المحاضرة الأولى

دراسة حالة في مجال الإعاقة العقلية

<~(يجب أن نعرف بأن الشخص الذي تجرى عليه دراسة الحالة هو نفسه المسترشد هو نفسه العميل هو نفسه الفرد ذي الحاجة الخاصة ، جماعة الإرشاد يطلقوا عليه (العميل أو المسترشد) ، أما نحن في التربية الخاصة نطلق عليه (الفرد ذي الحاجة الخاصة) ، و في التعليم العادي يقال (الطالب) . . وكذلك هو الحال مع الشخص الذي يُجري دراسة الحالة ويقوم بتنفيذها في الغالب يطلق عليه (المرشد) أو (أخصائي علم النفس) أو (أخصائي تعديل السلوك)

الخلاصة : (أن المفاهيم ستأتي بعدة مترادفات في المقرر) ..)

دراسة الحالة : مقدمة:

<~(كثيرة جداً الوسائل التي يتم من خلالها تحصيل المعلومات وجمعها ، لكن دراسة الحالة لها خصوصية وتختلف ، من أين يأتي هذا الاختلاف ؟! يأتي الاختلاف في أن لو استخدمنا أكثر من وسيلة لن يكون هناك مسؤولية رسمية تجاه هذه الوسائل الأخرى ، ودراسة الحالة متطلب رئيسي من أعمال المرشد في المدرسة ، كذلك السرية فيها جانب هام جداً لتمييزها)

<~(لا تعتمد دراسة الحالة على الذهنية أو الغوغائية أو على إسقاط الآراء الشخصية إنما تستند إلى مرجعية علمية ثانية)

<~(إذا كان متاح لنا استخدام أكثر من وسيلة ومن ضمنها دراسة الحالة ، يجب أن تكون هذه الوسائل متممه لبعضها البعض ، لا أن تتضارب المعلومات في كل وسيلة مع الوسيلة الأخرى ، يجب أن تكون متكاملة وغير متناقضة بغض النظر عن طرق جمع هذه البيانات ، و التكامل لابد أن يكون في إطار معرفي)

تعتبر دراسة الحالة من أهم الوسائل التي تستخدم في جمع البيانات، وأنها من أهم الأعمال التي يقوم بها المرشد (الشخص الذي يقوم بدراسة الحالة)، كما أنها الميزة التي تميز المرشد عن غيره. <~ (المرشد في المدرسة له ميزة في عمله ، و هي الاحتفاظ بسجلات سرية خاصة بالأطفال أو بالطلاب الذين يكون لديهم مشكلات سلوكيه أو مشكلات نفسيه و أسريه أحياناً)

وبمقدار ما يملك المرشد من خبرة ومهارة ودراية على قدر ما ينجح في مساعدة العميل (المسترشد، الشخص موضوع دراسةالحالة). وتعتبر دراسة الحالة من أدق الأعمال الإرشادية، فالمرشد يتعامل مع السلوك الإنساني الذي يصعب ضبطه أو التنبؤ به ،

وللعلم لا توجد مشكلتان متشابهتان تمام التشابه حتى لو كان العميلان أخوين لاختلاف الظروف وأساليب التنشئة الاجتماعية.

ومن الملاحظ فإن المرشد يحس بمتعة كبيرة وهو يمارس هذا العمل الإنساني لاسيما إذا حصل تحسنًا على الحالة التي يدرسها. <~ (إذا كان المرشد جدي في عمله سيشعر بالراحة لمساهمته في حل مشكلات الآخرين ، أما إذا كان مقبل على هذه الوظيفة ورافضاً هذه المهمة سوف يؤثر في نجاحه ولن يواكب المهتمين بهذه المهمة)

وللأسف هذه الخدمة لا تقدَم بالشكل المناسب أحيانًا ويعود ذلك إلىعوائق منها: عدم وجود البيئة الإرشادية المناسبة للدراسة، أو عدم وجود المتخصص الذي يقوم بدراسة الحالة، أو عدم الإعداد المهني والأكاديميالمناسب للقائم بدراسة الحالة. <~ (عدم وجود طريقة سليمة لجمع المعلومات ، يجب التنسيق بين المرشد و أولياء الأمور و جذبهم عند أخذ المعلومات)

المفهوم:

تعددت المفاهيم التي استخدمها الباحثون أو المرشدون والتربويون عمومًا لتعريفدراسة الحالة: إلا إنها في مجملها تشير إلى أن دراسة الحالة هي الإطار الذي يتضمن كل المعلومات التي تجمع عن الحالة،والحالة قد تكون فردًا أو أسرة أو جماعة، <~ (أي أن دراسة الحالة ليست مقتصرة على الطالب بل أوسع من ذلك) فهي تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل. <~ (أي أن لا احلل زاوية من الموقف و أتجاهل باقي المعلومات بل احلل الموقف ككل)

وتعرف دراسة الحالة بأنها وسيلةلتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل، فهي تشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضره وماضيه وهي بذلك تقدم تصوراً فعليًا لحالة الفرد.

وتعرف دراسة الحالة بأنها تقرير شامل متميز بالتحقيقات التشخيصية والتحليلية المكثفة حول الفرد أو حول أيّة ظاهرة، حيث يركز الانتباه على العوامل المساهمة في تنمية أبعاد معينة في الشخصية أو تطوير مشكلات خاصة متعلقة بها.

وتعرف دراسة الحالة بأنها طريقة استطلاعيةفي منهجها حيث إنها تركز على الفرد باعتباره الوعاء الذي يحتوي كل المعلومات والنتائج التي يتم الحصول عليها من مصادرها المتمثلة في المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات النفسية.

وتعرف دراسة الحالة بأنها كل المعلومات التي تم جمعهاعن الحالة وفي هذه الحالة تكون أسلوب لتنسيق وتحليل هذه المعلومات التي تم جمعها بوسائل مختلفة، بهدف تقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل،وبهدف فهم أفضل للمسترشد وتشخيص مشكلاته <~ (أي المرشد يفهم المسترشد والمسترشد يفهم ذاته ، إذن الفهم مزدوج من قبلنا كمعلمين ومرشدين لفهم هذه الحالة ، و أيضاً الفهم من قبل الطالب نفسه ذي الحاجة الخاصة لفهم المشكلة ، وفهم المشكلة جزء كبير من الحل) وطبيعتها وتحديد أبعادها، وبالتالي تقديم الخدمات الإرشادية أو العلاجية.

وتعرف دراسة الحالة بأنها منهج البحث الاجتماعيلجمع المعلومات ودراستها ومن خلالها نرسم صورة كلية لوحدة معينة في العلاقات والأوضاع الثقافية المتنوعة، وهي هنا أيضًا تحليلاً دقيقًا للموقف العام للفرد.

أما فيما يتعلق بالاختصاصي الإكلينيكيفهي إطار ينظم الاختصاصي الإكلينيكي أو الاختصاصي الاجتماعي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد عن طريق الملاحظة والمقابلة والاختبارات والسجلات عن طريق تحليلها وتقييمها.

وتكون دراسة الحالة مرآة صادقة تعكس جوانب الشخصية عندما تقدم وصف دقيق متكامل للدراسة المتعلقة بالعميل.

مما سبق من مفاهيم نستخلص ما يلي:

-تقدم دراسة الحالة تقريرًا شاملاً عن العميل

-تركز على الفرد – العميل – المسترشد – ذي الحاجة الخاصة

-تركز على العوامل المؤدية للمشكلة

-تهتم بجميع النواحي اجتماعية وطبية ونفسية وأكاديمية للعميل

-تقدم أكبر كمية من المعلومات حول العميل

-تهتم بماضي الفرد وحاضره وتطلعات مستقبله

أهداف دراسة الحالة:

-تهدف دراسة الحالة إلى الوصول إلى فهم أفضل للعميل وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها واتّخاذ التوصيات الإرشادية والتخطيط للخدمات الإرشادية اللازمة.

-أما الهدف الرئيسي لدراسة الحالة فهو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها إكلينيكيًا (معلومة خبرة ما قد تكون أثقل وزنًا من عشرات المعلومات)

<~(إن أهداف دراسة الحالة يجب أن تحقق الصحة النفسية للمسترشد (العميل) بحيث انه يستمر ويتوازن أي (التوازن الذاتي ، التوازن الاجتماعي .... الخ) ، ومن أهدافها أيضا إنها تنير الطريق أمامنا لنضع توصيات إرشادية ، هذه التوصيات الإرشادية عبارة عن تخطيط علاجي سوف ينفذ من خلال برامج علاجيه فيما بعد سواءً بإرشاد الطلبة أو بعلاج مشكلاتهم السلوكية)

ويمكن صياغة أهداف دراسة الحالة بالنقاط التالية:

- جمع المعلومات والبيانات اللازمة عن العميل
- تحليل المعومات والبيانات التي نحصل عليها من خلال دراسة الحالة
- تحديد الوزن الإكلينيكي لبعض المعلومات، فهناك معلومات لها وزن إكلينيكي أكثر من غيرها (نهتم بها أكثر)
- مساعدة العميل في حل مشكلاته وصراعاته، بل وأكثر إيجاد الحلول المناسبة للتغلب على المشكلات، وأكثر من ذلك اختيار أفضل الحلول
- تحديد المسارات العلاجية أو الإرشادية لحل مشكلة العميل وصراعاته
- تحديد طرق وأساليب المتابعة لملاحظة مدى تقدم العميل

<~(الأهداف تشمل المسترشد والمرشد والبرنامج العلاجي وتشمل الطرح المناسب للحلول والمسارات العلاجية والأساليب المتبعة في جمع المعلومات وتشمل المعلومات نفسها والبيانات)

مميزات دراسة الحالة عن سائر وسائل جمع المعلومات:

- تمثل دراسة الحالة نقطة البداية للاختبار الشخصي للفرد والذي يستخدمه المرشدون النفسيون عادة في عملهم
- تساعد **المرشد** على فهم الفرد والتعرف على مشكلاته
- تساعد **الفرد** على فهم نفسه وتحقيق ذاته
- تستخدم في إعداد المرشد النفسي وتوجيهه مهنيًا<~ (أي النمو المهني ، بمعنى أنه كل ما مر بخبرة أكثر ومرت عليه حالات إرشاد أكثر و أجرى دراسة حالة أكثر كلما كان متمكناً مهنياً أكثر)
- تعطي وحدة كلية معرفية عن خصائص الفرد وسماته
- تعتبر أسلوبًا تنظيميًا للمعطيات الخاصة بالعميل
- البيانات والمعلومات التي تستقى من دراسة الحالة تشكل إطارًا جديدًا**للبحث** يقصد به التعميم والتوصل إلى نظريات وقوانين.

الأهمية:

تحتل دراسة الحالة أهمية كبيرة في **المساهمة** في تشخيص وتقييم الشخصية، **وكذلك** في رسم الخطط العلاجية المناسبة **وكذلك** في توضيح أساليب المتابعة الفعالة، وتبرز أهمية دراسة الحالة في الأمور التالية:

- تعطي فكرة شاملة وواضحة متكاملة عن العميل تفوق التصورات الحالية التي يعلمها المرشد عن شخصية العميل.
- تعتبر دراسة الحالة وسيلة تقويم أساسية<~ (أي إذا عملنا على البرنامج يكون تقييم للبرنامج ، و إذا عملنا على الشخص يكون تقييم للشخص نفسه ، و إذا عملنا على وثائق خاصة بهذا الطفل وحللناها يكون تقييم للوثائق و هكذا ...) لتلخيص المعلومات المتاحة <~ (يجب تلخيص المعلومات وليس أخذها كما هي ، لعدم حدوث تشتت ، يجب تلخيصها و أخذ العنصر الأساسية و أخذ الأوزان الإكلينيكية الأثقل بهدف وضع الإستراتيجية الإرشادية و العلاجية التي ممكن أن تتبع مع هذا الفرد مستقبلاً) له بهدف تحديد ملامح استراتيجياته الإرشادية التي يتبعها في التعامل مع مرشديه من أجل تنمية خطواته المستقبلية في سبيل تنوير أسلوبه المهني ومن أجل تحقيق النمو الشامل لشخصية العملاء كهدف عام للعملية الإرشادية ككل.
- تقدم دراسة الحالة معلومات وتفسيرات حول العميل للآخرين المتصلين به والمهتمين بحالته بطريقة مكثفة.<~ (يجب التعامل مع هذه المعلومات بطريقة سرية وبطريقة موثقة)
- دراسة الحالة تمكن المرشد النفسي من فهم الفرد فهمًا كافيًا لتحقيق التخطيط الفعال للخطوات التالية التي تحقق تنميته وتطوره.
- تمكن العميل من فهم ذاته وزيادة استبصاره بمشكلاته ومتاعبه<~ (فهم العميل لمشكلته تعتبر مساهمة في حل المشكلة)
- تستخدم في أغراض البحث العلمي، وأغراض تدريب المرشدين المبتدئين
- تعتبر دراسة الحالة الوسيلة الأساسية التي يستخدمها المرشدون في تشخيص الاضطرابات وفي اتخاذ القرار في العملية الإرشادية

خطوات دراسة الحالة:

مرحلة الدراسة: يتم فيها جمع البيانات والمعلومات عن الحالة من مصادرها الأساسية<~ (قد يكون المصدر الأساسي المسترشد نفسه ، أو الأسرة نفسها ، أحياناً قد تكون وثائق خاصة بهم ، أو قد يكون الأصدقاء أو المعلمين)

<~(ماذا يتم في مرحلة الدراسة ؟!

يتم تطبيق العديد من الاختبارات النفسية ، وملاحظة المرشد للمسترشد الذي يجرى عليه دراسة الحالة ، ومن ثم تنسيق المعلومات مع بعضها البعض للخروج بخلاصة ، لا أن تبقى المعلومات بكم هائل بدون وضوح .

-تمر هذه المرحلة بـــ 3 خطوات :

1) مناطق الدراسة (أي المكان الذي ستجرى فيه هذه الدراسة) .
2) تحديد المصادر (التي ذكرناها سابقاً) .
3) تحديد وسائل الدراسة)

مرحلة التشخيص: يتم فيها الوقوف على ديناميات الشخصية <~ (أي حركتها وحياتها) من حيث نقاط القوة ونقاط الضعف وسمات الشخصية وخصائصها وصراعاتها.

<~(هذه المرحلة تهدف إلى الفهم الكامل لشخصية الحالة التي تدرسها و من ثم مساعدته في رسم خطة العلاج)

مرحلة العلاج: يتم فيها تحديد أنسب الطرق والأساليب الإرشادية العلاجية المناسبة للحالة.

<~(يتم في هذه المرحلة :

1) التشخيص الدقيق الذي يؤدي إلى مساعدة المرشد على فهم صراعاته النفسية .

2) الوقوف على أسباب مشكلة المسترشد .

3) المساعدة في تقديم الطرق العلاجية و الإرشادية التي تتناسب مع العميل "كل حاله لها أسلوب إرشادي خاص بها")

مرحلة المتابعة: يتم فيها الوقوف على مدى فعالية الأساليب الإرشادية والعلاجية التي تم استخدامها مع الحالة أو مدى امتثال العميل للقواعد الإرشادية والعلاجية.

<~(طموح المرشد أن يعتني بالحالة ويهتم بها ويحل مشكلة الحالة ، و أحياناً لا يتحسن الطالب لوجود بعض من العقبات ، يجب العمل على إزاحة هذه العقبات)

<~(كيف تتم متابعة الحالة ؟ تتم عن طريق4 مراحل :

١) اللقاء بالمسترشد بين فترة و أخرى للسؤال عن حالته.

٢) اللقاء ببعض المعلمين الذين يدرسونه أو يتعاملون معه ، و أخذ معلومات منهم عنه و عن مدى تحسنه ، أو إذا كانوا على علم بمشكلته معرفة منهم مدى تخلصه من مشكلته .

٣) الإطلاع على سجلات الطالب ومذكراته و واجباته و الوثائق الخاصة بهذا الطالب .

٤) الاتصال بولي أمر الطالب لمتابعة الحالة عن طريق الأسرة أيضاً .)

المحاضرة الثانية

دراسة حالة في مجال الإعاقة العقلية

عوامل نجاح دراسة الحالة:

التنظيم : يقصد به التنظيم والتسلسل والوضوح لكثرة المعلومات <~ (أي متسلسلة و متتابعة خطوة تلو الأخرى ، واضحة ليس فيها غموض ، ولا أطلق مفاهيم صعبه تشتت السامع بل أطلق مفاهيم بسيطة واضحة ومتفق عليها لدى الجميع ، و أيضاً المعلومات الكثيرة تكون مشتته ، فتنظيم هذه المعلومات ضروري) التي تشملها دراسة الحالة ، أي لا بدّ أن تكون المعلومات التي تم جمعها واضحة ومنظمة وذات تسلسل منطقي لحياة العميل حتى يمكن التعرف على مشكلاته وأسبابها ومن ثم تقديم العلاج المناسب لها.

