مجلة أبحاث نفسية وتربوية ـــــــــــــــــــــــــــــــ **العدد 8- جانفي 2016**، ص.ص. 7-40

مبـادئ ومنـهجيـة دراسـة الحالـة

د. خالـد خيـاط

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

جامعة بسكرة

ملخص

دراسة الحالة هي طريقة بحث في علم النفس العيادي، اعتمدها علماء النفس الأوائل في العصر الحديث لعرض وشرح أفكارهم والنتائج المتوصل إليها باعتبارها وسيلة استكشاف . ورغم أنها ليست وسيلة إثبات إلا أن العديد من العلماء وظفوها كوسيلة إثبات وجهات نظرهم أو وسيلة للوصول إلى نتائج عملوا على تعميمها عن طريق جمع كم هائل من دراسات الحالات . وتقوم دراسة الحالة على مبادئ وتعتمد منهجية معينة كما تشترط قواعد ينبغي على الفاحص مراعاتها وعدم الإخلال بها، لكي تكتسب دراسته مصداقية وصحة ودقة.

الكلمات المفتاحية: مبادئ- منهجية- دراسة حالة- علم النفس العيادي.

Résumé

Case study or case formulation is research tool in clinical psychology. Early psychologist, in the 20th century, used case formulation to expose and explain their ideas and the results of their studies of the human psyche, as an exploration method. Even though isn't an affirmative tool , many psychologists used case formulation as an instrument to affirm their opinions or a tool to reach some generalized results by gathering lots of case studies . case formulation is based on some principles , imposes a special method and exiges some rules and standards that every practice should apply and respect so that his formulation reach an adequate level of consistency , credibility and accuracy .

Keywords : Principles– Methodology - Case study - clinical psychology.

© مخبر التطبيقات النفسية والتربوية- جامعة قسنطينة 2- 2016

مقدمـة

تعتبر دراسة الحالة طريقة بحث في شتى العلوم، يتم خلالها تركيز البحث من أجل تحصيل معرفة وافية كافية حول حالة واحدة بعينها. وتعد من طرق الاستكشاف في العلوم، وهي مبدئيا ليست بطريقة إثبات للمعارف العلمية، إلا أن بعض التخصصات العلمية استفادت من تجميع دراسات حالات فردية بغية استخدامها في سياق إثباتي. أبرز أمثلة ذلك تشمل الطب وعلم النفس والفيزيولوجيا وعلوم الآثار والعلوم الاقتصادية والعلوم القانونية والسياسية... وغيرها. وعلم النفس التجريبي يمتلك تاريخا طويلا في أبحاث " المفحوص الواحد " ؛ بل إن أبحاث الإشراط الإجرائي قامت كليا على أساس دراسة حالة واحدة ، وأولها دراسات بافلوف على الكلب .

دراسة حالة في علم النفس العيادي :

يمكننا تعريف دراسة حالة على أنها " صياغة نفسية حول الأسباب والغايات والمؤثرات الراسخة في شخصية فرد بعينه أو سلوكاته أو مشكلاته النفسانية أو السلوكية ".

تعد دراسة الحالة طريقة بحث استكشافية أساسا. كما تفيد كطريقة توضيح وشرح وتزويد بالأمثلة الحية. وفوق ذلك، هي طريقة إثبات بالنسبة لبعض المنظرين، مثل فرويد وأدلر وروجرز وغيرهم . ولعل أبرز فوائد دراسة حالة كشفها عن المشكلات والاضطرابات النفسية الخفية، وبالتالي يمكن الوقاية من تفاقمها بالتوجيه إلى العلاج النفسي قبل أن يواجه عاملا مفجرا ينعش اضطرابه أو مشكلته . تبني دراسة الحالة جسرا يربط النظريات النفسية في علم النفس المرضي بتطبيقات هذه النظريات على حالة محددة. فدراسة الحالة تعكس تجسيدا للنظري في تطبيق عملي، كما احتضنت دراسة الحالة دراسات علمية واكتشافات وإبداعات لباحثين وعلماء بارزين. إيجازا، دراسة الحالة هي طريقة دامجة، إن أحسن الفاحص إعدادها واستخدامها فإنها تعد ضرورية لا غنى عنها لكل فاحص نفساني.

تاريخ ظهور وتطور " دراسة الحالة "

إن فكرة ضرورة التنظيم العقلاني والنظامي للبيانات المتعلقة بالحالات العيادية -أو الناس عموما- قديمة جدا، فالدراسات الطبية المصرية القديمة قدمت دراسة حالات للاكتئاب والعته. وتعود جذور دراسة الحالة إلى الطب اليوناني حيث قام أبقراط وتلامذته بجمع البيانات حول الأمزجة بالفحص النظامي لمختلف إفرازات وأعراض مفحوصيهم. وحسب نولاند (1998) تضمنت تقارير الحالة

الأبقراطية وصف التغيرات في وظائف وإفرازات وتعابير الجسم. بعدما يجمع الطبيب هذه البيانات ويدمجها ببعضها البعض، يستخدمها للاستدلال على مصدر اللاتوازن المزاجي وإلى أي مدى بلغ تقدمه. وبالاعتماد على صيغهم الإيديغرافية (الفردنية) الفردية قدموا توجيهاتهم لتعديل اختلالات الأمزجة (1).

إحدى المساهمات البارزة في فحص المنهجي للحالات جاءت على يد الحكيم أرطاميدورس الدالديسي في القرن الثاني بعد الميلاد، في كتابه "تعبير المنامات" يقول أرطاميدورس :" إن مما يحتاج إليه صاحب الرؤيا ومعبّرها، بل لا أقول مما يحتاج إليه فقط لكن مما يضطره إليه الأمر، أن يعلم معبّر الرؤيا من الذي رأى الرؤيا، وأي شيء عمله، وكيف حاله، وكيف ذات يده، وكيف هو في بدنه، وأي شيء هو، وأن يبحث عن تفسير الرؤيا كيف هي. وذلك أن الزيادة اليسيرة التي يمكن أن يقع فيها والنقصان اليسيران يغيران ما تدل عليه الرؤيا، وربما كان الدليل مأخوذا من نفس الألفاظ. وإن لم يعلم الإنسان أين ذلك غلط " (2).

في نفس الحقبة جاءت مساهمات الطبيب اليوناني كلوديوس غالينوس ، الذي عاصر أرطاميدورس وقرأ له. كان غالينوس أول من ثمن التجريب كمنهجية لفهم التشريح. وقد كان غالينوس يفحص كل جوانب المريض الجسدية والنفسية والبيئية من أجل فهم مرضه ووصف العلاج المناسب لحالته. فقد روى أبو العباس بن يحي البلدي أن غالينوس قال: "فإني أنا صادفت صبيا مكث نهاره أجمع يبكي ويتبلبط ويضطرب اضطرابا شديدا قليا، فاستخرت الشيء المؤدي فكان أن حاضنته لم تكن وقفت عليه. وذلك أني لما رأيته لا يسكن عند إدناء الثدي منه ولا عند تعريض الحاضنة للتبرز والبول، ولا يستقر وإن حملته على ساعدها ولا إن داومت تمهيده لتجتلب له النوم. ورأيت فراشه ودثاره ولباسه وسخا، ورأيت الصبي أيضا نفسه قد بدا على بدنه الوسخ لطول عهده بلا استحمام؛ أمرت بأن يُحمَّى وينظف ويبدل فراشه ويجعل لباسه كله نقيا نظيفا؛ فلما فعل ذلك به سكن على المكان وكف عن تلك الحركات المضطربة التي كان عليها، ونام عند ذلك نوما مستغرقا هنيئا طويلا " (3).

إحدى المساهمات البارزة بزغت من العراق قدمها الطبيب النصراني حنين بن إسحق العبادي (ت260ه/875م) . حدد حنين في كتابه "المسائل في الطب" الجوانب التي ينبغي فحصها لدى المريض محاولا الإحاطة بكافة النواحي الممكنة من حياة المفحوص وبيئته وظروفه. يقول حنين: "كم هي الأغراض والمقاصد

التي ننظر فيها عند المداواة ؟ عشرة أغراض. وما هي ؟ أولها ، الغرض المقصود إليه بدلالة نوع المرض. والثاني، المأخوذ من سبب المرض. والثالث، المأخوذ من قوة المرض. والرابع، المأخوذ من مزاج البدن الحادث على غير المجرى الطبيعي. والخامس، المأخوذ من المزاج الطبيعي . والسادس، المأخوذ من سن المريض. والسابع، المأخوذ من عادته. والثامن، المأخوذ من الوقت الحاضر من أوقات السنة. والتاسع، المأخوذ من البلد الذي يسكنه المريض. والعاشر، المأخوذ من حال الهوا في وقت مرضه " (4).

وقد وجدنا فحصا عن طريق ملاحظة السلوكات والحركات والإيماءات اعتمده أبو العباس بن يحي البلدي (ت380ه) للرضع والأطفال الصغار ، حيث يرشد الفاحص قائلا : "وقد يدل على صحته بكاؤه ساعة ولادته ، فإن بكاءه عند ذلك يدل على قوته وشدته . وقد يجب الاستدلال على ذلك من صحة أعضائه وقواه وجودة حواسه وحركاته ، فهذه كلها تدلك على صحة المولود وسلامته . فأما استدلالك على سقمه ومرضه أو ضعفه فيكون بخلاف ذلك من إشاراته، ووضعه إبهامه أو غيرها من أصابعه على عضو من أعضائه. فإن وضع إبهامه أو بعض أصابعه على عضو يدل على ألم ذلك العضو. وذلك أن جميع الحيوان بالطبع يشير إلى ما يؤلمه من أعضاء بدنه ... (بـ) الأعضاء التي يمكن كل واحد من الحيوان من استعمالها . وهذا في الحيوانات في طبائعها وموجود في غرائزها، فاجعله دليلا على ما يتألم من أعضائها " (5).

قفزت العلوم الطبية قفزة عملاقة في مجال التشخيص تمثلت في إصدار جيوفاني مورغاغني لكتابه "الجلسات وأسباب الأمراض حسب التشريح" سنة 1769 ، وهو مجموعة من 700 تاريخ حياة حالة عيادية، مفهرسة بشكل مضبوط، كل واحدة منها تربط تقديمها لعرض المريض مع تقرير حول المرض أعد عن طريق التشريح وطرق تجريبية . مقولة مورغاغني أن الأعراض هي "أنين الأعضاء المتألمة " تتوازى مع بعض المقاربات النفسية التي ترى أن الأعراض هي أنين البنيات والعمليات النفسية التحتية المرضية. وقد بين كتاب الجلسات لمورغاغني أيضا كيف يمكن أن يتقدم علم الطب عن طريق الدراسة "حالة بحالة"، وكيف يمكن أن يتقدم العلم عن طريق إدماج وتنظيم المعلومات المتوفرة (6).

إن أردنا المطابقة بين تطور الطب وتطور علم النفس، يمكننا ذكر مساهمات وأعمال الباحثين المختلفين مثل التداعي الحر الفرويدي والمقابلات وجها لوجه

لألفرد أدلر وتجارب الإشراط السلوكي ودراسات الوراثة السلوكية ويونغ وواتسن ووولب وغيرهم، الذين استخدموا عرضا حيا لدراسة حالات من مناظير نظرية متباينة. إن هذا الفحص النظامي للحالات الفردية قدم مساهمات زادت وطورت فهمنا للأداء النفسي والاضطرابي للفرد وتطويرات معتبرة لعلم النفس العيادي والعلاج النفسي وعلم الأعصاب ودراسة السلوك على حد سواء. هذه الدراسة حالات غالبا ما تضمنت التعليق حول تفكير وتحليل هؤلاء الخبراء. وهي دراسات حالات وصفية، وكانت وسيلة تعليمية ممتازة ونماذج مفيدة للممارسين ليستخدموها في دراساتهم على حالاتهم. ومن فوائدها أنها تصف بالتفصيل عمليات الفحص والتعديلات الفردية الناتجة عن الفحص والعلاج، كما تعرض المشكلات وحلولها، وهذه الأمور عادة ما تفتقر إليها المقالات وغيرها.

