وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر2-أبو القاسم سعد الله-

كلية العلوم الاجتماعية

المرجع/المراسلات الوزارية:

01- رقم:/أ.خ.و/2020 بتاريخ 29 فيفري 2020

02- رقم: 416/أ.خ.و/2020 بتاريخ 17 مارس 2020

03- رقم 440/أ.خ.و /2020 بتاريخ 2020/03/23

نموذج الوثيقةالبيداغوجية لتدعيم

منصة التعليم عن بعد

fss@univ-alger2.dz

اسم ولقب الأستاذ:حداق جعفر
المقياس: علم النفس المرضي تطبيق [ ] محاضرة [X]

نوع الوثيقة – محاضرة/ أعمال موجهة/ : محاضرة
الفئة المستهدفة من الطلبة: ليسانس/ ماستر: ليسانس .
المستوى :الثانية علم النفس
المجموعة :الرابعة -د - الأفواج16-17-18-19-20-24
التخصص:.علم النفس. تاريخ تسليم الوثيقة: .2020-04-09

محاضرات فـــي علم النفس المرضي

للأستاذ الدكتور / حداق جعفر
لمجموعة طلبة السنة الثانية علم النفس- جامعة الجزائر 2

-المحاضرة الأولى

-علم النفس المرضي: psychopathology

أحد فروع علم النفس العام يعتني بدراسة الأمراض والاضطرابات النفسية وهو دراسة علمية تزيل الغموض عن أسرار هذه الأمراض ومناهج البحث وقضية التشخيص Diagnosis وأساليب الكشف عن هذه الاضطرابات من ملاحظة ومقابلة.

-تأصيل تاريخي للتصورات الأساسية:

عرف المرض النفسي أو العقلي منذ قديم الزمان فقد وردت إشارات في الروايات المصرية وغيرها من شعر وأساطير الإغريق.
وقد قدم هيبوقراط تصنيفه للأمزجة متأثرا في ذلك بأفكار إمبيدوكليس ثم تابعه جالينوس والحال نفسه لدى علماء المسلمين أمثال : الرازي وابن سينا وكانوا أول من شيد المستشفيات.
أما في العصور الوسطى فلقد كان يعذب المرض النفسيين والتنكيل حتى قيام الثورة الفرنسية تقريبا حيث تغير الحال إلى حال أفضل من المعاملة الإنسانية لهؤلاء المرضى وبدأت ترشح أسس علمية لدراسة الأمراض النفسية شارك فيها بينل وموريل وكالبوم , ومن ثم بدأت مدرسة التحليل النفسي في الظهور والاتساع ومع الحرب العالمية الثانية بدأت تباشير مظهراً جديداً لدراسة الأمراض النفسية حيث بدأت الحاجة ملحة في إنشاء المراكز الخاصة لعلاج المصابين.
ويمكن القول أن جهود المهتمين بالأمراض النفسية قد انصرفت في عدة اتجاهات منها : تعريف وتحديد المقصود بالسوء و اللاسواء ووضعت وتصنيف الأعراض المرضية والبحث عن الأسباب العلاجية المفسرة للاضطرابات النفسية وسبل علاجها.

-مفهوم السواء و اللاسواء:

مفاهيم السواء والشذوذ (اللاسواء) وتعريفاتهما قد أحاط بها جدل ونقاش من قبل العلماء المتخصصين.
و السواء (الصحة النفسية) ليس مجرد انعدام المرض أو الخلو من أعراضه , بل أنه القدرة على الاحتفاظ بحالة مزاجية معتدلة والتوافق مع نفسه ومع بيئته.
أن الفرد الصحيح نفسياً تماماً شخصية مثالية نادرة الوجود وخصائص السواء قلما تتواجد لدى الفرد الواحد في الوقت الواحد.
وتواجه العاملين في الصحة النفسية صعوبة في تعريف السلوك غير السوي إلى جانب الصعوبة في تعريف الشذوذ(اللاسواء) من قطر إلى قطر ومن ثقافة إلى ثقافة أخرى.
كما أن الخلاف حول المقومات الأساسية لتعريف اللاسواء أدى إلى اختلاف المعايير التي تم الاستناد إليها عند صياغة التعريف.

و نظراً لعدم وجود اختبارات كيميائية الحيوية أو النفسية المباشرة كما يرى بيوتشر فإنه يبقى تعريف اللاسواء في صورة مصطلحات سلوكية واجتماعية وقد فعل ذلك سكوت حين عرف السواء واللاسواء في ضوء عدة محطات , منها القدرة العامة على المواءمة والتكيف والقيام بالأدوار الاجتماعية , أما محطات اللاسواء فهي :. التعرض لعلاج نفسي , التوافق اللاسوي (سوء التوافق) والتشخيص الطبي النفسي وتقرير الفرد عن نفسه أنه مريض ويحتاج للعلاج , ونتائج تطبيق الاختبارات النفسية.

-معايير ومحطات السلوك اللاسواء:

1-**المعيار الإحصائي** : إحصائياً الشذوذ هو ما ينحرف كمياً عن المتوسط (المعتاد) ويحدث سلوك الشاذ عادة بشكل غير متكرر بعكس السلوك السوي ولأن المعيار الإحصائي لا يعطينا تحديداً دقيقاً للسلوكيات غير المتكررة والتي هي الاهتمام الحقيقي لعلم النفس المرض فإنه لا يمكن الاستفادة منه إلا إذا ساندته معايير أخرى.

2-**المعيار الاجتماعي الثقافي** : لقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية أن ما تعتبره بعض المجتمعات مرضاً يستحق العلاج ينظر إليه وفي مكان أخر على أنه نوع من الانحراف يجب استئصاله من المجتمع أو عزل صاحبه وستجد في مجتمع ثالث أنهم يتقبلون هذه السلوك كظاهرة عادية.
ويعتبر انتهاك وتجاهل المعايير الاجتماعية والثقافية من أهم المكونات في تعريف السلوك الشاذ ومن ثم فالشذوذ من وجهة نظر ثقافية يركز على الانحراف , بمعنى الدرجة التي ينحرف بها الفرد عن المعايير الثقافية.
ونظراً لما تعرض لها هذا المعيار من نقذ فأنه لا يصلح بمفرده ليكون أساساً . لتعريف وتحديد السلوك غير السوي (أو المرض النفسي).

3- **التعاسة الشخصية** : احد المداخل لتعريف السلوك الشاذ يركز على خبرة الشخص بالألم أو الكرب أو التعاسة الشخصية حيث يمكن القول أن السلوك الشاذ يمكن أن يعرف في ضوء عدم الراحة الذاتية التي تقود الشخص للبحث عن المساعدة من قبل المتخصصين في الصحة النفسية , بمعنى أخر فإن سلوك الأفراد يكون شاذاً إذا كان يولد كرباً عظيماً ويكون مصدر عذاب لهم ولأنه تعرض للعديد من الانتقاد فهو لا يصلح.

4-**الاختلال الوظيفي الضار** : أحد المناحي في تعريف السلوك الشاذ (أو الاضطراب النفسي) والذي يرى أن الاضطراب النفسي يحدد في ضوء الاختلال الوظيفي الضار ولأن العلاقة بين الاختلال الجانب المعرفية والإدراكية والانفعالية والاضطراب النفسي غير واضحة إلى جانب أنه يعيدنا إلى قضية المعايير الثقافية للفرد رغم نسبة هذه المعايير وتباينها من مكان لآخر ومن زمان لآخر.

5- **معيار سوء التوافق** : فعادة إذا كان السلوك لا ينهض بوظائف الفرد كالحصول على وظيفة والتعامل مع الأصدقاء وقبلها تلبية مطالبه الجانبية فإنه يعد شاذاً أو مضطرباً . ولأن هذا المعيار لا ينظر إلى المواقف التي لا يلائمها السلوك لأن هذه المواقف والتكيف معها قد يكون مرتبطاً بعوامل معينة كالجنس والعمر . فإنه لا يصلح.