<~(دراسة الحالة يجب أن لا تكون غوغائي بدون تنظيم)

الدقة : لا بدّ من تحري الدقة عند جمع المعلومات <~ (أي من أين أحصل على المعلومات وهل الشخص الذي حصلت على المعلومات منه موثوق أم غير وثوق) عن الحالة ويتم ذلك من خلال وسائل متعددةومراعاة تكامل المعلومات <~ (لابد من التكاملية في جمع المعلومات حتى نحصل على الدقة) ومعنوياتها بالنسبة للحالة ككل والمشكلة التي تعاني منها

<~(**الدقة قريبة من التنظيم ومقترنة فيها**)

الاعتدال : ويقصد به التوازن بين التفصيل الممل وبين الاختصار المخل، ويتحدد طول دراسة الحالة حسب العميل وحسب هدف الدراسة فلا يتم إهمال المعلومات الضرورية والاهتمام بالمعلومات الثانوية الفرعية.

التسجيل(**مهمة**) : من أهم عوامل نجاح دراسة الحالة تسجيل المعلومات التي يتم الحصول عليها خاصة من العميل أثناء المقابلة وتكون لها مدلولات هامة <~ (أحياناً تكون مرتبطة هذه الدلالات إما بتدخلنا المبكر معهم أو بتشخيصنا أو نربطها بالتشخيص الأصلي الذي قُدم للمرشد) في تشخيص المشكلة وتقديم العلاج المناسب.

<~(من حق الطالب أن يسجل المرشد المعلومات التي تخصه،كثير من المرشدين و المعلمين يعتمدون على ذاكرتهم في جمع المعلومات ولكن من حق الطالب أن تسجل المعلومة ، لأن المرشد الحالي معرض لترك العمل مع الطالب في أي لحظة ، لذلك يجب تسجيل المعلومات ليتابع المرشد الجديد عمل المرشد السابق من خلال المعلومات المسجلة <~كمثال)

<~(نلاحظ في كل عامل نجد (تقديم العلاج) <~ وهذا ما نركز عليه وهو العلاج)

الاقتصاد : يعني به اقتصاد الجهد أي اتّباع أقصر الطرق للوصول إلى الهدف.

مصادر اكتشاف الحالة:

<~(المسؤولية الأولى لاكتشاف الحالة تقع على عاتق الأسرة بالدرجة الأولى ، خاصة بالأطفال ذوي الإعاقات)

الحالة نفسها : عندما يلجأ إلى المرشد لطلب المساعدة في حل مشكلته.

المرشد : من خلال ما يلاحظه أو يسمعه عن سلوكيات بعض الطلاب.

المواقف اليومية الطارئة : عندما تتكرر المواقف على طالب أو أكثر فيتطلب الأمر تحويله إلى المرشد لدراسة حالته.

إدارة المدرسة : يتم تحويله من قبل الإدارة.

المعلمون : ما يلاحظه المعلمون من سلوكيات على الطالب داخل الصف أو خارجه

الأسرة : من خلال متابعة سلوكيات الأبناء <~ (الأسرة قد تعرض طفلها للإرشاد كما يعرض الطفل نفسه للإرشاد)

اللجنة الإرشادية : من خلال البرامج التي تعمل على على تكاتف العمل بين المرشد وطلبة اللجنة الإرشادية

العيادات النفسية : ويتردد عليها بعض الأفراد الذين يعانون من مشكلات حادةتستدعي تقصي حالاتهم بشيء من التفصيل. <~ (الحالات القادمة من هذه العيادات النفسية بحاجة إلى دراسة تفصيلية وحذر)

المراكز المعنية : وتشمل مراكز الرعاية الخاصة والعامة ومراكز الشؤون الاجتماعية ومراكز رعاية الأسرة.

<~(المراكز المعنية تستدعي الفحص والتدقيق وقد تكون بعض المراكز غير متخصصة أو بعض الأشخاص بالمراكز يروا موضوع معين بأنه مشكلة ، وهو أصلاً لم يصل لحد أن يكون مشكلة ، كمثال :"وضع الطفل إبهامه في فمه مره واحده ليست مشكلة ، لكن إذا تكررت أصبحت مشكلة ")

جهات أخرى : وتشمل المراكز الخاصة داخل حقول العمل والتي يتردد عليها العاملون.

أشخاص آخرون : وتشمل رؤساء العمل والزملاء حيث يلاحظون بعض السلوكيات الشاذة وغير المناسبة.

مزايا أخرى لدراسة الحالة:

- تعطي للشخصية صورة أوضح
- تيسر فهم وتشخيص وعلاج الحالة بدقة ودراسة وبحث
- يفهم العميل نفسه بوضوح
- التنبؤ بالمستقبل ودراسة ماضي وحاضر العميل
- فائدة إكلينيكية تشمل : من خلالها يحدث نوع من التطهير الانفعاليوالتنفيس ،<~ (مثل أن نجد طفل يتحدث مع لعبة) وإعادة تنظيم الخبرات والأفكار والمشاعر ، وتكوين استبصار جديد للمشكلة.
- استخدامها لأغراض البحث العلمي والأغراض التعليمية في إعداد وتدريب المرشدين النفسيين.

<~(دراسة الحالة نفسها يمكن من خلالها أن يتم تطور مهني للمرشد ، ويجب أن نتابع هذه الناحية في أنفسنا ما يسمى بالنمو المهني)

الأبعاد الأساسية في دراسة الحالة:

البعد الأول : البعد الجسمي : حيث يؤثر النشاط العصبي والهرموني في استجابة الحالة ، بل قد يحددان النمط السلوكي الذي يلاحظه معلموه أو المرشد النفسي في المدرسة.

البعد الثاني : البعد النّفسي : يشمل الاستجابات التي تتعلق بالنشاط العقلي والانفعالي ، كالتفكير والتوقعات والذكريات والخوف والقلق والاكتئاب والخجل.

البعد الثالث : البعد البيئي : يقصد به كل المؤثرات الخارجية ، سواء كانت أسرية ، أو مدرسية أو اقتصادية ، أو اجتماعية ، أو طبيعية.... الخ والتي تؤثر في البعد الجسمي والنفسي.

دراسة الحالة من خلال الأبعاد : فهم العميل أو المسترشد الذي يخضع لتعديل السلوك في العملية الإرشادية هدف لا بدّ منه.

الجسم في دراسة الحالة : يمكن تحري علاقة الجسم باضطراب سلوك العميل من خلال الجسم. وتفيد استمارة جمع البيانات في التعرف على الأمراض الجسمية السابقة. **أما** المتغيرات الجسمية ذات العلاقة باللغة اللفظية وغير اللفظية والتي يفترض أن يلاحظها المرشد النفسي أثناء المقابلة فهي غير واردة في الاستمارة. لذلك يمكن للمرشد والمعلم تصميم فقرات لتحقيقها. ودراسة تعبيرات وجه العميل والتنبّه للتغيرات الفسيولوجية التي تحدث للعميل.

وطرح الأسئلة مثل ماذا يحدث لتنفسك أثناء أداء الاختبار؟

النفس في دراسة الحالة : تشمل التغيرات الانفعالية ، كالشعور بالخوف أو القلق أو الخجل في مواقف محددة قد توجّه المرشد النفسي لأنماط التفكير والتوقعات المتعلقة بهذا النوع من الانفعال أو ذاك.

البيئة في دراسة الحالة : يتطلب معرفة الجوانب البيئية المؤثّرة للعميل بالسؤال عن المتغيرات الفيزيقية والاجتماعية التي من شأنها أن سبّبت وتسبب مشكلته الحالية. فقد تكون من أسباب مشكلته بيئة الصف أو بيئة الأسرة أو علاقاته الاجتماعية مع أقرانه الطلاب.

التفاعل بين الأبعاد الثلاث في دراسة الحالة : يشمل تعبير الحالة على الأبعاد الثلاث السابقة. وتتفاعل الأبعاد الثلاث مع بعضها البعض مكوّنةً ما نسميه السلوك Behavior.

وتشتمل الأبعاد على متغيرات تسمى السّمات أو الأنماط السلوكية أو العادات : وهي

أولاً : الجسم ، كبعد له متغيرات نصنّفها إلى:

- المتغيرات الصريحة (السلوك اللفظي وغير اللفظي)
- المتغيرات الفسيولوجية (كنبض القلب ، وآلية التنفس ، والنشاط الهرموني والعصبي)

ثانيًا : النّفس لها عدد من المتغيرات ، تصنّف إلى:

- متغيرات انفعالية (كالقلق والغضب والابتهاج)
- متغيرات معرفية (كالتوقعات والذكريات والتصورات)

ثالثًا : البيئة ، ويمكن تصنيفها إلى:

- متغيرات فيزيائية لها صلة بمثيرات الطبيعة (كالمسموعات والمرئيات)

– متغيرات اجتماعية (كالعلاقات الاجتماعية ، والنّظم الثقافية).

<~("جسم ، نفس ، بيئة " كلها تتفاعل لكي تشكل شخصية .)

المحاضرة الثالثة

محتويات دراسة الحالة

مثال للأبعاد الأساسية في دراسة الحالة:

لتوضيح أبعاد الجسم والنفس والبيئة:نسوق المثال التالي:

مسترشد يجلس أمام المرشد مرتجف وصامت ، هذه علامة نفسية وجسدية وبيئية لكن لا يمكن للمرشد إصدار أحكام كونه لم يكمل جمع البيانات بعد. ويمكن الاستفادة من:

ملاحظة لغة الجسد وطريقة الجلوس والاستجابات غير الإرادية والألفاظ ومظاهر التوتر التي تبدو على المسترشد.

ربط المظهر الحالي بما لاحظه المرشد من استجابات لا إرادية ، فارتجاف الأطراف دلالة على توتر الجهاز العصبي غير الإرادي السمبثاوي وزيادة دقات القلب.

يدل البعد الجسمي الملاحظ على وجود القلق والخوف وهنا يتنبّه المرشد للمتغيرات الذهنية كطريقة تفكير المسترشد وتوقعات مستقبله وماضيه.

ربط بعدي الجسم والنفس بالبعد البيئي كالظروف الأسرية والاجتماعية.

تدوين المرشد للملاحظات للاستفادة منها في اللقاء القادم.

محتويات دراسة الحالة:

يدعو دولارد إلى الأخذ بدراسة الحالة بوصفها منهجًا علميًاوذلك في ضوء سبعة محكات هي:

-النظر إلى الفرد بوصفه جزء من حضارة معينة <~ (إن ثقافة الطفل الذي يعيش على البحر تختلف عن ثقافة الطفل الذي يعيش بالصحراء ، يجب أن يراعي المرشد هذه الثقافة ويراعي هذه الحضارة ، و علية احترام ثقافة المسترشد و إن اختلفت ثقافة المرشد عن المسترشد عليه أن يكيف نفسه مع ثقافة المسترشد ليلائمه)

-فهم دوافع الفرد في ضوءمتطلب المجتمع <~ (أي أن لا تكون الدوافع فردية ذاتيه فقط)

-تقدير دور العائلة في نقل الحضارة

-إظهار طرق التفاعل الاجتماعي

-النظر إلى سلوك الرشد بتتبع الطفولة حتى الرشد <~ (أي أن لا نأتي وهو مراهق وندرس حالته في هذه المرحلة فقط ، و لا أن نغفل كل ماضيه وطفولته ، لأنها بنائية تراكمية ، يجب معرفة ما الذي حدث في ماضيه حتى توصل لهذي المشكلة في هذه المرحلة أو في هذا السن)

-ربط الموقف الاجتماعي بالسلوك

-إدراك تاريخ الحالة من قبل المرشد <~ (يجب دراسة تاريخ الحالة ، و أحياناً يتوجب علينا دراسة تاريخ أسرة الحالة حول هذا الموضوع أو المشكلة)

إلا أن معظم دراسات الحالة تشتمل البيانات الرئيسية التالية:

أولاً: المعلومات والبيانات العامة: <~(علاقات الحالة تكون ضمن هذه المعلومات العامة)

الاسم ، العمر ، العنوان ، تاريخ الميلاد ، المهنة ، الأخوة والأخوات ، الأقارب ....الخ

ثانيًا : المعلومات الشخصية وتتضمن:

الخلفية التاريخية : وتشمل المتغيرات التالية:

1- بيئة العميل ، 2- النمط العائلي ، 3- التاريخ الشخصي 4- التاريخ التعليمي 5- التاريخ المهني 6- التاريخ الجنسي والزواجي 7- التاريخ الطبي 8- الاهتمامات والعادات الأخرى 9- النمو.

* نشأة وتطور المرض الحالي :

<~(هل نشأ هذا المرض الحالي من خلال التسلسل الزمني للأحداث ؟ أم أنه نشأ من خلال مقارنة الحالة المزاجية والسلوكية بآخرين ؟ وما هي الأعراض التي أدت إلى تفاقم المشكلة وزيادتها ؟ .... الخ "يجب توضيح الموقف بكل تفاصيله ")

*المظهر الحالي والسلوك العام

*القدرة على التركيز <~ (لو طبقنا اختبار على الطالب أو عرضنا عليه صورة هل سيعطيني تفصيلات أم لا ؟ هل سيركز على جزئيات بالاختبار أم لا ؟ <~ هذا المقصود بالقدرة على التركيز)

*محتوى التفكير <~ (أي الأفكار التي يطرحها العميل هل تكون أفكار هدامة أم أفكار إيجابية ، الثقافة التي يعكسها هل هي ثقافة سائدة بالمجتمع أم ثقافة جديدة شاذة عن مجتمعه ... الخ)

*الحالة الانفعالية

* ملائمة الاستجابات الانفعالية للمحتوى العقلي المعبر عنه <~ (أن تتناسب الحالة الانفعالية للفرد المسترشد مع الموقف الذي نقوم بعلاجه أو الذي يجد نفسه فيه)

* الوظائف الحسية والقدرات العقلية

* الاختبارات السيكولوجية التشخيصية

* الفحوص الطبية والمعملية، <~ (قد لا أكون أنا على إطلاع بالمفاهيم الطبية ولكن أخذ تفسير لها من طبيب عام)

* والملخص العام. <~ (نرسم البرامج العلاجية والإرشادية بناءً على هذا الملخص العام)

ثالثًا : الصياغة التشخيصية:

يلخص المرشد الحالة ديناميكيًا <~ (يلخصها المرشد ديناميكياً لأن أولياء الأمور بحاجة إلى كلمات واضحة)ويضع الشخصية في أيّة صورة من صوره المألوفة ، ويحاول القائم بدراسة الحالة أن يتبين الصراع الأساسي مثل الشعور بالذنب مقابل تبرير الذات وبالاستقلال مقابل الاعتماد ، أو المشكلة الأساسية التي يتركز حولها اهتمام المريض.

رابعًا : التوصيات : تشمل مقترحات الإرشاد مثل تقديم العلاج المناسب للحالة أو التوصية بالحصول على معلومات أخرى أو إحالتها إلى أخصائيين آخرين ، ويعتمد علاج المشكلات النفسية والاجتماعية على مدى ما توفر من معلومات عن الحالة. كما أن العلاج يعتمد اعتمادًا كليًا على إزالة الأسباب الذاتية والبيئة التي كونت المشكلة <~ (أي أن نزيل الذاتية ونكون موضوعيين في تعاملنا مع الأطفال عند إرشادهم ، و المرشد يعتبر جزء من البيئة المحيطة بالمسترشد)

خامسًا : المتابعة للحالة لتحقيق أهداف العملية الإرشادية

التقرير النفسي عن دراسة الحالة:

التقرير النفسي محصلة نهائية تدل على المعلومات المتباينة التي حصل عليها المرشد من مصادر مختلفة حول المسترشد. وهو عبارة عن وسيلة بنائية للمساعدة في تلخيص حالة كل مسترشد. ويشمل التقرير ما يلي:

أولاً : معلومات وصفية : مثل المعلومات الشخصية كالاسم والعمر <~ (ومثل أيضاً مشكلات المسترشد التي دفعته لطلب الإرشاد ومثل معلومات حول أسباب الإحالة من و إلى المرشد)

ثانيًا : معلومات إرشادية : مثل طريقة الإرشاد المتّبعة <~ (التقويم النهائي للمقابلات ، التشخيص النهائي لحالة الطفل هذه من ضمن المعلومات الإرشادية)

ثالثًا : معلومات تتعلق بالشخصية : مثل نتائج التقييم باختبارات وغيرها

رابعًا : الخُلاصة : مثل النتائج <~ (والعناوين الرئيسية في التقرير ، وتوضيح المشكلة وعرضها بكلمات بسيطة)

خامسًا : التوصيات : بهدف متابعة الحالة <~ (توجيه التوصيات للمسترشد بهدف تبصيره بما انتهت إليه حالته أو توجيه توصيات لزميل آخر أو لأحد أفراد الأسرة لمتابعة الحالة

ما الذي يجب مراعاته عند كتابة التقرير النفسي:

- الكتابة الدقيقة وبموضوعية وتجنب التعميمات والمصطلحات المصطنعة
- الابتعاد عن إسقاط الأفكار الذاتي <~ (يجب أن نأخذ بواقع الحال ونوظف خبراتنا لهذا الجانب لخدمته ، لا أن تكون الأفكار ذاتية)
- إظهار نتائج التشخيص
- عدم الإسهاب طويلاً في التقرير وعدم الاختصار الشديد
- تجنب التركيز على معلومات على حساب جزئيات أخرى هامة
- ضرورة إقرار التفسير والتوصيات

الصعوبات التي تواجه دراسة الحالة:

تواجه دراسة الحالة صعوبات تكون عقبة أمام تحقيق الأهداف المنشودة .**ومن الصعوبات:**

عامل الوقت : الوقت المستنفذ في جمع المعلومات المكثفة قد يفوق الفترات الزمنية للمقابلة أو لفترة العلاج

المعلومات المستهلكة : تغير الأحداث في حياة المسترشد كانتقال المسكن أو الأفراد المحيطين قد يؤول إلى تغير في صدق وثبات المعلومات <~ (أي يجب أن تكون المعلومات ذات علاقة بالمشكلة بحيث تفيدنا لحل المشكله وكيفية رسم البرنامج العلاجي ، لا أن تكون مستهلكة)

المعلومات المجردة : تحصيل المعلومات عن المسترشد بمعزل عن مشاركته الفعلية والايجابية التي تدعم مشاعره.