تنازعات منهجية في دراسة الحالة

إن مسلمات الفاحص النظرية وتوجهاته الفكرية ونظرته للحياة النفسية واضطراباتها تؤطر كيفية دراسته وصياغته للحالة. هذه المسلمات تفرض تشكيلة من القيود المحورية حول ما يقدره الفاحص سويا لدى حالة ما وكيف يقدره كيفيا وكميا، وحول ما يعتبره " خاطئا " ويحتاج إلى تعديل وكيف يمكن تعديله وكيف ينبغي أو يستحسن تنفيذه . في واقع الممارسة، هناك ثنائيات قطبية تتنازع على القائمين بدراسة الحالة بحيث أن كل قطب يجذبه نحوه على حساب القطب الآخر. ويجد الفاحص الدارس للحالة نفسه مضطرا للانحياز إلى أحد القطبين على حساب الآخر أو السعي إلى التوفيق بين القطبين.

النموذج الطبي مقابل النموذج البعدي :

وجهة النظر التصنيفية - التناذرية تعبر عن النموذج الطبي، وترى أن الحقل الأساسي (وليس الحصري) للطب هو المرض ، وليس الصحة . وتعتبر أن المرض أساسا ظاهرة فردية وليست اجتماعية أو ثقافية . هذا النموذج ترسب عن تأثيرات كرايبلين في "مفهوم المرض" ويرى أن الاضطرابات النفسية والعقلية تختلف عن السواء، وتختلف فيما بينها كيفيا. ويرى أن الأمراض كيانات مرضية سرية، لها أسباب ومسارات ومآلات يمكن التنبؤ بها وأعراضها هي تعبيرات عن بنيات وعمليات مرضية ضمنية . أما أنصار المقاربة البعدية فيؤكدون أن علم النفس المرضي يستحسن أن يعتبر كمنظومة متصلة من السواء إلى اللاسواء . ويحتج ويديغر وفرنسس (1994) بأن النموذج البعدي :

- يساعد في حل معضلات التصنيف ، خاصة في حالات نقص التطابق .
- يحتفظ ببيانات أكثر من النماذج التصنيفية حول الآداء تحت العيادي .

- أكثر مرونة ، لأن النتائج (القياسات) القطعية يمكن أن تستخدم في خلق تصنيفات إن اقتضت ذلك أهداف الفحص أو الممارسة العيادية .
في دراسة الحالة ، يتم تبني أحد النموذجين بناء على ثلاث عوامل هي : قدرة النموذج المتبنى على الوصم ، وجودة التطابق بين وجهة نظر الفاحص ووجهة نظر النموذج المتبنى ، وسهولة الاستخدام (7).

وضع ألفرد أدلر نموذجا بعديا في علم النفس الفردي يعتمد على تقييم شخصية الإنسان وفق بعدين أساسيين هما : بعد النزعة الاجتماعية و بعد النشاط . غير أن أصول أدلر الطبية أضافت إلى نموذجه البعدي ميلا تصنيفيا دفعه إلى وضع تصنيفات بناء على التزاوج بين البعدين، حيث أفرز ذلك وضع أربع أصناف أساسية لمناهج عيش البشر، لكنها ليست طبية بل إنسانية تشمل السواء واللاسواء.

التفسير مقابل الوصف :

عبر أطواره التاريخية، تأرجح علم النفس العيادي بين النماذج الباحثة عن الأسباب والنماذج الوصفية . التنازع بين هاتين الوجهتين يعكس كلا من عدم القناعة بالنماذج الوصفية والقصور العلمي للنماذج الباحثة عن الأسباب الماضية. أبرز من مثل الاتجاه الوصفي الطبيب العقلي كرايبلين، يقابله جوزيف برويز وسيغموند فرويد في النموذج التفسيري . في العصور الأخيرة ، انتعش التركيز على الوصف - المستغني عن التفسير – بداية من عام 1980 بنشر الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث. هذا الأخير يأخذ الاعتبارات السببية في الحسبان لكن مع تخفيضها إلى مستوى الخلفية الراهنة، أي الاكتفاء بمعطيات المفحوص المتعلقة بالحاضر دون الماضي.
يتبنى الفاحص النفسي الأدلري النموذج التفسيري، غير أنه لا يربط تفسيراته بالأسباب الماضية أو الموضوعية، بل بالأسباب الغائية والعوامل الذاتية. ويركز في دراسته للحالة على الحاضر الراهن ويفهم الحالة على أساس شخوصها الغائي نحو أهداف مستقبلية مرتبطة بخلفية ذاتية تنبع من الماضي.

الاستعجالية مقابل التعمق :

أحد أوجه التجاذب "استعجالية – عمق "، هو أن السياق الفحصي يطرح أمام الفاحص عينة محدودة من المواد النفسية في موقف حواري أو اختباري متحكم فيه نسبيا . هذا يمكن أن يقود إلى ميول انتقائية وإلى غموض حول قابليات وحدود المفحوص في السياقات الأخرى .

إجمالا، على الفاحص أن يسعى إلى الموازنة بين الاستعجالية والفهمية . وفي سبيل ذلك يتوجب عليه التحديد الفعال للعناصر التي تسمح بفهم الحالة . يقول أدلر: "في هذه الحالات، الأمر الملح هو اكتشاف ما إن كان المريض يواجه مشكلة ويشعر بعدم القدرة على حلها . من الطبيعي أننا لا نستطيع أن نكتشف ذلك مباشرة. وإن أمكن التكلم مع المريض عن حياته، منذ طفولته الأولى، مركزا بشكل خاص على الحوادث أو المراحل التي تكشف أو تخبئ شعورا مزعجا بالضعف أو بالعجز. وفي نفس الوقت ، أبحث بعين ثاقبة عن علامات النقص العضوي . كلما كنا نستطيع لمس ميل نحو التردد أو التوقف أو الهرب نستطيع أن نملك مفتاح الموقف الحالي " (8). إن الفاحص الأدلري الخبير يمكنه أن يتعرف ويكتشف ويحدد العناصر الأساسية والفاعلة منذ أن يلتقي المفحوص ويصافحه . ويتفادى الإبحار في العناصر التي تبدو مثيرة وهامة بينما هي في الحقيقة لا قيمة لها في صياغة الحالة.

الفردنة مقابل المطابقة :

دراسة الحالة هي أساسا صياغة حول فرد ما مفصلة على مقاس هذا الفرد بعينه. لكن رغم ذلك، عند بلوغ محطة التقييم النفسي على الفاحص الاعتماد على معارفه العامة في علم النفس وأدبيات البحث في علم النفس المرضي وكذا خبراته المهنية في فحص الأفراد الآخرين، خصوصا الحالات المشابهة للحالة المدروسة. إن التطابق بين أي نموذج نظري وأي فرد مفحوص هو في أصله غير مطلق، والصياغة ليست سوى مقاربة لحالة المفحوص. وتبني الفاحص لنظرية تقارب الواقع بشكل كاف يجعله ينجو من الكثير من هذه المزالق إن تمكن من تطبيق هذه النظرية بشكل سليم . علم النفس الفردي يؤمن أساسا بأن كل فرد هو حالة فريدة من نوعها لذلك لا ينبغي الانسياق والخضوع للميل العلمي إلى جمع الأشخاص تحت فئات تطابق بينهم، بل ينبغي الاعتراف بوجود تشابهات بين الحالات غير أن كل حالة تنفرد بخصوصياتها عن كافة الحالات الأخرى ، وينبغي احترام والبحث عن فردانية كل حالة .

البساطة مقابل التعقيد :

يمكن للفاحص أن يبني صياغته للحالة بمصطلحات ومفاهيم بسيطة نسبيا وأقل تعقيدا . غير أن تقديم صياغة مبسطة جدا للحالة يمكن أن يتجاهل أبعادا هامة في شخصية المفحوص أو مشكلته ، أو يسيء فهمها . أما تقديم صياغة معقدة جدا فقد يجعلها غير عملية ومهدرة للوقت والجهد . وكلما كانت الصياغة أكثر تعقيدا كلما ازدادت صعوبة فهمها وإثبات صدقها أو صلاحيتها. من ثم

صارت الموازنة بين البساطة والتعقيد غاية هامة في إعداد دراسة حالة ما. ألفرد أدلر قدم بطارية اصطلاحية بسيطة في متناول الجميع، حتى غير المتخصصين وغير المتعلمين أصلا ، منها الشعور بالقصور وعقدة القصور وابتغاء السمو والتعويض والقوة الإبداعية والنزعة الاجتماعية ... وغيرها . وصياغة الحالة بهذه المصطلحات والمفاهيم يجعلها بالوضوح الكافي والوافي.

الفحص النسخي مقابل الفحص العلاجي :

تنتمي تقنيات الفاحصين إلى فئتين عريضتين :

- تقنيات الاستكشاف : تتمثل في التلقي والفضول وجمع البيانات دون محاولة التدخل التعديلي (العلاجي) . هذه الرزنامة اللاتدخلية هي "استكشاف ما هو كائن" والاكتفاء بـ "التقاط البيانات".

- تقنيات التدخل : تتضمن السعي إلى التدخل ومساعدة المفحوص على بلوغ الأهداف ، إنها رزنامة تعديلية (علاجية) (9).

هنا يقع الفاحص في صراع نفسي أخلاقي علمي مهني يتأرجح فيه بين الاكتفاء بنقل الحقائق وتصويرها كما هي دون تقديم المساعدة اللازمة للمفحوص حين تتاح فرص ذلك ، مقابل التدخل العلاجي لفائدة المفحوص في حال توفر الفرص المناسبة لذلك وبالتالي تضييع إمكانية تحصيل البيانات الدقيقة اللازمة لفهم الحالة المدروسة.

إن بعض التقنيات والأسئلة الاستكشافية يمكن أن تحدث تعديلات أو مفاعيل علاجية لدى المفحوص لأنها تدفعه إلى إدراكات أدق والتفكير بطريقة أصح. وعملية جمع البيانات ككل يمكن أن تكون بداية لاستبصارات جديدة وصياغة أفكار للتصرفات البناءة بالنسبة للمفحوص، إذ تعلم المفحوص جمع وتحديد المعطيات التي يمكنه بناء إدراك المواقف عليها بشكل أكثر دقة وصحة وبالتالي تفسيرها تفسيرات أسلم وأسوى تتيح له فرصة الاستجابات السوية انفعاليا وسلوكيا. لذلك فإن الفاحص الماهر هو من ينجح في الإصغاء والسؤال بطريقة تجعل البيانات الهامة واضحة وتفكك تعقيدات موقف ما وتنيره، في نفس الوقت.

خطوات دراسة الحالة

تتباين المهام الواجب إنجازها في دراسة الحالة حسب المقاربة النظرية التي يتبعها الفاحص. ورغم الاختلافات المتفاوتة الكم والكيف بين الطرق التي تقترحها المقاربات في دراسة الحالة، إلا أن هناك خطوات عامة لا يمكن

للفاحص أن يتم دراسة حالته دون ينجز المهام التي تتضمنها كل واحدة من هاته الخطوات. تتمثل هذه الخطوات المشتركة في :

- الفحص التمهيدي وإعداد الفحص .
- تحديد المشكلة وتعريفها.
- جمع البيانات وعرضها.
- تفسير البيانات والتقييم النفسي.
- التقرير النفسي ومراجعة الصياغة.