6-**المعيار الإكلينيكي** : يأخذ صورة متعددة وأسماء مختلفة فهو تارة يحدد اللاسواء في ضوء المفاهيم الطبية والبيولوجية , وينظر إلى اللاسواء في ضوء فكرة البقاء , وتارة يركز على الأعراض المرضية أو تجمعات (زملات) هذه الأعراض وتارة ثالثة يرى أن الشخص الشاذ هو الشخص الذي يحصل على

بطاقة تشخيصية , غير أن هذا المعيار لم يسلم من النقد وخاصة من بعض علماء النفس أمثال أيزنك كما أن محل طلب العلاج ليس جامعاً مانعاً.

7-**معيار عدم التوقع** : إضافة دافيسون , فكثير من صور السلوك الشاذ عبارة عن استجابات غير متوقعة للضغوط البيئية , يفترض على هذا المعيار على أساس أن هناك استجابات سوية مقبولة تكون أحياناً غير متوقعة.

•الخلاصة :لا يوجد محل واحد يخلو من العيوب أو يعلو على النقد أو يصلح بمفرده لحسم الخلاف حول المقصود بالسوي و اللاسوي ومن هنا تبرز الحاجة إلى **منظور تكاملي**.

وقد أشار ماهر وماهر إلى أربع فئات أساسية تحدد.السلوكيات اللاسوية وهي :. سلوك يسبب الضرر واتصال غير فعال واستجابات انفعالية غير ملائمة والسلوك.المنحرف غير المبرر

المحاضرة الثانية

الاضطرابات النفسية بين التصنيف والتفسير:

أولاً : تصنيف الاضطرابات النفسية.:

دخل مفهوم التشخيص Diagnosis إلى ميدان الإكلينيكي من علم الطب ويقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب , ثم نسبها إلى مرض معين . فالتشخيص في الميدان الطبي يعني التصنيف classification .

أما التشخيص في علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي يعني تقويم خصائص الفرد من حيث قدراته , وسماته , وأعراضه المرضية , مبيناً الأسباب المباشرة للاضطراب.

ويشير التشخيص في علم النفس المرضي إلى تصنيف المعلومات المتعلقة بالحالة السلوكية والانفعالية للشخص والتحديد التالي لذلك (بالاسم / البطاقة(

-لمحة تاريخية عن تصنيف الاضطرابات النفسية:

فيما مضى كان يعتقد أن جميع الأمراض الجسمية والعقلية تحدث بواسطة حركة الأرواح وتحتوي التوراة على عدد من الإشارات إلى ما يمكن أن يسمى الآن بمرض عقلي ,وفي القرن 21 ق. م عوقب سولSaul بواسطة الرب بروح شريرة فأصبح مهووس بخلع ملابسه.

وهكذا نجد انه إذا تتبعنا تاريخياً تصنيف الاضطرابات النفسية نجد أنه بدأ منذ الاعتقاد بأن الجان والعفاريت تسكن جسم الإنسان المصاب وتطور الحال بظهور العديد من الأنظمة التصنيفية وأكثرهم استخداماً:

1-دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) والصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (APA) أخر طبقة صدرت عام 1994.

2- التصنيف الدولي للأمراض (ICD) والصادر من منظمة الصحة العالمية (WHO) أخر طبقة منه هي الطبقة العاشرة (ICD-10) التي صدرت عام 1992.

-مشكلة تصنيف الاضطرابات العقلية:

تعرضت أنظمة تصنيف الاضطرابات لمجموعة من الانتقادات منها.:
كثير من الأعراض التي يمكن تشخيصها من كتب تصنيفي قد لا تعتبر في الحقيقة جوهرية أو شاذة إذا لم تتعارض مع أداء الفرد , كذلك تتعارض مع ما يعرف بالفوارق الفردية كما أن لها تأثيرات سلبية في تقدير المرض لأنفسهم وتقدير الآخرين لهم , ومع هذا لا يمكن الاستغناء عنها.

ثانياً: النماذج المفسرة للاضطرابات السلوكية:

1-النماذج الطبية البيولوجية:
والتي ترجع العديد من الاضطرابات السيكاترية إلى اختلالات بيو كيميائية في المخ وتحتاج إلى علاج بالعقاقير إلى جانب العلاج النفسي.

2-النماذج السيكودينامية :
تعد نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية الأساس السيكودينامي كما طوره فرويد في أوائل القرن العشرين , ولقد أكد فرويد على مبدأ الحتمية النفسية والذي يشير إلى أن الأفراد ليسو أحراراً في اختبار أنماط سلوكهم , بالإضافة إلى أن أنماط السلوك السوية أو الشاذة تتحدد أو تنتج من القوى النفسية الداخلية التي أسماها فرويد (الهو- الأنا – الأنا الأعلى) فهذه القوى تتفاعل في تنفيذ الأنشطة الشعورية واللاشعورية , فالصراعات يجب أن يتم حلها بطريقة ناجحة في نطاق الوعي حتى لا تؤدي إلى اضطرابات السلوك.

3-النموذج السلوكي:
تؤكد النماذج السلوكية على أن كلاً من أنماط السلوك السوية والشاذة يتم اكتسابها من خلال التعلم.
وبالرغم من أن النماذج السلوكية ليست مفيدة تفسيرياً إلا أن مبادئ التعلم تظل مؤثرة في تفسير بعض الاضطرابات العقلية من خلال مبادئ الاشتراط الكلاسيكي والإجرائي.

4- النماذج المعرفية :
يفترض أنصار هذا النماذج أن الاضطرابات ترجع إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خلال خبراته وأفكاره.
كما يرى أنصار النماذج المعرفية أن الاضطراب السلوكي (السلوك الشاذ) هو نمط من الأفكار الخاطئة غير المنطقية.

5-النماذج الأسرية:
هذا النموذج يرجع سبب الإصابة بالأمراض النفسية إلى وجود أسرة مضطربة تسوء العلاقات بين أفرادها وتوجد ثلاثة أنماط أسرية تسهم في الإصابة بالفصام
-الأم التي تعامل أطفالها بوسائل متعارضة.
-الصراع بين الزوجين وضحيته الطفل أو قد يحاول أحدهما جعله حليفاً له
-شعور أفراد أسرة المصاب بالمرض العقلي بالضلالات إزاء ما يقوم به من تصرفات تثير الشكوك.

6- النماذج الإنسانية الوجودية :
هذا النموذج يعزى ظهور الاضطراب النفسي إلى الفشل في النمو والتطور لأن المؤكد هو أن الناس يمتلكون القوة البشرية الدافعة للنمو والقدرة على أداء كامل.

7- النماذج الثقافية الاجتماعية :
يضع هذا النموذج تأكيداً كبيراً على الأسباب التي تكمن وراء تسمية أنماط سلوكية معينة بأنها مضطربة وأن هناك عواملاً ثقافية فعالة لكل مجتمع تحدد السبب في أنماط سلوكية معينة تكون سوية وأخرى غير سوية.
ويرى أنصار المنظور الثقافي الاجتماعي أن ما يمكن اعتباره غير سوي في مجتمع معين قد يكون سوياً في مجتمع آخر , ويقترح أنصار هذا النموذج مجموعة من الأنماط السلوكية الآتي: (انحراف الشخص عن توقعات مجتمعه) وإزعاج الآخرين لدرجة تجعلهم يرغبون في تغييره والآتيان بسلوك غير منطقي.

-المحاضرة الثالثة

طرق البحث في علم النفس المرضى:

يحاول الباحثون الإكلينيكيون أن يكتشفوا قوانين أو مبادئ عامة خاصة بالأداء النفسي شأنهم في ذلك شأن الآخرين في مجالات أخرى.
ويعتمدون أساساً على ثلاثة طرق من الفحص هي:
دراسة الحالة / الطريقة الارتباطية / الطريقة التجريبية.

أولاً : دراسة الحالة:CASE STUDY

هي وصف مفصل وتفسيري في الغالب لشخص واحد . إنها تصف خلفية الشخص وظروفه الحالية وأعراضه . كما أنها قد تصف أيضاً تطبيق ونتائج علاج معين, وقد تفحص كيفية تطور وتفاقم مشكلات الشخص.