عدم تنظيم الوقت : حشد المعلومات دون إيجاد الرابط بينها. <~ (يجب تنظيم الوقت بين جمع المعلومات وتقديم البرنامج الإرشادي العلاجي)

المحاضرة الرابعة

أساليب مرتبطة بدراسة الحالة

تستخدم مصطلحات كبديل لدراسة الحالة ؛ مما قد يحدث خلط فيما بينها مثل: تاريخ الحالة ، مؤتمر الحالة ، وتاريخ الحياة. ولا بدّ من توضيح:

تاريخ الحالة : يعرف تاريخ الحالة بأنه جزء من دراسة الحالة يطلق عليه (تاريخ الحياة) و يتناول دراسة مسحية طولية شاملة للنمو منذ وجوده والعوامل المؤثرة فيه وأسلوب التنشئة الاجتماعية والخبرات الماضية والتاريخ التربوي والتعليمي والصحي والخبرات المهنية والمواقف التي تتضمن الصراعات و الاحباطات وتاريخ التوافق النفسي وتاريخ الأسرة بطريقة شاملة وموضوعية.

<~ (دراسة مسحية : أي التعرف على مجتمع الأفراد المعوقين و أعدادهم ونسبتهم إلى ذوي الحاجات الخاصة ونسبتهم إلى المجتمع العادي الكلي)

<~ (دراسة طولية : أي تسير مع الفرد عبر مراحله النمائية ، و شاملة لكافة مراحل وجوانب النمو)

هل تختلف دراسة الحالة عن تاريخ الحالة ؟

تختلف دراسة الحالة عن تاريخ الحالة : فدراسة الحالة بمثابة قطاع مستعرض <~ (أي شموليتها اكثر من غيرها) لحياة الفرد ، أي أنها دراسة استعراضية لحياة العميل تركز على حاضر الحالة ووضعها الراهن، بينما تاريخ الحالة بمثابة قطاع طولي لتاريخ الفرد / الحالة، أي أنها دراسة طولية لحياة العميل يقتصر على الماضي بمعنى دراسة تتبعية لحياة الحالة.

مؤتمر الحالة :

يعرف **مؤتمر الحالة** بأنه اجتماع <~ (منظمة ومحددة مسبقاً ، مدروسة ويقودها شخص ، في الغالب يكون المرشد) يضم كل أو بعض الأشخاص الذين يهمهم أمر المريض وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة به ومستعد للتطوّع والإدلاء بها وتفسيرها وإبداء بعض التوصيات **بموافقة المريض** <~ (أحياناً الشخص ذي الحاجة الخاصة إذا كانت إعاقته شديدة صعب أخذ موافقته فتكون بموافقة ولي أمره) ويضم مؤتمر الحالة الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمدرّس – المرشد ، الوالدان ، الأقارب ، الأصدقاء أي كل من يهمه امر المسترشد.

أنواع مؤتمر الحالة:

مؤتمر الحالة الواحدة : خاص بعميل واحد

مؤتمر الحالات : دراسة مجموعة من العملاء <~ (أكثر ما يستخدم هذا الأسلوب مع الموهوبين أو الأحداث الجانحين أو مع الأطفال الذين يتسربون من المدرسة وغيرها من الأمثلة ...)

مؤتمر الأخصائيين : يضم الأخصائيين في الإرشاد فقط <~ (يعني المرشد و أخصائي علم النفس يتدارسون مع بعضهم البرامج السلوكية التي ممكن أن تنفذ على الطلاب وبرامج إرشاد الوالدين التي ممكن أن تنفذ في المدرسة و كل ما يمكن أن يقدم تتم دراسته من قبلهم ..)

مؤتمر الأخصائيين وغير الأخصائيين خاص بحالة واحدة <~ (هذا الأسلوب يضم المرشد أو الأخصائي النفسي و أشخاص آخرين ممكن أن يكون هؤلاء الأشخاص الآخرين من لهم علاقة بالأسرة ومن يهمهم أمر هذا الطالب)

مؤتمر المرشد والعميل والوالد : يناسب المرحلة الابتدائية أكثر من المراهقين <~ (لأن المراهقين يميلون إلى الاستقلالية عن الوالدين)

عوامل نجاح مؤتمر الحالة:

*عقده في الحالات الضرورية فقط

*موافقة العميل <~ (يجب الحصول على موافقة الحالة ، و حتى نرشد بالطريقة الصحيحة لابد من إعلام أولياء الأمور بهذا المؤتمر ، لأن فيما بعد ممكن أن يتعاون معنا ولي الأمر في البرنامج الإرشادي المقدم ، فيجب عدم تجاوز الأسرة في هذا الجانب ..)

*مراعاة المعايير الأخلاقية <~ (السرية في عمل المرشد هي جوهر اخلاقيات المهنة)

*الحضور الاختياري

* اهتمام الحاضرين

* الجو غير الرسمي <~ (ولكن يجب أن يتوفر جو المسؤولية أيضاً)

* مراعاة التخصصات المختلفة <~ (عدم سيطرة البعض على الجلسة ، أو عدم إسهاب البعض بحوار طويل جداً في سبيل معلومة بسيطة و عدم الاستخفاف بما يدلي به الآخرين)

<~ (كلها تندرج تحت مؤتمر الحالة ، ومؤتمر الحالة لا ينفصل عن دراسة الحالة)

خطوات عقد مؤتمر الحالة:

أولاً : الإعداد للمؤتمر : ووضع خطة وجدول أعمال المؤتمر

ثانيًا : الافتتاح : يقوم بذلك المرشد ويشرح الأهداف والموجز <~ (الافتتاح و كأنها بشكل رسمي ، لماذا ؟ حتى يعرف الحضور أن هذا الشخص هو من منظم لهذه الجلسة ، و يجب الافتتاح وتنظيم الأدوار في الحديث دون تحيز ..)

ثالثًا : جلسة المؤتمر : المرشد يرأس الجلسة <~ (يجب أن تقدم فيها معلومات و أن تتوفر فيها المعلومات العامة والشخصية عن هذا العميل ، ونضيف إليها الهدف الرئيسي من هذا المؤتمر)

رابعًا : الختام : المرشد يلخص نقاط الاتفاق والاختلاف والتوصيات

مزايا مؤتمر الحالة:

أولاً : يزود المرشد بمعلومات عن العميل

ثانيًا : تجميع المعلومات من مصادر متعددة <~ (خاصة المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها بالطرق الآخرى ، فنقوم بتجميع هذه المعلومات مباشره من خلال هذا المؤتمر)

ثالثًا : يفيد مع الحالات الجديدة

رابعًا : يشعر أعضاء المؤتمر بفائدتهم وفائدة مساهماتهم

خامسًا : وسيلة للاتصال بالأسرة

سادسًا : يساهم في تبني طريقة الإرشاد الاختياري

عيوب مؤتمر الحالة:

- يستغرق وقتً طويلاً
- يعطي نتائج ضعيفة مقارنة بوسائل أخرى
- المعلومات قد تأتي متناثرة
- المعلومات قد تأتي غير متكاملة
- لا يعطي صورة واضحة عن الحالة
- قد لا يتوافر الوقت للبعض للحضور
- النظرة السلبية لدى بعض الحضور واعتبارها تدخل في خصوصيات العميل (مؤتمر الفضائح) قد يسميه البعض هكذا

المحاضرة الخامسة

أساليب جمع المعلومات لدراسة الحالة:

تعتبر عملية جمع المعلومات عن العميل بمثابة العمود الفقري في دراسة الحالة، حيث يتم حلّ مشكلات العميل بتوافر المعلومات الوافية عنه وعن مشكلته وعن بيئته. وتعرف عملية **جمع المعلومات بأنها** العملية التي تؤدي إلى الوقوف على طبيعة الحقائق والقوى المختلفة النابعة من شخصية المسترشد الكامنة في بيئته، والطريقة التي يتفاعل بها. <~ (و بإحداث الموقف السلبي أو السيئ الذي يعاني منه العميل وكل ذلك بقصد التشخيص و من ثم العلاج)

من هنا لا بدّ من تعرّف الشروط اللازمة لجمع المعلومات وهي:

سرّية المعلومات : حتى يتحدث العميل بحرية وثقة في جوّ آمن، وبخاصة عندما تكون المعلومات مما يثير متاعب قانونية أو اجتماعية.

بذل أقصى جهد : بهدف الحصول على معلومات شاملة كافية بطرق وأدواتمناسبة

المهارة في جمع المعلومات : إتمام عملية جمع المعلومات بطريقة سهلة وطبيعية، وذلك يحتاج إلى تدريب خبرة.

حث العميل على التعاون : بهدف مساعدة المرشد، ثم المرشد يساعد المسترشد

الدقة والموضوعية : من اجل التشخيص الدقيق.

الصدق والثبات : **الصدق** أن تعبّر المعلومات فعليًا عمّا تعنيه من دلالة على سلوك العميل.**والثبات** يعني عدم تغيير المعلومات من جلسة إلى أخرى.

التكرار والاستمرار : المعلومات السلوكية الهامة هي التي تتّسم بالتكرار والاستمرار والذي له دلالة في تشخيص مشكلة العميل.

الاهتمام بالمعلومات الطولية : ينبغي الاهتمام بالمعلومات الطولية التتبعية لأن حياة العميل وحدة متّصلة مستمرة. وسلوكه مرتبط بماضيه ومستقبله.

التأكّد : التأكد من توفر الأدلة الكاملة على السلوك المرضي عند العميل.

الاعتدال : يجب عدم الإفراط عند تطبيق القواعد العامة ويجب مراعاة الفروق الفردية.

تقييم المعلومات : بهدف تحديد ما إذا كانت حقيقية أو احتمالات مع سلامة تقدير الأحكام.

وسيلة وليست غاية : بهدف الوصول إلى تشخيص سليم وإرشاد وعلاج ناجح.

عوامل ميسِّرة في عملية جمع المعلومات:

-تعاون العميل <~ (العميل هام جداً في جمع المعلومات ، هو المستهدف بهذه العملية ، و إن رفض التعاون يجب اللجوء إلى أساليب بديلة ، علينا أن نحببه في عملنا كمرشدين و في اسلوبنا ، يجب أن نغير الشخص "المرشد " إن اضطر الأمر ، قد لايثق العميل بهذا الشخص و قد يشترط علينا بأن لا نعطي هذا الشخص أي معلومة ، وكما أن الخدمات الإرشاديه تقدم للعميل المستبصر بحالته ، والذي ممكن كسب تعاونه ببعض الجهد من قبلنا وببعض التشجيع)

-تعاون الأسرة <~ (نريد تبني وجهه إيجابية مع الاهل ، بحيث الرد يكون إيجابي ومقنع ، نحن نأخذ الموضوع على أن الأسر تأتي الى المرشد بمجموعه من المفاهيم حول الإعاقة ، ونحن نوصل لهم الصحيح من هذه المفاهيم ، وقد أصبح ولي الأمر نيّر و يهمه طفله و بالتالي يهمه البرنامج الإرشادي لطفله و قد تجاوز ولي الأمر مرحلة الصدمة و تجاوز مرحلة النكران و أصبح الآن بمرحلة التقبل للإعاقة في المجتمع و في مترله بحيث أنه أصبح يسعى للبحث عن برامج إرشادية و علاجية لطفله)

-تعاون المدرسة <~ (هي المؤسسة الوحيدة التي ينطلق منها اولياء الأمور عند الحاجة للإرشاد ، وتعاون المدرسة مهم جداً ، في مساهمتها لمساعدة أولياء الأمور ومساعدتنا نحن كقائمين على إرشاد الطفل وجمع المعلوماتعنه)

-تعاون المؤسسات الأخرى

وسائل جمع المعلومات في دراسة الحالة:

المقابلة : <~ (تمد المرشد بمعلومات أساسية من المصدر الرئيسي للمشكلة وهو المسترشد) تعرف بأنها عبارة عن علاقة دينامية <~ (أي علاقة تفاعلية) وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، الشخص الأول هو أخصائي التوجيه والإرشاد أو التشخيص، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة فنية محورها (الأمانة) وبناء العلاقة الناجحة، فليس الهدف من المقابلة عنونة المريض أو إلصاق الصفات به أو تصنيفه في فئة إكلينيكية محددة، وإنما الهدف منها هو الكشف عن ديناميات السلوك المرضي قبل أي اعتبار، ويتوقف نجاحها في تقديرنا على قدرة الأخصائي في بناء علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض وهي علاقة الثقة والود

ويرى العالم (لانديز) :

أن **المقابلة** أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية، وبدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلى بيانات ذات طبيعة دينامية، وقد استخدمها في دراسات عن السلوك الجنسي والنمو الجنسي النفسي بين الذكور والإناث.

وقد حدّد العالم (شيمر) المقابلة في شرطي الأمانة والموضوعية.

وهكذا يبرز أن غرض المقابلة يعتمد على الهدف الذي يتمثل بها، تشخيصيًا كان أم إرشاديًا، علاجيًا أم استطلاعيًا وبالتالي جمع البيانات والفهم المتكامل لشخصية العميل هي القاسم المشترك للمقابلة بشتى أنواعها.

ويهتم علماء النفس الإكلينيكي بمدى ثبات المقابلة التشخيصية في تقييم المرضى

وعرّفت في المقرر:

بأنها علاقة ديناميكية بين المرشد والمسترشد، فالمسترشد يبحث عن المساعدة والوصول إلى حلّ لمشكلته، والمرشد شخص مؤهل علميًا وعمليًا ويقدم المساعدة التي يحتاجها المسترشد.

وهناك مجموعة من العناصر التي تحدد المقابلة وهي:

- المواجهة الإنسانية : وتعني المواجهة وجهًا لوجه بين المرشد والمسترشد
- المكان المحدد : المكتب العيادة مركز الإرشاد (الصّف أحيانًا) .....
- الموعد المسبق : بناء على خطة المرشد
- الفترة الزمنية المحددة : لتهيئة المسترشد واستعداده النفسي لتقبل المرشد، وزيادة رغبته ودافعيته للإرشاد.

أهداف المقابلة:

- إيجاد علاقة مهنية بين المرشد والعميل
- جمع البيانات والمعلومات عن العميل
- مساعدة العميل على الكشف عن الحلول الممكنة لمشكلته
- مساعدة العميل في التعبير عن نفسه وعن مشكلته

أنواع المقابلة:

المقابلة التمهيدية / المبدئية : وتسمى مقابلة الاستقبال أو الأولية يتم فيها التمهيد للمقابلات القادمة ويتم فيها تحديد إمكانات المرشد وما يتوقعه المرشد والعميل كل من الآخر ، إضافة إلى إمكانية تقديم الإرشاد لهذا المسترشد.

المقابلة القصيرة : تكون في الحالات الطارئة وسهلة وواضحة وتقدّم لمقابلة أطول إلا أنها تفتقر إلى التفاعل والعلاقة الكافية بين العميل والمرشد.

