**المادة دراسة الحالة**

**المرحلة الثالثة مسائي**

**الخميس 2021||**

**الزمن ساعه فقط (الرابعة )**

 **ادوات دراسة الحالة**

 **االمحاضرة الاولى**

 **اولا (المقابلة)**

**تعتبر المقابلة وسيلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات وأكثرها استخداما نظرا لمميزاتها المتعددة**

**ومرونتها، وفيما يلي شرح مفصل .لها**

**1 – المقابلة : هي "محادثة موجهة بين القائم بالمقابلة وبين شخص أخر أو عدة أشخاص، ولكنها تتميز**

**بخصائص أساسية سنوجزها فيما يلي :**

* **المقابلة هي مواجهة بين الباحث والمبحوث .**
* **لا تقتصر المواجهة على التبادل اللفظي بينهما فقط، بل تستخدم تعبيرات الوجه ونظرات العيون،والإيماءات والسلوك العام .**
* **تختلف عن الحديث العادي وذلك لأنه توجه نحو هدف واضح ومحدد**
* **يقوم الباحث بتسجيل الاستجابات التي يحصل عليها في نموذج سبق إعداده وتقنينه .**

 **(فاطمة صابر، ميرفت خفاجة ،2002 ،ص131)**

**تعتبر المقابلة أداة بارزة من أدوات البحث العلمي في علم النفس الإكلينيكي، وفي غيره من العلوم وتبرز أهمية المقابلة في الميدان الإكلينيكي من حقيقة كونها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجالي التشخيص والعلاج النفسي. (عبد الستار إبراهيم ، 2008،ص108)ويوضح روبرت كاهن(Kahn Robert ( بان المقابلة بمفهومها العام تعني مجموعة أعمال الاتصال الشخصي وأوجه نشاطه التي يكون فيها شخص في مركز الطالب لمعلومات من**

 **–15–**

 **شخص آخر ويكون هذا الشخص الأخير في مركز المعطي والمزود لتلك المعلومات للشخص الأول . (ربحي عليان ، عثمان غنيم ،2000، ص 102)**

**في حين يعرفها بنجهام بأنها " المحادثة الجادة والموجهة نحو هدف محدد وليس مجرد الرغبة في مال حادثة لذاتها". (علي معمر عبد المؤمن ،2008 ، ص 246)**

**تهدف فلسفة المقابلة إلى التعرف على جوهر الإنسان الذي لا يمكنه أن نصل إليه عن طريق المشاهدة لأنه لا يرى ولكنه ينعكس في سلوكيات وأفعال يمكن مشاهدتها ومن خلالها تعرف الأسباب وفيها تكمن الحلول والمعالجات (. مروان عبد المجيد إبراهيم ،2000،ص 171(**

**فالمقابلة سواء كان الهدف منها تغيير الشخصية وعلاجها أو الوصول إلى بعض المحكات التشخيصية تحتاج إلى الخبرة والتدريب بالإضافة إلى الإلمام بالفنيات الرئيسية التي تساعد على حسن إجرائها وتحقيق الأهداف منها .**

* **أنواع المقابلة: تختلف أنواع المقابلات باختلاف الهدف أو الغرض الذي تجرى من اجله المقابلة،ولهذا يختلف العلماء في تحديدهم للأنواع المختلفة في المقابلة.فهناك العديد من التقسيمات وفيما يلي**

**موجز لأنواع المقابلات :**

**1 – المقابلة حسب درجة الحرية : ويقصد بها درجة الحرية التي تعطى للمستجيب في إجاباته وعلى هذا الأساس يمكن تقسيمها إلى ثلاث أنواع رئيسة هي :**

 **-أ المقابلة المفتوحة : وفيها يعطى المستجيب الحرية في ان يتكلم دون محددات للزمن أو للأسلوب .**

**ب – المقابلة شبه المفتوحة: وهي تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب مزيدا من التوضيح .**

**ج – المقابلة المغلقة: وهي لا تفسح المجال للشرح المطول، بل يطرح السؤال وتسجل الإجابة التي يقررها المستجيب .**

**2 – من حيث وظيفتها والغرض منها : وتنقسم بدورها إلى ثلاث أشكال :**

**أ –المقابلة العلاجية : تهدف إلى مساعدة المبحوث على فهم نفسه بشكل أفضل ، ووضع خطة لعلاجه وعلاج العوامل المسببة وتخفيفه وتحسين الحياة الانفعالية ، ويؤدي هذا النوع من المقابلة إلى استبصار المبحوث بذاته وبسلوكه وبدوافعه وتخليصه من المخاوف والصراعات الشخصية المؤرقة لحياته ومساعدته في تحقيق لذاته ، وحل صراعاته وفي هذا النوع من المقابلة يتم علاج الموقف تبعا لمعتقدات وظروف المبحوث وقناعاته ووقف الرؤية النظرية والمدرسة الفكرية التي يؤمن بها المعالج (. علي معمر عبد المؤمن ( 2008 ، ٢٥0ص) .**

 **–16–**

**ب – المقابلة التشخيصية : وهي التي تجرى بغرض الفحص الطبي النفسي للمريض بحيث يمكن من خلالها وضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة . وتركز هذه المقابلة على تحديد الأعراض المرضية ، بحيث ينتهي الأخصائي منها بصورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة ، ومتى ظهرت وكيف تطورت .(عبد الستار إبراهيم ، عبد االله عسكر ،2008،ص 108(**

**ج – المقابلة الإرشادية: وتهدف إلى تمكين المقابل من أن يفهم مشكلاته الشخصية والتعليمية والمهنية على نحو أفضل، وان يعمل خططا سليمة لحل هذه المشكلات .**

**3 – من حيث عدد المبحوثين : وتنقسم إلى نوعين :**

 **-أ المقابلة الفردية : تعتبر المقابلة الفردية من أكثر أنواع المقابلات شيوعا في الدراسات النفسية، حيث تتم بين القائم بالمقابلة أو الباحث وبين شخص واحد من المبحوثين. كما تعتبر موقفا خاصا حيث يشعر المبحوث بالحرية في التعبير عن نفسه تعبيرا كاملا وصادقا، ويبدي رأيه بدون تحفظ .**

**ب\_ المقابلة الجماعية : وهي المقابلة التي تتم بين القائم بالمقابلة أو الباحث وبين عدد من الأفراد أو المبحوثين في وقت واحد ومكان واحد .**

**4 – من حيث درجة المرونة في موقف المقابلة : وتنقسم بدورها إلى نوعين :**

**وترتيبها ونوعها وما إذا كانت مقيدة أو مفتوحة ، ومن حيث توجيه الأسئلة فانه يجب أن يكون موحدا أيأ المقابلة المقننة: وهي المقابلة تكون أكثر تحديدا من حيث الأسئلة التي توجه لأفراد عينة من البحث بنفس الأسلوب ونفس الطريقة والترتيب لكل مبحوث من أفراد العينة ، كما تقتصر الإجابة على الاختيار من إجابات محددة في قائمة سبق تحديده .**

**ب- المقابلة غير المقننة: وهذه المقابلة أكثر مرونة من سابقتها، وذلك لان أسئلتها لا تحدد تحديدا سابقا، حتى إذا وجهت أسئلة سابقة التخطيط والتحديد. فإنها تعدل بحيث تناسب أفراد العينة والموقف ونظرا لما تتميز به المقابلات غير المقننة من مر ونة فإنها تحتاج إلى مهارة فائقة من الباحث تمكنه من تحليل نتائج مقابلاته والمقارنة بينها (. فاطمة صابر، ميرفت على خفاجة ،2002 ، 135)**

**-مراحل المقابلة والإعداد لها : كأي عملية اتصال تتكون من بداية و وسط و خاتمة . ولكي يكون الاتصال ناجحا وموجها نحو تحقيق الأهداف المطلوبة منه يجب أن تتوافر في كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث شروط نجملها في السطور الآتية :**

* **البداية : يري جونسون (1981,Johnson ( أن الملاحظات الأولى لسلوك المريض من قبل**

**الأخصائي نفسه تشكل عملية رئيسية في بناء بداية المقابلة . ولهذا ينصح بان تبدأ ع ملية الملاحظة**

 **–17–**

**ببداية أول احتكاك بصري بالمريض. ومن المهم أن نلاحظ : كيف يجلس ؟ وكيف يستجيب لتحية الأخصائي ؟ وهل يبادل النظر أم يتجنب ذلك ؟ ومن المهم أن نلاحظ تعبيرات وجهه ، ونبرات صوته وحدته وانخفاضه ، ومدى اهتمامه بملبسه أو عنايته بمظهره وحديثه .**

**كما يلفت كور شين (1976,Korchin (إلى الانتباه إلى الحجرة التي يتم بها اللقاء الأول . ويؤكد أن كل ما نحتاجه بهذا الصدد هو حجرة هادئة مريحة تخلو من المشتتات .**

**ويحسن إذا كان المفحوص مصحوبا بعائلته أن تطلب لقاءه أولا قبل أن تلتقي بأحد من أهله، فهذا يمنحه الثقة بنفسه دون تجاهل الأسرة، فان الالتقاء بالأسرة بعد الجلسة التمهيدية مع المريض يعتبر ممارسة إكلينيكية جيدة ينصح بها كثير من العلماء بسبب المعلومات الكثيرة التي يمكن أن يجنيها الممارس من خلال ملاحظاته لأنماط التفاعل التي تتم بين المريض وأهله . (عبد الستار إبراهيم ،عبد االله عسكر ،2008 ،ص ص 117 -118)**

**-الجزء الأوسط من المقابلة : يتوقع الكثير من المرضى بعض التوجيه من الأخصائي القائم بالمقابلة في بداية اللقاء . وهذا شيء طبيعي ومقبول خاصة وان المريض يكون غارقا في مشكلاته لدرجة قد تعوقه عن اختيار نقطة البداية في شرح مشكلاته. فمن الأفضل أن يقوم الممارس بفتح باب الحوار أمام المريض لكي يسترسل في شرح ظروفه ومتاعبه، وذلك بسؤال المريض عما جعله يفكر في الحضور، أو عن السبب المباشر لإحضاره للعيادة .**