- أهمية دراسة الحالة:
يمكن تلخيص قيمة دراسة في الحالة في النقاط التالية.:
-أنها تصلح كمصدر للأفكار عن السلوك وتفسح الطريقة للاكتشاف.
-أنها تقدم مساندة قريبة للنظرية وعلى النقيض فإن دراسات الحالات قد تصلح لتحدي مزاعم نظرية (حالة هانز , عام 1909 (
-أنها تصلح كمصدر أفكار للتقنيات العلاجية الجديدة أو كأمثلة لتطبيقات فريدة لتقنيات موجودة.
-أنها تقدم فرصاً لدراسة مشكلات غير عادية لا تحدث بما يكفي للسماح بمزيد من الملاحظات والمقارنات العامة والسنوات عديدة.

- القيود الخاصة بدراسة الحالة :
ويمكن تلخصيها في النقاط التالية.:
-المستخدمون لدراسة الحالة ينحازون بشكل شخصي للنتائج بحالاتهم وتعتبر تلك التحيزات ذاتية وغير منهجية ومقصودة يشكل واضح.
-لا تقدم دليلاً موضوعياً بأن اختلال العميل قد نتج في الحقيقة عن طريق الإحداث
-التعاميم التي تقدمها تعتبر قليلة.

ثانياً: الطريقة الارتباطية :
الارتباط correlation هو الدرجة التي تتنوع إليها الأحداث والسمات في ارتباط كل منها بالأخرى والطريقة الارتباطية هي إجراء بحث يستخدم لتحديد الارتباط بين متغيرين.

- اتجاه الارتباط:
يكون الاتجاه ايجابياً حينما تتزايد وتتناقص المتغيران معاً, ويكون الاتجاه سلبياً كلما زادت قيمة فتغير ما أدى ذلك إلى نقصان قيمة المتغير الآخر.

- مدى الارتباط:
أي إلى أي مدى يتطابق المتغيران؟ هل يتغير متغير واحد دائماً كانعكاس مباشر للمتغير الآخر؟ أو هل علاقتهما أقل دقة؟ ولتقدير هذا البعد للارتباط ,و يحدد ذلك مواقع نقط البيانات من خط أفضل مطابقة فحين تقع جميعها قريبة جداً من خط أفضل مطابقة فانه يعطي الباحثين القدرة على التنبؤ بدرجة كل شخص على متغير معين بدرجة عالية من الثقة إذا ما عرفوا إذا ما عرفوا درجة المتغير الآخر.
وعلى النقيض من ذلك نجد أن الارتباط الذي توجد فيه نقط البيانات بشكل مبعثر حول الخط المتجه إلى أعلى ففي هذه الحالة لا يستطيع الباحثون التنبؤ بمقدار دقة درجة شخص ما على متغير معين من الدرجة التي حصل عليها في المتغير الآخر.

- معامل الارتباط:
إن اتجاه ومدى الارتباط يمكن أن يتم حسابه رقمياً ويعبر عنه بواسطة اصطلاح إحصائي يسمى معامل الارتباط ورمـــــزه (ر) وسمي معامل الارتباط بيرسون نسبـــــة المبتـــــكرة
كارل بيرسون .
ومعامل الارتباط يمكن أن يتراوح بين (+1,00) الذي يعبر عن ارتباط موجب كامل إلى (-1,00) الذي يمثل ارتباطاً سالباً كاملاً بين المتغيرين
وعلاقة المعامل (+ أو-) تدل على الاتجاه الخاص بالارتباط , أما الرقم فيمثل مدى أو حجم الارتباط وقيمة (ر) البالغة (0,00)تعكس ارتباطاً صفرياً , أو عدم وجود علاقة بين المتغيرين.

- التحليل الإحصائي لبيانات الارتباط :
يجب على العلماء أن يقرروا ما إذا كان يعكس الارتباط بين المتغيرات لمجوعة خاصة من الأفراد إرتباطاً جوهرياً بين المتغيرات في المجتمع العام الذي تم سحب العينة منه أم لا.
وقد حدد علماء الإحصاء النفسي بشكل متفق عليه نقطة قاطعة خاصة لمساعدتهم على اتخاذ هذا القرار .فإذا ما وجد أقل من احتمال 5% فهذا يحدد أن نسبة الشك 5% والثقة 95% من نتيجة الارتباط , وتكون هذه النتيجة دالة إحصائيا.

- مواطن القوة والضعف في الطريقة الارتباطية:
الطريقة الارتباطية لها مميزات معينة تفوق دراسة الحالة إذ يمكنهم ملاحظة أشخاصاً عديدين , ويطبقون تحليلات إحصائية فهو منهم أفضل لتعميم نتائجهم على الناس في المتغيرات التي درسوها , أي أن الدراسة الارتباطية تعرض صدقاً خارجياً عن دراسة الحالة.
والدراسات الارتباطية لا تختلف عن دراسة الحالة إذ ينقصها الصدق الداخلي.

ثالثاً : الطريقة التجريبية The Experimental me trod

التجربة :هي إجراء بحثي يعالج بها موقف ويلاحظ تأثير المعالجة . والهدف من أي تجربة هو عزل وتحديد السبب في تأثير معين . وإذا لم نستطيع فصل السبب الحقيقي أو الأساسي من سلسة الأسباب الممكنة الأخرى.

-المجموعة الضابطة:
المجموعة الضابطة هي:. مجموعة من الأشخاص الذين يتم تعريضهم للمتغير المستقل الذي يتم فحصه , ولكنها تكون مماثلة للمجموعة التجريبية في كل شيء باستثناء عدم تعرضها للمتغير المستقل الذي يتعرض له أفراد المجموعة التجريبية , وبالمقارنة بين مجموعتين , يمكن أن يحدد المجرب تأثير المتغير المستقل على نحو أفضل.

-التخصيص العشوائي:
تعتبر طريقة اختبار أعضاء المجموعتين هامة باعتبارها البرتوكول التجريبي , فالفروق المنهجية بينهم في المجموعتين قد تدحض النتيجة كذلك.

-التصميم الأعمى :
يمثل التصميم التجريبي الأعمى مشكلة أخرى متضمنة في المتغيرات الدخيلة , فالأشخاص قد يتحيزون إلى نتائج تجربة كمحاولة لجعل المجرب مسروراً , وتوجد طريقة مستقيمة لمنع التأثيرات الكامنة لتحيز الأشخاص في التجربة.

-التحليل الإحصائي للبيانات التجريبية:
لابد أن تحلل إحصائيا كالدراسات الارتباطية , وفي أي تجربة , والمجرب يجب أن يجري تحليلاً إحصائياً للبيانات التجريبية ويحدد إلى أي مدى يرجع نموذج التغيرات في المتغير التابع إلى الصدفة فإذا كانت الإمكانية أقل من 50% فإن تلك الفروق الملاحظة تعتبر دالة إحصائياً , وقد يستنتج المجرب ببعض الثقة أنها ترجع إلى المتغير المستقل.

-التغيرات في التصميم التجريبي:
لأن التجارب النفسية يجب أن تتضمن عيناتها البشر , فإن اعتبارات خلقية وعملية عديدة تحد من أنواع المعالجات التي يمكن إجراؤها , ولهذه الأسباب فإن المجربين الإكلينيكيين غالباً ما يقللون من التغيرات المعيبة للتصميمات التجريبية التفاؤلية لتحديد علاقات السبب والنتيجة , ومعظمها هي إجراء التصميم شبه تجريبي , والتجربة الطبيعية , والتجربة المشابهة , وتجربة الشخص المنفرد.

-التصميم شبه التجريبي:
هو تجارب لا يخصص فيها الأشخاص بواسطة الفاحصين على نحو عشوائي لمجموعة تجريبية وأخرى ضابطة , ولكن يستخدمون بدلاً من ذلك مجموعة توجد من قبل في العالم بصفة عامة.

-التجربة الطبيعية:
هي تلك التي تعالج فيها الطبيعة فضلاً عن المجرب متغيراً مستقلاً , ويلاحظ المجرب منهجياً النتائج . هذا هو التصميم الذي يجب أن يستخدم الدراسة النتائج النفسية لأحداث غير طبيعية وغير متنبئ بها , مثل الزلازل وغيرها , ولأن الأشخاص في هذه الدراسات مختارين بالنسبة للمجموعة التجريبية بحادثة قدرية فإن التجارب الطبيعية هي في الواقع نوع من شبيه التجربة.

-نظير التجربة:
يستحثون المجربون الأفراد في المعمل على التصرف بطرق يعتقدون أنها مماثلة من الناحية الأدائية للسلوك الشاذ في الحياة الواقعية ثم يجرون بعد ذلك تجارب على هذه الصورة المتشابهة التي خلقت معملياً للشذوذ على أمل إلقاء الضوء على النظير المشابه للحياة الواقعية.

