحت الخطوة التشخيصية عملياتية وفق مصطلحات مختلفة: التحليل السلوكي، التحليل الوظيفي، تصور الحالة. يفضل تصور ل التحليل الوظيفي لأنه يترجم بأفضل شكل الخصوصية: تحليل وتفسير سير شخص متفرج في سياقه الخاص (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 62).

توجد أداة تسمى بالنظرية العامة (la théorie globale) من أجل تحليل حالة في مجموعها، التي تكشف عن مجموع المشاكل: (de Vries, 2010, p. 6).

لأننا بحاجة لفهم الحالة في كليتها وشموليتها، للمخص جد مكثف لكل تاريخ تعلمات الشخص، نجد في الأدبيات تعبير:

النظرية الكلية (la théorie holistique) لدى فان ريلايير Van Rillaer

عام (1992)، يفضل هارمان دو فريس مصطلح: النظرية الكلية للشخص" وفق نموذج التعبيرات مثل "الرؤية الكلية"، مقارنة إجمالية للمشكل.

نقطة الانطلاق في التحليل السلوكي هي الملاحظة النظامية و الحدّثية و للسلوكات التي تطرح مشك، الهدف هو جمع أفعال مناسبة وتأسيس طبيعة "الحضور في العالم" للمشاكل: المدة، الشدة، التكرار، ووصف بدقة مكونات ردة الفعل: الفيزيولوجية /الانفعالية، اللفظية/ المعرفية، الحركية / الفعل أو اللافعل.

(de Vries, 2010, p. 7)

1.2.2.4 شبكات التحليل الوظيفي في فرنسا:

توجد عدة شبكات مختلفة للتحليل الوظيفي: شبكة (SORKC) الكانفاروساسلو عام (1969)، التحليل الوظيفي الرجعي (rétroactive) لفونتانوإليف (Fontaine & Ylieff) عام (1981) والتي ليس لها بالضرورة نفس الهدف او الخلفية النظرية او درجة التعقيد.

(deVries, 2017, pp. 59-60).

شبكة (SORKC) مثير (Stimulus) عضوية (Organisme) ردة فعل (Réaction)، طوارئ أو عوارض او الحوادث (Contingences) انعكاسات (Conséquences) تتقيد هذه الشبكة إلى أقصى حد أصول مخبر علم النفس التجريبي، تساعد هذه الشبكة في وضع سلوك (مشكل او لا) في السياق الذي ينتج فيه. ولكنها معقدة الاستعمال. هذه الشبكة هي هجين تعليمي (hybride didactique)، يدمج الجانب "البافلوفي" لكل اكتساب، والجانب "الفاعل" (opérant)، والذي يمثل سبب للإبقاء على الاضطراب.

لبنى سفاري

غالبا ما يُساء فهم عضوية (**Organisme**) البحث يضع تحته كل تاريخ التعليمات او المظاهر المعرفية، وهو يرجع في الواقع إلى الأثر المُعدل (**modulateur**) الممكن للحالة (الفيزيولوجية، أو للدافعية) للشخص على السلوك (de Vries, 2010, p. 6).

أ. نموذج كانفروساسلو (**Kanfer&Saslow**):

وهو نموذج لديه ثلاثة أهداف:

- تحديد السلوكيات التي ينبغي تعديلها.

- الشروط التي تم تعلمها فيها.

- تحديد ما هي العوامل الحالية التي تبقي عليها.

يُذَل النموذج الأصلي لكانفروساسلو على أنه، قبل دخول المعرفية، أخذ المعالجون السلوكيون بعين الاعتبار، العوامل الداخلية، النمائية والتاريخية لفرد. ويظهر تأثير هذا النموذج واضحا على النماذج اللاحقة.

(Fontaine & Fontaine, 2006, p. 62).

ب. شبكة بايزك ايدي (**Basic ID**):

يهدف نموذج لازاريس، المسمى بالبايزك ايدي إلى استخلاص بروفيل فِعْلٍ علاجي يسمح بتدخل متعدد، يتم تجميع المعطيات في سبعة أبعاد:

- السلوك المفتوح (**comportement ouvert**) ويرمز له (**B**)

- العواطف (**A**) الإحساسات (**S**)

- التصوير العقلي (**imagerie mentale**) في صلة مع هذا السلوك.

- المعارف (**cognitions**) توافق الأفكار والمعتقدات ذات صلة مع السلوك وإمكانات التغيير.

- العلاقات البين شخصية (**relations interpersonnelles**) والتي هي على اتصال مع السلوك.

- المخدرات (**drogues**) تحدد الحالة الجسدية، استهلاك الأدوية، او المخدرات.

(Fontaine & Fontaine, 2006, p. 62). أضاف لها كوترو بُعْدَيْن أساسيين وهما:

التوقع (**expectation(E)**) ذو صلة مع توقعات الفرد.

المواقف (**attitudes (A)**) تخص مواقف المعالج تجاه الفرد (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 63).