**لكن قد يرتكب بعض الأخصائيين بعض الأخطاء في المراحل الوسطى من المقابلة منها :**

* **الإسراف في الحديث وكثرة الكلام: فالممارس الجيد هو من يقل من كلامه ويختصر أسئلته ولا يكثر من مقاطعة مريضه .**

**-خطا محاولة العلاج وتقديم المساعدة : فالمقابلة الأولى ليست للعلاج النفسي بل لغرض الفهم المتعمق للمريض . لهذا يحسن بالممارس الجيد أن يكثر الإصغاء والاهتمام بالمعلومات التي يحصل عليها. ويرى جونسون بحق أن المقابلة الأولى هي من أسوا الأوقات التي يمكن أن نقدم خلالها النصح آو العلاج .توجيه الأسئلة واجراء المقابلة الإكلينيكية ليست باستجواب ويرتكب الأخصائيون خطا فادحا**

**-التساؤل :إذا تحولت الجلسات إلى استجوابات بدلا من أن تتجه إلى التساؤل الذي يساعد المريض على الثقة والتلقائية . فمن الأفضل أن تكون الأسئلة مشتقة من عبارات المريض . مثلا أعطني أمثلة لما يجعلك تعتقد أن الناس لا يوثق فيهم ؟ فهذا النوع من السؤال يسمح بتبادل الحوار .**

* **ملاحظة التغييرات : إن التغييرات التي تطرأ على سياق حديث المريض أو على سلوكه وهو يروي لك قصته تكون شديدة الأهمية والدلالة من حيث فهمنا لمصادر الصراع ومواقف الحرج والحزن والضيق...الخ ، ولهذا فان التساؤل فيما بعد عن الموضوعات التي صوحبت بالتغير في سلوك المريض أمر هام خاصة في المقابلات التشخيصية لما تعطيه من معلومات قيمة عن مشكلات المريض**

 **–18–**

**-التعاطف : يختلف عن العطف والشفقة وهو نوع من المشاركة الوجدانية الضرورية لنجاح العلاقة الإكلينيكية ويتضمن التفهم وليس بالضرورة الموافقة على ما يقوله المريض .**

 **( عبد الستار إبراهيم ، عبد االله عسكر ،2008 ،ص123)**

* **معالجة فترات الصمت : عادة ما يكون شعور المريض بالقلق في موقف الصمت اشد من شعور الأخصائي، ولهذا فهو يقطع الصمت باستئناف المحادثة . ويحدث أن يعتقد الأخصائي خط أن أ صمت المريض معناه انه قد انتهى من الموضوع ولهذا فهو يقفز إلى إلقاء أسئلة أخرى . ولهذا قد يحرم الموقف من التفاعل ويحرم الأخصائي من كثير من المعلومات الانفعالية والعقلية عن مريضه. ولكن في المواقف التي يكون فيها الصمت علامة على الانسحاب والإغراق في الذات وأحلام اليقظة ، فان من الضروري أن يقوم المعالج بمعالجة الموقف بأسئلة من هذا النوع :" أراك ساكنا بعد أن أخذت بالتحدث عن موضوع ...(كذا) : أو : "أراك تلتزم الصمت ، هل هناك ما يضايقك في إثارة هذه النقطة ؟ ."**

**3 – إنهاء المقابلة أو الجزء الختامي منها : من أصعب المشكلات التي تواجه الأخصائيين الممارسين هي البحث عن طريقة ملائمة لإنهاء المقابلة ، فمن ناحية يجب أن لا تنتهي المقابلة إلا بعد أن يكون الأخصائي قد نجح في بعث قدر كبير من الطمأنينة والراحة لدى المريض. ومن جهة أخرى يجب أن تنتهي المقابلة بالتخطيط للجلسات القادمة وخطة العلاج أو المقابلات المستقبلة. ومن الأفضل أن يعطى الأخصائي اكبر قدر ممكن من المعلومات عن طبيعة اللقاءات القادمة وضرورتها وما الذي سيتم فيها والتوقعات المطلوبة من المريض.(عبد الستار إبراهيم ، عبد االله عسكر ،2008 ،ص126)**

* **مزايا المقابلة: - يمكن استخدامها في الحالات التي يصعب فيها استخدام الاستبانة ، كان تكون العينة من الأميين أو من صغار السن .**
* **تمكن الفاحص من دراسة وفهم التغييرات النفسية للمفحوص والاطلاع على مدى انفعاله وتأثره بالمعلومات التي يقدمها .**
* **تمكن الفاحص من إعاقة علاقة ثقة ومودة مع المفحوص مما يساعد في الكشف عن المعلومات المطلوبة.( محمد خليل عباس وآخرون ،2007،ص 250 )**
* **تستدعي معلومات من المستجيب من الصعب الحصول عليها بأي طريقة أخرى، لان الناس بشكل عام يحبون الكلام أكثر من الكتابة .**
* **توفر مؤشرات غير لفضية تعزز الاستجابات وتوضح المشاعر، كنغمة الصوت وملامح الوجه وحرك اليدين والرأس...الخ**
* **المرونة وقابلية شرح وتوضيح الأسئلة للمستجوب في حالة صعوبتها آو عدم فهمه لها .**
* **وسيلة مناسبة لجمع المعلومات عن القضايا الشخصية الانفعالية والنفسية الخاصة بالمبحوث وهي أمور يصعب جمعها بطرق أخرى كالوثائق والاستبيانات . (ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم ،2000 ، ص 108(**
* **عيوب المقابلة: - تتأثر بعوامل متعددة كتوتر المستجوب أو محاولة إرضاء الباحث أو محاولة**

 **–19–**

**الباحث الضغط عليه .**

* **تتوقف على استجابة المستجوب للمقابلة ورغبته في الحديث .**
* **تتطلب وقتا طويلا وجهدا كبيرا وتكاليف كثيرة .**
* **يمكن تحيز القائم بالمقابلة على النتائج فقد يخطئ في فهم الاستجابة .**

 **(مروان عبد المجيد إبراهيم ، 2000، ص 174(**

 **المحاضرة الثانية**

 **ثانيا الملاحظة(Observation :**

 **تعد الملاحظة واحدة من أقدم وسائل جمع المعلومات حيث استخدمها الإنسان الأول في التعرف على الظواهر الطبيعية وغيرها من الظواهر، ثم انتقل استخدامها إلى العلوم بشكل عام والى العلوم الإنسانية والاجتماعية بشكل خاص .**

**أولا – مفهوم الملاحظة: إن معنى ومفهوم الملاحظة هو أن يوجه الباحث حواسه وعقله إلى طائفة خاصة من الظواهر لكي يحاول الوقوف على صفاتها وخواصها سواء أكانت هذه الصفات والخواص شديدة الظهور أم خفية يحتاج الوقوف عليها إلى بعض الجهد .**

* **وحسب كارتر جود فهي " الوسيلة التي نحاول بها التحقق من السلوك الظاهري للأشخاص وذلك بمشاهدتهم بينما هم يعبرون عن أنفسهم في مختلف الظروف والمواقف التي اختيرت لتمثل ظروف الحياة العادية أو لتمثل مجموعة خاصة من العوامل.(مروان عبد المجيد إبراهيم ، 2000،ص176( كما تعرف بأنها عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف . (ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم ،2000، ط112(**

**ثانيا – أنواع الملاحظة : تقسم الملاحظة من حيث**

**1 – من حيث درجة الضبط : إلى نوعين وهما :**

 **-أ الملاحظة البسيطة : وتستخدم في الدراسات الاستكشافية حيث يلاحظ الباحث الظاهرة أو حالة دون أن يكون لديه مخطط مسبق لنوعية المعلومات أو الأهداف أو السلوك الذي سيخضعه للملاحظة .**

**أي ملاحظة الظواهر كما تحدث تلقائيا في ظروفها الطبيعية، دون إخضاعها للضبط العلمي .**

**ب – الملاحظة المنظمة : ويحدد الباحث الحوادث والمشاهدات والسلوكيات التي يريد أن يجمع عنها**

 **–20–**

**المعلومات، وبالتالي تكون المعلومات أكثر دقة وتحديدا عنه في الملاحظة البسيطة .**

**2 – من حيث دور الباحث : وبدورها تنقسم إلى شكلين :**

**ويشارك أفراد الدراسة في سلوكياتهم وممارساتهم المراد دراستها.مثال أن يعيش الباحث مع السجناء وكأنهأ الملاحظة بالمشاركة : وفيها يكون للباحث دور ايجابي وفعال ، بمعنى انه يقوم بنفس الدور ، سجين منهم دون أن يعرفوا ذلك .**

**ب – الملاحظة من غير مشاركة : وفيها يقوم الباحث بأخذ موقف أو مكان ويراقب منه الأحداث أو الظاهرة أو السلوك دون أن يشارك أفراد عينة الدراسة بالأدوار التي يقومون بها وقد يستخدم الكاميرا وخاصة الفيديو في هذا النوع من الملاحظات شريطة عدم معرفة المبحوثين بذلك . (ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم ،2000 ، ص 115)**

**ثالثا – الشروط الواجب إتباعها عند إتباع أسلوب الملاحظة : ثمة مجموعة من الشروط المهمة وتنقسم إلى شروط موضوعية وشروط سيكولوجية :**

**1 – الشروط الموضوعية : وتتمثل في استخدام الملاحظة وفق نظام خاص تحدد فيه الجوانب التي يراد ملاحظتها ، كذلك ينبغي أن تسجل المعلومات آنيا حتى لا ينسى الملاحظ ما يذكر ، كما ينبغي أن لا يتأثر بالانطباعات المسبقة أو يتأثر بالهالة .**

**2 – الشروط السيكولوجية : يطرح فان دالين (Dalen Van ( أربع عوامل سيكولوجية ، يحث الملاحظ على إتباعها حين يؤدي هذه المهمة وتتمثل في :**