المقابلة الفردية : تتم بين المرشد وعميل واحد فقط

المقابلة الجماعية : تتم بين المرشد ومجموعة عملاء يعانون من مشكلات مشتركة

المقابلة المقيدة – المقننة : مقيدة بأسئلة محددة وموضوعات محددة مسبقًا وتعليمات محددة. وعيبها الجمود ونقص المرونة

المقابلة المطلقة – الحرة : غير مقيدة بأسئلة أو موضوعات أو تعليمات محددة، بل تكون حرة ومرنة حيث تترك الحرية للعميل لتداعي الأفكار تداعياً حرّاً ويعرضها بطريقته الخاصة.

المقابلة العلاجية : وتسمى المقابلات التشخيصية والعلاجية وتهدف إلى التعرف على مشكلات العميل وأسباب اضطرابه ومساعدته في فهم ذاته.

مزايا المقابلة:

- تحقق النظرة الكلية وتمكن المرشد من معرفة المسترشد
- تمكن المرشد من التعرف على انفعالات المسترشد وجوانبه الحركية وتعبيراته غير اللفظية وطريقة تفكيره وقدرته على تسلسل الأفكار
- تساعد في معرفة قدرة المسترشد على التعامل مع الآخرين والتعبير عن نفسه ومظهره العام
- يتم فيها تبادل الثقة بين المرشد والمسترشد، وطمأنته وأمنه والتعبير الصريح عن المشكلة، أما المرشد فيتعمق في دراسة الحالة.

المحاضرة السادسة

أساليب جمع المعلومات لدراسة الحالة

الملاحظة : <~ (تقصد بها المراقبة المقصودة و الملاحظة العلمية للعميل ومشاهدته عيانياً لرصد ما يحدث من سلوكيات تدور حول العميل ونتابع هذه السلوكيات وتسجيلها كما هي على واقع الحال ،لا تتوقف الملاحظة على أن تكون فقط للفرد ذي الحاجة الخاصة ، أحياناً ملاحظة سلوكيات المحيطين بالفرد ذي الحاجة الخاصة مثل الأسرة)تعرف بأنها أداة عملية منظمة لدراسة سلوك المسترشد في المواقف التي يصعب على المرشد استخدام وسائل جمع معلومات أخرى، وذلك بهدف مقارنة هذا السلوك مع سلوكياته في مواقف أخرى أو مع سلوك أشخاص آخرين خلال فترة زمنية محددة بشرط أن يتم ذلك بدقة علمية وتسجيل ما يتم ملاحظته وتحليل ما يتم الوصول إليه من معلومات وتفسير ما تم ملاحظته. ولا بدّ أن تتصف الملاحظة بالموضوعية والصدق والثبات.

<~ (الملاحظة الإكلينيكية وحدها غير كافية لتكون اسلوب تشخيصي شامل ، يجب أن تتكامل مع اختبارات ومقاييس حتى تتمم بعضها البعض بحيث نخرج بصورة نوصف فيها جوانب القوة وجوانب الضعف عند الطفل بدقة أشمل)

أنواع الملاحظة:

الملاحظة المباشرة : المرشد والمسترشد وجهًا لوجه ، مثل ملاحظة الطالب أثناء اللعب.

الملاحظة غير المباشرة : تتم دون أن يشعر المسترشد أن أحد يلاحظه

الملاحظة بالمشاركة : اندماج المرشد بشكل فعلي في الأنشطة وتمتاز بأنها تسمح للملاحظ بالاحتكاك المباشربالمسترشد.

الملاحظة الداخلية : ملاحظة الشخص لذاته ، فيلاحظ مشاعره ورغباته.

الملاحظة الخارجية : يقوم مرشد مدرّب بملاحظة الجوانب السلوكية وفق خطة لها أهداف محددة.

الملاحظة العابرة : تتم بالصدفة دون تخطيط وتكون نتائجها غير دقيقة. <~ (**لأن ممكن أن يكون السلوك الملاحظ صدفة وحدث مرة واحدة ، أي ان السلوك لم يصل لحد أن يكون مشكلة لأنه لم يتكرر ولم يترك أثر أذى على الآخرين و على نفسه**)

الملاحظة الدورية : تتم في فترات زمنية محددة ، أسبوعيًا أو شهريًا.

الملاحظة المقيدة : تتقيد بموضوع أو سلوك محدد وتقتصر على ملاحظة شيء محدد فقط.

مزايا الملاحظة:

تتيح الفرصة للمرشد أن يلاحظ السلوك التلقائي الفعلي في المواقف الطبيعية

لا تتأثر برغبة أو عدم رغبة المسترشد في التحدث عن نفسه <~ (بعكس المقابلة)

تسمح للمرشد بالاطلاع على اتجاهات وأفكار ومشاعر المسترشد

وسيلة للحصول على معلومات وبيانات وخاصة مع الأطفال

يتم تسجيل السلوك في الموقف الذي الذي يحدث فيه <~ (لايتم تسجيل هنا السلوكيات السلبية فقط بل نسجل أيضاً السلوكيات الإيجابية معها ، لنذكره بالسلوك الإيجابي في مقابل تخفيض السلوك السلبي " التعزيز التفاضلي ")

يمكن استخدامها أثناء تطبيق وسائل دراسة الحالة الأخرى <~ (أي أن تكون متزامنة مع المقابلة على سبيل المثال)

عيوب الملاحظة:

1– قد يعطي المرشد تفسيرات للسلوك بدلاً من وصف السلوك

2– قد يعمد الأفراد موضوع الدراسة إلى إعطاء انطباع جيد عندما يدركون أن سلوكياتهم مراقبة

3– بعض الظواهر السلوكية لا يمكن ملاحظتها مباشرة كالخلافات الأسرية الداخلية بين أفراد الأسرة

4– نظرًا لشدة تركيب الظواهر وتداخلها يصعب على الملاحظ الوقوف على جميع الظروف المحيطة به

<~ (باختصار : الملاحظة ليست الأسلوب الوحيد لدراسة الحالة وليست الأسلوب المثالي ، هي جانب نستخدمه ويتمم عملنا في دراسة الحالة ويتمم المقاييس والاختبارات والطرق الآخرى لجمع المعلومات)

الاختبارات والمقاييس النفسية:

تعد الاختبارات والمقاييس من الوسائل الهامة في جمع المعلومات إذا توافرت فيها شروط الاختبار الجيد وهي: الصدق والثبات والموضوعية والشمول؛ وتستخدم في مجال الإرشاد النفسي لأغراض تشخيصية وتنبؤية وعلاجية.

ويعرف **الاختبار النفسي بأنه** أداة عملية تتكون من مجموعة من المواقف المقننة وفق معايير مناسبة للبيئة التي يطبق فيها، وذلك بهدف قياس جوانب محددة في شخصية المسترشد بصورة أقرب إلى الموضوعية.

مزايا الاختبارات والمقاييس:

- تستخدم في الحصول على معلومات دقيقة عن المسترشد وسماته وقدراته
- تستخدم للتنبؤ المستقبلي بأداء الفرد في مجال مهنته
- تستخدم في تشخيص مشكلات التعليم وتعرف نقاط القوة ونقاط الضعف
- تستخدم للكشف المبكر عن الموهوبين
- تستخدم كأداة علاجية / الاختبارات الإسقاطية
- تعد أداة مهمة في تقييم عمل المرشد وتقييم البرامج الإرشادية والعلاجية

بعض الاختبارات المستخدمة وأمثلة على مجالاتها:

اختبارات التحصيل : مثل اختبارات التحصيل في المواد الدراسية

اختبارات الذكاء : مثل اختبار ستانفورد بينيه ومقياس ويكسلر لذكاء الأطفال، واختبار رسم الرجل الذي عرّبه مصطفى فهمي.

اختبارات القدرات : مثل اختبار الاستعداد العقلي للمرحلة الثانوية والجامعية

اختبارات الشخصية : مثل اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال (بنين/ بنات)، اختبار الشخصية للشباب، وقائمة ايزنك للشخصية.

الاختبارات الإسقاطية : اختبارات: بقع الحبر، تفهم الموضوع، رسم المترل والشجرة والشخص.

السجلات المجمعة:

- مجموعة من السجلات الموجودة داخل المدرسة وتحتوي على معلومات عن كل طالب على حده وتوضح فيها المعلومات الأساسية.

مزايا السجلات المجمعة:

تساعد على الكشف عن الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال وتخفيف حدّتها

تساعد في التعرف على الطلاب الذين يتميزون بقدرات ومهارات واستعدادات خاصة.

السجل القصصي:

- **عبارة عن تقرير رسمي** يقوم به المرشد أو المدرسون داخل المدارس وهو خطوة مكملة للملاحظة وتلخص فيه عادة وقائع الملاحظات.

من مزايا السجل القصصي:

- **يعطي** صورة واضحة ودقيقة لعينة من سلوك العميل
- **يمدنا** بمعلومات تعوض النقص للمعلومات من الوسائل الأخرى
- **يصلح** كبداية جيدة لوسائل أخرى لجمع المعلومات مثل المقابلة.

السيرة الذاتية:

- **هي التقرير** الذي يكتبه المسترشد عن نفسه وفيه معظم جوانب حياة الشخص في الماضي والحاضر

وهي نوعان:

- السيرة الشخصية المقيدة بإطار
- السيرة الشخصية غير المقيدة بإطار

الزيارة الخارجية:

- هي زيادة المقابلة المهنية التي تتم بين المرشد والمسترشد أو أحد أفراد أسرته وتكون خارج المؤسسة.

وتكون في الحالات التالية:

- الشيخوخة والمرض والعجز
- الأسر البديلة
- الأحداث المنحرفون
- السجون
- الحالات المرضية الشديدة

المحاضرة السابعة

القائم بدراسة الحالة

<~ (*القائم بدراسة الحالة هو عنصر هام لنجاح دراسة الحالة ولا يمكن الاستغناء عنه.

*يختلف القائم بدراسة الحالة من مجال الى آخر و ذلك كون اسلوب دراسة الحالة يمكن استخدامها في عدة مجالات.

*تختلف دراسة الحالة كأداة أو كأسلوب وكطريقة تقدم من شخص لآخر ، وتختلف باختلاف الشخص المتخصص في تنفيذها ، وتختلف باختلاف طبيعة المهمة والمعلومات التي سنحصل عليها من دراسة الحالة ، ومختلفة بحسب العلوم التي تتناولها)

المعالج النفسي:

يعرف المعالج النفسي بأنه الأخصائي الذي يقوم بالدور الرئيسي في عملية العلاج النفسي.

ويقوم المعالج النفسي مع فريق العلاج بفحص وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية وعلاج حالات العصاب والاشتراك مع الطبيب النفسي في علاج الحالات النفسية الجسمية وحالات الذهان ويشارك المعالج النفسي في عملية الإرشاد العلاجي.

<~ (*هو على درجة من التدريب العملي و الخبره والمران والممارسة والتمرس في المهنه ، وليس دخيل على هذه المهنه ، وهذا مفيد جداً في نجاح دراسة الحالة .

*مراكز الارشاد لها اهمية كبيره ، في نجاح عمل المعالج النفسي .

*والمعالج النفسي يحتاج الى دراسة الحاله ، بل ان دراسة الحاله تعتبر جزء اساسي وهام جداً من الادوات التي يستخدمها المعالج النفسي)

الأخصائي النفسي:

وهو شخص حاصل على بكالوريوس من كلية الآداب أو قسم علم النفس. وهو شخص قادر على فهم السلوك الإنساني وتحليله والوقوف على أهم المشكلات التي تواجه المحيطين به ومحاولة حلّها بأسلوب علمي وتحقيق أكبر قدر من التوازن والتوافق والصحة النفسية.

ومن مهامه إجراء دراسة الحالة <~ (لكن هنا يتبع مجال تخصصه فقط ، قد يكون " اخصائي نفسي فسيولوجي– اخصائي نفسي عيادي – اخصائي نفسي قياسي .. الخ) حول المشكلات المدرسية والمشكلات السلوكية والانفعالية للطلاب. <~ (كمثال : في مجال الاخصائي النفسي المدرسي ، يقوم بدراسة الحاله للطلاب والطالبات فيما يتعلق بمشكلات تتعلق بالتسرب من المدرسه اوتتعلق بالتأخر الدراسي او باضطرابات الانتباه او العنف والعدوان احيانا<وهذه تتضمن فقط المشكلات المدرسيه).

<~ (*والقسم او الكلية التي تخرج منها يجب ان يكون لديها اعتراف بالمقررات التالية " الصحة النفسية والعلاج النفسي– علم النفس العادي 'الاكلينيكي ' – علم النفس المرضي – علم النفس الفسيولوجي – التقويم والقياس النفسي او التقويم والتشخيص النفسي– الطب النفسي – علم النفس الإداري < يجب ان يكون الاخصائي درس كم كبير من هذه المقررات"علم نفس الشخصيه – علم النفس الاجتماعي – مشكلات الطفولة والمراهقة– التدريب الميداني في مجال تخصصه كأخصائي نفسي ، وهذا التدريب يكون فتره زمنية كافية في الارشاد والعلاج النفسي)

الأخصائي الاجتماعي:

هو الشخص المتخرج من كلية الخدمة الاجتماعية أو معاهد الخدمة الاجتماعية ، وتم إعداده مهنيًا من خلال إكسابه مجموعة من المعارف والمهارات التي تؤهله للعمل في مجال الخدمة الاجتماعية. <~ (في الغالب هذا الشخص يتعين لدى وزارة التنمية الاجتماعية ويكون دوره التعامل في الغالب مع اولياء الامور "الاهل" ، لكن لا يعني ذلك انه ليس له دور في المعامله مع المدرسه)

ومن أدواره إجراء دراسة الحالة. ولتحقيق ذلك لا بدّ من إمداده بتدريبات تمكّنه من إجراء دراسة الحالة.

ويعمل الأخصائي الاجتماعي في مجال الطب النفسي تحت مسمى الأخصائي الاجتماعي النفسي.ويهتم لتقصي وتحليل الظروف الاجتماعية الكامنة وراء الاضطراب والأمراض النفسية والعقلية عن طريق البحث الاجتماعي الشامل لحالة الفرد المضطرب <~ (و أحيانا لأسرة الفرد ايضاً ، لماذا ؟ لأنه يوجد تاريخ تطوري ، تاريخ نمائي مرتبط بالوراثة لنتاج ما يحدث لهذا الطفل الآن ، او العلاقات والتفاعلات الاجتماعية مع المحيطين به باستخدام الوسائل المناسبة)

المرشد الطلابي:

من مهامه بحث حالات الطلاب التحصيلية والسلوكية وتقديمالخدمات الإرشادية <~ (احياناً الارشاد يكون جمعي عن طريق كلمة تلقى في الصباح او نشرات ترسل لأولياء امور الطالب)التي تحقق أهداف المرحلة التعليمية.

<~ (أي ان الخدمات العلاجية يجب ان تتوافق مع الخدمات التعليمية) ورعاية الطلبة المتفوقين والموهوبين وتشجيعهم وتوجيههم ومتابعة الطلبة المتأخرين دراسيًا ودراسة أوضاع أسر الطلاب.

<~ (في بعض الاحيان بتطلب القيام بدراسة الحالة مع بعض الطلاب مباشره من دون تأخير وتأجيل)

المعلم:

يقوم بدراسة الحالة في حالة تعذر وجود أخصائي نفسي أو اجتماعي في المدرسة. وبخاصة للحالات الشديدة مثل العدوان والجنوح والسرقة والمشكلات الجنسية والغياب والرسوب المتكرر. <~ (أي المشكلات التعليمية)

<~ (ان أي شخص يقوم بدراسة الحالة يجب ان يكون على درجة من الوعي ، ولابد يكون على قدر كبير من العلم والدراية وخاصة في النظم الاجتماعية)

خصائص القائم بدراسة الحالة:

أولاً: الخصائص الشخصية:

الأمانة : ويكون أمينًا في تسجيله للموضوعات المتعلقة بالعميل وتنظيمها وتحليلها بدقة

الأصالة : أن لا ينهى عن خلق ويأتي مثله، تطابق أفعاله مع أقواله

الدافعية : يبذل قصارى جهده للعمل بفاعلية

المرونة : التعامل مع جميع الشخصيات والمحيطين بالعميل<~ (**هنا تعني كيفية التجاوب مع هذه الاختلافات بين الشخصيات**)

المساندة والتراحم : وتوفير الأمن والأمل للعميل وأسرته

القدرة على التأثير : وبخاصة في المقابلات وتحصيل المعلومات

الصبر : هناك مشقة وصعاب تحتاج للصبر بهدف إنجاز المهام.