يحتاج الفاحص المبتدئ إلى فهم الأساسيات المنهجية والمعايير والقواعد الواجب احترامها. فإذا اكتسب هذا الرصيد المنهجي النظري، سيجد المهارات العملية والتقنيات التطبيقية التي يحتاجها في إعداد دراسة الحالة مقبولة منهجيا معقولة النتائج. بعدما يتمكن الفاحص من مهارات دراسة الحالة ويستخدمها في ممارساته العيادية، سوف يكتشف الطرق المختصرة لإتمام دراسة حالاته بأقل جهد وأسرع وقت. سنسعى فيما يلي إلى تزويد القارئ المتخصص- باحثا كان أو ممارسا أو طالبا- بالمبادئ الأساسية والقواعد الواجب احترامها والمهارات المساعدة على إعداد دراسة الحالة مقبولة منهجيا موثوقة النتائج ، ممهدة لإبداع تدخلات علاجية فعالة .

الخطوة الأولى : العلاقة الفحصية ــ التعاطفية

إن فكرة كون الفاحص "شاشة بيضاء" قد استغنى عنها الفاحصون لأنه صار من المعروف أن الفاحص المبتعد والممحي ليسا حياديين بل هو يشعر المفحوص بالفتور والكراهية والنفور. وقد أشار لمبرت و أوقلس (2004) في -مراجعاتهم النقدية للأدبيات العلاجية- إلى أن العوامل العلائقية (كالثقة والدفء والتفهم والقبول والطيبة والحكمة الإنسانية) يمكن أن تحدث مفعولا في الفحص النفسي والتعديل العلاجي أكبر من مفعول التقنيات الفحصية والعلاجية ذاتهما، فالأشخاص يتجاوبون مع الفحص ويشعرون بالتحسن أيضا عندما يفسح لهم مجال التنفيس والكلام المطول أمام الانتباه التام لمستمع متعاطف صبور هادئ مهتم محترم منشغل مساند ، دون التعرض للخذلان أو التهجم أو الكبح. إن وثق المفحوص في أن الفاحص إنسان معتن فإنه سيميل أكثر إلى البوح بعناصر ذاتية عادة ما يخفيها عن الآخرين (10).

يقول أبو بكر الرازي في رسالته لتلاميذه : "واعلم يا بني أنه ينبغي للطبيب أن يكون رفيقا بالناس، حافظا لغيبهم، كتوما لأسرارهم، لاسيما أسرار مخدومه، فإنه ربما يكون ببعض الناس من المرض ما يكتمه عن أخص الناس به : أمه

وأبيه وولده . وإنما يكتمونه خواصهم ويفشونه إلى الطبيب ضرورة . وإذا عالج من نسائه وجواريه وغلمانه أحدا فيجب أن يحفظ طرفه ولا يجاوز موضع العلة " (11).

في أحد منشوراته سنة (1927)، وصف أدلر النزعة الاجتماعية بمصطلحات التفهم التعاطفي قائلا: "... (هناك) عبارة يمكن أن تشرح لنا بوضوح ما نود شرحه : "النظر بأعين الآخر، والسمع بآذان الآخر، والإحساس بقلب الآخر". وأكد مناستر وكورسيني (1982) أن النزعة الاجتماعية الخالصة تخص كل الناس في كل الأزمنة بكل الطرق ، فوقود النزعة الاجتماعية هو القاعدة الذهبية: "افعل للآخرين ما تود منهم أن يفعلوه لك". وقد أكد الأدلريون طريقة أدلر في النظر إلى دور التعاطف في النزعة الاجتماعية، فالشخص ذوو النزعة العالية قادر على "تفهم وتقدير الخبرات الذاتية للمفحوصين، وعالمهم الخاص وآراءهم. مثل هذا الشخص يكون متسامحا، بمعنى أنه يكون عاقلا ومتفهما وقادرا على التعاطف والتقمص". يقول كارل روجرس (1989) أن ظرف التعاطف يحدث حينما "يعيش المعالج خبرة تفهم تعاطفي صحيح لوعي العميل، لخبرته الشخصية بنفسه. أن يحس بعالم العميل الخاص كأنه عالمه هو، لكن دون فقدان جودة "الكأن"، هذا هو التعاطف وهو يبدو ضروريا في العلاج". وأضاف رسكين وروجرس (1989) : "أن تكون متعاطفا يعني موقفا من الاهتمام العميق بعالم مفاهيم ومشاعر العميل كما يود العميل تقاسمه معك".

وشدد أدلر على توفير جو علاجي "مشجع" يشعر فيه العميل أن لديه رخصة أن يكون "كما هو" مع المعالج (12). وفرض أدلر على المعالج النفسي "أن يترك كل طموح شخصي وكل نزق أو حساسية حول نفوذه. ويجب أن لا يطلب أي شيء من المفحوص. فهو يقوم بدور الأم فيما بعد، ويجب أن يعمل بتفان مشابه لتفاني الأم ، لتلبية حاجات المفحوص " . وأضاف أدلر : "القاعدة الأولى خلال العلاج هي ربح ثقة المفحوص . والقاعدة الثانية بالنسبة للعالم النفسي هي أن لا يهتم بنجاحه على الإطلاق. فإن فعل ذلك فإن هذا النجاح قد يفلت من بين يديه " (13). ويوضح أدلر في تأليف آخر " إن مهمة (المعالج) هي تزويد العميل بخبرة الاتصال مع قرين بشري، ثم تمكينه من تحويل هذه النزعة الاجتماعية الموقظة لتعم الآخرين... مهما كانت الظروف، لا بد أن يشعر المسترشد ويقتنع أنه في العملية العلاجية مطلق الحرية ، يستطيع أن يفعل ما يشاء وأن لا يفعل ما يشاء".

إيجازا، اعترف أدلر بأن المعالج العالي النزعة الاجتماعية يتسم بالوعي بذاته وبالإخلاص في علاقته مع متعالجه ، كالصدق مثلا. هذه الأفكار الضمنية في

كتابات أدلر تولى شرحها بإسهاب الأدلريون. أكد مناستر وكورسيني (1982) أن الأشخاص ذوي النزعة الاجتماعية العالية يمتلكون شجاعة أن يكونوا غير كاملين. لقد "تعلموا أن يتقبلوا ذواتهم بما تتصف به من هشاشة وضعف" وآمنوا أنهم مقبولون رغم كونهم غير كماليين. إذا ما استطاع المعالج امتلاك هذه الطباع فقد يتمكن المتعالجون أيضا من مضاهاة معالجيهم، الذين يتخذون منهم مرجعية للسواء" (14).

الخطوة الثانية - الفحص الاستطلاعي

يستهل الفاحص جلسته الاستطلاعية مع المفحوص بالسؤال عن القصة العامة التي ينبغي الحديث عنها منذ البداية . على الفاحص أن يعتبر الجلسات (الثلاث) الأولى فحصا استطلاعيا ، وأن يخبر المفحوص أن هذه الجلسات هي مرحلة استطلاع واستعلام لا يمكن من خلالها تقديم نتائج ملموسة، فحصية كانت أم علاجية . بل يحتاج الفاحص إلى العديد من الجلسات للتعرف على شخص المفحوص وفحص الفرضيات المرجحة حتى يتمكن من خلق وتيرة متناغمة مع فردانية المفحوص. وإلا سينشغل الفاحص بجمع البيانات، وهذا ما يحول مهمته إلى استجواب أو تحقيق.

إن الفحص الاستطلاعي الجيد عموما يتم عبر ثلاث مراحل. في البداية ينبغي على الفاحص أن يكون لاتوجيهيا قدر المستطاع وأن يشجع المفحوص على سرد قصته بكل حرية وأن يتجاوب معه بإصغاء وتعاطف واهتمام . ثم ينتقل الفاحص إلى الفحص المكثف فيجمع خلاله البيانات مع الحفاظ على التعاطف ، قبل أن يصل إلى اختتام الفحص التمهيدي . مع اقتراب نهاية جلسة الفحص الاستطلاعي، إن طفا موضوع لم تتم مناقشته يمكن للفاحص طرح أسئلة مباشرة. في نهاية الجلسة يتم التشاور والاتفاق حول الجلسة المقبلة، وحتى حول أساليب الفحص وغيرها (15).

الخطوة الثانية - تحديد المشكلة

منذ بداية الجلسة الأولى يباشر الفاحص سعيه إلى تحديد المشكلة أو المشكلات التي يطرحها المفحوص أو يعاني منها دون أن يذكرها. يعد الفاحص قائمة يدرج فيها كل مشكلة منفردة تخطر بباله مستوحيا إياها من محتوى حواره مع المفحوص (البيانات الذاتية) ومن ملاحظاته ونتائج تطبيقه للأدوات النفسية خلال أو خارج الجلسة (البيانات الموضوعية). إن تحديد المشكلة يستغرق وقتا وغالبا ما يخضع للمحاولة و الخطأ. بمجرد أن يشرع المفحوص في الحديث يباشر الفاحص محاولاته لتحديد المشكلة. وخلال سرد وتكشف قصة المفحوص يسمع

الفاحص مشكلات أخرى، وتتراءى له بعض المشكلات في أسلوب تفاعل المفحوص. لذلك على الفاحص أن يعد قائمة أولية تضم كل ما يبدو له كمشكلة.

تستقى القائمة الأولية للمشكلات من أطروحات المفحوص ومن أسئلة وملاحظات الفاحص، وأحيانا من الأشخاص المحيطين أو من تقارير أخصائيين سابقين. ويتم إعطاء كل مشكلة عنوانا خاصا. يقوم الفاحص بتدوين جميع الشكاوي والمشكلات التي طرحت خلال الجلسات من وجهة نظر المفحوص نفسه وحتى أطراف أخرى ذات علاقة بالمفحوص (أفراد أسرته، أصدقائه ، معلموه، أو زملائه في القسم أو العمل..) .

قاعدة 1 – لابد أن تكون المشكلات المحددة مشكلات نفسانية .

على الفاحص أن يحرص على أن لا يتجاوز حدود اختصاصه وأن لا يتسرع في قبول فحص الحالة قبل أن يتأكد أنها في دائرة تخصصه كفاحص نفساني . لذلك ينبغي أن يتثبت الفاحص من أن المشكلات المطروحة هي مشكلات نفسية وليست عضوية أو اجتماعية أو غيرها . يشرح ألفرد أدلر في كتابه (دراسة حالات في) "العصاب" كيفية تسييره للجلسات الأولى في التالي : "خلال المقابلات الأولى مع المفحوص يتعين علينا أن نتأكد بأننا حقيقة أمام حالة عصاب . لقد اعتدت شخصيا ، بعد الاستماع إلى شكوى المفحوص ، أن أعمل بطريقة أو بطريقتين : إن شككت بعدم وجود اضطراب عضوي أستطيع مؤقتا أخذ هذا الشكل بعين الاعتبار وأن أبدأ البحث عن ظروف ومنهاج عيش الفرد . من جهة أخرى ، عند وجود اضطرابات عضوية مؤكدة ، أتفحص وأدقق فيما إن كانت شكوى وآلام المريض أكبر مما يبرره المرض ، أي أننا أمام مرض نفسي وعضوي في نفس الوقت " (16).

قاعدة 2 - لا بد أن تكمن المشكلة المحددة في المفحوص شخصيا.