* **الانتباه : ويعده فان دالين شرطا مهما للملاحظة الناجحة ، حتى لا تفوت الملاحظ أية بادر ة أو شيء عارض أو حتى ملامح تنضح في تصرفات الشخص الملاحظ .**
* **سلامة حواس الملاحظ : بحيث يستطيع أن يسمع ويرى بدقة كل ما يجري أمامه من أحداث .**

**31**

**-نضج عملية الإدراك لدى الملاحظ : حيث يتمثل ذلك في قدرته على تأويل كل ما يجري أمامه من أحداث .**

* **قدرة الملاحظ على التصور : بحيث يستطيع أن يرسم طريقة دقيقة لحالة الشخص الذي يلاحظه.(محمد الطيب و آخرون ، 2005 ،ص 217 – 218 )**
* **أدوات تسجيل الملاحظة : تعددت أدوات تسجيل الملاحظة فهناك الكثير منها والتي يمكن أن تستخدم لتسجيل الملاحظات العلمية وكل منها يلائم غرضا معينا ومن أشهرها**

**1 – بطاقة الملاحظة : هي عبارة عن قائمة تحتوي على جميع الجوانب التي يراد ملاحظتها بحيث يعبرعن كل جانب ببند أو فقرة للملاحظة والقياس تعبر عن السمة المراد قياسها وأمام كل فقرة بدائل تعبر عن**

 **–21–**

**ظهور السمة أو عدم ظهورها في وقت محدد ، يقوم الملاحظ بتأشير البديل الذي يعبر عن السمة التي تظهر أو عدد مرات ظهورها وقد يترك مجالا بين بند وآخر لإتاحة المجال للملاحظ كي يدون ملاحظاته عن السمة .**

**2 – سلالم التقدير: بموجب هذا النوع من الأدوات تعد أداة الملاحظة في صورة سلالم تقدير عددية أو لفظية وتتسم هذه الأداة بأنها تتطلب أحكاما أكثر دقة لقياس الفقرة أو البند ، فهي لا تكتفي بظهور السمة ٕ نما تهتم بتحديد مستوياتها أو عدم ظهورها وا بموجب فئات تتدرج على سلم يمثل احد طرفيه انعدام وجود السمة التي يراد تقديرها، والطرف الثاني يمثل أعلى مستوى لوجودها وبين الطرفين مستويات تتدرج من المستوى الضعيف حتى المستوى الأكمل بمعنى أن ما بين طرفيها درجات متفاوتة متدرجة تمثل وجود السمة ، ومهمة الملاحظ هنا هي ملاحظة الفئة أو المستوى الذي تظهر فيه السمة والتأشير عليه ليعبر عن المستوى الذي توجد فيه السمة في الظاهرة التي تخضع للملاحظة . (محسن علي عطية، 2009 ،ص ص 235 – 238)**

**3 – السجل الوصفي أو جدول الملاحظة : يستخدم عندما يراد تسجيل مظاهر سلوكية محددة يظهرها المفحوص في مواقف معينة ووصف هذه المظاهر ، والمواقف التي حدثت فيها مع ذكر الوقت والتاريخ الذي حدثت فيه . فالسجل الوصفي يتضمن معلومات أساسية عن المفحوص تنظم في جداول يحدد فيه اسم المفحوص وصفه ومرحلته والسلوك المستهدف بالملاحظة والتاريخ فضلا عن أعمدة يدرج فيه تكرار السلوك المستهدف وزمن ظهوره والمدة التي استغرقها ودرجته . (محسن علي عطية، 2009 ،ص ص 235 – 236)**

* **ومن الجدير بالذكر أن هناك أدوات تسجيل آلية يمكن أن تسجل السلوك المستهدف بدقة وتحتفظ بالمعلومات التي يراد تسجيلها وتقدمها للباحث في الوقت الذي يشاء ومن مميزاتها أنها تمكن الباحث من تحليل السلوكيات أو الأنشطة المعقدة التي يبديها المفحوص ومن هذه الأدوات أفلام الفيديو وأجهزة التسجيل المختلفة غير أن استخدامها قد يؤثر في نتائج البحث لأنها قد تجعل المفحوص يغير من سلوكه فيظهر على غير حقيقته .( محسن علي عطية، 2009 ،ص -238)**

**-خطوات الملاحظة :**

* **اختيار الموضوع وتحديده وفق أهداف واضحة ومحددة .**
* **تحديد الظرف المناسب لإجراء الملاحظة وذلك لان الموضوع يتأثر ويؤثر على الظرف ألزماني والمكاني .**
* **تحديد نوع العلاقة المناسبة للموضوع .**
* **تحديد كيفية وأسلوب التسجيل (. مروان عبد المجيد إبراهيم ، 2000 ،ص176)**
* **مزايا الملاحظة: للملاحظة مجموعة من المزايا نورد منها ما يلي :**
* **تستخدم في البحوث التجريبية والمسحية وذلك عندما تهدف إلى جمع بيانات عن السلوك غير اللفظي .**

**أما اختبار تفهم الموضوع TAT فهو مجموعة صور على شكل لوحات عددها 31 لوحة تحتوي كل واحدة**

 **–22–**

**منها على موضوع، وتعرض على العميل ليؤلف حولها قصة تعكس احتياجاته والضغوط المحيطة . وفي الأخير بعد تطرقنا لأدوات دراسة الحالة وقد ركزنا على أهم الأدوات استخداما في الدراسات الإكلينيكية من مقابلة وملاحظة واختبارات إلا انه توجد مصادر أخرى للحصول على المعلومات في.**

**دراسة الحالة منها :**

* **السجلات الرسمية : وثائق رسمية، شهادات وتقارير رسمية كالوثائق الدراسية، الوظيفية، التعليمية ... الخ**
* **الوثائق الشخصية : قد تكون كتابات خاصة، رسائل، هوايات ... الخ**
* **تعتمد بدرجة كبيرة على حاضر الموقف وليس ماضيه، لان الباحث يلاحظ السلوك كما يحدث تماما،**

**ويمكن أن يعطي ملاحظات دقيقة عن ملامح هذا السلوك .**

* **يسجل سلوك المبحوث الذي يتم سلوكه وقت حدوثه مباشرة .**
* **يمكن التعرف على بيانات قد لا يفكر فيها الباحث أثناء استخدام أساليب عملية المقابلة والاستفتاءات .**
* **يساعد أسلوب الملاحظة الباحث في مهمته الخاصة بتجميع البيانات في مواقف سلوكية مثالية.(فاطمة عوض صابر ، 2002،ص 149)**
* **عيوب الملاحظة : مع ما يبق من مزايا أن إلا هناك بعض العيوب نوجزها فيما يلي :**

**أما اختبار تفهم الموضوع TAT فهو مجموعة صور على شكل لوحات عددها 31 لوحة تحتوي كل واحدة**

**منها على موضوع، وتعرض على العميل ليؤلف حولها قصة تعكس احتياجاته والضغوط المحيطة .**

**وفي الأخير بعد تطرقنا لأدوات دراسة الحالة وقد ركزنا على أهم الأدوات استخداما في الدراسات الإكلينيكية من مقابلة وملاحظة واختبارات إلا انه توجد مصادر أخرى للحصول على المعلومات في**

**دراسة الحالة منها :**

* **السجلات الرسمية : وثائق رسمية، شهادات وتقارير رسمية كالوثائق الدراسية، الوظيفية، التعليمية ... الخ**
* **الوثائق الشخصية : قد تكون كتابات خاصة، رسائل، هوايات ... الخ**

 **–23–**

 **المحاضرة الثالثة**

 **ثالثا الاختبارات النفسية**

* **تعتبر الاختبارات النفسية من الأدوات المهمة في دراسة الحالة والتي تساعد المعالج أو الباحث عن الحصول على نتائج شكوكه من خلال تطبيقها على المفحوص. قبل التطرق إليها نعرف الاختبار .**
* **الاختبار (test ( : امتحان مقنن يتكون من مشكلة يطلب من الشخص المفحوص حلها أو من عمل يقوم ب أو ه من أسئلة يجيب عنها و يختلف الاختبار عن الاستبيان في انه يكلف المفحوص عادة القيام بعمل ، ثم تقدر النتيجة على أساس مقدار ما أنجزه ، أو درجة صعوبته أو ما استغرق من وقت في أدائه.(فتحي محمد مرسي ، 2010 ، ص 215(**
* **الاختبارات النفسية : (psychologiques test les: ( يعرف الاختبار في قاموس علم النفس انه أسلوب علمي روتيني ، يسمح بدراسة سمة شخصية أو أكثر لا يمكن تحديدها تجريبيا وذلك بهدف الحصول على إيضاح قابل للتكميم .(بوسنة ، ص 19( وحسب بيرون (Piéron ( 1968 فالاختبار امتحان ينطوي على إتمام مهمة ، متطابقة لجميع**

**الأشخاص المفحوصين ، مع أسلوب محدد لتقييم النجاح أو الفشل أو لتنقيط الأداء بالأرقام**

**( Jean.A.Randal, 2003, p40).**

**إلا أن هناك بعض التعريفات للاختبار النفسي :**

**يعرفها بيشو " عطاؤه قيمته**

**على أنها وضعية تجريبية يراد بها قياس سلوك المفحوص وا أو درجة معينة**

* **ورد في قاموس انجلش و انجلش (1958,English & English (بان الاختبار النفسي هو " مجموعة الظروف المقننة أو المضبوطة تقدم بنظام معين للحصول على عينة ممثلة للسلوك ، في ظروف أو متطلبات بيئية معينة ، أو في مواجهة تحديات تتطلب أقصى جهد أو طاقة ، وغالبا ما تأخذ هذه الظروف أو التحديات شكل الأسئلة اللفظية".(بشير معمرية ،2002،ص106( فالاختبارات النفسية أداة مضمونة، لأنها عملية مقننة ولها صدقها وثباتها وتعطيك معلومات بالدرجات تعكس قدرات الشخص .**

**تستخدم هذه الاختبارات لقياس جوانب الشخصية التكيفية ، وأنواع الصراعات التي يعاني منها الأفراد .(عماد عبد الرحيم زغلول ، 2006 ،ص 54(**