ثانيًا: الخصائص النفسية للمرشد:

مثل : الثقة بالآخرين وبقدراتهم

التقبّل غير المشروط للمسترشد

ثالثًا: الخصائص الاجتماعية:

مثل : القدرة على القيادة وتوجيه الآخرين

حبه للعمل الخيري والتطوعي لمساعدة الآخرين

رابعًا: الخصائص المهنية:

مثل : الالتزام بأخلاقيات المهنة وأخلاقيات المجتمع وقيمه

المحافظة على أسرار المسترشد وعدم البوح بها

الإلمام بنظريات التعلم ونظريات التحليل النفسي وتطبيقاتهما

خامسًا: مهارات الاتصال الأساسية للمرشد النفسي:

مثل :

- الاتصال البصري
- لغة الجسم / الجسد
- المسافة الشخصية
- النغمة الصوتية
- المسلك اللفظي والصمت
- الإنصات / الاستماع

سادسًا: مهارات التشخيص:

مثل : مهارة تنظيم المعلومات وتسجيلها

مهارة تحليل المعلومات وتفسيرها وتشمل:

مهارة وصف المعلومات

مهارة الاستدلال من تجميع المعلومات

مهارة التنبؤ بمآل الحالة

سابعًا: مهارات تقويم النتائج:

مثل : لمعرفة مدى التقدم الذي حققه القائم بدراسة الحالة في تحقيق مهمته ومدى فعالية الأدوات والأساليب المستخدمة في تحقيق الهدف المرجو منها.

ثامنًا: مهارات إنهاء الجلسات الإرشادية مع العميل:

بعد حصوله على المعلومات الكافية لتشخيص الحالة ورسم الخطط العلاجية المناسبة لهذه الحالة وكذلك تحديد أساليب المتابعة.

المحاضره الثامنة

الميثاق الأخلاقي للقائم بدراسة الحالة:

1- القائم بدراسة الحالة يجب أن يكون مظهره العام معتدلاً، بعيدًا عن المظهرية والإبهار، محترمًا في مظهره، ملتزمًا بحميد الخصال.

2- يلتزم القائم بدراسة الحالة بصالح العميل ورفاهيته، ويتحاشى كل ما يتسبب بصورة مباشرة أو غير مباشرة في الإضرار به.

3- يسعى القائم بدراسة الحالة إلى إفادة المجتمع، ومراعاة الصالح العام طبقًا لما تشير إليه الشرائع السماوية، والدستور، والقانون، والعادات والتقاليد.

4- يجب على القائم بدراسة الحالة أن يكون متحررًا من كل أشكال التعصب الديني الطائفي، وأشكال التعصب الأخرى، سواء للجنس، أو العرق أو السن أو اللون، لأن طبيعة عمله تتطلب التعامل مع الاختلافات.

5- يحترم القائم بدراسة الحالة في عمله حقوق الآخرين في اعتناق القيم والاتجاهات والآراء التي تختلف عمّا يعتنقه، ولا يتورط في أيّة تفرقة.

6- يقيم القائم بدراسة الحالة علاقة موضوعية متوازنة أساسها الصدق وعدم الخداع، ولا يسعى للكسب، أو الاستفادة من العميل بصورة مادية أو معنوية إلا في حدود الأجر المتفق عليه، مع تجنب الاستغلال أو الابتزاز.

7- يجب ألا يقيم القائم بدراسة الحالة علاقات شخصية – خاصة مع العميل – يشوبها استغلال مادي أو نفعي أو غيره.

8- يجب على القائم بدراسة الحالة مصارحة العميل بحدود وإمكانيات النشاط المهني معه دون مبالغة أو خداع.

مفاهيم أساسية في الميثاق الأخلاقي:

الميثاق الأخلاقي: هو ميثاق أخلاقيات العمل بوظيفة الإرشاد النفسي والتربوي.<~ (هو ميثاق اساسي لكل مرشد)

الأخصائي النفسي: "خريج أحد أقسام علم النفس بالجامعة ، يختص بالقياس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسي" <~ (الاخصائي النفسي يرسم الجدول الذي سيطبقه المعالج النفسي)

كما يعرفه البعض بأنه خريج أقسام علم النفس، يطبق الاختبارات النفسية الذكاء والقدرات والشخصية والميول وغيرها، ويدرس سلوك العميل ويلاحظه، ويمكنه أن يعمل في أي من مؤسسات الصحة النفسية المختلفة.

الأخصائي النفسي الإكلينيكي : هو الشخص الحاصل على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي، وعلى تدريب مكثف في هذا المجال بحيث يصبح قادرا على تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها.

كما يعرف الأخصائي النفسي الإكلينيكي بأنه الأخصائي النفسي الذي حصل على درجة علمية عليا ومتخصص في السلوك غير العادي، وهو مدرب على تشخيص وعلاج اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية ويقوم بإجراء الدراسات والبحوث النفسية.

المسترشد: هو ذلك الشخص الذي يعاني من مشكلات نفسية أو اجتماعية أو أكاديمية أو سوء توافق مع الآخرين، ويبحث عن مساعدة للتغلب على تلك المشكلات <~ (ومن العيوب التي نقع فيها كتربويين ، التركيز على الجوانب الاكاديمية)

أخصائي الإرشاد النفسي والتوجيه: الموظف المختص الذي يقوم بتقديم خدمات الإرشاد والتوجيه ويحمل درجة علمية تختص في المجال.

الاستمارة الإرشادية: النموذج المستخدم لجمع المعلومات والتشخيص والخطة الإرشادية والمتابعة.<~ (عند بدء عملية الارشاد لابد من وجود استمارة ، أي لابد من اداه نطبقها)

التوجيه والإرشاد التربوي: الجانب المتخصص في العمل مع المسترشد من ناحية التوجيه والإرشاد التربوي لمساعدته على الاختيار الأكاديمي وتخطي الصعوبات الـــتـــي تؤثر على مسيرته العلمية .

التوجيه والإرشاد المهني: الجانب المتخصص في العمل مع المسترشد من ناحية فهمه لنفسه ولعالم العمل ومساعدته على اختيار المهنة المناسبة واتخاذ قرار العمل.

الأخصائي النفسي وقضايا الاهتمام المهني:

من المسلم به أن مشكلات الإنسان المعاصر هي قدره المحتوم والثمن الذي يدفعه لقاء التقدم الحضاري والأخذ بزمام التكنولوجيا الصناعية بل والاجتماعية أيضا، ونحن إذ نسلم بأن عجلة التاريخ لا يمكن أن تعود إلى الوراء حيث المساعدة التلقائية والدفء في العلاقات الإنسانية بقيمها الفطرية، فإن البديل المنطقي هو أن تنبثق عن المجتمع الإنساني مهن مستحدثة مؤهلة علميًا ومهاريًا لملء الفراغ الذي نجم عن انحسار دور الوالدين والأسرة والثقافة والبناء الاجتماعي المحلي في تحقيق الاكتفاء الذاتي لمواجهة مشكلات الإنسان النفسية والاجتماعية.

ومن هنا يمكن القول بأن الأخصائيين النفسيين يمكن أن يقوموا بأداء أدوار فاعلة في هذا المجال وذلك من خلال العمل على إشباع حاجات الأفراد والأسر والجماعات النفسية، واستقبال مرتادي المؤسسات وطالبي المساعدة وخدمتهم، كما أنهم قادرون على مساعدة ضحايا الكوارث والتفكك الاجتماعي لحمايتهم من الانهيار.

الأهداف العامة لمهنة الأخصائيين النفسيين:

تعزيز الوظيفة الشخصية والاجتماعية، وبالإمكان تحقيق تعزيز الأداء الاجتماعي للأفراد من خلال توفير الخدمات التالية:

- الوقاية. <~ (التثقيف المجتمعي مطلوب هنا ، حتى يتكاتف المجتمع كامل)
- الاستعادة.
- العلاج.
- **علاج** الاختلال الوظيفي الشخصي.

ومن الأسس المعرفية المطلوبة في الأخصائي النفسي ما يلي:

- الالمام بجملة المعارف الأساسية في علم النفس.
- التدريب الملائم لاكتساب مهارة وفن ممارسة المهنة.
- المعرفة بجملة المبادئ والمعايير التي تحكم الممارسة المهنية
- المعرفة بالمؤسسات والمنظمات المهنية التي ترعى وتشرف على تقديم الخدمة
- المعرفة بالتطورات التي تحدث في الميدان المهني
- المعرفة بجملة القوانين التي تؤثر في ممارسة المهنة
- المعرفة بالمهارات الإدارية.
- المعرفة بالقيم الثقافية التي تؤثر في اتخاذ القرار المهني
- المعرفة بالسياسات التنظيمية.

وقد حدد (نيازي ، 1421) مجموعة من المهارات الأساسية التي يرى ضرورتها في ممارسة مهنة الأخصائي النفسي نلخصها في:

- القدرة على الإنصات والاستماع الهادف <~ (من قِبلنا ضروري جداً)
- القدرة على إجراء الاختبارات والفحوص النفسية واستخراج المعلومات وجمع الحقائق ذات الصلة بالمشكلة لإعداد التقرير النفسي الاجتماعي ، والقيام بعمليتي التقدير وكتابة التقرير.
- القدرة على تكوين العلاقة المهنية مع العملاء والمحافظة عليها.
- القدرة على ملاحظة السلوك اللفظي وغير اللفظي وتفسيرهما.
- القدرة على استخدام نظريات الشخصية ومناهج التشخيص.
- القدرة على إشراك العملاء في الجهود العلاجية وكسب ثقتهم
- القدرة على التحدث في الموضوعات العاطفية وتوفير الدعم والمعونة النفسية
- القدرة على تحديد حاجات العملاء، وإيجاد أو ابتكار الحلول لمواجهة هذه الحاجات
- القدرة على تحديد العلاقة العلاجية المناسبة مع كل عميل
- القدرة على إجراء البحوث والدراسات وتفسير النتائج
- القدرة على حل الخلافات والنزاعات باستخدام أساليب التفاوض والتوسط وغيرهما من الأساليب المهنية
- القدرة على إقامة العلاقات مع زملاء المهنة وغيرهم من العاملين داخل المؤسسة والاستفادة من ذلك في تقديم خدمات متميزة للعملاء.
- القدرة على إقامة العلاقات مع المؤسسات الخارجية ذات الصلة وإيصال حاجات العملاء إلى مصادر التمويل
- القدرة على التحدث والكتابة بوضوح، وتعليم الآخرين والاستفادة منهم
- القدرة على قيادة الجماعات والمشاركة في أنشطتها.

<~ (يجب فهم جميع النقاط وليس صمها)

المحاضرة التاسعة

القيم والمعايير الأخلاقية في دراسة الحالة:

إن إعداد الأخصائي النفسي، يتطلب– بجانب تأهيله العلمي -تأهيلاً وتدريبًا مهاريًا تجعله خبيرًا في مجال العلاقات بين الناس، وقادرًا على فهم التفاعلات الإنسانية، ونلخص **أهم هذه المهارات** في الجوانب التالية: مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي <~ (مثل مهارة في الاقناع ، ومهارة في ايصال الفكره حتى تدخل قلوب وعقول الآخرين ، ومهارة في التعبير ، وكل ما يصدر منك من حركات وإيماءات هو محط انتقاد من قبل الاخرين) مهارات حسن الإنصات <~ (اذا تحدث ولي الامر اعطه فرصه لكي اسمعه لا ان اقاطعه وافصل عليه حديثه ولا اسمع فكرته ، بل اعطيه فرصه حتى اسمعه وأنصت واحكّم طريقة الرد بشكل سليم) مهارة المشاركة الوجدانية. مهارة القيادة السليمة والقدرة على حل المشكلات <~ (تعتمد على شخصيتنا وتعتمد على درجة إقناعها) مهارة تكوين العلاقة العلاجية. مهارة التقدير والتشخيص <~ (مهاره قائمه بحد ذاتها) مهارة استخدام الاستراتيجيات العلاجية ومهارة التحقق من الفاعلية العلاجية.

القيم والمعايير الأخلاقية:

يمكن النظر إلى القيم عمومًا باعتبارها فكرة أو معيارًا ثقافيًا تقارن على أساسه الأشياء أو الأفعال فتحظى بالقبول أو الرفض، وبناء على هذا المعيار يمكن تقويم كل الأشياء في المجتمع من المشاعر والأفكار والأعمال والصفات والأشخاص والجماعات والأهداف والوسائلويرتبط الناس في المجتمع أفرادًا وجماعات بهذه القيم ارتباطًا عاطفيًا فهم يتقبلونها ويسيرون على هديها في توجيه حياتهم وفي اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونهم وفي الحكم على الأشياء.

والقيم وثيقة الصلة بالنشاط المهني في أي مجتمع كما هي وثيقة الصلة بوظيفة الأخصائي النفسي بصفة خاصة بسبب طبيعة عمل الأخصائي وارتباطه بمجال العلاقات الإنسانية، وتعامله مع مشكلات نفسية واجتماعية حساسة تتطلب منه التزامًا صارمًا بالقيم المهنية

من السمات الأساسية التي يجب توفرها لدي الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

- الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم.
- التمتع بقدر عال من الاستبصار بالدوافع والمشاعر والرغبات الذاتية حتى لا تؤثر في عمله.
- التمتع بمستوى مرتفع من الضبط الذاتي والانفعالي.
- التمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين.
- أن يكون علي قدر من اللباقة والمرونة، ومستوى لائق من الذكاء.
- القدرة على الإنصات والتحمل والصبر.
- القدرة على تحمل المسئولية.
- التحلي بالقيم الأخلاقية والمثل العليا.

ومن أهم القيم الأخلاقية والمهنية لممارسة العمل هي:

- الالتزام خلال العمل بأهمية قيمة الفرد في المجتمع.
- احترام سرية العلاقة المهنية مع العميل
- التعهد بإحداث التغييرات اللازمة لمقابلة الحاجات النفسية للعملاء
- الاستعداد للفصل بين المشاعر والحاجات الشخصية والعلاقة المهنية
- الاستعداد لنقل العلم والمعرفة والمهارات والخبرات للآخرين
- التعهد بتنمية قدرات العملاء لدرجة تساعدهم في حل مشكلاتهم.
- احترام الفروق الفردية بين الأفراد والأسر والجماعات
- الاستعداد لبذل كل جهد ممكن في صالح العملاء
- التعهد بالعمل على توفير الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية لكل أفراد المجتمع
- التعهد والالتزام بأعلى درجات السلوك والأداء المهني.
- إيمان الأخصائي النفسي بقدرة الناس على اتخاذ القرار والاختيار، وقدرتهم على توجيه حياتهم إذا أعطوا الفرصة لتحقيق ذلك
- إن مساعدة الناس تستلزم تحمل مسؤولية مساعدتهم إلى أقصى حد ممكن لكي يعتمدوا على أنفسهم واستغلال جميع طاقاتهم وجوانب القوة فيهم

- إن مساعدة الناس هي مسؤولية عظيمة تستلزم العمل تجاه تغيير المؤثرات والأوضاع البيئية السلبية
- أن السلوك الإنساني هو سلوك هادف وموجه.
- إن معظم المشكلات والصعوبات التي تواجه الناس يمكن التغلب عليها من خلال حل مشكلاتهم الحالية
- إنه متى ما حصل الناس على المعلومات التي يحتاجون إليها وتعلموا مهارات جديدة فإنهم يستطيعون حل مشكلاتهم التي تواجههم في حياتهم، كما يستطيعوا تحقيق نموهم الشخصي.
- إن معظم المشكلات التي يقع فيها الناس هي نتاج المجتمع والأنظمة الموجودة فيه، ومن خلال تعلم أساليب مواجهة فعالة يستطيع الناس إحداث تغييرات إيجابية في هذه الأنظمة.
- إن الإنسان يريد أن يحقق ذاته ويشعر بقيمته وكرامته وهي حاجة أساسية وطبيعية في كل إنسان، وعلى المحيطين به توفير هذه الحاجة وإشباعها.
- إن النمو الإنساني هو عبارة عن مجموعة من الخبرات والتجارب التي ينبغي الاستفادة منها في مواجهة المشكلات
- إن النمو الإنساني يظهر من خلال علاقة الإنسان مع الآخرين، وبالتالي فإن نمو علاقة المساعدة تعتمد بدرجة كبيرة على مقدار الحب والتقبل والاحترام والتقدير والتشجيع الذي توفره هذه العلاقة
- إن الإنسان بحاجة إلى أن يمارس شخصيته، ويشبع حاجاته واهتماماته، ولهذا فإن من الضروري إتاحة الفرصة له للتعبير عن نفسه
- إن أي أسلوب تدخل يستخدمه الأخصائي النفسي لإحداث التغيير المنشود ينبغي أن يراعي كرامة العميل وقيمته وحريته في اتخاذ القرار وخصوصيته وتفرده.
- إن الوعي بالنفس هي الخطوة الأولى لفهم وإدراك ومعرفة النفس
- إن للناس الحق في اختيار قيمهم ومبادئهم واتجاهاتهم، وليس لأحد الحق في فرض قيم أو سلوكيات عليهم
- المحافظة على علاقة علاجية مهنية مع العملاء
- المحافظة على سرية العمل.
- العمل وفق إجراءات مهنية تتفق مع اختصاص الممارس وتدريبه.
- الالتزام بالعمل وفق أهداف المؤسسة وسياستها
- بذل كل جهد ممكن في سبيل الرقي بالمهنة وتطويرها.
- العمل على خدمة جميع أفراد المجتمع ومساعدتهم للتغلب على المشكلات التي يواجهونها
- الإطلاع والمعرفة الواسعة حول موضوع التقويم.
- أن تتوافر لدى المقوم المعرفة ببعض الأساليب الإحصائية.
- أن يكون مستعداً للإجابة عن الأسئلة التي قد تطرح عليه من قبل المديرين أو المعلمين أو التلميذ.