من الأخطاء الجسيمة في تحديد المشكلات وتعريفها أن تنسب إلى شخص من محيط المفحوص، وأن يكون حلها مرهون بأداء الغير وليس أداء المفحوص. وفي هذه الحال، لم يعد الشخص المراد فحصه يصلح كحالة للدراسة لأنه ليس له مشكلة أصلا. مثلا: "شكاوى من زوج مهمل" أو "تذمر من زوج متمركز على ذاته"، لا تصلح كعنوان للمشكلة لأنها تنسب المشكلة إلى الزوج لا إلى المفحوصة. أما "شعور بالوحدة النفسية مع زوج مهمل" أو "صعوبة في الإشباع في العلاقة الزوجية" فهي تصلح كمشكلات وعناوين مشكلات لأنها تشير إلى مشكلة لدى المفحوصة.

قاعدة 3 - تحدد المشكلات الحقيقية القابلة للدراسة والفحص أو التدخل العلاجي والحل .

إن الانفعالات المكروهة كالغضب والخوف والحزن جزء لا يتجزأ من الحياة النفسية العادية وليست مشكلات . وواجب الفاحص أن يتعرف على حقيقة ما يعانيه المفحوص، وأن لا تخدعه التوقعات غير الواقعية من الحياة "ما ينبغي أن يكون" في تحديده وتعريفه للمشكلات المطروحة ، فالمشكلة لا ينبغي أن تتعلق بمواقف عسيرة أو صعوبات الحياة بل بمشكلات نفسية فعلية. مثلا: " إجهاد عقب تغيير منطقة السكن" أو "تغيير الوظيفة ..." أو "تظاهرات اكتئابية مرفقة بأداء مهني متدني...". ويجب تجنب استخدام العبارات التي تفيد تفسيرا، مثل: بسبب، راجع إلى، ناتج عن... وغيرها . أما عبارات "عقب" و"مرفقة" فهي وصفية وليست تفسيرية.

قاعدة 4 - المشكلات تتعلق بالقصورات النفسية والآدائية .

علم النفس الفردي باعتباره علم نفس توظيفي يرى أن العبرة ليست بما يملكه الفرد بل بمدى وكيفية توظيفه. لذلك فالمشكلات تدرك أساسا على قاعدة القصور في التوظيف والأداء . يصف مصطلح القصور -حسب قودمان وبراون وديتز (1992)- سوء أو انخفاضا أو ضعفا أو تلفا أو اختزالا في القدرة على الأداء . القصورات هي دواعي حاجة المفحوص إلى الفحص والعلاج أو الطريدة المستهدفة بالفحص من قبل الفاحص. إنها ليست أسباب حدوث الاضطراب في حد ذاته، بل هي تظاهرات ملحوظة وقابلة للاستهداف بالفحص وبالتدخل النفسي، وتقتضي المعاينة والكشف وتستحقها. واستخدام مفهوم القصور في تحديد نوع مشكلة ما أكثر عملية من استخدام جداول التشخيص. ويضيف الباحثون الثلاثة أن جداول التشخيص غير كافية لاتخاذ القرارات العيادية وأن على النفساني أن يسأل نفسه "ما الذي يستهدفه بالفحص النفسي أو التدخل العلاجي؟" (17) .

قاعدة 5 - تضبط قائمة المشكلات عن طريق الاختزال والتكثيف والتحديث.

إن دون الفاحص كل مشكلة مفردة تعرف عليها خلال الجلسات مع المفحوص أو من لهم علاقة به، فإن قائمة مطولة ستجمع لديه غالبا. اقترح آرون بيك : "حينئذ لا مفر مما يسمى "اختزال المشكلة" ، أي تعرُّف المشكلات المتشابهة من حيث المنشأ وضمها معا ". وأضاف "صورة أخرى من صور اختزال المشكلة تتمثل في تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض". كما اقترح آرون بيك تقنية

التكثيف، لكنه استخدم خطأ مصطلح "الاختزال" ، حيث قال : "يمكن تطبيق مبدأ اختزال المشكلة أيضا بشأن الأعراض المتنوعة التي يشملها مرض معين كالاكتئاب ..." (18) .

كما بإمكان الفاحص خلال تعريفه للمشكلات تحديث قائمة المشكلات عن طريق تعديل وتغيير بعض المشكلات بناء على توفر بيانات جديدة.

الخطوة الثالثة - تعريف المشكلة

إن تعريف المشكلة يساعد على تركيز المناقشة أثناء التقييم النفسي ويحميه من أن يكون مناقشة تجريدية حول شخصية المفحوص أو التوجه النظري للفاحص. في الواقع لا توجد طريقة محددة موحدة لتعريف المشكلات، بل تعريف المشكلة نشاط إبداعي ويمكن تعريف المشكلات بطرق شتى، أحيانا تقفز إلى البال عناوين جيدة منذ بدايات الفحص . ولإعداد قائمة المشكلات المعتمدة ينبغي أن تجرد جميع عناصر القائمة الأولية تحت عنوان واحد أو أكثر.

قاعدة 6 - تعريف المشكلة يكون بإعطائها عنوانا يصفها .

العنوان الجيد هو الذي يصف مشكلة دقيقة وفعلية وقابلة للدراسة والفحص. وهو يكون عنوانا مختصرا في جملة خاصة، لا تكون عبارة مطولة ولا كلمة مفردة. غالبا ما يبدأ عنوان المشكلة بعبارات قصورية كـ "صعوبة في.."، "نقص في.."، "إفراط في.."، أو يستخدم مصطلحات لمشكلات معروفة كـ "قلق حول..."، "تظاهرات اكتئابية.."، "صراع يتعلق بـ.." "توتر..." (19).

قاعدة 7 - العناوين الجيدة هي التي تصف المشكلات بالمعاناة والحدة والتكرارية أو تصف الأداء غير الملائم للمفحوص.

إن أحسن العناوين هي التي تعبر عن معاناة المفحوص والمحيطين به جراء سلوكات المفحوص، مثل إحباط أو صراع أو اكتئاب..؛ أو تصف العناصر بالشدة أو الضعف، مثل نقص التركيز أو غضب حاد ..؛ أو تشير إلى طول مدة الاستجابة ، مثل حزن مزمن أو نوبات غضب متكررة ..؛ أو الأداء غير الموفق من قبل المفحوص ، مثل صعوبة التعامل مع ...، عجز عن ...، آداء متدني في ...

قاعدة 8 - عنوان المشكلة خصوصي مركز على الحالة المدروسة .

ينبغي أن تكون العناوين خصوصية بما يكفي لحصر التركيز على الحالة المدروسة. ولجعل العنوان خصوصيا لحالة محددة تضاف تفاصيل تتعلق بالحالة

المدروسة، دون أن تكون تفسيرا. إحدى أساليب اكتساب مهارات تعريف المشكلة هي "التعديد ثم التفضيل" حسب واتزلافيك ومساعديه (1974) ، أي صياغة عنوان المشكلات بصياغات عديدة ومختلفة ثم اختيار أصلحها من قبل الفاحص أو المفحوص أو كليهما معا. ويمكن للفاحص أن يصيغ عنوانه ويعيد صياغته مرارا إلى أن يصل إلى أنسب العناوين وأكثرها انطباقا وحصرية على الحالة المدروسة .

قاعدة 9 - إعداد قائمة المشكلات مهمة مشتركة بين الفاحص والمفحوص. في الفحص النفسي الأدلري ، يكون تحديد العنوان عادة بالاتفاق بين الفاحص والمفحوص إذ لا يمكن أبدا تجاهل عرض المفحوص للمشكلة . ينبغي التذكير أن الصورة الأولى التي يطرحها المفحوص هي غالبا ليست المشكلة الحقيقية، بل هي قضية ثانوية أو سطحية يستغلها المفحوص كشهادة تسجيل في عملية الفحص، في انتظار اكتمال تقييم المفحوص للفاحص وزيادة الثقة ونمو شجاعته على البوح بأسراره. كما أن من المحتمل أيضا أن تتعدل إدراكات المفحوص لمشكلاته خلال الجلسات الأولى . من ثم يمكن أن يخضع عنوان المشكلة للتعديل الكبير عن الصيغة التي طرحه بها المفحوص (20). لذلك تذكر الآلام التي حملها معه المفحوص إلى الفحص، في حين أن تعريفه للمشكلة يحفظ ولا ينبغي تبنيه آليا .

قاعدة 10 - قائمة المشكلات تكون كاملة ومفهومة .

لضمان اكتمال قائمة المشكلات يتوجب على الفاحص جمع بيانات دقيقة ومفهومة . أفضل طريقة لتقييم اكتمال قائمة المشكلات هي الاستشارة والفحص والمناقشة الجماعية للحالة و كذا التشاور مع المفحوص بالنسبة للفاحص الأدلري. إن عدد المشكلات التي تدرج في القائمة يخضع أيضا لتقديرات الفاحص وإمكاناته ولدافعية المفحوص وظروفه وإمكاناته، إذ ليس كل مشكلة نصادفها لابد أن ندرجها، لأن المفحوص قد يعاني مشكلات يسعى إلى التخلص منها وأخرى لا يكترث لها في الوقت الحالي. أما إغفال مشكلات فهو خطأ أفدح من إدراج مشكلات كثيرة .

الخطوة الرابعة – جمع البيانات .

يشير مصطلح جمع البيانات إلى مجموع المعلومات الخاصة بالحالة . وتخضع نوعية دراسة الحالة المصاغة إلى قدرة الفاحص على تحصيل بيانات كاملة وموضوعية ودقيقة حول الحالة المدروسة. طبيعة العلاقة الفحصية

وشخصية الفاحص وسياق ومجريات الفحص كل ذلك يؤثر في البيانات ، كما وكيفا . جمع البيانات يكون من الجلسة الأولى وحتى قبلها . ويستغرق جمع البيانات اللازمة وقتا وجهدا، ولا تكفي جلسة واحدة لذلك، بل تقتضي عدة جلسات . تجمع البيانات أساسا من عند المفحوص، وأيضا من الأشخاص ذوي العلاقة به، ومن مصادر أخرى كالمذكرات والرسائل والتقارير. وتجمع بأدوات مختلفة: مقابلات وملاحظات واختبارات وتقارير نفسية سابقة ... وغيرها. يتطلب جمع البيانات قدرة الفاحص على التحكم في الأدوات المنهجية المناسبة ، ومهارات تحصيل البيانات بالوسائل الحرة . المقابلة والملاحظة عادة ما تكونان الأداتين الرئيسيتين لجمع البيانات في دراسة الحالات العيادية ، لذا يتوجب على الفاحص التحكم في هاتين الأداتين والمهارة فيهما.

قواعد جمع البيانات :

القاعدة 11 - جمع البيانات من منطلق الجهل التام بها .

أغلب الفاحصين المبتدئين يعدون أسئلة مرهونة بنوعية التقرير النفسي الذي يسعون إلى صياغته. هذا التوجه يحصر ويحد من محتوى المادة التي يمكن أن يقدمها المفحوص. هذا التوجه يحرم أيضا من ملاحظة أداء المفحوص، رغم أنه ذو أهمية لا تقبل الإهمال ، لأن كيفية تقديم المفحوص للبيانات هي في حد ذاتها جزء هام من البيانات : كيف ينظم المفحوص معلوماته ، درجة مبادرته أو إحجامه ، تركيزه على الموضوع أو حياده عن السكة ...

القاعدة 12 - تفادي التدخلات المتسرعة .

في جمع البيانات ينبغي كبح النفس عن التدخل التعديلي أو العلاجي قبل إحراز أو تشكيل صياغة صحيحة يسترشد بها الفاحص . ينبغي البدء بجمع البيانات وتكوين وفحص الافتراضات كمهمات أولية ، أما التدخلات التعديلية والعلاجية فهي تتغذى من الصبر والروية ، لكن دون المبالغة في التأني ، لأن بعض الفرص التدخلية قد تتاح مبكرا ثم لا تعود إلا بعد أمد طويل من سير عملية الفحص أو العلاج .