ج. شبكة السيكا (**SECCA**)

شبكة السيكا (**SECCA**) هي الأكثر استعمالا في فرنسا، دمجت هذه الشبكة "أنظمة الإجابة" لنظرية لانغ (**Lang**)

حول الوضع في ذاكرة للتعلّمات (ردود الفعل اللفظية، الحركية، النفس مرضية) المستعملة منذ سنوات 1980 والمسماة ب

التحليل الوظيفي التزامني، للإشارة إلى البعد الحالي، يكملها سجل (**feuille de notation**) تعاقبي تطوري لجمع العناصر

التاريخية للمشاكل المُحلّلة.

(de Vries, 2010, p. 6).

تم إرضان شبكة السيكا (**SECCA**) للإشكاليات الحصرية والاكثابية: الفوبيا، هجمات الهلع، الاكتئاب وخلل السير

الجنسي. تستهدف المثير (**S: le Stimulus**)، الانفعال (**l'Emotion**) المعرفة (**la Cognition**)، السلوك (**le**

C: Comportement) والتوقع (**A: l'Anticipation**) هي أساسا ديداكتية وعملية، مقسمة إلى جزئين: جزء تزامني

دراسة الحالة في علم النفس العيادي: النموذج التحليلي والنموذج السلوكي المعرفي، بين التعارض الاستيمولوجي والتكامل الإنساني
(synchronique) وجزء تعاقبي تطوري (diachronique) يسمح الجزء الأول بتحليل التفاعلات في المقطع مثير-انفعال-
معرفة-سلوك إضافة إلى انعكاساتها على المحيط الاجتماعي (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 62).

-التحليل التزامني (analyse synchronique):

في حين يجمع الجزء الثاني أحداث التاريخ الماضي للفرد سواء على صلة مباشرة بالسلوك المشكل، أو يندرج في
معطيات وراثية، من الشخصية، من الأمراض الجسدية أو من مشاكل أخرى.
تشير هذه الشبكة مثل نموذج لازاريس، إلى الدور المتفوق للمتغيرات الوسيطة للعضوية بين المثير والسلوك المفتوح.
يُنظر لهذا الأخير في معناه المحدد للسلوك المحرك. يضم الجزء التعاقبي التطوري (diachronique) معطيات تاريخ الحالة
الغير متجانسة (hétérogènes) (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 64).

-التحليل التعاقبي التطوري (analyse diachronique):

تعتمد على التحليل – الجمعي (la macro-analyse) لصعوبات المريض، وعلى تاريخ الحالة الشخصية وتاريخ
الاضطراب، تطور العيادي تصورا عاما للحالة، يشير فيه إلى:
-العوامل المهيأة (les facteurs prédisposants) أو/و عوامل الخطر او المعطيات البنائية الممكنة، بمعنى العوامل
الجينية، الهشاشة البيولوجية الوراثية او لا.
-العوامل المفجرة (les facteurs déclencheurs) الأولية. بمعنى الأحداث المرتبطة الممكنة او التي ساهمت في ظهور
الأعراض الأولى.

-العوامل التاريخية للإبقاء الممكنة (les facteurs de maintien) مثلا تكرار الصراعات بين الإخوة...

-العوامل المُعجِلة (les facteurs précipitants) معنى الأحداث التي ساهمت في جعل الشخص هشا، في خلخلة
توازنه او تغيير سيره، والتي كان من نتائجها الانتكاسة العرضية (Ortega, la recrudescence symptomatologique)
(Rengade, & Al, 2018, p. 31).

5. المقاربة الإدماجية في دراسة الحالة:

القول بأن المدرستين الفكريتين أي العلاجات المعرفية السلوكية والعلاجات ذات المحنى التحليلي، هما نظريتان
مختلفتان هو أمر بديهي، ولكن تحديد اختلافاتهما او روابطهما الممكنة هو عمل أكثر تعقيدا، والذي يمكن أن يسمح في
المستقبل بإدماج في الرعاية.

هنالك مجهودات مبذولة منذ عدة سنوات فيما وراء الأطلنطي لتناول العلاج النفسي بنظرة إدماجية مع أعمال غريبن
(Greben) عام (2004)، كاستونجاي (Castonguay) عام (1996)، بايتمانويو (Beitman&Yue) عام (1999)،
نور كروس (Norcross) عام (1986) وولد (Gold) عام (1996).

تتطور الأدبيات المهمة بمقارنة العلاجات المعرفية السلوكية والمقاربات ذات المحنى التحليلي أيضا، خصوصا مع
أعمال م.سكيلوج (M.C.Cullough) عام (2003). (Richard & Borgeat, 2006, p. 27).

1.5 مقارنة العلاجات النفسية:

لم يكن إدماج مختلف الممارسات او النظريات وليد الصدفة. نعتقد أولا أن الأسباب التاريخية هي التي سمحت ببروز
هذا التيار، خاصة اتساع عدد العلاجات النفسية، تهدف إلى مسالة العياديين حول خصوصيات تكوينهم أو لا. حيث
اكتشفت الدراسات أنه لا يوجد علاج نفسي تمكن من التفوق على باقي العلاجات من حيث الفعالية على المستوى الإحصائي.