<~ (يجب قراءتها بفهم وليس صمها)

أما فيما يتعلق بالتقويم:

- الموضوعية والحياد في تصميم التقويم وفي عرض النتائج. <~ (وعدم دخول الذاتوية)
- قيام أخصائي التقويم بتعريف الأطراف المعنية بتوجهاته وقيمه وأن يوقع عقد الاتفاق معهم ويلتزم بتنفيذ بنوده.
- يجب أن يصمم التقويم ويطبق بطريقة تضمن احترام وحماية حقوق من يطبق عليهم التقويم ومن لهم منفعة منه.
- يجب أن يكون التقويم كاملا وعادلا في فحص وتسجيل كل جوانب القوة والضعف في البرنامج المقوم وذلك لتعزيز جوانب القوة وتذليل جوانب الضعف.
- الاحترام، ويقصد به توازن السلطة بين الشخص القائم بعملية التقويم والمشاركين وذلك باختيارهم من المتطوعين وأعلامهم بالهدف من التقويم واحترام آرائهم فيما يتعلق بالأمور التي تؤثر عليهم سلبا.
- توخي العدالة في التعامل أي المعالجة المتكافئة والتمثيل المتوازن والمتناسق لشرائح المجتمع المستهدف إضافة إلي التصميم والقياس المتكافئ لأساليب التقويم المستخدمة.
- يجب التعامل مع صراع المصالح بطريقة مرنة وأمينة وذلك لتجنب مقايضة عمليات التقويم ونتائجه.
- تقديم تقرير تفضيلي ومتوازن عن نتائج التقويم وجعل النتائج متاحة للجهة المسئولة المعنية ومنح الفرص للآخرين ممن تعنيهم عملية التقويم من المختص لفحص إجراء التعليقات المشتركة عن التفسيرات المتعارضة في التقرير وحث المشاركين في عمليات التقويم على التعاون المشترك.
- أخذ موافقة أولياء الأمور أو المعلمين في حالة إشراك الصغار في الاستفتاءات أو استطلاع الرأي.
- من حق المشترك بعملية التقويم رفض الإجابة على بعض الأسئلة التي تتطلب رأيا شخصيا.

المحاضرة العاشرة

اختبار تفهم الموضوع : <~ (هذا الاختبار يأتي على صورتين ، صوره للصغار وصورة للكبار ، وهذه الصورة للصغار)

يعتبر اختبار تفهم الموضوع TAT أكثر الاختبارات الإسقاطية شهرة <~ (أي إسقاط الرأي حول فكرة ما ، وهذا الاختبار من أكثر الاختبارات الإسقاطية التي تقيس الشخصيه) ، وقد قام بإعداد هذا الاختبار هنري موراي عالم الشخصية الشهير، ومساعدته في ذلك كريستينا مورجان، وذلك عام1935م، وقد أعد هذا الاختبار على أساس نظرية (موراي) في الشخصية، نتحدث عن هذا باختصار في النقاط التالية:

(وهنا يجب الرجوع للمهارات التشخيصية ، التي يجب التركيز عليها في حال قمنا بالتشخيص او من سيقوم بتطبيق الاختبار للتشخيص ، ما هي هذه المهارات ؟

1)-مهارة تنظيم المعلومات وتسجيلها :

ولهذه المهارة التي يقوم بها الفاحص على المسترشد ينبغي فيها التسجيل ، اما تنظيم المعلومات يتوقف على عدة جوانب ومن هذه الجوانب :

- خبرة الشخص المرشد أو خبرة المعلم او خبرة الشخص الذي سيطبق الاختبار .
- العمر ايضاً "عمر المرشد" .
- الهدف من دراسة الحاله .

2)-مهارة تحليل المعلومات وتفسيرها ، لإيجاد تفسيرات حولالشخصية الموجودة <~أي الشخص ذي الحاجه الخاصة ، وتفسير المعلومات بدقة لا بغوغائية .

-المهارات الفرعية لمهارة تحليل المعلومات وتفسيرها :

1)-مهارة وصف المعلومات ، تتضمن :

أ-ثبات المعلومات ب- صدق المعلومات ج-الموضوعية في المعلومات دالشمول <~اذا كانت تتعلق في الاختبار .

2)-مهارة الاستدلال من تجميع المعلومات وتأثيرها على حالة المسترشد.

3)-مهارة التنبؤ بمآل الحاله ، أي مستقبلها و أين ستؤول في المستقبل هذه الحاله ، وما هي العقبات التي ممكن أن تواجه هذه الحالة .)

أ-مادة الاختبار وتصحيحه: يتكون اختبار تفهم الموضوع من31 بطاقة تحتوي كل منها على صور أو مناظر فيها بعض الأشياء والشخوص، بالإضافة إلى بطاقة بيضاء خالية من أي منظر، وإنه يوجد قدر من الغموض في البطاقات أو (المثيرات) بحيث يؤدي ذلك إلى اختلافات واسعة في استجابات الأفراد على هذه البطاقات.

والسائد الآن في تطبيق الاختبار هو اختيار عشر بطاقات وتطبيقها في جلسة واحدة، وكل بطاقة تعرض مرة واحدة، وهناك بطاقات مخصصة للرجال وأخرى للنساء وثالثة للأولاد ورابعة للبنات وبطاقات مشتركة للجميع وعامة.

*والمطلوب في هذا الاختبار بالنسبة للمفحوص أن يروي قصة تفسر ما يحدث في الصورة، ويعطي الأخصائي النفسي في هذا المقام تعليمات بسيطة مثل (هذه البطاقة تحتوي على منظر أو صورة هل يمكنك أن تروي قصة تفسر ما يحدث في هذا المنظر أو الصورة؟ وعليك وصف مشاعر وإحساسات أشخاص هذه الصورة وبيان كيف تجري الأشياء والوقائع فيها)، هذا بالنسبة للبطاقات الثلاثين، أما البطاقة الخالية فيطلب من المفحوص أن يتخيل صورة ثم يحكي ما يدور فيها من وقائع وأحداث.

*ويعتبر اختبار تفهم الموضوع وسيلة توضح للسيكولوجي الخبير بعض مشاعر الفرد وانفعالاته وأحاسيسه، واختبار تفهم الموضوع مفيد في أي دراسة شاملة عن الشخصية وفي تفسير الاضطرابات السلوكية والأمراض العصابية والذهانية والسيكوسوماتية، كما أنه مفيد في تفسير ما يدور في نفس المفحوص من مشاعر وانفعالات ودوافع ونزاعات مكبوتة وألوان الصراع المختلفة.

الهدف من هذا الاختبار:

*ويبقى الهدف من وضع هذا الاختبار هو الكشف عن الحاجات الإنسانية والدوافع المسيطرة والانفعالات والمشاعر والعقد النفسية والصراعات الشخصية المختلفة.

*وبمعنى آخر فإن هذا الاختبار مفيد في الدراسة الشاملة للشخصية كما أنه يساعد على تفسير وتشخيص اضطرابات السلوك والاضطرابات النفسية والأمراض العقلية.

وصف البطاقات:

- B: تخص الطفل تحت سن14 سنة.
- BM: تخص الذكور، صبي ورجل راشد.
- BG: تخص الصبيان والبنات إلى سن14 سنة.
- M: تخص الذكور فوق سن14 سنة.
- F: تخص الأنثى فوق سن14 سنة.
- GF: تخص الإناث، بنت وامرأة راشدة.
- G: تخص البنات تحت سن14 سن.

البطاقة (1) عامة:

الموضوع الظاهر : ولد صغير جالس إلى منضدة يتأمل وينظر إلى آلة موسيقية كمان.

الإيحاءات الكامنة : لوحة تفضل الرجوع إلى تقمص شخصية شاب في حالة عدم نضج وظيفي، في مواجهة شيء يعتبر كموضوع خاص بالراشد، حيث معانيه الرمزية تكون شفافة وهذه الصورة تثير قصصًا حول الوالدين والقلق وصورة الذات والإنجاز.

البطاقة (2) عامة:

الموضوع الظاهر : منظر في الريف وفتاة تمسك بكتاب في يدها، وفي الصورة رجل يعمل في حقل بجواره حصان وامرأة مستندة إلى جذع شاخصة ببصرها في الفضاء.

الإيحاءات الكامنة : العلاقة الثلاثية قابلة لإحياء الصراع الأوديبي من جديد (رجل،امرأة، حمل وبنت)، ويذكر أن هذه الصورة تثير قصصًا حول العلاقات الأسرية وعن النواحي الجنسية.

البطاقة (3) أولاد ورجال:

الموضوع الظاهر : ولد يجلس على الأرض مستندا برأسه وذراعه الأيمن على أريكة، وعلى الأرض يوجد مسدس.

الإيحاءات الكامنة : ترجع البطاقة إلى إشكالية ضياع الموضوع وتطرح سؤال تكوين الوضعية الاكتئابية، وتثير هذه الصورة قصصا عن العدوان.

البطاقة (4) عامة:

الموضوع الظاهر : امرأة تنظر إلى رجل وتمسك بكتفه وهو يشيح بنظره عنها كأنه يتخلص من مسكتها.

الإيحاءات الكامنة : ترجع هذه الصورة إلى صراع نزوي في علاقة جنسية عادية، حيث أن كل شخصية يمكن أن تكون حاملة لحركة نزوية مختلفة عدوانية أو ليبيدية، هذا التجاذب الوجداني يسيطر على البطاقة كذلك تثير قصصًا عن العلاقة بين الإناث والذكور.

البطاقة (5) عامة:

الموضوع الظاهر:امرأة في مرحلة وسط العمر تقف على عتبة إحدى الغرف تنظر من الباب إلى داخل الغرفة.

الإيحاءات الكامنة : إنها ترمي إلى صورة الأمومة دون تفكير مسبق في اختيار السجل الصراعي الذي يتموضع فيه الشخص وتثير هذه الصورة قصصًا عن مراقبة الأم للأبناء وكذلك الخوف من الاقتحام.

البطاقة (6)، (BM) أولاد ورجال:

الموضوع الظاهر : امرأة عجوز تميل إلى القصَر واقفة معطية ظهرها لشاب تبدو عليه الحيرة.

الإيحاءات الكامنة : ترجع إلى تقارب الأم- الابن في محتوى مضطرب، الفرق بين الجيلين يرمي إلى الممنوع في التقريب الأوديبي ، ويزيد حدة ما دام الشخصين ليسا متقابلين وجهًا لوجه، وتثير هذه الصورة قصصًا عن العلاقة بين الأم والابن.

البطاقة (7)، (GF) بنات ونساء:

الموضوع الظاهر : امرأة شابة تجلس على أريكة تلتفت إلى الوراء بينما يوجد في الخلف رجل ينظر وكأنه يتحدث إليها، تثير هذه الصورة قصصًا عن العلاقة بين الابنة والأب.

البطاقة (8)، (BM) أولاد ورجال:

الموضوع الظاهر : رجل أشيب ينظر باتجاه شاب، يبدو عليه التأمل وشرود الذهن.

الإيحاءات الكامنة : هناك تقارب أب – ابن، سيدور الصراع حول التقارب لهاتين الشخصيتين وذلك في مجال الحنان والمعارضة (تجاذب وجداني في علاقة الأب).

البطاقة (9)، (GF) بنات ونساء:

الموضوع الظاهر : امرأة تجلس على أريكة تمسك كتابًا، بجوارها طفلة تمسك لعبة تجلس على حافة الكرسي وكأن المرأة تحدث الطفلة أو تقرأ لها.

الإيحاءات الكامنة : يمكن أن تحيي إشكالية العاقات أم – بنت في بعد مزدوج (التنافس والتقمص) تفاعل مبكر بين أم –ابن وتثير هذه الصورة قصصا عن علاقة الأم بالابنة.

البطاقة (10)، (BM) أولاد ورجال:

الموضوع الظاهر : شاب كأنه ينظر إلى الصورة وخلفه منظر يبدو وكأنه يخضع لعملية جراحية وفي الصورة كذلك شكل لشيء أشبه بالبندقية.

الإيحاءات الكامنة : تحيي هذه الصورة تمثيلات يمكن أن تتعلق بقلق الإحصاء أو العدوانية اتجاه الصورة الأبوية، وتثير هذه الصورة قصصا عن العدوان والطموح.

<~(اعتبروا هذه المحاضرة كمثال لجانب من جوانب اختبارات الشخصية)>

المحاضرة الحادية عشرة

اختبار تفهم الموضوع / تفسير ومراحل تطبيق

البطاقة (11) عامة:

الموضوع الظاهر : منظر لرأس امرأة تستند لكتف رجل.

الإيحاءات الكامنة : ترجع للتعبير الليبيدي عند الزوجين ، يسترجع بوضوح مضمون الصورة ، وهو تقارب ذو نوع ليبيدي، وتثير هذه الصورة قصصا حول العلاقات الذكرية الأنثوية.

البطاقة (12) عامة:

الموضوع الظاهر : منظر لطريق جبلي وعِر بِهِ أشكال غامضة وفي جانبه الأيسر شكل لحيوان منقرض.

الإيحاءات الكامنة : البطاقة مقلقة ولا بد من الإحساس بهذا القلق، هذه البطاقة تسترجع مقاومة ضد الطبيعة المتمثلة بالخطورة وهذا يرجع رمزيا إلى العلاقة للأم الطبيعية،هذا الموضوع يحيي مواضيع نفسية تتعلق بنظام ما قبل تناسلي، تجلب إيحاءات البطاقة نكوص هام، وتطرح السؤال الآتي :كيف الخروج من النكوص، وتثير هذه الصورة قصصا حول المخاوف والقلق والعدوان.

البطاقة (13) ذكور وإناث:

الموضوع الظاهر :شاب يقف مطأطئ الرأس، يخفي وجهه بذراعه الأيمن وفي الصورة امرأة راقدة على سرير.

الإيحاءات الكامنة: ترجع الصورة إلى التعبير الجنسي والعدواني عند الزوجين، البطاقة مهمة فيما يخص اختبار قدرات ربط التروات العدوانية والحركات الليبيدية ، وهذه الصورة تثير قصصا تتناول صراعات بين الذكور والإناث.

البطاقة (14) عامة:

الموضوع الظاهر : شكل غامض البحر والثلوج والضباب والغيوم والعواصف تحيط بكوخ في منطقة ريفية، ولا تثير هذه الصورة قصصا بعينها، إن فائدة هذه الصورة محدودة.

الإيحاءات الكامنة : الثلج كالبحر هما مرجعا الطبيعة، كما ترجع أيضًا ضمنيًا ورمزيًا للصورة الهوامية للأم ، يحيي تنشيط إشكالية ما قبل التناسلية في استرجاع محتوى وجو يسمح بإسقاط الموضوع الجيد السيئ، البطاقة تدفع إلى النكوص واسترجاع هوامات خرافية.

البطاقة (15) عامة:

الموضوع الظاهر : هي بطاقة بيضاء خالية لا تمثل منظر أو شخص.

الإيحاءات الكامنة : ترجع إلى طريقة العميل في تركيبة مواضيعه المفضلة ،وتثير قصصا حسب قدرة المفحوص على اصطناع هذه القصص.

تفسير النتائج:

أول مهمة بالنسبة إلى موراي هي التعرف على البطل الرئيسي للقصة ، ويعد تحديد البطل دالاً على الشخصية التي يتماها معها المفحوص ويُسقط عليها مشاعره ، ورغباته ونزعاته.

فالقصص التي يستجيب بها المفحوص للصور هي إسقاطات لمشاعره وأفكاره ودوافعه على أشخاص آخرين أو على موضوعات في العالم الخارجي ، وهي في هذه الحالة تتمثل في الصور المثيرات ، وطبقاً لمفهوم الإسقاط فان هذه الأولية التي تستخدم كعملية دفاعية عن الذات في مواجهة قوى جنسية أو عدوانية غير مقبولة لاشعورياً من قبل الأنا الأعلى.