كما أن المتوقع شروع المفحوص في تعديل سلوكه منذ أول اتصال له مع الفاحص، وهذا ما يجعل من المستحيل تحصيل بيانات خالصة حول كيف كان المفحوص قبل مباشرة الفحص.

أدوات جمع البيانات :

يعتمد الفاحصون الأدلريون المقابلة باعتبارها الأداة الأكثر عملية ومرونة في جمع البيانات ، رغم اعترافهم بقيمة الأدوات الأخرى. العديد من الباحثين يشجعون على استخدام عدة أدوات لجمع البيانات ، ويؤكدون على جمع كافة البيانات ، الهامة وغير الهامة . أما الفاحص الذي يتبنى توجها نظريا محددا كالفاحص الأدلري يركز فحصه على بيانات معينة أكثر من غيرها . يستخدم الفاحصون العديد من الأدوات ، خاصة الاختبارات النفسية واختبارات السلوك والملاحظات بالإضافة إلى نشاطات أخرى كالمهام المنزلية وأداء الدور وغيرها. يمكن الحصول على البيانات بهذه الأدوات عن طريق المقابلة ، كما يمكن أن تطبق هذه الأدوات أثناء المقابلة ربحا للوقت والجهد واختصارا للمسار. نتيجة جمع البيانات هي ضبط "قائمة مشكلات" أو مجموعة الظواهر النفسية أو السلوك المستهدف، التي تشكل ركيزة التفسير أو تنظيم باقي أجزاء دراسة الحالة، خاصة التقييم النفسي والتقرير النفسي (21).

المقابلة النفسانية

المقابلة هي الأداة الرئيسة والسيدة في الفحص النفسي الأدلري والعلاج ، لذلك يحتاج فهمها واكتساب قواعدها وتعلم مهاراتها إلى عرض مفصل مميز يستوفي حقها من الأهمية والتركيز . والمقابلة هي أم الأدوات، إذ أن كل الأدوات النفسية الأخرى هي مشتقات المقابلة ، لأنها مبنية على أساس تنظيم موجه للمثيرات يسمح بالحصول على بيانات محددة من خلال استجابات المفحوص لتعليمات كل أداة .

تعريف المقابلة : من وجهة نظرنا يمكن أن تعرف المقابلة على أنها " تفاعل ممنهج شامل بين طرفين ، أولهما فاحص والآخر مفحوص ، يسعى فيه الطرف الأول إلى استثارة استجابات مستهدفة لدى الطرف الآخر " .

قولنا "تفاعل ممنهج شامل" يعني عملية مدروسة يتم خلالها تبادل المثيرات والاستجابات اللفظية والسلوكية والرمزية والمعرفية والوجدانية والفيزيولوجية بين طرفين مختلفين متفقين . أول الطرفين متخصص مؤهل للفحص النفسي أو العلاج، يتمثل في فرد واحد فاحص أو معالج في حالات الفحص أو العلاج الفردي، أو فاحصين اثنين عادة ما يكونان ذكرا وأنثى مثلما في حالات فحص أو علاج الأزواج ، أو عدة فاحصين كما هو الحال في المسرح النفسي . أما الطرف الآخر فهو الطرف المفحوص ، وهو الذي يستهدفه الطرف الأول بالفحص بصفته حالة للدراسة أو يستهدفه بالعلاج بصفته طالبا للمساعدة النفسية ، ويتمثل في فرد واحد في حالات الفحص الفردي أو العلاج ، أو فردين كما في حالات

فحص الأزواج أو العلاج الزوجي ، أو عدة أفراد مثلما نقوم به في العلاج الجمعي والعلاج الأسري والمسرح النفسي ... وغيرها .

إن جوهر هذا التفاعل الذي توفره المقابلة هو أن يستثير الطرف الفاحص استجابات صريحة وضمنية لدى الطرف المفحوص تستهدفها عملية الفحص أو العلاج ، فإن كان العمل فحصيا كان الغرض من التفاعل تحصيل البيانات من خلال كافة الاستجابات التي تصدر عن المفحوص تبعا للمثيرات القصدية أو غير القصدية التي يصدرها الطرف الفاحص؛ أما إن كان العمل علاجيا فإن الطرف الفاحص يستهدف إحداث تأثيرات على الطرف المفحوص تقوده إلى تعديلات معرفية ووجدانية وسلوكية وحتى جسمية مستهدفة تبعا للمؤثرات القصدية أو غير القصدية التي يصدرها الطرف الفاحص.

وبما أن المقابلة هي الأداة الملكة في جمع البيانات في علم النفس الفردي، فإن كمية ونوعية وقيمة البيانات المحصلة تخضع لخصائص الفاحص، من نفسية وعقلية وسلوكية ومهارية. على الفاحص أن يكون ذا نزعة اجتماعية عالية يمتلك قدرة التعاطف ويستطيع إشعار المفحوص بأنه يحظى بالفهم والاحترام . ينبغي عليه أن يمتلك قدرة وصف أداء المفحوص واستنباط البيانات من كل ما يصدر عن المفحوص ومهارات طرح الأسئلة المركزة دون توجيه للإجابات. ويحتاج الفاحص إلى الكفاءة في تطبيق أسلوبين فحصيين هما التقفي والتحكم، وأن يعي متى يطبق كل واحد منهما وكيفية تطبيقه.

- أسلوب التقفي : هو متابعة ما يقوله المفحوص ، مع تقليص التدخلات إلى أدنى حد حتى يتيح للمفحوص سرد قصته بكل حرية وبأسلوبه الخاص وعباراته الشخصية ، دون تلقين من الفاحص. واستجابات الفاحص اللفظية والسلوكية والفيزيولوجية تتبع مباشرة مما قاله المفحوص، ولا ينط إلى موضوع مختلف. عليه أن يبذل جهده من أجل التوازي مع إيقاع المفحوص ولغته ووضعيته الجسمية.

- أسلوب التحكم: هو توجيه المفحوص نحو وجهة اختارها الفاحص لكي يجمع بيانات خاصة حولها أو فحص فرضيات معينة أو إجراء التقييم النفسي أو إعداد صياغته الخاصة للحالة . يحتاج الفاحص هنا إلى مهارة استخدام الأسئلة وكذلك أقوال المفحوص ، ومهارة توجيه وحصر تشعبات المقابلة .

إضافة إلى ذلك، على الفاحص أن يمتلك مهارة الصمت وأن يجيد استغلالها. عليه أولا أن يكون قادرا على تحمل الصمت، ثم لا يكتفي بالصمت بعض اللحظات بعد توقف المفحوص عن الكلام فحسب بل يفسح المجال أيضا لفترات صمت مديدة حتى يتيح للمفحوص الفرصة لمراجعة والتفكير فيما قاله ويعطيه فترة لالتقاط أنفاسه ويمنحه فرصة أخذ زمام المبادرة في التفاعل (22). وكذا ليمنح لنفسه فرصة ملاحظة المفحوص ككل، إذ ينصح ألفرد أدلر بـ "أسلوب يبدو لي ذا فعالية كبيرة ، وهو المتمثل في عدم الإصغاء إلى أقوال المفحوص خلال لحظات ، ومحاولة فهم نواياه العميقة ذات الصلة مع وضعيته عن طريق ملاحظة اتجاهاته وحركاته . في هذه المناسبة سندرك أحيانا بوضوح التباعد بين البيانات البصرية والبيانات السمعية . وهذا ما يسمح أحيانا بفهم أحسن لمعنى العرَض " (23) .

وعندما يشعر الفاحص أن من الأحسن كسر الصمت فلا بد أن يكون الحث على الكلام بتشجيع المفحوص على التعبير عما يجري بداخله وجدانه بدلا من الحديث في موضوع آخر (24).

الملاحظة النفسانية

يمكننا أن نعرف الملاحظة بأنها "استنفار الطرف الفاحص انتباه كافة المستقبلات الحسية والوجدانية والمعرفية والروحانية لديه من أجل التقاط أي بيانات أو رسائل تصدر عن الطرف الملحوظ ، قصدية كانت أو غير قصدية ، وصريحة كانت أو ضمنية ، في مواقف خاصة أو في مواقف طبيعية أو في مواقف معدة لذلك ".

وقولنا الطرف الفاحص إنما نقصد به أن يكون القائم بالملاحظة فردا واحدا أو عدة أفراد. لكن خلافا للمقابلة النفسية فإن القائم بالملاحظة لا يشترط أن يكون من أهل الاختصاص، بل يكفي أن يتلقى تدريبا على الملاحظات المطلوبة أو حتى تعليمات دقيقة. الملاحظة بشكلها المثالي يقوم بها فاحص متخصص خبير، لكن يمكن أن يستعين أو ينوب عنه متربصون تلقوا تدريبا على الملاحظة، أو أشخاص من ذوي العلاقة بالمفحوص بحيث يستطيعون ملاحظته بسهولة وسلاسة كالأولياء والمعلمين والأساتذة والمراقبين والمسؤولين على المفحوص في العمل. كما يمكن تكليف الطرف المفحوص بملاحظة نفسه بنفسه بإعطائه تعليمات محددة يطبقها على نفسه.

وقولنا "استنفار" نقصد به اتخاذ الإجراءات القبلية بأن يستعد الطرف الفاحص ويوفر لنفسه أحسن الظروف التي تمكنه من الملاحظة الدقيقة للطرف المفحوص وتوفير الأدوات التي تسمح له بالتقاط الملاحظات بفعالية كجداول الملاحظات وأجهزة التسجيل السمعي والبصري وأجهزة الفحص العضوي ... وغيرها .

وقولنا " انتباه " نعني بها جمع وتركيز قدرات الملاحظة لدى الطرف الفاحص ، بناء على مسلمة فحصية مفادها توقع تسرب البيانات المطلوبة من الطرف المفحوص من أي ناحية وفي أي لحظة، لذلك ينبغي تسليط انتباه الطرف الفاحص على كافة جوانب الطرف المفحوص في كل لحظة ليكون الملاحظ في استقبال البيانات الصادرة . إن كانت الملاحظة خلال المقابلة يكون تسليط الانتباه أعسر على الفاحص المبتدئ نظرا لاحتمالات انسياقه وراء حديث المفحوص وغفلته عن البيانات القابلة للملاحظة، خاصة أنها متعددة المسارب.

أما قولنا المستقبلات الحسية والوجدانية والمعرفية والروحانية فنقصد به كافة وسائط استقبال البيانات. أول هذه المستقبلات الحواس، ويرأسها السمع والبصر . من الخطأ الانسياق وراء مصطلح " ملاحظة "، المشتق من الفعل "لاحظ" بمعنى شاهد بالعين. فالملاحظة ليست أسيرة البصر، بل تستخدم عدة حواس من سمع وبصر وشم ولمس، ونستثني منها الذوق فقط. فالملاحظة تشمل مؤشرات صوتية كنبرة الصوت وإيقاعاته وتغيراته وشدته ... وغيرها، وتشمل ملاحظة ردود الفعل خاصة الفيزيولوجية والإيماءات والحركات ... وغيرها ، وشمية تشمل عناية الطرف المفحوص بذاته مثل تعطره وطهارته من الروائح ... وغيرها ، ولمسية مثل حرارة مصافحته وقوة يده ... وغيرها .

والمستقبلات الوجدانية هي مشاعر الطرف الفاحص التي تفرز انطباعات حول ما يصدر عن الطرف المفحوص من رسائل وجدانية ، مثل الشعور بسهولة معاشرة المفحوص وعفويته وطيبته أو صعوبة التواصل معه وانغلاقه وحذره ومزاجيته ... وغيرها . وهذا النوع من الملاحظات عادة ما يغفل الفاحصون عن جمعه أو الحرص على تعقبه ، وكثيرا ما نجد الفاحصين عاجزين عن ملاحظة هذه البيانات بسبب اعتقادهم أنها بيانات ذاتية غير مقبولة منهجيا . وهو ما يضيع عليهم أرصدة من البيانات الهامة الحاسمة، التي تفيدهم في دراسة وصياغة الحالات.