**تقسم الاختبارات النفسية إلى :**

**1 \_الاختبارات النفسية الخاصة بالوظائف العقلية والذهنية كالذكاء، القدرات اللفظية، الاستعدادات،الميول، الاتجاهات والقيم .**

**2 – الاختبارات النفسية الشخصية: والتي تنقسم إلى :**

 **–24–**

* **الاختبارات الاسقاطية إن : مصطلح اختبار إسقاطي يرجع إلى لورانس فرانك (Frank.L (1939 وهو وصف لبعض المباحث الداخلية (المقاربات) غير المباشرة في دراسة الشخصية ، التي تهدف إلى الوصول بالفرد إلى أن يقدم تقييما لصفاته دون أن ينتبه إلى انه يقوم بذلك .**

**لقد استخدم فرويد مصطلح إسقاط ليبين الاوالية الدفاعية التي بها تلف الأفكار والمشاعر غير المقبولة من الذات إلى العالم الخارجي .**

**يقترب كل اختبار إسقاطي من الشخص بطريقة غير مباشرة ، ففي الاختبار الاسقاطي لا يمتحن نما يطلب منه أن يستجيب للمثير مما يتراءى له من أفكار ومشاعر الشخص مباشرة بالسؤال عن نفسه واوما يدركه في هذا وفي هذه الطريقة ، فان ما يكشف الشخص عنه يكون اقرب إلى الحقيقة مما يقدمه مباشرة ، وبالتالي فالفرد يستجيب للمادة غير المشكلة التي تعرض عليه بطريقة عفوية دوأية تأثر بإرادته إلى حد بعيد . والفرد حين يستجيب فانه يتداعى بأفكاره ، ويسقط من مشاعره ورغباته وانفعالاته اللاواعية ويكشف عن كل ذلك بطريقة ما في المادة المعروضة أمامه .(ص 78)**

**ومن بين الاختبارات السقاطية نجد : اختبار تفهم الموضوع ، اختبار القدم السوداء ....الخ**

* **الاختبارات الموضوعية: تعني الموضوعية الابتعاد عن الأهواء والميول الذاتية، والأغراض الشخصية للفاحص. وتعنى في مجال القياس النفسي ، أن السلوك يمكن ملاحظته مباشرة ويمكن قياسه . كما تعنى جراءات تصحيحه واحدة جراءات الإجابة عن بنوده واأن إجراءات تطبيق الاختبار أي تعليماته وا .**

**فالموضوعية إذن تعني أن إجراءات القياس كلها تتم مستقلة عن تدخل الفاحص في جميع إجراءاته .(بشير معمرية ،2002،ص126)**

**ومن بين الاختبارات الموضوعية نجد : سلم هاملتون لتقدير القلق و سلم بيك للاكتئاب ...الخ**

* **أهمية الاختبارات النفسية : من العلماء من يرى في الاختبار أداة تقييم وتشخيص، لا تخلو من قصور وعيوب.في مقابل ذلك هناك حركة معارضة شديدة تحذر من كثرة الاعتماد على الاختبارات . رغم الاعتراض القائم على تطرف بعض العلماء القياس في أولوية الاختبارات، إلا أن هناك شبه اتفاق بين الأخصائيين الإكلينيكيين والأطباء النفسانيين وعلماء القياس، على أن الاختبار دون شك هو وسيلة ذات قيمة كبيرة في عمليات التشخيص والتوجيه والإرشاد .**

**تعد الاختبارات حسب أنجرس( Angers (وسائل قياس، تستعمل غالبا في التجريب . إنها تسمح بالتعرف على مجموعة من الصفات تخص أفراد التجرب كيم.ة ن الإفادة من الاختبارات إذا أحسن استخدامها،ووضعت حولها ضوابط وأمكن معرفة معايير ثباتها و صدقها ودلالاتها الإكلينيكية، بالإضافة إلى حدودها التي لا يمكن تجاوزها بحكم طبيعتها أو طبيعة القدرات التي تقيسها .(بوسنة، ب س ،ص19 (لقد سارت الاختبارات في تسلسل تاريخي متعاقب ، منها ما يرتبط بصميم**

 **–25–**

**التشخيص الإكلينيكي وعملياته وقد بدا العالمان بينيه وسيمون (Simon et Binet ( بأول محاولة رائدة في وضع اختبار لطلبة المدارس الابتدائية ، نتيجة لوجود أطفال متخلفين عقليا . ابتكر بينيه فكرة العمر العقلي إدراكا منه أن المشكلة لا بد أن تواجه بطريقة تختلف عن مفهوم الإثارة والاستجابة السلوكية، فهو يرى انه يجب قياس أوجه النشاط المعقد مثل إتباع مجموعة من التوجيهات وحل المشكلات واستخدام الكلمات بطريقة سليمة أما . اختبار الرورشاخ فجاء نتيجة لاستبصار الطبيب النفساني هيرمان رورشاخ بما أورده المرضى النفسانيين عما توحي لهم بقع الحبر العشر .وحين يواجه الفرد موقفا غامضا غير ٕوادراكه للعالم .**

**واضح ، سوف يستجيب وفقا لحاجاته الداخلية واتجاهاته ، وأسلوبه**

**أما اختبار مينسوتا (MMPI (في منتصف العقد الرابع للقرن العشرين على يد كل من هاتاوي و ماككنلي ، حيث تضمن مقاييس عديدة منها مقياس توهم المرض ، الانقباض ، الهستيريا ، الانحراف السيكوباتي ، البارانويا وغيرها . وقد وضع تصحيح هذا الاختبار على أساس يختلف عن باقي الاختبارات الشخصية ، حيث استخدمت فيه الطريقة الامبريقية عن طريق اختيار البنود أو الأسئلة التي تميز بين الأسوياء والغير أسوياء.(عطوف محمود ياسين، 1994 ، ص ص448 -449)**

**37**

**أما اختبار تفهم الموضوع TAT فهو مجموعة صور على شكل لوحات عددها 31 لوحة تحتوي كل واحدة منها على موضوع، وتعرض على العميل ليؤلف حولها قصة تعكس احتياجاته والضغوط لمحيطة .وفي الأخير بعد تطرقنا لأدوات دراسة الحالة وقد ركزنا على أهم الأدوات استخداما في الدراسات الإكلينيكية من مقابلة وملاحظة واختبارات.إلا انه توجد مصادر أخرى للحصول على المعلومات في دراسة الحالة منها :**

* **السجلات الرسمية : وثائق رسمية، شهادات وتقارير رسمية كالوثائق الدراسية، الوظيفية، التعليمية ... الخ**
* **الوثائق الشخصية : قد تكون كتابات خاصة، رسائل، هوايات ... الخ**

 **–26–**

**المادة دراسة الحالة**

**المرحلة الثالثة مسائي**

**الاثنين 2021|4|الزمن ساعتان من س الرابعة مساءا**

 **لمحاضرة الرابعة**

 **عوامل التنبؤ في دراسة الحالة:**

 **في البداية لا بد من الإشارة انه من الصعب فصل التنبؤ عن كل التشخيص والعلاج، ويهدف التنبؤ إلى تقدير احتمالات تطور المرض أو المشكلة ومدى الاستجابة لعلاج معين. وفيما يلي أهم العوامل التي يفيد فحصها في عملية التنبؤ عن تطور المرض وتقرير نوع العلاج .**

**1 – الحالة الجسمية : قد تكون الحالة الجسمية عاملا في تقرير الحدود التي يمكن أن تصل إليها المحاولات العلاجية ، ولذلك فان إجراء فحص طبي قد يكون ضروريا لتقرير إمكان وجود اضطراب عضوي ومدى و نوع تأثيره في المرض ، وحتى في الحالات التي لا تؤثر فيها العوامل العضوية تأثيرا مباشرا في الحالة العقلية ، فان سوء الحالة الجسمية أو أزمانها قد تشكل عائقا خطيرا في تقدم العلاج النفسي .**

**2 – بيئة المريض : قد تكون التعديلات الممكن إحداثها في بيئة المريض من العوامل الهامة التي تحد إذا لم يكن هناك من تأثير العلاج وذلك إذا اضطر المريض للمعيشة في بيئة لا يشعر فيها بالأمن ، والطريق لتحسين العلاقات العائلية أو الزواج غير الموفق أو تحسن علاقات العمل ، و بينما قد يكون من الممكن إحداث بعض التغيير في أولئك الذين يتعين على العميل العيش معهم ، إلا إن إحداث التغيير في البيئة كلها يكون عادة أمر متعذرا ، وفي هذه الحالات تكون الدلالات التنبؤية سيئة ، وبخاصة إذا كان لهذه المتغيرات التنبؤية دورها في نشأة وتطور المرض أو المشكلة .**

**3 – عمر المريض : وله أهميته في تقرير إمكانيات العلاج ، وقد وجد في العلاج عن طريق التحليل النفسي الكلاسيكي أن المرضى بعد أواخر الأربعين لا يستجيبون استجابة طبية للعلاج ، وذلك لان الطريقة تتطلب الرجوع إلى الماضي البعيد ، وعلى ذلك يتسع مدى ما يتعين فحصه من مادة سيكولوجية . وفي كل طرق العلاج يتطلب الأمر تغييرا وتعلما جديدين ، وحيث أن الشباب وصغار الراشدين يسهل عليهم إحداث التغيير وتعلم الجديد ، فان صغر السن من العوامل التي تحسن التنبؤ ، ولا يعني هذا أن كبار السن من الناس يتعذر علاجهم ، ولكنه يعني فقط أن التنبؤ يكون أحسن لمن هم اصغر سنا حيث أنهم أكثر قابلية للتغيير .**

**4 – الذكاء والتعليم : يجب أن ندخل في اعتبارنا ذكاء المريض وتعليمه في تقييمنا قابليته للعلاج ، ولايعني ذلك انه كلما ارتفع الذكاء والمستوى التعليمي تحسن التنبؤ ، إلا انه بالنظر إلى أن الكثير من العلاج يتضمن استخدام اللغة ، فان ادني حد من القدرة على استعمال اللغة والاستجابة لها يكون ضروريا**