ويشير محتوى القصة إلى الموضوعات الرئيسية الغالبة في القصة ، والموضوع يكون عادة الأحداث التي تدور عليها القصة ، فالموضوع هو التكوين الدينامي للقصة والتي تشمل البطل والحاجات الأساسية والعالم الخارجي وما هو موقف البطل تجاه هذه الحاجات والضغوطات.

ويشير موراي في كراسة تعليمات الاختبار إلى نظام التفسير الذي يقترحه والذي يقوم على المضامين السابقة متأدية في الخير إلى أن حاجات البطل في القصة التي يرويها المفحوص، وكذلك إدراكاته واستجاباته للبيئة التي يعيش فيها، وما في هذه البيئة من خصائص وضغوط وإنما هو انعكاس تصوير أو إسقاط لخصائص المفحوص. وفي نظام تفسير (موراي) هذا، يركز الأخصائي النفسي على الخروج بانطباع عام عن شخصية المفحوص وذلك من خلال القصص العديدة التي يرويها كاستجابة للصور الموجودة في بطاقات الاختبار

تفسر قصص المفحوص في إطار المضامين الآتية:

- **البطل** : وهو الشخص الذي تدور حوله القصة وغالباً ما يتوحد به المفحوص.
- **الحاجات** : هي ما يريد البطل أن يحققه مثل الإنجاز أو السيطرة أو المعاضدة.
- **الضغوط** : هي القوى التي تنبعث من البيئة تجاه البطل وقد تكون معسرة أو ميسرة.
- **المحصلة** : هي حكم على موقف البطل مثلاً هل هو متفائل أو متشائم.
- **التفهم** : هي ربط العوامل السابقة ببعضها في فكرة واحدة.

مراحل تطبيق الاختبار:

-مرحلة إعطاء تعليمات الاختبار:

يمكن أن يستعمل الباحث تعليمات مختلفة مثل:

سأقوم بتقديم صور لك، و أريد منك أن تتخيل و تحكي لي قصة حول كل صورة.

هذه صور تمثل أشخاص يقومون بعمل معين، أطلب منك أن ترى كل صورة و تحكي لي حكاية حولها « قل لي: ماذا يحدث؟ ، تخيل بأي عمل يقومون، ماذا حدث من قبل وماذا سيحدث من بعد.

لكن أغلب الباحثين يفضلون استعمال التعليمة التالية:

تخيل قصة انطلاقا من هذه البطاقة.

أما فيما يخص البطاقة 16 فلها تعليمة خاصة بها و هي:

-حتى الآن قدمت لك صور تمثل شخصيات أو مناظر، و ألان سأعرض عليك هذه البطاقة الأخيرة و التي من خلالها يمكن لك أن تحكي القصة التي تريد.

-والهدف من إعطاء التعليمة هو وضع المفحوص في وضعية صراعية تحفزه على الاستجابة و يظهر ذلك من خلال ألفاظ التعليمة، فمن جهة يقيده بمطلب معين (تخيل،احكي.. الخ) ومن جهة يفتح له المجال للتعبير بحرية.

-مرحلة التحليل بطاقة ببطاقة:

تعتمد هذه المرحلة على وصف العوامل والميكانيزمات الدفاعية من أجل تحديد إشكالية كل بطاقة على حدى.

مرحلة التحليل العام للبروتوكول:

-تعتمد هذه المرحلة على تحليل وتركيب المعلومات المتحصل عليها سابقا حيث يجب المرور بما يلي:

جمع العوامل المختلفة التي استعملها الفرد على ورقة التفحص وهذا ما يسمح بتقدير نوعية السيرورات المترابطة، آخذين بعين الاعتبار العلاقات بين التمثيليات والعواطف و ميكانيزمات الدفاع من وجهة نظر موقعية اقتصادية و ديناميكية.

-بعد ذلك يمكن أن نستخرج النماذج المختلفة للوظيفة النفسية عن طريق وضع فرضيات حول التنظيمة النفسية للفرد من خلال العلاقة بالموضوع، نوع القلق، نوع الصراع.

-إن استعمالنا للمقابلة والاختبار الإسقاطي راجع لكونهما متكاملين حيث أن المقابلة نجمع من خلالها كل ما يتعلق بالفرد من معلومات عامة، أهم جوانب شخصيته، تاريخه الشخصي، وصفه وإدراكه لسلوكه.

<~ (يجب اعتبار هذه المحاضرة ايضاً كمثال)

المحاضرة الثانية عشرة

ميادين استخدام دراسة الحالة:

تستخدم دراسة الحالة كأداة لجمع المعلومات والبيانات في مختلف المجالات العلمية<~ (وهذه الفكره ثابتة بحد ذاتها) ، وأثبتت أهميتها كأداة فعالة في مختلف المجالات، وكذلك أهميتها في التشخيص والتقويم، وفي تحديد الأساليب العلاجية المناسبة، وفي رسم خطط المتابعة، وتحديد أفضل طرق وأساليب المتابعة.

عدا عن أهميتها في المجالات التربوية والنفسية الأخرى والطبية والاجتماعية.

ومن ميادين استخدام دراسة الحالة:

مجال الاضطرابات والمشكلات النفسية، **مجال** المشكلات التعليمية، **مجال** التربية الخاصة، **وهي** المجالات الأكثر تركيزًا في محتوانا هذا.

أما استخدامات دراسة الحالة فهي في عدة مجالات ولا تقتصر على ما سبق فقط:

- دراسات النمو في علم النفس الارتقائي
- الخدمة الاجتماعية
- الإرشاد والعلاج النفسي
- التربية الخاصة

ويمكن استخدام دراسة الحالة في الموضوعات التالية:

- **المشكلات المدرسية** : التأخر الدراسي ، التسرب المدرسي
- **حالات سوء التكيف الاجتماعي** : عدم التوافق مع أنظمة المدرسة ، العدوانية
- **دراسة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة** : جميع فئات التربية الخاصة
- **الحالات النفسية** : الخجل القلق الخوف المرضي والوسواس

- **مشكلات النضج** : النشاط الزائد ، تدني مفهوم الذات
- **مشكلات عامة** : التأتأة
- **الحالات اللاجتماعية** : التخريب الغش السرقة وعدم طاعة الوالدين

ميدان الاضطرابات والمشكلات النفسية:

يعتبر مجال دراسة الاضطرابات النفسية من المجالات القديمة في البحث العلمي ، واستمر هذا المجال مع تزايد الضغوط في العصر الحالي ، وسرعة التغير ، وتفاوت المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي ، وانتشار البطالة ، والأزمات التي يتعرض لها العالم مثل أزمات المال والأمراض (انفلونزا الطيور والخنازير) عدم الأمن المشاحنات الدولية.

تعريف الاضطراب النفسي:

يعرف بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ، ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه.

ويعرف بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية أسبابه نفسية وأهمها :الصراع والإحباط والحرمان والصدمات ، وأعراضه نفسية وجسمية واجتماعية ، ويبدو في شكل سلوك مرضي يعوق التوافق النفسي.

أما الاضطرابات النفسية فتعرف بأنها:

الأساليب السلوكية غير المناسبة وغير الواقعية وغير الخلقية ، وهي عادة ما تتجمع معًا في شكل زملات / متلازمات تعارضات Syndromes وهي التي يعطيها العلماء والمعالجون أسماء ، وتعرف بيننا بالأمراض النفسية.

إذًا فالاضطراب النفسي:

-يعرف بأنه الخلل الوظيفي في الشخصية والذي يظهر على الشخصية في صورة أعراض نفسية أو أعراض جسمية واجتماعية ، نفسي المنشأ ، يعوق توافق الفرد سواء مع ذاته أو مع العالم الخارجي.

-وتحدث الاضطرابات النفسية نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة ومعقدة، **داخلية** في الإنسان (جسمية ونفسية) **وخارجية** في البيئة (مادية واجتماعية).

-ويندر أن نحدد سبب وحيد للاضطرابات النفسية كالوراثة أو الصدمة، بل تتعد الأسباب إلى الحد الذي يصعب فيه الفصل بينها أو حتى تحديد مدى تأثير كل منها.

أسباب الأمراض النفسية:

الأسباب الأصلية أو المهيئة : أسباب غير مباشرة وتتضمن:

- العوامل الوراثية <~ (جزء من مسببات الاعاقة و ايضاً جزء من مسببات الامراض النفسية ، وهي لا تسبب الاعاقة بشكل مباشر ، وتؤدي الى احتمال الاصابة بالمرض النفسي)
- المرحلة العمرية <~ (كل ما تقدم الفرد بالعمر اصبح مهيأ لمشكلات النفسيه ، بحكم الظروف البيئية والداخلية وتعرضه للأمراض اكثر من مرحلة الشباب مثلاً)

الأسباب المساعدة أو المرسّبة : أسباب مباشرة وتتضمن:

- أسباب ذات طابع جسدي
- أسباب ذات طابع نفسي

الأسباب الحيوية – البيولوجية :

- الاضطرابات الوراثية <~ (تؤدي الى المرض النفسي ، ومنها ما يلي : التشوهات الخلقية الوراثية ، اضطراب درجةالحساسية الوراثي ، اضطراب قوة الدافع ، ضعف القابلية للتعلم ، اضطراب درجة الاحتمال ، اضطراب الحيوية والنشاط)
- الاضطرابات الفسيولوجية <~ (تتضمن خلل اجهزة الجسم مثل : خلل في الجهاز العصبي ، خلل في الجهاز الدوري ، خلل في الجهاز الهضمي ، خلل في الجهاز التنفسي ، خلل في اجهزة النطق ، خلل في الجهاز السمعي .. الخ/ التغير الفسيولوجي في مراحل النمو المختلفة ، ومن اهم مظاهره هنا : البلوغ الجنسي ، الزواج ، الحمل والولادة ، سن القعود عند كبار السن واضطرابات التكوين <~ (تتضمن التكوين في النمط الجسمي واضطرابات المزاج ، واضطراب في الغدد الجسمية)
- العوامل العضوية
- مراحل السن الحرجة
- ظروف العمل القاسية

الأسباب النفسية : وتتضمن :

- الصراع <~ (مثل صراع الاقدام ، صراع الاحجام ، وصراع الاحجام والإقدام معاً ، الصراع بين الانا والانا الاعلى . . . الخ
- الإحباط <~ (شعور الفرد باستحالة تحقيق الرغبات والحوافز او المصالحالخاصة به)
- الحرمان <~ (انعدام الفرصه لتحقيق الدافع أو اشباع الحاجة مثل الحرمان البيولوجي)
- الخبرات الصادمة أو السيئة
- الإصابة السابقة للمرض النفسي

الأسباب البيئية الخارجية : وتتضمن :

- عوامل البيئة الاجتماعية
- العوامل الحضارية والثقافية
- اضطرابات التنشئة الاجتماعية

المحاضرة الثالثة عشرة

الإعاقة العقلية

التعريف:

ظهرت العديد من التعريفات الخاصة بالمعاقين عقلياً، وتعددت هذه التعريفات تبعاً لتعدد الباحثين وتعدد المجالات العلمية التي اهتمت بدراستها، من مجال الطب وعلم النفس والتربية والاجتماع وغيرها من المجالات العلمية، وفي ضوء ذلك ظهرت مجموعة من التعريفات المتعددة للإعاقة العقلية المتمثلة في التعريف الطبي، والتعريف السيكومتري، والتعريف الاجتماعي، والتعريف التربوي، والتي سوف نستعرضها على النحو التالي.

أ- التعريف الطبي Medical Definition : <~ (ركزت على مسببات الاعاقة)

يعد التعريف الطبي من أقدم تعريفات الإعاقة العقلية، هذا وقد ظهرت تعريفات طبية عديدة للإعاقة العقلية تركز في جوهرها على إبراز العوامل الأساسية والباثولوجية المسببة للإعاقة، والمؤثرة سلبياً على الذكاء والقدرات العقلية.

ولذلك فقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية. وفي عام 1900 ركز إيرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية، والتي تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وفي عام 1908 ركز تريد جولد treed gold على الأسباب المؤدية إلى عدم إكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

وفي ضوء ما تقدم تؤكد التعريفات والتصنيفات الطبية على العوامل المسببة للإعاقة العقلية كالوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض، وما يترتب على ذلك من كفاءة الجهاز العصبي وضمور أو تلف في خلايا المخ وأنسجته، وشذوذ وإضطراب في النواحي والوظائف العضوية والحركية، بغية تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة.

<~ (الخلاصة : ركز آيرلاند على اسباب اصابة المراكز العصبية/ ركز تريد جولد على اسباب عدم اكتمال عمر الدماغ)

ب- التعريف السيكومتري psychometric:

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي حيث يمكن للطبيب وصف الحالة ومظاهرها وأسبابها دون أن يعطي وصفاً دقيقاً وبشكل كمي للقدرة العقلية، ونتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بينيه في عام 1905 (Binet) وما بعدها بظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء the Stanford – Binet intelligence Scale والذي ظهر نتيجة لعدد من التعديلات التي أجريت عليه في جامعة ستانفورد، في الولايات المتحدة (1916 – 1960)

ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عام 1949، Wechsler intelligence Scale for Children وغيرها من مقاييس القدرة العقلية، وقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (intelligence Quotient, I. Q) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، واعتبر الأفراد الذين يقل معامل ذكائهم عن 70 على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية معاقين عقلياً.

<~ (* الانحراف المعياري الواحد لدى وكسلر = 15

الانحرافين المعياريين = 15+15=30 ، 30 – 100 (المتوسط) = 70 فما دون إعاقة عقلية .

*الانحراف المعياري الواحد لدى بينيه = 16

الانحرافين المعياريين = 16+16=32 ، 32 – 100 (المتوسط) =68 أو 69 فما دون إعاقة عقلية)

ومن أمثلة هذه التعاريف تعريف والين Wallin (1949) للإعاقة العقلية الذي يشير إلى أن الفرد المعاق عقلياً هو الذي يخفق عند استخدام الاختبارات النفسية المقننة معه في الحصول على نسبة ذكاء أو عمر عقلي عن مستوى معين،أما سبتز Spits (1963) فيعرف الإعاقة العقلية بأنها حالة من النمو العقلي المتأخر تحدد بنسبة ذكاءI.Q أدنى من 70 على اختبار فردى مقنن للذكاء، وهي حالة تظهر قبل سن الثالثة من عمر الفرد.

وبذلك نجد أن التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية قد ركز في تعريفه للإعاقة العقلية على معامل ذكاء الفرد(IQ)، بحيث من يقل معامل ذكائه عن 70 يعتبر معاقاً عقلياً.

وتؤكد هذه التعريفات على الإحتياجات الخاصة لكل فئة، والبرامج التربوية والتعليمية المناسبة أو اللازمة لإشباعها أكثر من أي شيء، ويعتبر السيكولوجيون بإتخاذ مستوى الأداء على إختبارات الذكاء (القدرة العقلية) الفردية والجماعية المقننة لا سيما اختباري ستانفورد – بينيه، ووكسلر – كمحك أساسي للتعرف على حالات الإعاقة العقلية وتصنيفها.

جـــ – التعريف الاجتماعي Social Definition:

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مقاييس القدرة العقلية لتأثرها بعوامل بيئية وثقافية واجتماعية، وتركيزها على جوانب معينة، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية التي تقيس مدى تفاعل الفرد مع البيئة وكفايته الاجتماعية، والتي تتضمن المهارات الاجتماعية والتي تعني الأنماط السلوكية التي يجب توافرها لدى الفرد ليستطيع التفاعل مع الآخرين وفقاً لمعايير المجتمع.

وفى ضوء ذلك قدم لنا هيبر (Heber, 1959) تعريفاً للإعاقة العقلية، الذي يعرف الإعاقة العقلية على أنها حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد تبدأ أثناء فترة النمو أي منذ الميلاد وحتى سن16 سنة، ويصاحب هذه الحالة قصور واضح في السلوك التكيفي للفرد.

ووجهت عدة انتقادات لتعريف هيبر ونتيجة لهذه الانتقادات، ظهرتعريف جروسمان (Grossman, 1977) ، وهو الأكثر شمولية وذيوعاً وقبولاً بين المتخصصين في الوقت الحالي، كما أنه الذي تأخذ به حاليا الرابطة الأمريكية للضعف العقليAmerican Association on Mental Deficiency " AAMD " وينص هذا التعريف على أن الإعاقة العقلية هي: حالة عامة تشير إلى الأداء الوظيفي المنخفض الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، وتكون متلازمة مع قصور واضح في السلوك التكيفي للفرد، وتحدث هذه الحالة أثناء فترة النمو منذ الميلاد وحتى سن18 سنة. <~ (هنا في هذا التعريف عندما ذكرنا آنحرافين معياريين ومتلازمة مع قصور في السلوك التكيفي ، وعندما وسعنا لـــ18 سنة ، قد قلصنا نسبة انتشار الاعاقة)

ويتطلب هذا التعريف ثلاثة شروط أو ثلاثة عناصر رئيسة لتشخيص حالة الفرد على أنها حالة إعاقة عقلية:

- مستوى ذكاء أقل من70 على مقياس وكسلر، أو أقل من68 على مقياس بينيه.
- قصور في السلوك التكيفي.
- تظهر قبل الوصول إلى سن18 سنة.