وبالرغم من أن مثل هذه الدراسات تمكن الباحثين من الضبط والمعالجة لتلك المتغيرات التي يرونها في المعمل , إلا أن الباحثين لا يمكنهم التأكد من أنها نفسها هي مثل الاضطرابات النفسية.

-المحاضرة الرابعة

-طبيعة واضطرابات الطفولة :

يمثل مجال اضطرابات الطفولة مشكلة هامة في العلوم النفسية المهتمة بدراسة السلوك غير السوي لدى الأطفال مثل علم النفس المرضي وعلم النفس الإكلينيكي والطب النفسي , كونها تختلف عن اضطرابات الراشدين لعدة أسباب كما أن بعضها يرجع إلى العجز التطوري.

- المرضية المشتركة في الطفولة :

يشيع بدرجة كبيرة في مجال الطب النفسي للأطفال ما يسمى بالمرضية المختلفة , Comoridity ولقد تم تجاهل المرضية المختلطة في الطفولة بسببين وهما .:

-1أن دراسة الحالة (x) قد تؤدي إلى ضرر للحالة (y) ذات مرضية مختلطة متجاهلة.

- المرضية المختلطة في أنظمة التصنيف الطب - نفسية:

1- التقسيم العالمي للأمراض. (ICD)

وقد ظهرت أخر طبعة له عام 1989م والمعروفة بالتقسيم العاشر للأمراض (10. ICD) وهي من إصدار هيئة الصحة العالمية والتي تسمح بتعدد التشخيصات إلا أنها تميل إلى ذي النمط الأصلي أو الأولى والتباع النموذج الطبي طويل المدى , وتضع في الحسبان أن المريض قد يصاب بأكثر من مرض وتظهر إشكالية التحقق من العرض هل هو من طبيعة المرض أم سمه من سمات الشخصية ويوجه نقد للهيئة في عدم توفر البيانات لتحديد متى؟ وكيف يعطى أسبقية لتشخيص اضطراب قبل الآخر.

2-دليل التشخيص الإحصائي(DSM)

أصدر دليل التشخيص الإحصائي الجمعية الأمريكية للطب النفسي , وقد كانت آخر طبعاته هي الطبعة الرابعة (DSM –IV-1994) وفي النسخة الثالثة على هيراركيات استثنائية والنسخة الثالثة المراجعة خلف من الأعراض المختلطة ولكنها تشمل خليطاً محيراً من التناقضات التي تسمح أو لا تسمح بها الامتزاجات.

- المظاهر العامة والخاصة للمرض النفسي في الطفولة:

وجد أندرسون وزملاؤه 1987 أن من بين مجموعة أطفال المجتمع العام الذين حققوا المعايير بالنسبة لأحد التشخيصات في دليل التشخيص الإحصائي الثالث المراجع قد حقق أكثر من نضعهم معايير تشخيص الاضطراب آخر على الأقل وبالمثل.

كما اقترح إنجرام وكاندل نموذجاً قد يكون نافعاً بالنسبة لتصور مظاهر متنوعة من المرض النفسي.

ونستنتج مما سبق أنه قد يكون من المهم جداً تحديد ما إذا كانت العوامل المشتركة أو عامة وما إذا كانت نوعية , حيث أن هذا التحديد قد يوحى بكيفية الاتصال السببي لهذه العوامل بالمرض النفسي فضلا عن أنه من المهم تحديد حدود زملات الأعراض بدقة , وتحديد ما إذا كانت المظاهر تميز بين زملات الأعراض على مستوى نطاق ضيق ونطاق واسع , وذلك لأسباب عملية تتضمن التقويم والعلاج النفسي

- الاضطرابات الارتقائية (التطورية):

في مجال الاضطرابات الارتقائية ظهرت تغيرات علمية واجتماعية , ولقد بزغت تعديلات في تعريف الاضطرابات الارتقائية والتغيرات الأساسية في الاستجابات المجتمعية للأطفال والراشدين ذوي الإعاقات.

-تعريف الصعوبة الارتقائية:

كان لتصنيف الصعوبة الارتقائية والتسميات التشخيصية تأثيرات على الأنظمة التشخيصية وعلى الدراسة والبرامج العلاجية . ولها تأثيرات على الصعيد المالي في الولايات , وقد تم تحديد التعريف المبكر للصعوبة الارتقائية في القانون العام 517-91 بواسطة الكونجرس في عام 1970.
وقد جمع التعريف الأولى للصعوبة الارتقائية ثلاثة اضطرابات ارتقائية هي التخلف العقلي والشلل المخي والصرع وقد نظر إلى هذه الحالات الثلاث كأسباب رئيسية للمعوقات الأساسية للراشدين خلال الطفولة بأمريكا عام 1970.

- قضايا تصورية في الاضطرابات التطورية:

إن تحديد ما هو الاضطراب التطوري يثير مشاكلاً عديدة :. منها التدخل العلمي وكذلك وجهة النظر العلمية .
وإحدى القضايا الأساسية في تحديد مفهوم العجز التطوري. (DD) وعند اعتبار أن هناك فئة للعجز التطوري , فأنه ينبغي أن يكون هناك تصنيفاً خاص بقضايا معينة مثل التأخر , والتفكك , والانحراف , واضطرابات النمو تصنف كصور لعجز النمو , وتشترك في الفترة الزمنية المماثلة , والظهور المبكر , والتدمير أو التلف البدني أو العقلي المتعدد , وغالباً ما تكون شاملة في تأثيراتها الوظيفية طويلة المدى.

- اضطرابات الارتقاء الأساسية:

1- التخلف العقلي Mental Retardations
ويشير التخلف العقلي إلى قصور جوهري في الأداء الحالي , ويتسم بأداء عقلي معدل فرعي بشكل دال.
ويوجد قصور متعلق باثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية.:
الاتصال / رعاية الذات / المعيشة المنزلية / المهارات الاجتماعية / الاستفادة من المجتمع / والصحة والأمان / الفراغ والعمل / أوجيه الذات/ توظيف الدراسة الأكاديمية)ويشترط أن يظهر التخلف العقلي قبل عمر 18 سنة.

2- التوحدية Autism
التوحدية هي زملة أعراض سلوكية لاختلال وظيفي عصبي يتسم بتفاعلات اجتماعية ضعيفة واتصال لفظي وغير لفظي ونشاط تخيلي متضائل وتقيد واضح للنشاطات.

3-صور العجز عن التعليم
يظهر الأفراد ذو صعوبات التعلم نمطاً من مشكلة أكاديمية أو تحصيلية.

- العلاقة بين مرضية الوالدين ومرضية الأطفال :

قام علماء النفس ومنذ زمن بعيد بخطوات مؤثرة في زيادة فهم مجال النمو من حيث التأثير الذي يحدثه الآباء على الأطفال والتي تثبت وجود دليل قوي وموثوق في تأثير الوالدين في التطور الطبيعي للطفل.

-اكتشاف تجاهل دور الأب في مرضية الأبناء :

اكتشف أيرون وزملاؤه 1961 تجاهل المؤثرات البيئية في تطور عدوان الأطفال كقصور منهجي عظيم في الكتابات.

-العوامل التي أدت إلى إغفال دور الآباء في مرضية الأطفال:

نسب النقص في الانتباه إلى دور الآباء في مرضية الأطفال إلى عوامل منهجية وعوامل ثقافية اجتماعية تقلل من دور الأب وتتفوق فيها الأم في الدراسة وفي قوة تأثير الدور الأمومية ولاعتبارات وضعت حواجز أكبر ضد الآباء.

- علاقة مرضية الوالدين بمرضية الأطفال:

أثبتت الكثير من الدراسات بتأثير الاضطراب النفسي لدى الأمهات على الصحة النفسية للأطفال , وبرغم قلة الدراسات التي تركزت على المرض النفسي لدى الآباء إلا أنه جاء منها يؤكد من وجود ارتباط من النتائج السلبية لدى الأطفال.