والمستقبلات المعرفية هي كافة القدرات الذهنية التي يمكن للطرف الفاحص أن يجندها في سبيل ملاحظة البيانات، خاصة البيانات المخفية. هنا يسلط

الفاحص كافة الوسائط المعرفية لملاحظة البيانات المبثوثة بين طيات كل ما يصدر عن الطرف المفحوص ، منها ملاحظة مواقف المفحوص تجاه عملية كالالتزام بالمواعيد والتقيد بالتزامات الفحص ، وتوجهات المفحوص ومواقفه المتكررة وأساليبه في الاستجابة وفي التعبير كالتركيز على الموضوع المطروح أو الخروج عنه... وملاحظة حركات المفحوص داخل المواقف المسرودة وليس خلال سرد المواقف فحسب، والضمائر الطاغية على عبارات المفحوص، والأزمنة التي يركز عليها في توجيه حديثه... وغيرها من الملاحظات المعرفية .

يعتبر أدلر الملاحظة فعالة جدا وثرية بالبيانات ، بل أكثر فعالية من المقابلة في فحص بعض الحالات أو إن كان الفاحص متمرسا حاذقا بما فيه الكفاية . يقول أدلر في كتابه (دراسات حالات في) "العصاب" : "من الطبيعي أن يعبر الفرد عن نفسه من خلال كل جسده ، ومن المتفق عليه أن نراقب حركات شخص ما : طريقته في المشي والجلوس والابتسام والهز ...وغيرها. وهذه الملاحظة هي أكثر دلالة من ملاحظة وسماع ما يقول . نستطيع أن نذهب بعيدا ونطبق هذا الأمر في تقدير الأعراض " (25).

إن إحدى المستقبلات التي انفرد بها ألفرد أدلر عن باقي علماء النفس المعاصرين له هي تشديده على أهمية الحدس في الوصول إلى بيانات صحيحة ودقيقة ، دون المرور عبر الخطوات المنهجية أو المسارات الاعتيادية المشروطة من قبل علماء النفس والمنهجيين . فقد كان ألفرد أدلر يلح دائما على أن بإمكان الفاحص أن يتلقى بيانات صافية أو أن يوجه بحثه في اتجاهات صحيحة لم تكن مسطرة أو تحضره تفسيرات وأحكام جاهزة لم يبنها ، ويتأتى له باستخدامه لقدرته الحدسية السليمة . من ذلك أن يحدس الفاحص إلى أن المفحوص يستخدم مشكلته لعقاب شخص ما في محيطه ، هو الأم عادة .

نقصد بالمواقف الخاصة التي يعلم الطرف المفحوص أنه سيخضع للفحص فيها ، مثل موقف العلاج النفسي أو الفحص النفسي . والمواقف الطبيعية هي قيام الطرف الفاحص بملاحظة الطرف المفحوص في بيئته الطبيعية كالأسرة والمدرسة والعمل، سواء بعلمه أو دون علمه. أما المواقف المعدة فهي المواقف التي يبنيها الطرف الفاحص خصيصا ليلاحظ أداء الطرف المفحوص فيها ، كترك المفحوص في قاعة الانتظار مدة أطول من المبرمجة وملاحظة أدائه خلال فترة الانتظار .

للنجاح في الحصول على ملاحظات دقيقة ومفيدة، على الفاحص أن يطور مختلف القدرات المتعلقة بالمستقبلات الحسية والوجدانية والمعرفية والروحية. وقبل ذلك أن يمتلك أو يطور قدرة عالية على الانتباه وحصر التركيز على عملية الفحص، وأن يتقي فترات الغفلة والتيه أو أن يقللها إلى الحد الأدنى. كما عليه أن يطور قوة التذكر الفوري والاسترجاع في الوقت المناسب حتى يتمكن من ملاحظة التكرارات والتغيرات والتباينات عبر مختلف مراحل الفحص. الفاحص الذي يجد صعوبة كبيرة في تطوير هذه القدرات أو عجز عن ذلك، يتوجب عليه أن يعوض هذا القصور عن طريق استخدام الوسائط التقنية كالتسجيل السمعي البصري وأجهزة الفحص العضوي... وغيرها، حتى يتمكن من الحصول على بيانات جاهزة، ويستطيع المراجعة والفحص الدقيق بتأني بعد إتمام عملية الفحص المسجل.

إن البيانات التي يسهل على الطرف الفاحص ملاحظتها هي الاستجابات القصدية، أي التي يتعمد الطرف المفحوص إبداءها كإبداء الارتياح أو الانزعاج من أمر ما، والبيانات التي تتطلب من الطرف الفاحص بذل جهد فائق لملاحظتها هي الأساليب الخفية التي لا يدرك الطرف المفحوص حقيقتها، مثل الدور الذي يلعبه المفحوص داخل ذكرى مسرودة والأدوار التي يسندها للآخرين . بالانتباه إلى تكرار حركات معينة يقوم بها المفحوص خلال تقديم محتوى وجداني محدد يمكن للفاحص أن يدرك الترابط بين هذه الحركات وهذا النشاط الوجداني الخصوصي. مثلا، عندما يكون المفحوص صامتا، سيجني لنا الانتباه إلى حركات المفحوص، خاصة حركات عينيه، فائدتين هما:

- هي تؤكد وجود " أمر يحدث داخل المفحوص" : الفاحص المبتدئ قد ينزعج من خلال صمت المفحوص تبعا لاعتقاده أن " لا شيء يحدث خلال الصمت " ، وقد ينتابه خوف من الفشل أو شعور به ، فيندفع لكسر هذا الصمت معتقدا أن " واجبه كنفساني أن يجعل أمرا ما يحدث " وأن يجتهد لمواجهة احتمال أو الشعور بالفشل عن طريق تحريك التفاعل .

- هي تعطي مفاتيح لكيفية كسر الصمت وإبداء التناغم التعاطفي . مثلا : إن تعرف الفاحص من حركة عيني الفاحص أو إيماءاته على نشاط وجداني معين وقام المفحوص بهذه الحركة أو الإيماءة خلال فترة الصمت، حينها يمكن للفاحص أن يسأل المفحوص : " هل تحتضن وجدانا معينا تود مشاركته معي ؟ " أو يسأله عن ذلك الوجدان بتسميته (26).

الملاحظة في علم النفس الفردي تتعلق بالسلوكات والحركات والاتجاهات الظاهرة للمفحوص خلال التفاعل مع الفاحص أو المعالج ، وهي تتعلق أعمق من

ذلك بالحركات والاتجاهات الكامنة بين الحروف والكلمات والعبارات الصادرة عن المفحوص خلال سرده لقصته . الفاحص الذي يملك القدرة على ملاحظة ما بين النغمات الصادرة من حلق المفحوص يتمكن من جمع بيانات هامة وحاسمة تسمح له بصياغة افتراضات أو فحص افتراضات مصاغة أو دعمها . وإن امتلك الفاحص الاستبصار وضبط الذات فإن ردود أفعاله يمكن أن تكون مصدرا ثمينا للبيانات حول المفحوص .

الخطوة الخامسة - عرض البيانات

في تقرير دراسة الحالة التقليدية تعرض البيانات المحصل عليها من عند المفحوص بصياغة سردية تحت عناوين خاصة، وترفق بقسم منفصل خاص بالملاحظات العيادية. أما عندما يطبق الفاحص المنهجية المتمركزة على المشكلة فإنه يعرض البيانات في فرعين مختلفين:

- قسم بيانات خلفية المفحوص، أي بعض فئات تاريخ الحالة التقليدية كمعلومات هوية المفحوص، والمشكلة المطروحة من طرف المفحوص أو دواعي الفحص، وبعض تفاصيل قصة حياة المفحوص. ويمكن تقسيم هذه البيانات وفق الضرورة .

- قسم بيانات المشكلة: تتمثل في البيانات المتعلقة بالمشكلة المعنونة، وهي تصنف في فئتين هما فئة البيانات الذاتية وفئة البيانات الموضوعية. وينبغي تقديم بيانات كل مشكلة على حدا. ويستحسن وضع أكبر قدر من البيانات الذاتية تحت عنوان المشكلة الواحدة.

قواعد عرض البيانات :

هناك العديد من القواعد التي تطبق لتقديم أمثل عرض للبيانات في دراسة الحالة ، منها :

قاعدة 13 - تعرض البيانات دقيقة ومفهومة وكافية لفحص مختلف الفرضيات المطروحة أو الممكنة.

تكون البيانات دقيقة إن توفرت على تفاصيل خصوصية وأمثلة، وكانت فرعية وليست عمومية ، وكانت ملموسة وليست تجريدية . وتكون البيانات كافية إن غطت مختلف العناصر الأساسية ولم يشبها أي نقص أو اختصار أو إهمال أو سهو عن عناصر هامة. البيانات الكافية هي التي تسمح بتغطية كافية الفرضيات المطروحة أو تفيد في صياغة فرضيات ممكنة. يستحسن الإكثار من مقدار البيانات المدرجة وحجمها ثم العمل على تكثيفها وتمحيصها، وتفادي التقليل من البيانات منذ البداية للنجاة من إمكانية إهمال أو تهميش أو نسيان أو تقزيم بيانات

هامة . ويتحقق هذا بالمراجعة الدقيقة والمستمرة للبيانات المحصلة أو التسجيلات وتدوين ملاحظات دقيقة . وإن لم تتوفر للفاحص تسجيلات فعليه أن يخصص وقتا لمراجعة جلسته مع المفحوص وتدوين البيانات ساخنة قبل القيام بأي مهمة أخرى أو فحص أي حالة أخرى. جلسات الفحص التالية تتأثر وتخضع مجرياتها للبيانات المحصل عليها في الجلسات السابقة لذلك يستحسن للفاحص أن يدون البيانات وأقوال المفحوص وملاحظات الفاحص وافتراضاته وانطباعاته واقتراح مخططات لعملية الفحص الموالية .

قاعدة 14 - التمييز بين البيانات الذاتية والبيانات الموضوعية .

يقوم التمييز بين البيانات الذاتية والبيانات الموضوعية على أساس مصدر البيانات. إن جاءت البيانات من عند المفحوص فإنها تدرج ضمن البيانات الذاتية. أما إن جاءت من عند مختصين أو عن طريق أدوات موضوعية فإنها توضع ضمن البيانات الموضوعية، لذلك تدرج ملاحظات الفاحص ضمن البيانات الموضوعية . مثلا : "ما يقوله المفحوص" هو بيانات ذاتية لأن مصدره المفحوص. أما "كيف يقوله المفحوص" فهو بيانات موضوعية لأنه من ملاحظات الفاحص .

تجدر الإشارة إلى أن صفة "ذاتية" لا تعني خاطئة أو مشوهة أو متحيزة، و صفة "موضوعية" لا تعني بالضرورة دقيقة وصحيحة ومثبتة وغير متحيزة . مثلا : عندما يقدم لنا المفحوص اسمه وعمره وبياناته الشخصية فهي عادة ما تكون صحيحة ودقيقة . وعندما يسجل الفاحص ملاحظات متسرعة فمن المتوقع أن تكون متحيزة وغير دقيقة.

قاعدة 15 - أقوال المفحوص الجيدة تنقل حرفيا في البيانات الذاتية.