التعريف التربوي:

د- التعريف التربوي Educational Definition :

ظهر التعريف التربوي للإعاقة العقليةاستكمالا للتعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية ، وبعداً رئيساً من أبعادالاتجاه التكاملي <~ (الاتجاه التكاملي = البعد الطبي +السيكومتري+الاجتماعي +التربوي) في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية، حيث ركز هذا التعريف على التدني الواضح في الأداء التحصيلي للأطفال المعاقين عقلياً مقارنة مع الأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني وخاصة في المهارات اللغوية، ومهارات القراءة ، والكتابة والحساب.

هذا وقد استخدم إنجرام Ingram, (1953) مصطلح بطيء التعلم على الطفل الذي لا يستطيع التحصيل في نفس مستوى زملائه في الدراسة ، أي أن يكون في مستوى أقل من مستوى الصف، الذي يجب أن يكون فيه، وهؤلاء الأطفال يكونون حوالي من18 % إلى 20 % من أطفال المدارس ، وهم الذين تقع نسبة ذكائهم ما بين70 – 89 بالفئة البينية Borderline (بين العادي والمعاق عقلياً) وهي تكون من16 % إلى 18 % من مجموعة الأطفال بطيئين التعلم ، ويطلق اسم المعاق عقلياً على الفئة التي تكون معامل ذكائها أقل من70 وهم يمثلون حوالي 2 % من مجموعة تلاميذ المدارس من حيث الذكاء والقدرة العقلية. وبذلك تقوم التعريفات التربوية على أساس مدى القصور في الاستعدادات التحصيلية ، والقدرة على التعلم والتدريب خلال سنوات الدراسة فى ضوء معاملات الذكاء المختلفة.

نسبة انتشار الإعاقة العقلية:

من المعروف أن الدرجة المتوسطة للذكاء هي100 وذلك على مقياسي وكسلر وستانفورد – بينيه للذكاء، وأن الانحراف المعياري يساوي 15 على مقياس وكسلر، أما على مقياس ستانفورد – بينيه فيساوي16 وهو ما يعني أنه يساوي15 تقريباً. ومن الناحية النظرية فنحن نتوقع أن يكون هناك حوالي2.7% من الأفراد يقل معامل ذكائهم عن المتوسط بمقدار إنحرافيين معياريين على الأقل (أي يساوي70 على النسخة الثالثة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال).

أما من الناحية العملية فتشير معظم الإحصائيات أن نسبة انتشار الإعاقة العقلية في أي مجتمع تبلغ المتوسط(2 – 3%) من سكان المجتمع.

العوامل المؤثرة في تحديد نسبة انتشار الإعاقة العقلية في أي مجتمع:

إن تحديد عدد الأشخاص المعاقين عقلياً في مجتمع ما ليس بالأمر السهل، ويعود ذلك إلى جملة من العوامل أهمها:

- اختلاف المعايير المتبعة في تحديد الإعاقة العقلية.
- عدم صلاحية بعض أدوات القياس المستخدمة في تشخيص الإعاقة العقلية من حيث الصدق والثبات والموضوعية.
- تباين الأساليب المتبعة في التوصل إلى التقديرات المختلفة لنسبة الشيوع.
- الاختلاف بين المجموعات العمرية التي تتناولها الدراسات والتقديرات.
- اختلاف في المستوى الثقافي والاجتماعي والخدمات الصحية بين الفئات الاجتماعية أو المجتمعات المختلفة.
- اختلاف العينات التي أجريت عليها الدراسات.

أسباب الإعاقة العقلية:

العوامل الوراثية:

1 – عوامل وراثية مباشرة

2– عوامل وراثية غير مباشرة

ب– العوامل البيئية:

1– عوامل ما قبل الولادة (أثناء الحمل)

2– عوامل تحدث أثناء الولادة

3– عوامل ما بعد الولادة

المحاضرة الرابعة عشرة

تصنيفات الإعاقة العقلية

أولاً: التصنيف الطبي أو تبعاً لمصدر العلة Etiological Classification:

يقوم التصنيف الطبي للإعاقة العقلية على المحكات التالية:

1– التصنيف حسب مصدر الإصابة:

كان العالم الإنجليزي تريد جولد Treed-gold أول من استخدم تقسيم الإعاقة العقلية إلى:

- إعاقة عقلية أولية Primary Amentia: وهي التي تحدث نتيجة الوراثة.
- إعاقة عقلية ثانوية Secondary Amentia: وهي التي تحدث نتيجة لعوامل خارجية أو مكتسبة، وتوجد بعض الحالات يظهر فيها العاملان معاً.

2– التصنيف حسب درجة الإصابة:

- إعاقة عقلية مطلقة Absolute: وهي المستوى الأدنى من هذا التصنيف كفئة الأبله والعته.
- إعاقة عقلية نسبية Relative: وتمثل فئة المورون تقريباً.
- إعاقة عقلية ظاهرية Apparent: وهي التي تنشأ عن عوامل ثقافية رئيسية، وليس هناك حدود فاصلة بين هذه الفئات.

3– التصنيف حسب توقيت الإصابة:

تصنف الإعاقة العقلية حسب توقيت الإصابة إلى ثلاث فئات، وهذه الفئات يمكن عرضها على النحو التالي:

عوامل قبل الولادة Pre – natal: وتتمثل في الأسباب الفسيولوجية والمرضية والاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجنين من الوالدين أو أحدهما كاضطرابات التمثيل الغذائي، وحالات الإصابة قبل الولادة بالزهري الوراثي، والتسمم، والعامل الريزسي

عوامل أثناء الولادة Intra – natal: وتتمثل فيما قد يتعرض له الجنين أثناء عملية الولادة من ظروف كالاختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة.

عوامل بعد الولادة Post – natal: وتتمثل في تعرض الفرد خلال الفترة النمائية لبعض الأمراض كالإلتهابات السحائية ، وإصابات المخ نتيجة التسمم بأملاح الرصاص أو أول أكسيد الكربون ، والإصابات المباشرة للدماغ نتيجة للحوادث.

4- التصنيف حسب المظهر الخارجي:

أ- المنغولية Mongolism أو متلازمة داون Down Syndrome : سميت حالات المنغولية بهذا الاسم نسبة إلى التشابه بين الملامح العامة وخاصة ملامح الوجه لهذه الفئة والملامح العامة للنوع المنغولي ، والتي تتمثل في العيون الضيقة ذات الاتجاه العرضين والوجه المسطح المستدير والأنف الضيقة ، وقصر القامة ، وظلت هذه التسمية للأطفال المنغوليين شائعة حتى عام1986م، حيث سميت هذه الحالات باسم عرض داون (Down Syndrome) نسبة إلى الطبيب الإنجليزي لانج داون (Lang Down, 1986)

وتعود أسباب حالات المنغولية إلى وجود خلل في الكروموسوم رقم21 الذي تحمله الأم وخاصة في الأعمار المتقدمة للأمهات بعد عمر35 سنة ، فكلما زاد عمر الأم كلما زادت الفرصة لولادة أطفال منغوليين ، وبسبب ضعف هذا الكروموسوم لدى الأمهات المتقدمات في العمر (قبل الحمل)، حيث يظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثياً لدى الجنين كما هو موضح بالشكل المقابل ، وبذلك يصبح لدى الطفل المنغولي 47 كروموسوماً بدلاً46 كروموسوماً.

ب – استسقاء الدماغ Hydrocephalus:

تتميز حالات الاستسقاء الدماغي بضخامة الرأس وبروز الجبهة، وتنتج الإعاقة العقلية في هذه الحالة نتيجة للضغط المستمر للسائل المخي وزيادته بشكل غير عادي في الدماغ مما يؤدي إلى تلف المخ، ويتوقف مقدار الإعاقة على مدى التلف في أنسجة المخ.

جـ – كبر الجمجمة Macro Cephalic:

تعتبر حالات كبر حجم الجمجمة من الحالات المعروفة كلينيكياً في مجال الإعاقة العقلية بالرغم من قلة نسبة حدوثها، وغالباً ما يكون حجم محيط الجمجمة في مثل هذه الحالة كبيراً40 سم ± 5 سم مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة والذي يبلغ 33 سم ± 5 سم. ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحياناً في الوزن والطول، وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة.

د – صغر الجمجمة Micro Cephalic:

تتميز هذه الحالات بصغر حجم الجمجمة وصغر حجم المخ نتيجة عدم نمو المخ بدرجة كافية، مما يترتب عليه صغراً ملحوظاً في حجم الرأس، ولا يتجاوز محيط الجمجمة20 سم ± 5 سم، مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة والذي يبلغ33 سم ± 5 سم، حيث يتخذ الرأس شكلاً مخروطياً كما تظهر الأذنان بحجم كبير، وتحدث هذه الحالة نتيجة لعوامل تؤدي إلى ضمور في حجم الرأس، وقد تحدث نتيجة لعوامل مكتسبة من أهمها تعرض الأم أثناء فترة الحمل للإشعاعات أو بالحصبة الألمانية أو الزهري، أو تعرضها أثناء الولادة إلى نزيف، أو إصابة الطفل بعد الولادة بالالتهابات السحائية أو التسمم.

<~ (*حجم الجمجمة الطبيعي = 33 ســم ± 5ســم

*كبر حجم الجمجمة = 40 ســم ± 5ســم

*صغر حجم الجمجمة = 20 ســم ± 5ســم)

هـ – القماءة أو القصاع Cretinism:

تعد حالات القماءة (القصاع) إحدى الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية، ويقصد بها حالات قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد، والمصحوبة بالقدرة العقلية المتدنية، ومن المظاهر الجسمية المميزة لهذه الحالة قصر القامة حيث لا يصل طول الفرد حتى في نهاية سن البلوغ والمراهقة (16 – 18) سنة إلى أكثر من (80) سم، ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين، وجفاف الجلد واندلاع البطن وقصر الأطراف والأصابع.

و – حالات العامل الريزيسي في الدم Rh – Factor:

يعرف العامل الريزيسي على أنه انتيجين موجود في الدم (فصيلة الدم إما أن تكون سالبة وإما أن تكون موجبة). ويبدو أثر العامل الريزيسي في حالة واحدة وهي اختلاف هذا العامل بين الأب والأم. وبسبب ظهور العامل الريزيسي بشكل موجب لدى الأب وبشكل سالب لدى الأم، وبسبب سيادة العامل الموجب، فسوف يظهر العامل الريزيسي لدى الجنين موجباً، وفي هذه الحالة سوف يختلف العامل الريزيسي للأم عنه لدى الجنين، الأمر الذي يؤدي إلى إطلاق الأم لمضادات لكريات الدم الحمراء لدى الجنين بحيث يدمرها، مما يؤدي إلى حالة من تميع الدم لدى الجنين، وقد تصل إلى مستوى تسمم الدم بسبب عجز كبد الجنين لتمثيل تميع الدم، وهذا الأمر قد يؤدي إلى تلف أو خلل في الخلايا الدماغية.

وقد أمكن لمجموعة من العلماء هم فريد، وجورمان، وبولاك Fred, Gorman, Pollak من إنتاج مركب يحتوي على جاما جلوبيولين وقدموه للجمهور عام1968م تحت اسم RhoGAM حيث تحقن به الأم التي أنتجت مضادات Rh والذي يعمل على تحرير دمها من هذه المضادات (الأجسام المضادة)، وبالتالي لا تصادف في حملها التالي مشكلة اختلاف دمها عن دم الجنين، ويجب أن يكون الحقن بعد كل وضع (أو إجهاض) وخلال 72 ساعة، أي لا يتجاوز اليوم الثالث من الوضع أو الإجهاض.

ل – حالات اضطراب التمثيل الغذائي (PKU):

يرجع اكتشاف هذه الحالة إلى الطبيب النرويجي فولنج (1934) Fooling الذي تمكن من فحص شقيقتين متخلفتين عقلياً فوجد أن بولهما يتحول للون الأخضر إذا أضيف له كلوريد الحديديك، وهو تفاعل يدل على شذوذ بيوكيمائي.

ولقد عزى هذا الطبيب أسباب الإعاقة العقلية عند هؤلاء الأطفال إلى اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي لحامض الفينيل، والذي يعود لأسباب قصور الكبد في إفراز الإنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحامض الفينيل، ويظهر هذا الحامض في الدم بمستويات مرتفعة مما يسبب تسمم في الدماغ، ويؤدي ذلك إلى اضطرابات في الخلايا العصبية للمخ ومن ثم إلى الإعاقة العقلية.

ثانياً التصنيفات السلوكية الوظيفية:

أ– التصنيف السيكولوجي Psychological Classification :

من التصنيفات السيكولوجية التي ظلت شائعة لفترة طويلة بين علماء النفس ذلك التصنيف الثلاثي لفئات المعاقين عقلياً وهي:

- فئة المورون Moro وتتراوح نسبة ذكائها ما بين 50 – 75.
- فئة البلهاء Imbecile وتتراوح نسبة ذكائها ما بين 25 – 50.
- فئة المعتوهين Idiot وتتراوح نسبة ذكائها ما بين 25 – صفر، هذا ويعد تصنيف جروسمان (1977) من أهم التصنيفات المستخدمة حالياً والذي يصنف المعاقين عقلياً في ضوء تعريفه للإعاقة العقلية

كما يصنف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي في المراجعة الرابعة-(DSM IV) المعاقين عقلياً على النحو التالي:

- إعاقة عقلية بسيطة Mild Mental Retardation وفيها يتراوح معامل الذكاء ما بين55 –70، ويوازى في التصنيف التربوي فئة القابلين للتعلم، وتمثل هذه الفئة83.6 % من المعاقين عقلياً.
- إعاقة عقلية متوسطة Moderate Mental Retardation وفيها يتراوح معامل الذكاء ما بين40 –54.
- إعاقة عقلية شديدة Severe Mental Retardation وفيها يتراوح معامل الذكاء ما بين25 –39.
- إعاقة عقلية حادة أو عميقة Profound Mental Retardation وفيها معامل الذكاء يكون أدنى من 25.

ب – التصنيف الاجتماعي Social Classification :

يعتمد هذا التصنيف على محك التواؤم أو التوافق الاجتماعي للفرد، ومدى اعتماده على نفسه ووفائه بالواجبات والمطالب الاجتماعية، ويستخدم العلماء في تحديد ذلك مقاييس للنضج الاجتماعي والسلوك التكيفي.

وفى ضوء ذلك قامت الجمعية الأمريكية للمعاقين عقلياً بتوزيع هذه الفئة إلى أربع فئات فرعية وهي:

- إعاقة عقلية بسيطة Mild (55 –69).
- إعاقة عقلية متوسطة Moderate (40 –54).
- إعاقة عقلية شديدة Severe (25 –39).
- إعاقة عقلية حادة Profound أقل من 25.

جـــ– التصنيف التربويEducational Classification :

حسب هذا التصنيف يمكن تقسيم فئات الإعاقة العقلية إلى الأقسام التالية، وذلك حسب ما يمكن تقديمه من خدمات تربوية، وهو ما يطلق عليه أيضاً الصلاحية التربوية، وهذه الأقسام هي:

1– فئة القابلين للتعلم Educable:

تمتلك فئة القابلين للتعلم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة فيحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغير فى السلوك الاجتماعي ليصبح مقبولاً في تفاعلهم مع الآخرين، وأيضاً في تحسن العمليات المعرفية والمهنية لديهم، وتستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع والشراء والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية، أي المهارات الأولية للتعلم، ويتراوح معامل ذكائهم ما بين55 –70

2– فئة القابلين للتدريب Trainable:

تتراوح معاملات ذكاء هذه الفئة من الأطفال ما بين40 –54، وتتميز هذه الفئة بأن تحصيلها الأكاديمي منخفض جداً، ولا يستطيع أفرادها العمل إلا فى ورش محمية، وهم غير قادرين على العناية بأنفسهم بدون مساعدة الآخرين لهم.

2– فئة الاعتماديون Custodial:

وهم فئة الأطفال البلهاء والمعتوهين غير القابلين للتعلم والتدريب، وغير القادرين على الاستفادة من التعلم في المدارس العادية، وكذلك في الفصول الخاصة بالمعاقين عقلياً، نتيجة للضعف العقلي الشديد، وهم في حاجة ماسة إلى رعاية مستمرة.