- تصنيف الاضطرابات السلوكية في الطفولة:

توجد تساؤلات تدور حول اضطرابات الطفولة , منها: بأي طريقة قد تكون الشخصية والسلوك مصنفان لدى الطفل على أنهما مضطربان ؟ وكيف يتصل السواء والشذوذ ببعضهما ؟ وكيف ينشئان ؟
وللإجابة , فقد أجرى توماس و تشيس دراسة طويلة المدى , وتوصلا إلى وجود (9) فئات من المزاج , وتمثل في الآتي.:

-1مستوى النشاط : العنصر الحركي للأداء.
-2الانتظام الخاص بالتنبؤ بحدوث أي أداء.
-3الانسحاب : طبيعة الاستجابة المبدئية لمثير جديد.
-4تكيف الاستجابة لمواقف جديدة أو مثيرة.
-5عتبة الاستجابة (مستوى الاستشارة(
-6الحالة المزاجية.
-7شدة رد الفعل.
-8الارتباك.
-9سعة الانتباه.

أما تصنيف الاضطرابات السلوكية في الطفولة فنجد أنها كثيرة وقد أجريت محاولات لابتكار نوع من الصبغة التصنيفية , منها.:

-1اضطرابات السلوك.
-2المشكلات الشخصية.

-3السلوك غير الناضج.
-4ذهان الطفولة.
-5الحركة المفرطة والاندفاعية.
وبصفة عامة , قد يلاحظ أن المصاب أكثر شيوعاً لدى الأطفال من الذهان والأطفال المضطربين يكونوا أكثر اكتئابا , وغير مطيعين , و عدوانيين مقارنة بالأطفال العاديين
كما أن الأطفال المنبسطين المستقرين يكونون أكثر نجاحا,
في حين أنه عند عمر 12-14 سنة يكون الأنطوائيون
)حتى غير المستقرين) أكثر نجاحاً ,. وتمثل صعوبات التعلم مشكلة هامة لدى الأطفال ومن المهم تميزها ونستنتج أن الاضطرابات السلوكية في الطفولة متنوعة وتصنيفها يكون أمراً صعباً بالمقارنة بالاضطرابات السلوكية لدى الراشدين.

-المحاضرة الخامسة

- طبيعة واضطرابات الراشدين:

من النماذج الأكثر بروزاً في ارتباطها بمرحلة الرشد والشيخوخة دون أن تكون مقتصرة على هذه الشرائح العمرية , وذلك على النحو التالي.:
-1الاعصبة. Neuroses
-2اضطرابات الشخصية. Personality Disorders
-3الذهانات الوظيفية. Functional Psychoses
-4الذهانات العضويةOrganic Psychoses

-فالاعصبة.:

يعتبر الفرد عصابياً إذا خبر (جرب) القلق في مواقف لا تستدعي مثل هذا الرد . والتناقض العصابي تعبير يستخدم ليشير إلى إستراتيجية هزيمة الذات ومن المحير أن نجد فرداً يكون مجبراً أن يفكر وتكون أنماطه السلوكية مؤدية بشدة إلى الحزن.
ويفسر علماء النفس أن حبل التأقلم هذه تمكن الفرد من التخفف من القلق على المدى القصير.

-عصاب القلق.:

من أبرز ما يتصف به هذا العصاب هو انشغال البال الشديد الذي يصل إلى حد الذعر وغالباً ما يرتبط بأعراض جسمية.
وهو يختلف عن عصاب الفوبيا فالقلق قد يحدث تحت أي ظرف والصورة الإكلينيكية للعصاب هو أن مريض عصاب القلق لديه بعض أو كل الأعراض الآتية .:
-1عدم القدرة على التركيز.
-2صعوبة اتخاذ القرار.
-3اختلالات النوم.
-4الإفراط في الجهاز العصبي.
ويعايشون هؤلاء المرضى كل مشاعر الخيبة والتي هي وليدة قلقهم.

-المخاوف الشاذة.:

الفوبيا تعرف بأنها خوف متسلط من شيء محدد أو من موقف لا أساس منطقي أو معقول له , رغم يقين المريض أنه لا يوجد خطر يحيط به . ومن هذه المخاوف:. خواف الأماكن المرتفعة والمفتوحة والمغلقة وخواف الوحدة وخواف المرض وخواف النار.

الصورة الإكلينيكية :. تبرز أن المريض يعاني عادة من اختلالات كثيرة تلقائية لا إرادية وأعراض جسمي و تمتد من الشعور المعتدل بالمضايقة إلى القيء أو الإغماء.

-العصاب القهري الوسواسي:

يعاني المريض من التفكير الملح والذي يحاول منعه ولكنه يسلكه قهرياً والصورة الإكلينيكية لبعض من الوساوس الأكثر شيوعاً تتضمن موضوعات متعددة مثل المبالغة فيما يتعلق بالوظائف الجسمية , والميل نحو أفعال لا أخلاقية وقد تمتد الأفعال القهرية من حركات بسيطة إلى طقوس معقدة وهي التي تتعلق بالاغتسال.

والملامح الأساسية لاضطرابات الوسواس القهري أن الأفكار أو الدوافع للفعل تحدث بشعور ذاتي بالقسر.

-الاكتئاب التفاعلي العصابي:

في حالة الاكتئاب التفاعلي تظهر أعراض كآبة شديدة على الفرد يمكن أن ترى كاستجابة لبعض الأحداث شديدة الانعصاب.

والصورة الإكلينيكية : تبرز على النحو التالي مجموعة الأعراض.:

-1تقرير ذاتي بالتعاسة.
-2عدم القدرة على مواجهة المستقبل.
-3نقص في النشاط.
-4صعوبات في التركيز.
-5انشغال مسبق بأفكار غير سعيدة.
-6صعوبات في الانصراف إلى النوم.

-العصاب الهستيري (النمط التحولي):

حسب رأي فرويد فإن الهستيريا هي مظاهر لصراعات جنسية لم تحل.

يلجأ لها الفرد المضطرب للحصول على مكاسب كالاهتمام الذي يحتاجه أو أنه قد يستطيع تجنب موقفاً غير سار.

والصورة الإكلينيكية للأعراض الجسمية للهستيريا التحويلية يمكن وصفها تحت ثلاث عناوين (حسية , حركية , حشوية) , فالحسية كفقدان الحس والإحساس بالخدر أو التنميل واضطرابات أكثر درامية.

والحركية كفقدان القدرة على استخدام إحدى يديه أو إحدى رجليه.

و الحشوية كظهور الزائدة الدودية الكاذبة , والملاريا , والسل , ونوبات السعال.

هناك ثلاثة ملامح تتعلق بالهستيريا التحولية , وهي.:

-1اللامبالاة بأعراض المرض.
-2الطبيعة الانتقائية للعجز الوظيفي.
-3التنافر في الأعراض.

-العصاب الهستيري (النمط الانفصالي):

وفيها يحاول المريض أن يهرب من الانفصال بالعزلة والأفكار عن المسئولية السلوكية.

-الصورة الإكلينيكية.:

وهناك أربع أنماط أساسية لاضطراب الهستيريا الانفصالية وهي.:

-1النوشي :. الفرد السائر أثناء نومه ينزل من سريره ليؤدي أعمالاً تتصل بحلمه ثم يعود وكأن شيئاً لم يكن . ولا يستطيع تذكر ذلك صباحاً.

-2فقدان الذاكرة :. ليس لها أساس عضوي , والهستيري غالباً مايكون قادراً على أن يتعرف على الأشياء عندما تقدم له بعكس مريض تلف المخ.

-3الهجان :. هو امتداد لحالة فقدان الذاكرة أو يهرب المريض من مشكلاته في مرحلة ليجد نفسه في مكان غريب.

-4الشخصية المتعددة :. يشعر فيها المريض الذي له شخصيتان أو أكثر . وهي شخصيات مميزة ,ورغم أن هذا يكون في وقت واحداً إلا أن الفرد ليس لديه معلومة عن الشخصية الأخرى.

- <u>اضطرابات الشخصية</u>:

الاضطراب الوحيد في التصنيف الأساسي لاضطرابات الشخصية والذي يسلم بأن له بعض الصفات من زملة الأعراض هو

-<u>الشخصية السيكوباتية</u>:

الشخصية السيكوباتية Psychopathic Personality وهي اضطراب ملح أو عدم المقدرة العقلية , سواء يتضمن هذا أو لا يتضمن ذكاء والذي ينجم عنه عدوانية شاذة دون شعور جاد بالمسئولية وهي قابلة للعلاج الطبي.