الأقوال تساعد القارئ على رؤية المفحوص كشخص واقعي وليس مجرد حالة، وتزود الفاحص بسند لدعم فرضيات معينة. إن لم تكن الجلسات مسجلة سمعيا، على الفاحص أن يسارع فورا إلى كتابة الأقوال الجيدة بعد الجلسة مباشرة قبل نسيان عبارتها الحرفية. ويمكن للفاحص المبتدئ الاعتماد على الأفلام في التمرين على استخراج وتذكر الأقوال. ويحتاج الفاحص الأقوال التي توضح مقاصد ومعاني كلام المفحوص أو تفصح عن الحديث الداخلي للمفحوص أو التصوير الحي لجوانب من الحياة النفسية للمفحوص.

قاعدة 16 - قسم البيانات الذاتية لا يتضمن اصطلاحات صياغة الحالة ما لم تكن أقوالا للمفحوص.

وعندما يعبر المفحوص عن نفسه بمصطلحات علمية نفسية يتوجب على الفاحص عرضها كـ "أقوال" للمفحوص ليوضح أن هذه العبارات من صياغة المفحوص وليست صياغته هو للحالة أو يستخدم تعابير تبين أن هذه الصياغة من إعداد المفحوص ، مثل : يقول المفحوص ، يصف المفحوص نفسه ، يعبر المفحوص عن ... وغيرها .

قاعدة 17 - تنظيم البيانات الذاتية بإحكام وإيجاز ملائم، عن طريق الانتقاء والحوصلة والتكثيف.

تنظم البيانات وفق تسلسل منهجي، لا حسب ترتيب الحصول عليها. تتضمن الفقرات عبارات تصف المواضيع جيدا، وتطفو فيها الأفكار منطقيا، وتكون الانتقالات واضحة. إن اجتمع لدى الفاحص كم هائل من البيانات، عليه مراجعة كافة البيانات ثم العمل على حوصلتها وتكثيفها وحذف ما يمكن حذفه منها . يمكن عرض البيانات بالتسلسل الزمني لمجريات حياة الحالة يختتم بالحياة الراهنة، ويمكن البدء بالحالة الراهنة متبوعة بالتسلسل الزمني لمجريات حياة الحالة إلى غاية الوقت الراهن، ويمكن تنظيمها حسب المواضيع بغض النظر عن التسلسل الزمني.

قاعدة 18 - قسم البيانات الموضوعية لا يتضمن مفاهيم نظرية أو آراء متحيزة أو مناقشة للحالة .

هذه القاعدة تميز بين البيانات الموضوعية والتقييم النفسي. إن قسم البيانات الموضوعية يتضمن البيانات حول الحالة، بحيث يتفق عليها كل الفاحصين مهما كانت توجهاتهم النظرية. ولا يحاول الفاحص هنا تفسير المشكلة أو صياغة الحالة. ولا يتضمن قسم البيانات الموضوعية مفاهيم خاصة بنظرية، بل يقتصر الفاحص فيها على الاصطلاحات التقنية المتفق عليها في علم النفس. ويمكن أن يتضمن انطباعات الفاحص خلال تحصيله للبيانات (27).

الخطوة السادسة – التقييم النفسي.

رغم اتفاق الباحثين على عدم الاقتصار على تجميع المعلومات الوصفية ، غير أنهم يتباينون فيما بعد هذه العملية ، وهي منهجيات تنظيم وتأويل البيانات المحصل عليها. تحدد العديد من النماذج النظرية فئات تساعد الفاحص على التنظيم والتفسير. والعديد من النماذج النظرية تدرج بوضوح تركيزا على النماذج النمائية من أجل المساعدة على فهم خلفية المشكلة، أو على الأقل كعنصر في

جمع البيانات. وفي أغلب النماذج ، يكون الإلحاح الرئيسي على الظروف الحالية والمشكلات الراهنة للمفحوص ، والمعلومة النمائية تستخدم من أجل الفهم الكافي للحالة . المدارس الدينامية والمعرفية السلوكية تولي أهمية للمعلومة النمائية وتستكشفها خلال دراسة الحالة وتستخدمها كأساس لمرجعية الآليات .

بعض الفاحصين يعمل باستراتيجيات تضاعف كثيرا قيمة دراسة الحالة بتحسين جودة حكمهم النفسي . الفاحص الأدلري ريموند كورسيني قدم في كتابه "مفحوص واحد وستة معالجين" طريقة تعتمد على جمع البيانات من قبل فاحص رئيس (هو ريموند كورسيني) ، ثم تقديمها لفاحصين مختلفين (ستة) لتنظيمها وتفسيرها وإصدار الحكم والتقييم النفسي للحالة . كما يمكن أن تساهم القياسات النفسية المضبوطة في تنقيح وتصحيح الأحكام النفسية العيادية، وحسن استغلالها أيضا .

قواعد إعداد التقييم النفسي .

إن إعداد دراسة الحالة ليس عملية خطية متسلسلة بل يمكن أن تخطر على البال فكرة تفسيرية أول ما يشرع الفاحص في دراسة حالته. باستخدام "مسودة العمل" يمكن للفاحص أن يؤمن لدراسته القاعدة المنهجية الضرورية. مسودة العمل هي تخصيص أوراق خاصة لكل عملية من عمليات دراسة الحالة، بحيث نوجه كل عنصر نحصل عليه إلى الورقة المناسبة له، حتى نضمن عدم ضياع أي عنصر، معلومة كانت أو فكرة أو تفسير أو تشخيص... أو غيرها . هكذا، إذا خطرت على بالنا فكرة تفسيرية نسجلها في ورقتها في خانتها بالضبط، ثم نقابلها بالبيانات الذاتية والموضوعية المسجلة في أوراقها وخاناتها، لنفحص مدى دعم البيانات للفكرة. وكذا لتنكشف النقائص أو البيانات الواجب البحث عنها. عموما، هناك قواعد ترشد الفاحص إلى إعداد تقييم نفسي محكم، منها :

قاعدة 19 - التقييم النفسي يدرج الصياغات المتسقة مع البيانات الأساسية.

من الأخطاء الرئيسية إعداد صياغات غير مدعمة بالبيانات أو غير منسجمة معها خلال مناقشة التقييم . يكتشف الفاحص هذا الخطأ عندما يقرأ صياغته فلا يجد البيانات تدعم هذا التقييم، أو لا يدري من أين وكيف جاءته هذه الأفكار.

قاعدة 20 - التقييم لا يدرج بيانات جديدة .

يقابل الفاحص أوراق قسم البيانات مع أوراق التقييم ويتأكد من أن كل معلومة ذكرها في التقييم موجودة في قسم البيانات. فالبيانات التي يأخذها الفاحص من أجل مناقشة التقييم وتفسير المشكلة وشرح النتائج يمكنه أن يعيد ذكرها في قسم

التقييم ليستدل بها أو يبين بها ما يريد إيصاله من تقييم. بعد إتمام إنشاء التقييم النفسي، على الفاحص أن يعود إلى قسم البيانات ليراجع البيانات الواردة في التقييم النفسي ويتأكد أنها كلها قد تضمنها قسم البيانات الذاتية والموضوعية وخلفية المفحوص. من المحتمل أن تحضر إلى بال الفاحص بيانات جديدة خلال شروعه أو تعمقه في التقييم النفسي وصياغة الحالة ومناقشة نتائجه. في هذه الحال، إن كانت البيانات متوفرة لديه وغفل عن ذكرها في قسم البيانات فعليه أن يتدارك الأمر بإضافتها إلى قسم البيانات. أما إن كانت غير مضبوطة بشكل مقبول منهجيا أو واضح فعليه أن يعود إلى الحالة لمواصلة الفحص وجمع البيانات المفقودة.

<u>قاعدة 21 -</u> تركيز التقييم على الحالة المدروسة في ضوء المشكلات المحددة.

في التقييم النفسي يجب على الفاحص أن يراعي دائما شرطين حاسمين، وهما:

- التركيز على الحالة المدروسة في صياغة الحالة . يرى ألفرد أدلر أن التفسير ينبغي أن يخص الحالة المدروسة ويفصل وفق معطياتها وخصوصياتها . "فالتفسير الحقيقي يجب أن يكون واضحا كفاية لكي يعرف المفحوص ويشعر على الفور بأن هذا التفسير متوافق مع تجربته الذاتية الخاصة " (28).

- تفسير المشكلة الخصوصية، وليس المطابقة العامة للنظرية المتبناة على الحالة المدروسة. يقول أدلر " وإنه غير كاف أيضا بالنسبة له أن يعرف قيمة المبادئ العامة لعلم النفس الفردي . هذه المبادئ التي تنص على أن الناس الذين يسكرون يكونون قد فقدوا كل شجاعة وشعور اجتماعي، ويكونون قد وقعوا ضحية الخوف من الفشل المحتم. من السهل بالنسبة للمعالج، وحتى بالنسبة للمفحوص، الظن بأن هذا الأخير بدأ يشرب الكحول بسبب شعور بالنقص يعود إلى طفولته، ولكن لا شيء سوف يخرجه من هذا التشدق الكلامي البسيط. يجب على المعالج أن يمسك ببنية وتطور هذه الحياة الفردية الخاص، بأكبر قدر من الدقة، وأن يعبر عنها بوضوح كاف لكي يعرف المفحوص بأنه متفهم، ويعترف إذ ذاك بخطئه... وليس نادرا أن يصب معالج عديم التجربة على المفحوص مفاهيم علم النفس الفردي من خلال جمل مثل "تنقصك الشجاعة " أو "أنت لا تنزع نحو الغير" أو "أنت تشعر بالنقص" ... وغيرها . وهذا الأمر أشد سوء من عدم فائدته " (29).

وعلى الفاحص دوما أن يضع نصب عينيه عناوين المشكلات التي وضعها ، وأن يوجه تقييمه نحوها دون غيرها . أما إن اكتشف أو توصل الفاحص إلى

مشكلات جديدة غير مدرجة في تحديد المشكلات، أو أن المشكلات المدرجة ليست سوى واجهة لمشكلات اكتشفها خلال الفحص أو التقييم، فعليه أن يعدل قائمة وعناوين المشكلات المدرجة حسب ما توصل إليه.

قاعدة 22 – الاقتصار على الاصطلاحات التنظيرية الضرورية ، مع الحفاظ على انسجام الصياغة .

ينبغي الاقتصار على المصطلحات التنظيرية ذات القدرة على التفسير والتوضيح. لكن على الفاحص أن يصيغ تقييمه وحالته بعبارات يمكن أن يفهمها القارئ بسهولة ، ويبتعد عن الاصطلاحات المعقدة والمبهمة . هذا لا يعني أن يقصي الاصطلاحات كليا مهما كانت المقتضيات. بعض التفسيرات والشروحات المطولة يمكن اختصارها في اصطلاح نظري واحد، يغني عن الإطناب والإسهاب في العرض؛ كما أن بعض الاصطلاحات من القوة أو الشهرة إلى حد لا يمكن الاستغناء عنها في مواقعها، مثل الشعور بالقصور والتعويض وابتغاء السمو والعقدة والكبت والثقة في النفس والإشراط ... وغيرها . وحفاظا على انسجام الصياغة ومفهوميتها يستخدم الفاحص الاصطلاحات والمفاهيم المنسجمة مع بعضها غير المتعارضة . لتحقيق ذلك على الفاحص أن يحافظ على بطارية مصطلحات التوجه النظري المتبنى وأن لا يخلط بين مفاهيم التيارات المختلفة . مصطلح العقدة يأخذ معاني ومحتويات مختلفة جذريا بين مبدعه الأصلي كارل يونغ وبين مستخدميه الآخرين سيغموند فرويد وألفرد أدلر .

الخطوة السابعة – التقرير النفسي .