**5 – القابلية للموائمة : وهي تتضمن دراسة الطرق التي يجابه المريض بها المواقف الجديدة في الحياة**

 **–27–**

**،ويمكن استقراء درجة هذه القابلية من استقراء تاريخ حياته ، وبخاصة استجابته لواقف مثل الفطام ، والخبرات المدرسية الأولى والبلوغ ، والانتقال إلى جيرة جديدة ، وخبرات العمل الأولى والوفيات في العائلة ، والخبرات الجنسية والزواج ...الخ وعن طريق هذه الدراسة يمكن تقييم قدرة الأنا على التكامل .**

**6 – ظروف الاضطراب : إذا تركز الصراع الذي يواجهه الفرد في مجال واحد فان فرصته للاستفادة من العلاج تكون أحسن من الفرصة المتاحة لغيره ، كما انه من المهم معرفة الظروف التي نشا فيها الاضطراب ومداه ودرجة التكيف الناجح في أوقات الصحة ، فان المريض الذي يبدأ اضطرابه في مرحلة مبكرة ، ويلازمه هذا الاضطراب بصورة مستمرة ، يغلب أن تتكون لديه عادات وأساليب استجابية يصعب تغييرها .**

**7 – قوة الدافع لطلب العلاج : يكون التنبؤ أحسن في حالة المريض الذي يتوفر لديه دافع قوي لتحسين حالته ، فينشد العلاج بنفسه بدلا من أن يدفع إلى ذلك دفعا ، وبالمثل فان الاستعداد والعزم والتضحية للحصول على العلاج يكون علامة تنبؤية طيبة (. خالد عبد الرزاق النجار،2008،ص52 )**

 **المحاضرةالخامسة**

**محتويات دراسة الحالة :**

**إن جوهر تقرير الحالة يجب أن يتضمن وصفا وتحليلا للمشكلة التي صممت أو أجريت الدراسة من أجلها ، فضلا عن التوصيات المقترحة بناء على تحليل الحالة ولا يتأتى ذلك إلا من خلال خلفية علمية واسعة تشتمل على المعلومات الهامة والاعتبارات لمثل هذه القضايا الرئيسة وهي معلومات علمية واعتبارات مهنية وتقنية ومنهجية ، ينبغي توافرها في تقارير الحالة عند الدراسة النفسية للحالات الفردية .ومن هذه المعلومات الجوهرية مايلي :**

**1 – الهوية الشخصية: ويقصد بها كينونة الفرد موضع الدراسة، ويتضمن ذلك بيانات عن: اسمه وعنوانه وعمره وجنسه وهيئته الطبيعية .**

**2 – تاريخ حياة الحالة : وظروفها الحالية، وتوجهاتها، والتوقعات المستقبلية لها، بما في ذلك توضيح لأهم النشاطات الروتينية والممتلكات المادية والصحة الجسمية العامة، والأحداث الهامة في حياة الحالة .**

**3-الصفات والخصائص النفسية المميزة للحالة: الاستجابات، والدوافع والاتجاهات، والانفعالات والقدرات والاستعدادات والقيم الدينية والخلقية، والشمائل والمآثر والمبادئ التي يعتنقها الشخص وتقوم بدور في تشكيل سلوكه وصورته عن ذاته .**

**4 – الحياة الاجتماعية للحالة: أي الوضع الاجتماعي والمدني للشخص ودوره ومكانته، وعلاقاته**

 **–28–**

**الاجتماعية بمحيطه وبيئته، مع توضيح رؤية المفحوص لمعاني الولاء والوفاء والانتماء والإخلاص لأسرته وعشيرته ومجتمعه .**

**5 – الوصف الدقيق لطبيعة ونوع العلاقات المتبادلة بين الباحث والمبحوث و رسم صورة واقعية واضحة لحدود هذه العلاقة .**

**6 – نسق القيم لدى المبحو ث وكذلك الأحكام القيمية التي توجه سلوكه وتهيمن على تصرفاته .**

**7 – الاتفاق بين الباحث والمبحوث عن أهم المشكلات الرئيسة التي يجب عرضها لتكون موضع الاهتمام في البحث وتوضيح الأهداف المنشودة وتحديد الزمن اللازم لدراسة الحالة .**

**8 – التفسير التفصيلي للشواهد والأدلة والبراهين التي تصف وتحلل القضايا الخاصة بالحالة والتوثيق المرجعي لها ، واثبات الحجج القائمة عليها .**

**9 – يجب عدم الإسراف في استخدام المصطلحات الفنية المعقدة والاقتصار على المصطلحات العلمية والمهنية التي تستخدم لمزيد من التوضيح في تمثيل القضايا الرئيسة للحالة، ويسهم في وصفها وصفا شاملا ودقيقا .**

**10 – لا بد أن يتسق عرض نتائج دراسة الحالة وكذلك التوصيات والحلول المقترحة والاستنتاج الختامي، مع المقدمات التي ظهرت في الدراسة، وذلك للبرهنة على الاطراد القائم على الاستقراء الذي تبرزه الخبرة الحسية .**

**11 إذا – كان تقرير الحالة كبيرا جدا فانه يستحسن أن يذيل بالملاحق والملخصات والمذكرات والمراجعات ، للاطلاع عليها عند الضرورة .**

**12 – لا بد من التأكد من مراجعة الأدلة والبراهين المتمثلة في القضايا الرئيسية للحالة، ومطابقتها على النتائج المستخلصة وتوضيح علاقتها بالتوصيات المقترحة .**

**13 – من الضروري أن يتضمن تقرير الحالة بيانا بالطرق والمناهج والأساليب والأدوات المستخدمة في إجراء الدراسة وكذا مذكرة عن بيئة الحالة ( الظروف المحيطية بها ، والأوضاع والظروف الاجتماعية التي تسببت في وصول الحالة إلى ماهي عليه ، كذا العوامل المؤثرة على مستقبلها) بالإضافة إلى أي تحفظات أو احتياطات ، أو مضامين ، أو تعليقات ، تبدو مناسبة أو ملائمة في تقرير ووصف الحالة .**

**14 – يجب أن تقدم خلاصة الدراسة بيانا مختصرا ومبسطا عما تدور حوله دراسة الحالة .**

**15 – كما يجب أن يشتمل ملخص الدراسة على تقرير مختصر عن المشكلة والمناهج المستخدمة في بحثها، واهم نتائج الدراسة والتوصيات والتنبؤات، وذلك بتوضيح الحقائق ومحاولة الاستفادة منها بأكبر درجة ممكنة .**

 **–29–**

**16 – وأخيرا ذيل الدراسة بالشكر لمن أسهم فيها، وبقائمة المراجع والمصادر المستخدمة في جمع البيانات (. عبد الفتاح محمد دويدار ،1999، ص 116 -117)**

* **خطوات دراسة الحالة : يمر منهج دراسة الحالة بالخطوات الآتية :**

**أ- تحديد الحالة التي يراد دراستها من جميع أبعادها، ومراعاة أهميتها وجدوى البحث فيها .**

**ب – مراجعة الأدبيات التي تناولت الحالة للحصول على المعلومات النظرية التي تعين الباحث على فهم**

**الحالة ، واستيعاب الأسس العامة والأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى ظهور مثل هذه الحالة .**

* **ج تحديد الأسلوب أو النمط الذي تدرس به الحالة فهناك حالات ذات نمط إكلينيكي ، عيادي تشخيصي وهناك حالات ذات نمط تاريخي مسحي ولكل من النمطين أدواته في جمع المعلومات عن الحالة .**

 **-د بناء أداة جمع المعلومات أو مايسمى بطاقة الحالة التي تستخدم من الباحث للحصول على المعلومات المتعلقة بجميع المتغيرات التي يمكن أن تشكل الحالة ، وغالبا ما تتضمن هذه البطاقة :**

* **معلومات عامة عن المبحوث .**
* **تحديد الحالة .**
* **تاريخ ظهورها، وما تعرضت له من معالجات .**
* **معلومات عن البيئة التي ظهرت فيه الحالة بأبعادها المادية والبشرية أو الاجتماعية .**
* **تطورات الحالة .**
* **العلاقة بين الحالة ومتغيرات الواقع البيئي .**
* **التشخيص .**
* **التوصيات .**

**ه –تطبيق الأداة أو بطاقة الحالة من الباحث في الوقت والمكان الملائمين والطريقة الملائمة التي تضمن الحصول على بيانات حقيقية يمكن الاعتماد عليها في دراسة الحالة .**

 **-و تبويب المعلومات التي تم جمعها بطريقة تساعد الباحث على بلورة الأفكار التي تفسر المشكلة وتحديد أبعادها ونشأتها في ضوء البيانات التي تم جمعها .**

* **ز صياغة التقرير النهائي الذي ينبغي أن تتضمن وصفا للحالة، وأبعادها وظروف نشأتها وتطور ها والأسباب التي تقف خلفها (. محسن علي عطية، 2009 ،ص ص 167 – 168 )أما بالنسبة لخطوات دراسة حالة عيادية فان خطواتها تتمثل في :**
* **تحديد موضوع البحث**
* **اختيار الحالات .**
* **جمع المعطيات .**
* **معالجة المعطيات .**
* **تأويل المعطيات .**

 **–30–**

**-استخلاص النتائج. ( Samacher .R& al,2005,p6 )**

 **محاضرة السادسة**

**نماذج من دراسة الحالة :**

**هناك نماذج متعددة لدراسة الحالة، تختلف حسب الحالة المدروسة وحسب أهداف الدراسة فهي لا تعدو أن تكون مجرد دليل يستعان به وهو قابل للتعديل حسب الحالة المعنية ، وهذا النموذج اعد أصلا لدراسة حالات الراشدين وبخاصة من الذهانيين والعصابيين ، إلا أن الكثير من فقراته يصلح الاستخدام في مجالات الأخرى مثل حالات الأطفال والجانحين وغيرهم وفيما يلي نموذجين مختلفين لدراسة الحالة .**