-<u>الملامح الإكلينيكية.:</u>

السيكوباتيون يظهرون في أشكال وقوالب والتشخيص لا ينطبق فقط على هؤلاء الذين لهم نشاطات إجرامية بل حتى مجال السياسية ورجال الأعمال أيضا.

الطباع الخلقية للشخصيات السيكوباتية.:

-1غياب الشعور بالذنب.

-2الاندفاعية : ضيق الرؤيا.

-3البحث عن المثيرات.

-4فشل العلاقات الاجتماعية.

وهناك ثلاثة أنماط للشخصية السيكوباتية يجمع عليها العلماء وهي.:

-1السيكوباتية العدوانية.

-2السيكوباتية القاهرة.

-3السيكوباتية الإبداعية.

- <u>تنوع اضطرابات الشخصية.:</u>

التقسيم التقليدي يراه معظم الأطباء النفسيين ذو قيمة بسيطة . ولهذا يتعاملون مع هذه الاضطرابات بطريقة قاطعة , فالكثير من هذه الاضطرابات لها ملامح مشتركة وأهمها.:

-الشخصية الوسواسية :تصلب التفكير , الضمير الحي المفرط , الالتزام الصارم.

-الشخصية البارانوية :الحساسية اتجاه النقد , ومشاعر مبالغ فيها حول أهميتهم.
-الشخصية الفصامية :.رغم التصاق صاحب هذه الشخصية بالواقع إلا أنه يفضل أن يعيش في عالمه المملوء بالأحلام اليقظة والخيالات.
-الشخصية القاهرة :.يصعب عليها التأقلم العقلي والانفعالي أو الجسماني.

-الذهانات الوظيفية Functional Psychoses :

الذهانات الوظيفية توصف بأنها لا تشجع على التعاطف مع الشخص المصاب به بعكس المريض العصابي , وفيما يلي أشارات إكلينيكية تستخدم بصفة عامة لتفصل كلا من الذهانات الوظيفية والذهانات العضوية عن المرض العصابي ومجموعة اضطرابات الشخصية في إنكار أن هناك مشكلة والافتقار في الاتصال بالواقع وفقدان الوعي بالمكان والزمان واحتمال أذية الذات والآخرين

والنوعان الرئيسيان للذهان الوظيفية هما.:

-الفصام واكتئاب الهوس :

الفصام أو مصطلح خبل الشباب الذي يوصفه كريبلين ليشير إلى مجموعة من الاضطرابات والتي رأى أنها تتميز بالتدهور في القدرات المعرفية , والإدراكية , والوظيفية , والانفعالية والتي كانت بداية مرحلة الطفولة.
ويمكن القول أن الفصام يمكن أن يعرف بأنه اضطراب ذهاني , ليس له أساس عضوي معروف , والذي يحدث عدم تكامل الشخصية والتصدع الإدراكي والمعرفي والوظيفية الانفعالية.
الصورة الإكلينيكية:
-1اضطراب عملية التفكير :. بمعنى عدم الترابط والميل لتناول القضايا الجانبية
-2الاختلالات الوجدانية :. وهي.:
أ- الفتور الوجداني :. عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات.
ب- العواطف المتنافرة :. الانفعال غير منسق مع الإفكار.
ت- الاضطرابات النفس حركية :. وقوع الذهول (فتور الوعي (
ث- نقص الإرادة :. عدم القدرة على اتخاذ القرارات.
ج- التوهمات الأولية :. ويقصد بها الهلاوس الوهمية بدون دليل.
ح- الهلاوس :. إدراك أشياء لا وجود لها.

-أنماط الفصام.:

للفصام أربعة أنماط وهي.:
-1الفصام البسيط : أكثر الأنواع صعوبة في التشخيص وتظهر بعض العلامات مثل التوهمات.
-2الفصام المبكر: وأعراضه الواضحة هي :اضطراب التفكير والاضطرابات الانفعالية , ضحكات غريبة وسخيفة والاستمرار في وضع ثابت لعدة ساعات
)الفصام التخشبي) والشعور بالعظمة والاضطهاد , وتسود الهلاوس.
-3الذهان الوجداني : ويتسم بالتقلب السريع إذ قد يمتد إلى أقصى درجات الاحتياج الشديد إلى الحزن الشديد.
والصورة الإكلينيكية للأنماط الثلاثة المعروفة بصفة عامة للذهان الوجداني هي :. الهوس والاكتئاب , والنمط الدوري للاكتئاب الهوسي ,وأعراض الهوس تمثل في .:

حالة الزهو , إنكار المشكلات , ضغط الأفكار, تطاير الأفكار , قصر فترة الانتباه , أفكار العظمة (غرور حاد), قلة النوم , زيادة الحافز الجنسي.
وأعراض اكتئاب المنشأ والذي هو قابل للجدل بوضوح عن الاكتئاب التفاعلي وهو على العكس تماماً مع تلك التي ترتبط بالذهان الهوسي مثل.:
-1شكاوي من الفقدان المفاجئ للاهتمامات.
-2انخفاض الروح المعنوية.
-3البطء في عملية التفكير.
-4انخفاض في تقدير الذات.
-5الاستيقاظ المبكر من النوم.
-6فقدان الشهية للطعام والرغبة الجنسية.
واستجابة الهوس الاكتئابي الدوري : تتضمن تأرجح الحالة المزاجية من أعماق الاكتئاب إلى مرتفعات المرح والزهو مع أن الفترة التحولية طبيعياً ما تطرأ أحياناً و يطول أمدها.

- الذهانات العضويةOrganic psychoses :

_التعريف :. طائفة التشخيص الواسع لهذه الاضطرابات تتضمن كل هؤلاء الذين يعانون من اختلالات شخصية والتي يمكن أن تكون قد نسبة إلى المدى الأكبر أو الأصغر, إلى المرض أو إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي مع إن تلف المخ من المحتمل جداً أن يحدث تغيرات في السلوك.

_الصورة الإكلينيكية :. ما يهم هو الدلالات الإكلينيكية الكاشفة لتلف المخ .. وهي.:
-1اختلالات الذاكرة :. وتحديداً الذاكرة الحالية فأنها تحفظ بطريقة سيئة.
-2التغيرات الوجدانية (عدم الثبات الانفعالي. (
-3نقص القدرة على التفكير المجرد وفي فهم الأفكار الجديدة.
-4اضطرابات الانتباه.
-5تغييرات الشخصية.
-6نوبات الصرع :.تحدث تلفاً في المخ في حالات كثيرة يمكن أن يخل بإيقاع التصريف العصبي والنوبات الصرعية , الصغرى أو الكبرى الحادة.
وهناك اضطرابات شائعة يمكن تمييزها في ضوء أسباب الأمراض وهي.:
-1عدوى المخ تؤدي إلى شلل عام خفيف (مرض الزهري(
-2أورام المخ :الأعراض المبكرة لأورام المخ تكون مثل الأعراض الجسمية كالصداع المتواصل والتقيؤ.
-3إصابة المخ الحادة يمكن أن يحدث أعراضاً والتي تتحد مع تشخيص الذهان – والشخصي ضحية حادثة سيارة لا يدرك الزمان والمكان , لا يبادر ولا يتذكر أي شيء يتعلق بالحادثة.
-4إضححلال الجهاز العصبي (خبل الشيخوخة) لا يستطيع التركيز .
وهناك أربعة أمراض أساسية في هذه الفئة خوريا هنتينجتون , ومرض بيل , ومرض باركسون.

-التخلف العقلي :
حددت الجمعية الأمريكية لعلم النفس 1970 التخلف العقلي في المقام الأول بأنه مشكلة نفسية , ونفسية

تعليمية . كما عرفته بأنه عجز في التكيف لمطالب وتوقعات المجتمع , وصعوبة التعلم , وصعوبة حل المشكلة التي تعرض له والتفكير المجرد.