وبان هنالك عوامل مشتركة تجمع بين كل العلاجات النفسية (لامباروبارجن (1994) وامبولدوايمال (2015) (Bachelart, 2017, p. 174).

سمح الإدماج بإعادة التركيز على ما يسميه مارفينغولدفريد (Marvin Goldfried) بالمبادئ العامة (principes généraux)، حيث يخبرنا انه توجد طريقتين في تناول مسألة الإدماج، سواء عبر مختلف النقاط المشتركة للعلاجات النفسية، اما عبر تصور أنها تتوجه إلى أجزاء مختلفة من السير الإنساني، حسب التصور الأول هذه الظواهر القاعدية التي تكون مشتركة تظهر رغم الوضعيات النظرية الخاصة بكل مدرسة.

حسب غولدفريد تتمركز كل من المقاربات السيكودينامية، التجريبية والسلوكية حول نفس الاستراتيجية أو المبدأ العام: زيادة الوعي العام للفرد، لكن الإجراءات العيادية أو الأدوات هي مختلفة: التفسير، استعمال إعادات الصياغة، او اقتراح الملاحظة الذاتية بمساعدة دفتر ملاحظات (Bachelart, 2017, p. 174).

خاصة بين العلاجات المعرفية السلوكية والعلاجات التحليلية نموذجهما وممارستها غالبا ما يتم تقديمها كغير قابلة للتصالح وغريبين عن بعضهما البعض. ولكن في نفس الوقت، تتطور المقاربات الإدماجية (intégratives) أو الانتقائية (électiques).

إن الانشطارات المؤكدة بين الممارسات التابعة من العلاجات المعرفية السلوكية وتلك التي ترجع إلى العلاجات التحليلية هي أحيانا اصطناعية عندما نهتم بالممارسة الملموسة للمعالجين في الميدان. كما يؤكد سانتياغو ديلفوس (Santiago Delfosse).

"من العقيم المعارضة البحتة والبسيطة بين التيارات، حالما تبدأ النظريات بالاهتمام بالميدان، يتعدل اتجاهها لصالح المظاهر الملموسة مع الأخذ بعين الاعتبار للإنسان داخل وضعية" (Bouvet, 2008, p. 288).

6. خاتمة:

تعتمد دراسة الحالة سواء على العيادية العارية: أين يعتبر الأخصائي النفسي ذاته المهنية هو نفسه أداة العمل العيادي أو العيادية المسلحة أي عبر الاستعانة باستخدام الاختبارات والمقاييس المقننة، وسواء اختلفت الخلفية النظرية في دراسة الحالة بين المستوحى من التحليلي أو المعرفي السلوكي، فإن أساسها الجوهرية هو العلاقة العلاجية المصاغة وفق تصور الرابط العلاجي في المعرفي السلوكي و"التحويل" في التحليلي، والذي يقوم على بناء علاقة مهنية قوامها التقبل الغير مشروط والتعاطف واللاتوجيهية من أجل فهم معاناة الشخص المريض، ودلالاتها الشعورية واللاشعورية من أجل تكيف أفضل.

- Bachelart, M. (2017). L'approche intégrative en psychothérapie : entre tentative de déradicalisation des thérapeutes et invitation à la rencontre. *Psychothérapies*, 37, 3.
- Bergeret, J. (2012). *Psychologie pathologique*. Masson.Paris.
- Blanchard-laville, C. (1999, avril-mai-juin). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques. *revues française de pédagogie*, 9-22(127).
- Boucherat-Hue, V. (2001). *Des effets aux causes dans la construction du cas clinique en psychosomatique*, De Boeck Supérieur « cahiers de psychologie clinique » (éd. 16).
- Bouvet, C. (2008). *Comparaison de deux groupes thérapeutiques de courants différents (thérapie cognitivo-comportementale, psychodynamique) : différences, similitudes et enrichissements réciproques possibles* (éd. 4, Vol. 84).
- Chabrier, L. (2006). *Psychologie clinique*. Paris: Hachette livre.
- de Vries, H. (2010, décembre). L'analyse comportementale ; revue de la société algérienne de psychiatrie. (10).
- deVries, H. (2017). La formulation des cas cliniques en thérapie comportementale cognitive . *psychologie et éducation*.
- Fontaine, O., & Fontaine, P. (2006). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Retz.
- Kramer, U. (2011). *Les méthodes d'études de cas en psychothérapie : perspectives*.
- Ortega, D., Rengade, c.-e., & Al. (2018). *Rédiger une étude de cas en TCC : guide à l'usage des thérapeutes qui souhaitent défendre leur travail de façon rigoureuse*.
- Pedinielli, J.-l. (2016). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris: Armand Colin.
- Richard, C., & Borgeat, F. (2006). *Dialogue entre thérapies cognitivo-comportementale et psychanalytique : à propos de deux cas ; Médecine & hygiène « psychothérapies », 2006/1 Vol.26 (Vol. 26). (1, Éd.)*
- Richard, C., & Sottas-Clement, V. (2010). *Exemple de collaboration réussie entre un psychothérapeute d'orientation analytique et un psychothérapeute d'orientation cognitivo-comportementaliste*.
- Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*, Paris .Dunod.