**النموذج الأول: حسب فيصل عباس : فان دراسة الحالة هي دراسة فرد سوي أو مريض . فمن خلالها نصل إلى فهم**

**الإنسان والوصول إلى تعميم النتائج، وفي دراسة الحالة نعتمد على التاريخ الفردي للشخص .**

**1 – صفحة المعلومات الشخصية :**

* **الاسم:............**
* **العنوان:............**
* **العمر:.............**
* **الجنس :...........**
* **المستوى التعليمي:..........، العمل:............**
* **المظهر العام :..أنيق ( ) ، مهمل ( )**

**2 – المشكلة أو الشكوى –أ : نوعها : خوف......، قلق .......**

* **بدايتها:...............**
* **خطورتها : ...................**
* **تكرارها:...................**

**ب – محاولات الدراسة والعلاج السابقة:....................**

* **ج موقف المريض من المشكلة، أو من الشكوى...........**
* **موقف الأهل ........، المعلمين............، الأصدقاء أو الأشخاص المحيطين .به ..........**

**\*كل علاج إفرادي غير مضمون استمراره إذا لم يطل علاج البيئة التي يعيش فيها الفرد .**

 **–31–**

**3 – الوضع الاجتماعي للعائلة :**

 **إن – الحصول على معلومات عن العائلة من شانها ان تلقي الضوء على العو امل المؤثرة في الفرد اجتماعيا و عائليا .**

* **عدد الأولاد .......**
* **الطبقة الاجتماعية للفرد والعائلة ..............**
* **الثقافة ..........**

**4 – الوضع الصحي :**

* **نتائج الفحوصات الطبية ............**
* **الأمراض التي مر بها .................**
* **خصائص النمو وتطوره ................**
* **الصحة العامة للفرد ............، موقفه من وضعه الصحي ............**

**5 – نتائج الاختبارات النفسية ، والشخصية.............**

**6 – التطور التعليمي والتحصيلي :**

* **موقف الفرد من المدرسة ..........**
* **موقفه من معلميه ............**
* **موقف الفرد من الدراسة والمواد الدراسية .............**
* **مدى النجاح.............أو الفشل............**
* **القدرات الخاصة.......، نواحي التفوق أو القصور......( الرسم، الموسيقى، الرياضة، أعمال يدوية..........).(فيصل عباس ،1997، ص ص 20 – 21(**

**2 – النموذج الثاني :**

* **البيانات المميزة: الاسم : .....، العمر:............، العنوان : .............**

**الحالة الاجتماعية........... ، العمل..............**

* **الشكوى : إما من المريض أو من احد أقربائه ، إن كان قاصرا أو غير مستبصر بمرضه ، خاصة في حالات الذهان .**
* **تاريخ المريض : ويؤخذ تطور الأعراض والعلامات منذ بدء المرض بالتفصيلات اللازمة بالتوقيت الزمني المرتب مع مراحل العلاج المختلفة .**
* **التاريخ العائلي : الأب ........، السن.............، أو سبب الوفاة ......... ،**

**وشخصيته وعمله...........، وعلاقته مع أطفاله ..................**

* **الأم : دراسة تفصيلية لشخصيتها وعلاقاتها .**
* **الإخوة والأخوات : العدد .....، علاقاتهم الشخصية فيما بينهم ...........، اعمالهم .............**

 **–32–**

**أمراضهم ........، وعامل المنافسة .......**

* **الحالة الاجتماعية للعائلة : مكان وازدحام السكن........، القدرة المادية .......، علاقة الأب بالأم مناخ وتأثير الجو العائلي .......، تعدد الزيجات و الطلاق ..........**

**6 – أمراض عائلية : يجب الاستفهام عن أي مرض عصابي أو ذهاني أو عصبي ، أو صرع أو اضطرابات الشخصية بين أفراد العائلة ، ويجب الحرص والمجاملة في السؤال عن هذه الأمراض ، حتى لا يتعرض المريض لصدمة السلوك في قواه العقلية .**

* **التاريخ الشخصي : مكان الولادة ........، حالة الأم أثناء الحمل .......، طبيعة ومضاعفات الولادة .....، أي عقاقير أثناء الحمل ............، الرضاعة طبيعية أم لا ......، تطور الطفل ووقت ابتسامته.......، جلوسه .......، وسيره .........والتسنين .........، والبدء في الكلام ........... والتحكم في التبرز والتبول ............، واهتمامه بنظافته .............**
* **أعراض عصابية في الطفولة : كالفزع الليلي ......، الجوال الليلي ........، شدة الانفعالية ....... التبول الليلي .....، مص الإبهام .............، قضم الاضافر ...........، التلعثم ........... طقوس حركية ..........، أن أو يكون الطفل وديعا مثاليا ، سلبيا .**
* **صحة الطفل الجسمية : من أمراض معدية ......، الحميات ........، النوبات الصرعية ......... رغبة في اللعب مع اقرانه الأطفال ...............**
* **المدرسة : درجة تحصيله الدراسي والمستوى الذي وصل إليه .........، سبب تركه المدرسة ... مع الإلمام بهواياته وعلاقاته مع زملاؤه في المدرسة ، ثم بالطبع الأسئلة نفسها بالنسبة للجامعة .**
* **العمل : السن التي بدا في أثنائه العمل ، ونوع الأعمال وسبب هجرته أو تغييره لها ومدى رضائه عن عمله ، وطموحه والناحية المادية في العمل وعلاقته مع زملائه .**
* **الجنس : سن البلوغ أو بدء الدورة الشهرية والآلام المصاحبة لها ، المعلومات والثقافة الجنسية ، ممارسة العادة السرية وما يصاحبها من الشعو ر بالإثم ، وممارسة أي نشاط جنسي آخر ، العلاقة مع الجنس الآخر ومدى نجاحها وتأثير ذلك على الفرد ......الخ**
* **الزواج : مدته .....، المعرفة قبل الزواج .....، مدة الخطوبة ...........، عمر الزوج والزوجة .. مدى توافقهما العاطفي والجنسي ، عدد مرات الجماع الجنسي ودرجة الإشباع ........، البرود الجنسي ، استعمال أي وسائل لمنع الحمل ...الخ**
* **العادات : الخمر ، مخدرات ، السجائر والكمية .**
* **التاريخ المرضي السابق : أي أمراض جسمية أو نفسية أو عمليات جراحية سابقة وكيفية علاجه .**
* **الشخصية قبل المرض :**
* **العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء وفي العمل، النشاط الفكري والهوايات : نوع الكتب أو الأفلام أو المسرحيات التي يشاهدها .**

**المزاج والتفاؤل والتشاؤم، القلق والتذبذب الانفعالي مع معرفة سلوكه من الغيرة، واشك والأنانية والعناد ، الصلابة والمرونة والخجل ، التحفظ ...الخ مع القيم الأخلاقية والمعايير الدينية وطموحه مع أحلام**

 **–33–**

**اليقظة، وعاداته في الأكل والنوم ... الخ ، لأنه أحيانا ما تتغير الشخصية تماما بعد المرض وان لم نسال عن طبيعتها قبل ذلك ، فيحتمل أن ينظر إليها نظرة سوية ، و لكن اختلاف الشخصية المفاجئ يدل على اضطراب مرضي واضح .**

* **الفحص الجسمي : أجهزة الجسم المختلفة ، الجهاز العصبي ، البطني ، الصدري ، القلبي ، ضغط الدم ...**
* **الفحص النفسي والعقلي :**

**1 – السلوك : وصفه ، إهماله لذاته ، الخجل ، القلق ، الاستثارة ، الهبوط ، الحركات اللاإرادية ، علاقاته مع المرضى الآخرين والأطباء ...الخ**

**2 – الكلام : يتكلم كثيرا أو قليلا ، يجاوب بلا أو نعم أو ينطق في الحديث دون توقف ، ترابط الكلام ام تطايره من موضوع لأخر ، السرعة أو البطء في الكلام .**

**3 – المزاج : قلق ، مكتئب ، منبسط ، متبلد ، متجمد ....**

**4 – التفكير : محتوى ، التعبير ، ومجرى التفكير ، والتحكم فيه وقدرته على وصف أعراضه ، وترتيب وتنسيق افكاره، ٕوامكانية التفكير التجريدي ، تفكك أو ترابط التفكير.**

**5 -الضلالات : اعتقادات خاطئة اضطهاديه أو عظمة ، أو تلميح أو تأثير أو توهم ....**

**6 – الهلاوس والخداع : ادراكات بصرية أو سمعية أو حسية بدون وجود مؤثر .**

**7– الظواهر القهرية : من أفكار وصور واندفاعات والمخاوف والطقوس الحركية والتي يعرف المريض تفاهتها ، ويحاول المقاومة دون جدوى حيث تتغلب عليه قهريا .**

**8 – التعرف للزمان والمكان .**

**9 – الذاكرة : بالنسبة لأحداث القريبة التي تشير إلى مرض عضوي في المخ أو الأحداث البعيدة ويستحسن أن تقص على المريض قصة بسيطة ، ثم تطلب إعادتها أثناء أو بعد الفحص .**

**10-الانتباه والتركيز: خاصة في تشويش الوعي ، ويمكن سؤاله أن يعد الأيام بعكس ترتيبها ، أو يطرح 7 من 100 وهكذا بالعكس .**

* **الاستبصار : وهو اقتناع المريض بمرضه ورغبته في العلاج أو يقينه بأنه ليس مريضا ، أن إذ بعض مرضى الذهان ، ينفون إصابتهم بأي مرض ، بل ويتهمون الآخرين بالإصابة العقلية ، ومن ثم يرفضون العلاج ، وهنا يكون المريض غير مستبصر بمرضه ، وقد يحتاج الحجز للعلاج (. احمد عكاشة ، طار ق عكاشة( 112 -111 ص ،2010،**
* **الاختبارات السيكولوجية التشخيصية**
* **الصياغة التشخيصية .**
* **مزايا دراسة الحالة :**
* **تساعد العميل على فهم نفسه بصورة أوضح .**