لإعداد تقرير نفسي جيد يستحسن للفاحص إعداد مسودة تتضمن الخطوط العريضة والتوجيهية لصياغة الحالة والتقرير النفسي. ثم كتابة تقرير حر تفرغ فيه كافة الأفكار دون تصحيح لغوي، ودون نقد، ودون حرص على وضع كل عنصر في القسم الخاص به. وأخيرا، كتابة التقرير النهائي بعد إخضاع المسودة والتقرير الحر للمراجعة والتصحيح والتمحيص والتنظيم والتطوير اللغويين والاصطلاحيين. وللتأكد من جودة التقرير النفسي على الفاحص إخضاعه للمعايير الآتية :

قاعدة 23 - الطرح النقدي الواضح الأفكار المنظم العناصر .

الفقرة الجيدة عادة ما تستهل بجملة تحمل موضوعا يتضمن أفكارا مجردة، ثم تتبعها جمل أو عبارات تقدم أمثلة ملموسة وشروحات مفصلة واستدلالات. وتنظيم العناصر والمواضيع وللفقرات والنص ككل بإحكام. الفاحص المتمكن

يسير أطروحاته على مسار تفكيري يقود إلى النتائج المتوصل إليها، وتكون مناقشاته واضحة ومنسجمة ومقبولة منهجيا ومنطقيا . يناقش الأفكار والصياغة، ويولد وينمي الأفكار بطريقة منطقية متسلسلة منسجمة تقدميا أو تراجعيا. تقتضي الكفاءة في مهارات دراسة الحالة القدرة على إبداع فرضيات واقعية وتنبؤات وحدس معقولين واستنتاجات منطقية وتحليلات أصيلة وبراهين مقنعة .

قاعدة 24 - هيكلة المناقشة التقييمية .

إن كتابة تقرير نفسي يختلف عن كتابة مقالة أو تأليف، لذا لا يجب التقيد بقواعد النشر في إنشاء التقارير . الفقرة الافتتاحية تعرض الأطروحات الأساسية للفاحص . وكل فقرة لاحقة لابد أن تتضمن عبارة تعرض موضوعها بوضوح، ثم تعقبها الأفكار المدعمة لها والمقولات الخصوصية . ويمكن للفاحص أن يضع استنتاجاته بين مزدوجتين أو أن يبينها بطريقة كتابية ما (30).

في كتابة التقرير يستحسن للفاحص استخدام ضمير المتكلم "أنا" بدل الغائب "الفاحص". ويتوجب عليه القراءة بذهن القارئ الآخر واكتشاف ما ينقص عرضه من الوضوح وإيضاحه ، واكتشاف ما ينقصه من الترابط وربطه ، والتنبأ بما يمكن أن يتعرض للانتقاد أو المعارضة وتبريره أو الاستدلال عليه والبرهنة عليه . كما ينبغي على الفاحص بذل جهود لتطوير نص صياغته للحالة حتى يكون في أوضح صورة للقارئ، وأن يبحث وينتقي أحسن العبارات وأدق التعابير لصياغة حالته .

الخطوة الثامنة – مراجعة الصياغة مع المفحوص

بعد إتمام إعداد الصياغة وإنهاء كتابة التقرير، على الفاحص مراجعة صياغته وتقريره النفسي حول الحالة من كافة الجوانب العلمية والمنهجية والتنظيمية والاصطلاحية واللغوية، لتصحيح الأخطاء وتدارك النقائص وحذف الشوائب. يمكن أن تظهر الكثير من الأخطاء في التقارير النفسية إن لم يعتمد الفاحص على طريقة منهجية أو نموذج كتابي معين.

قاعدة 25 - المراجعة عملية مستمرة وليست خطوة مفردة.

في الحقيقة، ليست المراجعة خطوة مستقلة يقوم خلالها الفاحص بعد إتمام صياغته للحالة، بل هي عملية سيرورة مستمرة يقوم بها الفاحص طيلة أطوار وخطوات ونشاطات دراسة حالته. في الواقع، يسعى الفاحص دوما إلى التأكد من صحة ما تحصل عليه أو ما توصل إليه مع المفحوص. فتحديد المشكلات يتم بالتعاون والتشارك مع المفحوص، وكذا ضبط قائمة المشكلات وتحديد الأولويات

الفحصية . وخلال جمع البيانات يحرص الفاحص دوما على التأكد من صحة ودقة البيانات ، ومن حسن التقاطه لها، عن طريق مراجعتها مع المفحوص . وتزداد وتيرة وكثافة المراجعة خلال عملية التأويل والتفسير، حيث يصبح الميل إلى مراجعة المفاهيم والتصورات والافتراضات والتفسيرات والأحكام المتوصل إليها ضروريا لدى الفاحص، وذلك بعرضها على المفحوص والاتفاق على صيغة معينة حولها. ويمكن للفاحص أن يعرض تقييمه النهائي من أجل ضبطه والتأكد منه. ويمكنه كذلك عرض تقريره النهائي على المفحوص حتى يضمن تأكده التام من الصياغة المتوصل إليها.

قاعدة 26 - المراجعة عملية تقديرية وليست بعدية دوما.

المراجعة ليست عملية مستقلة في كل خطوة من خطوات دراسة الحالة، بل هي عملية متداخلة مع الفحص ونشاطاته. يمكن للفاحص أن يراجع نقطة معينة مباشرة عند الحصول عليها أو التوصل إليها، ويمكنه أن يراجع نقطة أخرى بعد اجتماع عدة نقاط متعلقة بها، تؤكدها أو تدعمها أو تتناسب أو تتسق معها، أو على العكس تنفيها أو تضعفها أو لا تتسق معها . ويمكن أن يراجع الفاحص مع المفحوص نقطة حدسها ولم يجد ما يدعمها أو ينفيها أو حتى ما يبنيها على أساسه من بيانات ، فيضطر لعرضها على المفحوص لمناقشتها معه .

قاعدة 27 - المراجعة عملية إبداعية وليست فقط عملية آلية مباشرة .

في المراجعة لا يقتصر الفاحص دوما على عرض العناصر على المفحوص وطلب رأيه فيها ثم الاتفاق على رأي توافقي ، إنما هي عملية فنية مهارية تتم بتقنيات ومهارات متباينة حسب مقتضيات الموقف والسياق . يبين ألفرد أدلر كيفية مراجعته موضحا : "وإن كان المرض نفسيا ، أفسر للمريض ما أكتشفه منذ المحادثة الأولى ، ولكن بطريقة لا تجعله ييأس ، وأتجنب أن أقول له أي أمر لم يزل غير قادر على فهمه . وللتثبت من صحة اكتشافاتي أراقب كل إشارة تصدر عن المفحوص ، منميا معلوماتي بطرق متعددة . أسأل مثلا : ماذا تفعل لو شفيت على الفور ؟ هذا السؤال -كما آمل- ينتزع من فم المفحوص تلميحا لمشكلة حالية لم يتناولها بعد " (31) . هكذا ، يستخدم الفاحص الأدلري مهارات وتكتيكات متنوعة ، فأحيانا يراجع بـ "إعادة صياغة الأقوال" وأحيانا يقترح "صياغة معينة" وأحيانا يقوم بـ "إعادة الأقوال التصحيحية" ... وغيرها من المهارات والتكتيكات الأدلرية والعامة .

الخاتمة

إن دراسة الحالة هي إحدى الطرائق الهامة والحاسمة في تاريخ علم النفس العيادي الحديث . وقد ارتكز عليها أغلب علماء النفس في مطلع القرن العشرين في شرح نظرياتهم شرحا ملموسا، حيث كانوا يعمدون إلى عرض الحالات التي درسوها لبيان ما يرمون إليه من معاني أو شرح ما يعرضونه من أفكار. ورغم أن طريقة الحالة ليست طريقة إثبات إلا أن العديد من العلماء جعلوا منها وسيلة للوصول إلى نتائج واستنباط أفكار، بل وحتى بناء نظريات.

مهما يكن، تعد دراسة الحالة طريقة لا يستطيع أن يستغني عنها أي باحث أو ممارس في علم النفس العيادي خصوصا وعلم النفس عموما، بل وفي كافة الفروع والتخصصات العلمية الأخرى البعيدة عن علم النفس. وقد حاولنا في هذه المقالة تنوير الباحثين والأساتذة والطلبة ببعض الأساسيات النظرية والتطبيقية التي يحتاجها كل قائم أو مدرس أو دارس لدراسة الحالة، بحيث يجد ضالته في الممارسة المقبولة منهجيا وواقعيا. وتبقى الممارسة الفعلية هي السبيل الرئيس لتطوير قدرات وفنيات ومهارات المختصين المطبقين لدراسة الحالة .

الهوامش :

1- Eells,T,D. (1997/2007). Handbook of Psychotherapy Case Formulation. 2nd Ed. the Guilford Press. New York . 2007. pp 6-7

Sturmey , P. Behavioural Case Formulation and Intervention . Wiley-Blackwell. England . 2008. p143

2- أرطاميدورس الدالديسي. قرن2م. تعبير المنامات . ترجمة حنين بن إسحاق العبادي. دار الكتب العلمية . بيروت . 2004. ص24

3- أبو العباس أحمد بن محمد بن يحي البلدي . ت 380ه. تدبير الحبالى والأطفال والصبيان، وحفظ صحتهم ومداواة الأمراض العارضة لهم . تعليق يحي مراد . دار الكتب العلمية . بيروت . 2004. ص 109.

4- حنين بن إسحق العبادي . ت260ه/875م . المسائل في الطب . تحقيق وتعليق محمد علي أبو ريان ومعاونوه . دار الجامعات المصرية . الإسكندرية .1978. ص ص122-123

5- أبو العباس أحمد بن محمد بن يحي البلدي . ت 380ه. تدبير الحبالى والأطفال والصبيان، وحفظ صحتهم ومداواة الأمراض العارضة لهم . تعليق يحي مراد . دار الكتب العلمية . بيروت . 2004. ص 109

6- Sturmey , P. 2008. p143.

7-Eells,T,D. 2007. pp 9-10.

8- ألفرد أدلر (1929). العصاب . دار ومكتبة الهلال . ترجمة أحمد الرفاعي وفارس ظاهر . بيروت . 1982. ص 164.

9- Ingram , B, L. Clinical Case Formulations . Wiley . New Jersey. USA. 2006. pp 29-30

10- Ingram , B, L. 2006. pp26-27

11- أبو بكر الرازي . أخلاق الطبيب . تحقيق و تقديم عبد اللطيف محمد العبد. دار التراث القاهرة. 1977. ص ص 27-28

12- Watts.R,E. The Remarkable Parallel Between Roger's Core Conditions and Adler's Social Interest. The Journal Of Individual Psychology. Vol 54. No1. Spring. 1998. University of Texas Press. USA. 1998.pp5-7
13- أدلر ألفرد . 1982/1929. ص ص 166-168
14- Watts.R,E.1998.pp5-7
15- Ingram , B, L. 2006. p33
16- ألفرد أدلر . 1982/1929. ص 163
17- Ingram , B, L. 2006. pp412-415
18)- بيك آرون . 2000. العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية . ترجمة عادل مصطفى . دار النهضة العربية . بيروت . 2000. ص ص 238-240
19- Ingram , B, L. 2006. p15
20- Ingram , B, L. 2006. pp417-418
21- Eells,T,D. 2007. P417
22- Ingram , B, L. 2006. p33
23- Adler, Alfred . (1930). Pratique et théorie de la psychologie individuelle comparée . PBP. Paris. 1961. ch4
24- Ingram , B, L. 2006. p34
25- ألفرد أدلر . 1982/1929. ص147.
26- Ingram , B, L. 2006. pp41-49
27- Ingram , B, L. 2006. pp456-466
28- أدلر ألفرد . 1982/1929. ص 170.
29- أدلر ألفرد . 1982/1929. ص ص 169-170
30- Ingram , B, L. 2006. pp480-485
31- أدلر ألفرد. 1982/1929. ص 165