-المحاضرة السادسة

-<u>الأساليب والأدوات التشخيصية للأمراض النفسية</u>:

تقدم المسلمة الأساسية في عملية القياس النفسي على أن الفرد يختلف عن غيره من الأفراد في أبعاد معينة يمكن وصفها وقياسها.
والتشخيص الطب النفسي يعتمد على معلومات مستقاة من مصدرين أساسيين يغطيان معا ثلاثة مجالات من البيانات وهي.:
الفحص البدني – المقابلة الشخصية والتي تضم تاريخ المريض والجوانب الاجتماعية والجوانب النفسية المختلفة له.
والفحص الطبي ضرورة وذلك لإثبات أو استبعاد الأسباب العضوية والجسمية التي قد تؤدي إلى مظاهر سلوكية مضطربة.
وهناك مجموعة من الأساليب التي يمكن للأخصائي النفسي الإكلينيكي أهمها.:

-1الملاحظة .
-2المقابلة.
-3الاختبارات النفسية المختلفة.

وهي ليست بدائل متعارضة أو كافية إذا أخذ أحدهما وجب ترك الآخر وإنما هي أساليب متكاملة وفي أحيان أخرى متداخلة يمكن استخدامها في عملية الفحص والتقويم ومن ثم التشخيص , ويتم ذلك في إطار ما يسمى بدراسة الحالة CASE STUDY باعتبارها الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه المختص كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد.

وتغطي دراسة الحالة مدى واسعاً من البيانات يشمل مايلي:

-1البيانات الأولية: كالنوع والعمر والحالة التعليمية (أو المهنية) والعنوان.....
-2الشكوى الحالية :. وتتضمن وصفاً دقيقاً للأعراض التي يشكو منها الطفل وتطورها حتى الوقت الراهن.
-3التاريخ الشخصي:. ظروف الحمل والولادة والرضاعة ووقت الفطام والتسنين وضبط الإخراج, بداية المشي , ونمو اللغة , السلوك الطفلي , العادات والهويات.
-4خبرات المراهقة ووقت البلوغ.
-5التاريخ التعليمي : من بداية الدراسة , المستوى العام.
-6أمراض الطفولة الأخرى.
-7الأمراض العائلية : سواء أكانت جسمية أو نفسية أو عقلية.
-8الحالة الاجتماعية للأسرة: بيانات عن الأب والأم وعلاقتهما أثناء الحمل بالطفل , وهل كان الحمل مرغوباً فيه أم لا.
-9الفحص النفسي والعقلي : ويشمل السلوك , المزاج , الانفعالية , السلوك الحركي
-10المعلومات الإضافية : أي معلومة أخر ذات علاقة.

- أولا : الملاحظة Observation :

تنقسم إلى نوعين.:

-1ملاحظة عابرة أو عارضة
-2ملاحظة مقصودة أو قصديه.
ويمكن تلخيص خطوات الملاحظة فيما يلي.:
-1يحدد الأخصائي ما هي الجزئيات أو الوقائع السلوكية.
-2تعريف الجزئية السلوكية أو الواقعة السلوكية.
-3اختبار الشخص القائم بالملاحظة والاطمئنان لإتقانه لتلك الملاحظة.
-4القيام بعملية تسجيل الملاحظات عن الوقائع السلوكية باستخدام طريقة تسجيل محددة كالتكرار.
-5تحليل الملاحظات السلوكية والخروج بالاستنتاجات تمهيداً لصياغة التشخيص ويوجد اثنان من -----

- مميزات الملاحظة.:

-1يمكن عن طريقها الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى كالمقابلة أو الاختبارات.
-2تتيح دراسة السلوك الفعلي في المواقف الطبيعية.
-3أسلوب مناسب مع الأطفال الذين لا يجيدون اللغة نطقاً.

-عيوب الملاحظة.:

-1كثير من الأشخاص لا يحبون أن يكونوا موضع ملاحظة مما يدفعهم إلى التحفظ أو المبالغة.
-2بعض الملاحظات لا يمكن ملاحظتها نظراً لخصوصيتها الشديدة.
-3لا تخلو الملاحظة من بعض التحيزات (الملاحظة الذاتية (
-4هناك بعض المشكلات في طريقة تسجيل تتعلق بالملاحظة الصريحة والملاحظة الخطية كونها قد تثير قضايا أخلاقية.

- ثانيا: المقابلةInterview :

هي أداة لجمع البيانات وتستخدم في كافة مجالات الحياة المختلفة ,وهي من أقدم الوسائل ولابد أن مقصودة ومخططة

الأسس الضرورية للمقابلة المعتبرة لجمع المعلومات:

-1تعتمد المقابلة على اللغة والحوار بشكل أساسي لذلك هي شفاهية.
-2تتضمن المقابلة طرفين أساسيين الأول هو الأخصائي والطرف الثاني هو المفحوص .وتتعدد أشكال المقابلة من حيث الأطراف(أفراد /جماعات)

-3أن تتم المقابلة وجهاً لوجه أي يكون الأخصائي موجوداً بحيث يسمح بالتفاعل.
-4لابد من وجود خطة معينة بحيث تشمل المكان والزمان والهدف منها.
-5المقابلة تتم لتحقيق أهداف معينة ومتعددة حسب المجال الذي تستخدم فيه.

-الأهداف الرئيسة للمقابلة:

أ- المقابلة التشخيصية :. وهي التي تتم بهدف الفحص والتقدير.
ب- المقابلة العلاجية :. التحكم في سلوك الطرف الأخير أي تقديم التوجيهات العلاجية ومتابعتها خلال الجلسات.
ت- المقابلة البحثية : كمقابلة ذوي المريض للحصول على بيانات أعمق عن المريض لتوجيه العمل التشخيصي والعلاجي مستقبلاً.
-بالإضافة لذلك يقسم بعض الباحثين المقابلة التي تجري في المجال الإكلينيكي إلى عدة أنواع على النحو التالي.:
أ- مقابلة القبول بالعيادة أو المستشفى لتحديد الخطورة أو جوهرية الشكوى.
ب- مقابلة البحث الاجتماعي :. جمع معلومات شخصية منذ ميلاد المريض وحتى وقت المقابلة.
ت- مقابلة الفحص النفسي والعقلي :. وذلك للحصول إلى التشخيص المبدئي للحالة
ث- المقابلة الممهدة والتالية للاختبارات النفسية.
ج- المقابلة الممهدة للعلاج النفسي.
-6يمكن أن تستخدم المقابلة في أي مرحلة من مراحل العمل الإكلينيك (التشخيص أو العلاج أو البحث)
-7يتباين مستوى المقابلة من حيث التقنين فهي يمكن أن تكون حرة , أو نصف مقننة أو كاملة التقنين.
-8تطبق المقابلة مع عدد كبير من الأفراد و لا تقتصر على صاحب المشكلة.

-شروط المقابلة الناجحة:

أ- الظروف الفيزيقية:. لابد من توفر كافة العناصر في البيئة الفيزيقية مثل درجة الحرارة , الإضاءة , التهوية , وانخفاض, الضوضاء ,وتوفر المقاعد المريحة.
ب- التسجيل :. وذلك باختيار الوسيلة المناسبة دون تشتيت المريض.
ت- السرية :. وهي شرط أساسي لا يحتاج لتأكيد مهما كان عمر المفحوص.
ث- مهارة الأخصائي:. لابد من أن يكون الأخصائي ذو كفاءة من حيث معلوماته ومهاراته التخصصية والثقافية (ثقافته العامة).

-أسس ومبادئ المقابلة:

-1وضع الأساسي السليم للمقابلة وهو الإقدام المتبادل بين الأخصائي والمريض.
-2بدء المقابلة بأسلوب سليم بتوضيح الغرض منها.
-3ترتيب الأسئلة.
-4الانتقال بسرعة مناسبة أثناء المقابلة من موضوع إلى آخر.
-5تسجيل المقابلة بأسرع ما يمكن.
-6معالجة فترات الصمت بلباقة.
-7معالجة الكشف عما وراء الإجابات الصحية.
-8توجيه الأسئلة بطريقة صريحة , مواجهة انفعالات المريض.
-9إبداء الاهتمام الكافي بمصلحة المريض وإجادة فن الإصغاء.
-10الالتزام بالمواثيق الأخلاقية التي تحدد طريقة التعامل مع المرضى.