 **–34–**

* **تفيد في التنبؤ وبخاصة بحالة فهم الحاضر .**
* **تعد من الأساليب والوسائل الشاملة لجمع المعلومات وتعطي صورة أوضح للشخصية .**

**5 - عادة تنظيم الخبرات**

**لها العديد من الفوائد الإكلينيكية لأنه يحدث خلالها نوع من التنفيس الانفعالي ، وا**

**و المشاعر والأفكار وتكوين استبصار جديد للمشكلة .( . سالم حمود صالح الحراحشة ،2012 ، ص128)**

* **عيوب دراسة الحالة :**

**1 – تستغرق وقتا طويلا مما قد يؤخر تقديم المساعدة في موعدها المناسب .**

**2 – إذا لم يحدث تجميع وتنظيم وتلخيص ماهر للمعلومات فإنها تصبح عبارة عن كم من المعلومات عديمة المعنى.(سالم حمود صالح الحراحشة ،2012 ، ص128)**

**3 قد – لا تعتبر هذه الطريقة عملية بشكل كامل، إذا ما أدخلنا عنصر الذاتية والحكم الشخصي فيها، أو كان بالأساس موجودا في اختيار الحالة، أو في تجميع البيانات اللازمة لهذه الدراسة وتحليلها**

**وتفسيرها.(عامر قنديلجي ،1999، ص 113)**

 **المحاضرة السابعة**

**نموذج تطبيقي لدراسة الحالة**

* **عرض حالة 1:**

**م (- ) امرأة تبلغ من العمر 47 سنة ، متزوجة ولديها بنتين ، البكر عمرها 16 سنة والثانية 14 سنة تحتل المرتبة الأخيرة من بين ذكرين ، المستوى الدراسي السنة الرابعة ابتدائي ، الوالدة متوفية ، توفيت عندما كانت ) م( تبلغ من العمر 14 سنة ، والوالد على قيد الحياة متزوج وليس لديه أبناء من الزوجة الثانية ، تزوجت ) م( زواج تقليدي في عمر 30 سنة ، ماكثة بالبيت زوجها بناء ، جاءت م ( ) للفحص النفسي عن طريق توجيه من طرف مختص في أمراض القلب .تشكو ) م( من حالة خوف وانزعاج شديد مصاحبة بتزايد خفقان القلب وارتعاش وتعرق حساس وا بالاختناق وضيق الصدر والشعور بالإغماء والخوف من الموت وتبلغ هذه الأعراض ذروتها خلال 10 دقائق ، حيث تتكرر هذه الأعراض عن ) م(د بصورة فجائية وغير متوقعة منذ سنتين ، كما تذكر انه بعد انتهاء هذه الحالة في كل مرة تشعر بقلق مستمر حول إمكانية حدوثها مرة أخرى وخوف من توقف قلبها ، ولقد بينت المقابلات العيادية التي أجريت مع ) م( أنها لا تعاني من أي مرض عضوي ولا يوجد أي اضطراب**

**على مستو ى الغدد ، كما أنها لا تتناول أي دواء أو عقاقير مخدرة كما أن الحالة لا تقترن برهاب**

 **–35–**

**المساحات وليست استجابة لواقف رهابية أو وسواسية او صدمية أو مقترنة باضطراب قلق الانفصال ، مع عدم وجود أي حالة مشابهة لدى أفراد العائلة . أما عن الحياة الاجتماعية ل ) م( فهي فقيرة ليست لديها صديقات، فحياتها كلها مسخرة لبنتيها بالدرجة الأولى وزوجها، أما علاقتها بزوجها فهي كما تصفها فهي عادية .أظهرت ) م( حيرة شديدة حول حالتها وخوف من عدم شفائها ، تقول ( أنها في بداية الأمر كانت تظن أنها مصابة بمرض القلب ولكن الفحوصات أكدت سلامة قلبها ، في كل مرة تصرا لي هاذ الحالة نقول ذرك يحبس قلبي ونموت نخمم في بناتي كيفاه يصرالهم بعدي ، تجي مرة باباهم ودير فيهم كيما دارت فيا**

**مرت بابا ويعيشوا حياة مرة وقاسية ) وتضيف { )م( حسب واش راني نشوف خايفة مانرتاحش هاذو عامين وأنا نجري من طبيب لطبيب ، الطبة الكل يقولولي لاباس عليك ، لازملك طبيب نفسي ، زعمة الطبيب النفسي ايرتحني ، ماضنيتش حالتي صعيبة وقيلة راح نموت في نفس العمر الوالدة ماتت عمرها 47 سنة**

**كيما أنا ، حتى هي مافهموش مرضها بقات تجري من طبيب لطبيب حتى ماتت } ، كما تقول نأ ابنتيها تظهران قلق شديد واهتمام متزايد بها في كل مرة تحدث لها هذه الحالة .**

**-السؤال : قم بدراسة الحالة ؟**

**-أولا – المعطيات البيوغرافية :**

* **السن: 47 سنة .**
* **الجنس : أنثى .**
* **الحالة المدنية : متزوجة .**
* **الرتبة : الأخيرة .**
* **الأبناء : بنتين (الكبرى 16 سنة ، الصغرى 14 سنة )**
* **المستوى الدراسي : الرابعة ابتدائي .**
* **عدد الإخوة : 2 ذكرين .**
* **المهنة : ماكثة بالبيت .**
* **مهنة الزوج : بناء .**
* **السوابق الشخصية والعائلية :**
* **موت والدتها نتيجة مرض غير محدد، غير ذلك لا شيء يذكر .**
* **الأعراض والدلائل الإكلينيكية: - حالة خوف وانزعاج شديد مصاحب ب**
* **تزايد خفقان القلب**
* **ارتعاش .**
* **تعرق.**
* **إحساس بالاختناق وضيق الصدر .**
* **الشعور بالإغماء .**

 **–36–**

* **الخوف من الموت .**
* **تبلغ هذه الأعراض ذروتها خلال 10 دقائق .**
* **تتكرر هذه الأعراض عند ) م( بصورة فجائية وغير متوقعة منذ سنتين .**
* **بعد انتهاء هذه الحالة في كل مرة تشعر ) م( بقلق مستمر حول إمكانية حدوثها مرة أخرى وخوف من توقف قلبها .**
* **لا تعاني من أي مرض عضوي ولا يوجد أي اضطراب على مستوى الغدد .**
* **لا تتناول ) م( أي دواء أو عقاقير مخدرة .**
* **الحالة لا تقترن برهاب المساحات وليست استجابة لواقف رهابية أو وسواسية أو صدمية أو مقترنة باضطراب قلق الانفصال .**
* **التشخيص : اضطراب الهلع بدون رهاب الساح .**
* **التنبؤ: من المحتمل ان تقاوم الحالة العلاج مع احتمال تطور الاضطراب وهذا بسبب مايلي :**
* **السن : 47 سنة كل ما زاد عمر العميل ، زادت مقاومته للعلاج بالإضافة إلى ظهور الاضطراب في سن 45 .وحسب مدرسة التحليل النفسي كلما زاد عمر العميل عن 40 كلما زادت مقاومته للعلاج**
* **البيئة : علاقات اجتماعية فقيرة ، مع علاقة عادية مع الزوج ، هذا قد يعتبر عامل غير مساعد في تحسن الحالة ، عدم توفر مصدر المساندة الاجتماعية .**
* **ظروف الاضطراب : الاضطراب متواجد منذ سنتين بدون تكفل نفسي ، كما انه ظهر عند بلوغ بنتها الكبرى 14 سنة وهو نفس العمر الذي توفيت فيه أمها ، بالإضافة إلى بنتها الثانية في عمر 14 سنة وهو نفس عمر العميلة عندما توفيت أمها ، اعتقاد العميلة أن مصيرها سيكون مشابه لامها ، هذا قد يؤدي إلى تدهور حالتها .**
* **قوة الدافع للعلاج: العميلة لا تعتقد بمقدرة النفساني على مساعدتها في الشفاء من المرض .**

**-تأثير الاضطراب : يعطي الاضطراب مكاسب عاطفية للعميلة والمتمثلة في اهتمام بنتيها بها ، هذا الاهتمام المفقود لديها منذ وفاة والدتها وما عانته مع زوجة أبيها ، وهذا ما قد يعزز استمرار الأعراض .**

 **محاضرة الثمنة**

* **عرض حالة 2 :**

**س امرأة تبلغ من العمر 40 سنة ، مطلقة ليست لها أولاد ، تحتل المرتبة الأولى من بين بنت وذكر ، الوالدين متوفيين ، توفيا وعمرها 10سنوات ، تربت عند أقاربها بعيدا عن أخيها وأختها التي تكفلت خالتها. بتربيتهما ، كانت علاقتها جيدة مع أختها ولكنها ليست كذلك مع أخيها ، ليست لديها علاقات اجتماعية ، تزوجت س زواج تقليدي عن غير حب**

 **–37–**

**طلقت بسبب عدم قدرتها على الإنجاب ، تعمل كموظفة في احد البنوك . جاءت للفحص**

**طريق توجيه من طرف طبيبها العام .**

**تشكو من قلق خاصة صباحا واضطراب في النوم { أصحو كل يوم حوالي الساعة الثانية صباحا واجد صعوبة في العودة إلى النوم ، ثم استمر في التفكير } وتعب شديد وعدم المقدرة على التركيز في العمل هذا ما جعلها كثيرة التغيب عن العمل لديها رغبة في التوقف نهائيا عن العمل بأنها أصبحت غير نافعة ، أصبحت تقضي معظم وقتها مستلقية في السرير تفكر في تفاهة الحياة وعدم معناها ، ليست لديها أي رغبة في أي شيء ، كما أن علاقاتها الاجتماعية أصبحت فقيرة ، كما أن فكرة الانتحار تراودها كثيرا ليست لديها الرغبة في الأكل ، تعاني من نقصان الوزن ، مع حزن وشعور باليأس ، بدأت هذه الأعراض تظهر منذ حوالي سنة بصورة يومية مع ازدياد في شدتها ، ولكنها لم تزر الطبيب إلا من حوالي شهرين بإلحاح من صديقتها ، وقد نصحها الطبيب بزيارة الأخصائي النفساني لان العلاج لم يحسن من حالتها وتعاني كثيرا من ارق ، كما أنها ليست مواظبة على تناول الدواء ، لم ترغب س في زيارة النفساني لأنها لا تعتقد انه يستطيع مساعدتها فحتى الدواء لم ينفع معها لكن صديقتها ظلت تلح عليها .لم يسجل عند س أي نوبة هوسية أو نوبة هوس خفيف ، ولا مرض عضوي ، اظهر فحص الحالة العقلية ل س على تفكير بطيء مع عدم وجود دليل على ذهان ، مع تسجيل أن نجدها كان يعاني من نفس الحالة ، كما تم تسجيل معاناة س من معظم الأعراض السابقة ولكن بشدة اقل بعد طلاقها في سن 30حيث دامت حوالي شهر ولكنها تعافت بمساعدة صديقتها الوحيدة ، كما أنها تناولت مهدئات ومنومات المعروفة عند العامة دون زيارة الطبيب. أثناء الفحص النفسي كانت س تبكي قائلة { لا احد يحبني ، ما معنى أن تعيش دون حب الشخص الوحيد الذي كان يشعر بوجودي بعد وفاة أختي ، هي صديقتي هي**

**كذلك سوف تتزوج بعد أيام وسوف تبتعد عني ، لن يحبني احد ، ما معنى أن أشفى واجد نفسي وحيدة ،لا أريد العيش وحيدة مرة أخرى الموت أهون .}**

* **أولا : المعطيات البيوغرافية :**
* **السن : 40سنة .**
* **الجنس: أنثى .**
* **الرتبة : الأولى .**
* **الحالة المدنية : مطلقة .**
* **عدد الأطفال : لا يوجد .**
* **المهنة : موظفة في بنك .**
* **السوابق الشخصية والعائلية .**
* **وجود نوبة اكتئابية لمدة شهر في سن الثلاثين منذ 10 سنوات .**
* **لا يوجد مرض عضوي .**
* **معاناة الجد من نفس الحالة**
* **العميلة تخضع لعلاج طبي**
* **تناول العميلة لادوية نفسية سابقا .**

 **–39–**

**-الأعراض والدلائل الإكلينيكية :**

* **ظهور الأعراض منذ 12 شهرا بصورة يومية .**
* **مزاج اكتئابي (حزن ، يأس )**
* **عدم الرغبة في القيام بأي شيء**
* **اضطرابات في النون ( ارق )**
* **فقدان الشهية (نقصان في الوزن )**
* **قلق**
* **انسحاب اجتماعي ( الانقطاع عن العمل والرغبة في التوقف نهائيا ، علاقات اجتماعية فقيرة )**
* **فقدان الرغبة في الحياة**
* **أفكار انتحارية مسيطرة**
* **تفكير بطيء**
* **تعب**
* **التشخيص : اضطراب الاكتئاب الجسيم (majeur dépressif trouble (**
* **التنبؤ : يمكن أن تتطور الحالة إلى اكتئاب مزمن وهذا بسبب العوامل التالية :**
* **الجنس : أنثى**
* **السن : 40**
* **البيئة : مطلقة وليست علاقات اجتماعية ، صديقتها الوحيدة سوف تتزوج .**
* **عدم معالجة الاضطراب إلا بعد أشهر من ظهوره .**
* **لا تأخذ الدواء بشكل منتظم**
* **سيطرة الأفكار الانتحارية وفكرة الموت**
* **معاناتها من الأرق رغم العلاج الدوائي**
* **تعرضها لنوبة اكتئابية سابقا.**
* **إصابة الجد بنفس المرض**

**المراجع:**

* **احمد بدر (1996 ☹أصول البحث العلمي ومناهجه، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ط 9.**
* **احمد عكاشة ، طارق عكاشة (2010 : (الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الانجلو مصرية ، مصر ،ط 15 .**
* **بشير معمرية (2002 : (القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية ، منشورات شركة باتنيت ،الجزائر ، ط 1 .**
* **خالد عبد الرزاق النجار ( 2008 ☹حقيبة تدريبية – دراسة الحالة ، جمعية البر بالإحساء مركز التنمية البشرية ، المملكة العربية السعودية .**
* **ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم (2000 : (مناهج وأساليب البحث العلمي : النظرية والتطبيق ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .**
* **رافدة الحريري (2008 : (التقويم التربوي ، دار المناهج ،القاهرة .**

 **–40–**

* **سالم حمود صالح الحراحشة (2012 : (التوجيه والإرشاد (الدليل الإرشادي العملي للمرشدين التربويين والعاملين مع الشباب ، دار الخليج للنشر والتوزيع ، عمان ،الأردن .**
* **عامر قنديلجي (1999 ☹البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الأردن ، ط1.**
* **عبد الستار إبراهيم ، عبد االله عسكر (2008 ☹علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي ، مكتبة الانجلو مصرية ، مصر ، ط 4.**
* **عقيل حسين عقيل ب( دس): خطوات البحث العلمي من تحديد المشكلة الى تفسير النتيجة ، دار ابن كثير .**
* **عبد الفتاح محمد دويدار (1999 ☹مناهج البحث في علم النفس ، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، ط2 .**
* **علي معمر عبد المؤمن (2008 ☹مناهج البحث في العلوم الاجتماعية الأساسيات والتقنيات والأساليب ، المجموعة العربية للتدريب والنشر ، القاهرة .**
* **عبد االله أبو زعيزع (2009 ☹أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق ، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .**
* **عبد االله الطراونة (2009 ☹مبادئ التوجيه والإرشاد التربوي ، مشاكل الطلاب التربوية ، النفسية ، السلوكية ، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ،الأردن**
* **عبد المجيد سيد احمد منصور ، محمد عبد المحسن التويجري ، إسماعيل محمد الفقي (2014 : (علم النفس التربوي ، علم النفس والأهداف التربوية ، سيكولوجية التعلم ، سيكولوجية المتعلم ، التقويم التربوي ،**

**سيكولوجية التنظيم العقلي ،دار العبيكان للنشر والتوزيع ، المملكة العربية السعودية ،ط 9.**

* **عماد عبد الرحيم الزغلول (2006 ☹الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ، دار الشروق ، عمان ، الأردن ،ط 1.**
* **فيصل عباس (1997 : (الشخصية : دراسة حالات المناهج ، التقنيات والإجراءات ، دار الفكر العربي ، بيروت ، ط 1.**
* **فاطمة عوض صابر ، ميرفت علي خواجة (2002 ☹أسس ومبادئ البحث العلمي ، مكتبة الإشعاع الإسكندرية ، مصر ، ط1.**
* **فراس عباس فاضل البياتي (2012 : (علم الاجتماع : دراسة تحليلية النشأة والتطور ، دار غيداء للنشر والتوزيع ، عمان ، ط 1.**
* **كريس باركر ، نانسي بيسترانج ، روبرت اليوت ،ترجمة نجيب الصبوة ، ميرفت احمد شوقي ، عائشة السيد رشدي (1999** ☹**مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي ، مكتبة الانجلو مصرية ، مصر .**
* **مروان عبد المجيد إبراهيم (2000 ☹أسس البحث العلمي لإعداد رسائل الجامعية ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، ط1.**
* **محمد احمد النابلسي (1997 ☹أصول الفحص النفسي ومبادئه ، المكتبة العلمية للكمبيوتر والنشر والتوزيع الإسكندرية ، مصر .**
* **محمد خليل عباس ، محمد بكر نوفل ، محمد مصطفى العبسي ، ف محمد أبو عواد(2007 ☹مدخل**

 **–41–**

**إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، الاردن ،ط1**

* **مأمون طربية (2014 ☹تقنيات البحث الخاصة في علم النفس الاجتماعي ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان .**
* **محمد الطيب ، شبل بدران ، حسين الدريني ، حسن الببلاوي ، كمال نجيب (2005 :**

**(مناهج البحث في علم النفس التربوي والنفسي ، دار المعرفة الجامعية ، الازاريطة ، مصر .**

* **محمد كامل عمر أبو الفتوح (2011 : (الأطفال الاوتيستيك ، ماذا تعرف عن اضطراب الاوتيزم ، دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .**
* **Jean .Adolphe Rondal(2003) : l’évaluation du langage , Mardaga, Belgique 2**

**Iem édintion**

**-Samacher .R , Béatrice alexandre , Jean .C.Bastice,Phillippe .c., Olivier**

**Douville,Emile P.(2005) : psychologie clinique et psychopathologie, Bréal, 2 iem**

**Edition.**

**-Philippe scialom(2006) : Entretien clinique, dunod, Paris.**

 **–42–**

 **محتوى البرنامج الخاص بمقياس**

 **دراسة الحالة**

**مقدمة**

**-المحاضرة الاولى:مدخل لدراسة الحالة....................................... 1**

**- المحاضرة الثانية :اهداف دراسة الحالة ...................................... 5**

* **المحاضرة الثالثة :الفحص النفسي.............................. ... 8**
* **المحاضرة الخامسة :أدوات دراسة الحالة (المقابلة) ........ ... ....15**
* **المحاضرة الرابعة التشخيص ............................. ......13**
* **المحاضرة السادسة :الملاحظة ................................ ... 20**
* **المحاضرة السابعة : الاختبارات النفسية..................................... 24**
* **المحاضرة الثامنة عوامل التنبؤ في دراسة الحالة...................... ... 27**
* **المحاضرة التاسعة : محتويات دراسة الحالة................................28**
* **المحاضرة العاشرة :نماذج دراسة الحالة..................................... 31**
* **المحاضرة الحادية عشرة: نموذج تطبيقي لدراسة حالة..................... 35**
* **المحاضرة الثانية عشر : نموذج تطبيقي لدراسة حالة...................... 37**
* **قائمةالمراجع................................................................... 40**