-محتويات المقابلة:

تختلف محتويات المقابلة من مجال إلى مجال ومن حالة إلى أخرى , وبالرغم من ذلك فمن الممكن الوصول إلى بعض العناصر التي تمثل القاسم المشترك من جميع الحالات,
وهي.:

-1صياغة مشكلة المريض من واقع تعبيره عنها.
-2موقفه تجاه المشكلة.
-3عاداته السلوكية.
-4المدرسة ومشاعره تجاهها وعلاقاته بالمدرسة.
-5اهتماماته وطموحاته الحاضرة والمستقبلية.
-6الخيال والأحلام.
-7الأعراض الانفعالية والوجدانية.
-8الأعراض المرضية الجسمية.
-9الأعراض النفسية كالمخاوف, القلق , والتوتر.
-10مصادر الصراع.
-11المظهر الخارجي.
-12التآزر النفسي الحركي.
-13القدرات اللغوية الكلامية.
-14العلاقات الاجتماعية داخل العيادة.
-15التفكير والذكاء
-تقديم المقابلة.:

-مميزاتها:

-1تتعدد وظائف المقابلة واستخداماتها التشخيصية والعلاجية والبحثية.
-2تهيئة أفضل لدراسة التشخيص.
-3المقابلة توفر نوعين من المعلومات أحدهما :.الإجابات على الأسئلة , ثانيهما :. ما ينتج عن الملاحظات التي تتم أثناء إجراء المقابلة.
-4مرنة تسمح بتغيير الأسئلة.
-5توجد فرصة للألفة والمودة والمباشرة وجهاً لوجه.

-عيوبها:

-1هي عرضة لأخطاء الحكم في ظل عدم مهارة الأخصائي في جمع البيانات.
-2وقد تكون عرضة أيضا لأخطاء التحيز.
-3كما تعاني المقابلة من بعض المشكلات فيما يتعلق بالثبات والصدق خاصة إذا كانت من النوع الحر أو إذا كانت تجرى مع أطفال صغار.

ثالثاً:. الاختبارات النفسية:

الاختبار النفسي :. مصطلح عام يشير إلى أداة تستخدم للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف معين من حيث ظروف التطبيق ومواد الاختبار وطريقة التطبيق والتصحيح.

تعريفها :. عرفها انستازي بأنه مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك.

وتصنيف الاختبارات والمقاييس النفسية على أساس عدد من المحاور منها اللفظية (التي تعتمد على اللغة بشكل أساسي) في مقابل أدائية أو عملية (التي تعتمد على الأداء اليدوي والمهارة الحركية أو تعتمد على الصور) والاختبارات الفردية (تطبيق على فرد واحد) والاختبـــارات الجمعيـــة (تطبيق على مجموعات) واختبارات عقلية (تقيس الذكاء والتفكير والانتباه) ومقاييس الشخصية (سواء التي تقيس الأبعاد أو التي تقيس السمات(

-المتغيرات المؤثرة على أداء الاختبارات النفسية:

-1المتغيرات الفيزيقية مثل درجة الحرارة , التهوية , الإضاءة .
-2المتغيرات الخاصة بالاختبارات سواء من حيث النوع (ورقة وقلم أو جهاز) وطريقة الإجابة عنه , ودرجة التشويق الموجودة فيه وطوله ودرجة الصعوبة وهي متغيرات من السهل ضبطها.
-3المتغيرات الخاصة بالمفحوص(المريض) كسماته الشخصية,العوامل الديموجرافية والقدرات العقلية, وخبراته السابقة.
-4المتغيرات الخاصة بالفاحص (الأخصائي) كالخبرة والتدريب والموضوعية
-نماذج من الاختبارات النفسية التي تستخدم في مجال الاضطرابات السلوكية.:
تتعدد الاختبـــارات التي تصـــلح للعمـــل الإكلينيكي
(مجال الاضطرابات السلوكية), منها.:
-1مقياس فانيلاند للنضج الاجتماعي : وضعه إدجار دول عام 1935 , ويتكون من (117) تبدأ مرتبة من حيث مستوى صعوبتها , وهي تغطي (8) جوانب رئيسة من النضج الاجتماعية منها :الاعتماد على النفس والكفاءة الاجتماعية.
-2مقياس السلوك التوافقي (التكيفي):. من إعداد نيهيرا و زملائه , ويهدف هذا المقياس إلى قياس مستوى فعاليات الفرد المختلفة.
-3قائمة (بل) للتوافق :. من إعداد (هيوبل) ترجمة د. محمد نجاتي , وتتكون من 140 بنداً , وتقيس القائمة (4) جوانب وهي :. التوافق المنزلي, والصحي , والاجتماعي , والانفعالي , وتستخدم مع الطلاب الثانوية والجامعات.
-4مقياس الغضب :. إعداد محروس الشناوي وعبدالغفار الدماطي ويتكون من (28) فقرة تقيس الأبعاد الثلاثة التالية : استثارة الغضب , المواقف المولدة للغضب , واستمرارية للغضب , وتصحيح بعض النظرات في الاتجاه الموجب , وبعضها في الاتجاه السالب.
-5قائمة التعرف على المشكلات المدرسية :. أعدها ناجي ونقلها إلى العربية
د. محروس الشناوي و د.عبد الغفار الدماطي , وتستخدم للتعرف على بعض المشكلات مثل صعوبات التعلم.
-6مقياس بيركس لتقدير السلوك ونقله إلى العربية القربوطي تتكون من 110 بنداً موزعة على 19 مقياساً فرعياً مثل :. الانسحابية الزائدة.
-7قائمة مليون الإكلينيكية متعددة : أعدها ميلون وعربها السيد عبدالغني وهي تهدف لمساعدة الإكلينيكيين في اتخاذ قرارات بصدد القياس والعلاج بالنسبة للأفراد.

-8اختبار قياس خبرات الطفولة وعلاقتها بمشكلات التكيف, أعدها واطسون وعربه فهمي وغالي , ويهدف إلى قياس العلاقة بين ما يحس به الفرد من خبرات طفليه تعرض فيها للإحباط وبين ما يعانيه من اضطراب سلوكي , يتكون من (33) عبارة مكتوبة بالعامية يجاب عنها باختبار بديل من ثلاثة :. دائماً , أحياناً , نادراً, يقيس عدة متغيرات تتعلق باضطرابات الطفولة.

-9مقياس اضطرابات النوم :. تأليف عبدالخالق والنيال ولقد استمدت بنود هذا المقياس من التراث السيكولوجي والسيكاتري , وتم استخراج (3) عوامل هي :. الأرق , النوم المضطرب , الأحلام المزعجة , كثرة النوم . يشتمل على (15) عبارة يجاب عنها باختيار واحد من خمسة بدائل.

-10اختيار تفهم الموضوع للأطفال :. وهو اختبار أسقاطي أعده بلاك ليناسب الأطفال , ويساعد هذا الاختبار في الدراسة الدينامية العميقة لشخصية الطفل والكشف عن مشكلات الطفل ودوافعه وفكرته عن العدوان.

_تقويم الاختبارات النفسية في مجال الاضطرابات السلوكية ليست مضمونة النتائج وليست وسائل سحرية إذ تتوقف فائدتها على حسن استخدامها.

-مميزات الاختبار النفسية:

-1الاختبارات النفسية أفضل من بديلاتها –عادة
-2لأنها تتطلب وقتاً أقصر ومجهوداً أقل وموضوعية أكثر.
-3من السهل تبادل النتائج بين المتخصصين.
-4تعتبر أكثر مرونة من حيث قابليتها للتحليل لاعتمادها على قيم رقمية.
-5اقتصادية في الوقت والتكلفة وتوفر الجهد.

-عيوب الاختبارات النفسية:

-1تتوقف نتائجها على عوامل متعددة مثل اتجاهات المريض ومستوى التدريب الأخصائي وطبيعة الاختبار.
-2تكون الاختبارات مضللة إذا أسرفنا في استخدامها دون وعي.
-3قد تؤدي إلى تشكيل علاقة بين الأخصائي النفسي والمريض غير مرغوب فيها
-4لا تناسب بعض المرضى الذين يعانون من عجز معين أو الأميين.
5- تؤدي إلى الانصراف عن المتغيرات البيئية تماماً.

ملاحظة: تجدون في صفحة الفيسبوك المشتركة للطلبة اضافات تدعيمية كنت سلمتها لكم قبل العطلة .

بالتوفيق أعزائي الطلبة