

الفصل الثاني

التقويم التشخيصي والتصنيف

لأمراض الأطفال النفسية

بغض النظر عن التوجه النظري ، فإن أكثر علماء النفس العياديين والمتخصصين بالصحة النفسية للأطفال ، يتفقون على أن التقدير والتقويم التشخيصي ، مطلب ضروري من أجل العلاج الناجح للاضطرابات النفسية . إن الطبيعة الخاصة للطرق المطبقة وأهداف التقدير والتشخيص ، تختلف استناداً إلى النموذج الإكلينيكي الذي يعتمد المعالج في النظر للاضطراب . مثلاً ، ربما تطبق طرق التقدير والتقويم التشخيصي كمحاولة لتحديد الصفات الشخصية للطفل والطبيعة الأساسية التي تقف خلف مشكلاته النفسية بحيث يمكن علاج الأسباب المحدثة للاضطراب . ويمكن لطرق التقويم التشخيصي أن تتوجه إلى أشكال السلوك الملحوظ أكثر من التركيز على العوامل المسببة والكامنة . ففي الحالة الأخيرة ، يركز المعالج السريري على أشكال السلوك الخاصة التي تقود إلى إحالة الطفل ، وعلى المحيط والسياس الذي يظهر فيه هذا النوع من السلوك ، والعوامل التي تعتبر بمثابة معززات تحافظ على الاضطراب والسلوك الشاذ في بيئة الطفل نفسه . . وفوق ذلك فإن أكثر المعالجين ينظرون إلى التقدير والتقويم التشخيصي على أنه خطوة هامة جداً ، ويستعملون فيه طرقاً وتقنيات تقويمية وتشخيصية متنوعة لبلوغ الأهداف المراد الوصول إليها .

ويعتمد الاختصاصيون على تصنيف Classification الاضطرابات النفسية ، مدفوعين جزئياً على الأقل ، بأن تناذرات (التناذر هو اجتماع لعدة أعراض متلازمة تشكل مرضاً مستقلاً ، ولذلك يسمى التناذر متلازمة أو زملة) خاصة يمكن أن تتواجد ، وأن هذه الاضطرابات ذات طبيعة خاصة وعوامل سببية محددة. وفوق ذلك فقد افترض أنه من أجل علاج فعال يجب إجراء تشخيص مناسب ودقيق. ولعدة سنوات مضت ، وضعت طرائق متنوعة للتصنيف ، وكما سنرى ، فإن بعضها أكثر صلة باضطرابات الأطفال النفسية ويركز عليها بدقة أكثر من غيره. وسنبحث في هذه الفصل طرق التقدير والتقويم التشخيصي النموذجية المستعملة مع الأطفال ، كما سنبحث عدة اتجاهات لتصنيف اضطرابات الأطفال النفسية والسلوك المرضي أو الشاذ عندهم ، وفوائد هذه التصنيفات ومساوئها. وسنركز على تقنيات التقدير والتقويم التشخيصي السلوكي القديمة والحديثة الخاصة بالأطفال.

مقابلة الطفل والوالدين :

إن الطفل ووالديه من أهم مصادر المعلومات التي نحصل عليها حول سلوك الطفل. إن أكثر المعلومات التي نحصل عليها من المدرسة ، إذا كان الطفل في سن المدرسة ، ومن المصدر الذي أحاله إلينا للعلاج ، إذا لم يكن المدرسة أو الأهل ، ومن الطبيب المعالج الذي تعالج عنده أخيراً. وعن طريق هذه المعلومات (التي يتم دعمها باستخدام الاختبارات النفسية) يتأكد المعالج النفسي مما إذا كان سلوك الطفل سويًا أم شاذًا بالنسبة إلى عمره وبيئته وللعوامل التي تساهم في صعوباته. هذه كلها يجب تحديدها بدقة لمعرفة نوع الاضطراب الذي يعانيه الطفل. وسنركز الآن على مصدرين أو تقنيتين من تقنيات التقويم التشخيصي والتقدير في الحصول على المعلومات عن الطفل وهما: مقابلة الوالدين ، ومقابلة الطفل ، ثم نبحث في الاختبارات النفسية.

مقابلة الوالدين :

إن مقابلة الوالدين هي الخطوة الأولى في عملية التقويم والتقدير. فالوالدان في العديد من الحالات ، هما أول من يلاحظ حالة الطفل وسلوكه ويلاحظان

نموه وأشكال سلوكه المميزة في مواقف عديدة. ونتيجة لذلك فإنهما قادران على تقديم معلومات مفصلة أكثر من مجرد ملاحظة سلوكه في العبادة أو في المنزل. ففي مثل هذه الحالات التي يكون للأهل فرصة ضعيفة في ملاحظة سلوك طفلهم أو غير قادرين على تقديم المعلومات الضرورية ، فإن مقابلتها يمكن دعمها من كل من له علاقة بالطفل .

في مقابلة الأهل (أو من يعتني بالطفل) يحاول عالم النفس المعالج الحصول على المعلومات المتعلقة بالطبيعة الخاصة لمشكلة الطفل وسلوكه ، ومدى دوام هذا السلوك المشكل أو المضطرب واستمراريته ، وطبيعة الأحداث المهيأة ، والمواقف التي ظهر فيها ، وكيف استجاب الطفل لهذه المواقف والأحداث ، وردود فعله على الآخرين المحيطين به ، ومحاولاته السابقة في التكيف مع المشكلة ومواجهتها. إضافة إلى ذلك ، يحاول عالم النفس المعالج الحصول على معلومات حول التاريخ النمائي للطفل (متى استطاع الوقوف ، والمشي ، والنطق ، والتدريب على الإخراج . .) ، وكذلك التاريخ الطبي (الحمل ، وعملية الولادة وظروفها ، والصدمات والأمراض . .) ، والأداء المدرسي (دخول المدرسة ، الرسوب ، التحصيل . .) ، والعلاقات الاجتماعية مع الأهل والآخرين. وخلال المقابلة يحاول المعالج أن يحدد اتجاهات الأهل ومواقفهم من موضوع تربية الطفل ورعايته ، وتوقعاتهم حوله ، وعلاقة اتجاهاتهم وسلوكياتهم بمشكلة الطفل أيضاً.

ومع أن المعلومات التي نحصل عليها من مقابلة الأهل هامة ، إلا أنها عرضة للتشويه والتحيز. فقد يتجاهل الأهل ذكر بعض الموضوعات عن قصد أو غير قصد ، وقد تكون هذه الموضوعات ذات أهمية كبيرة. ومن جهة ثانية فربما لا يعرض الأهل معلومات تتعلق بالدور الذي لعبوه في خلق مشكلات الطفل وبذلك لا يكونوا موضوعيين. ولذلك يجب دعم هذه المعلومات بمعلومات أخرى من مصادر مختلفة ذات صلة بالأهل والطفل .

ففي إحدى الدراسات التي قام بها جراهام وروتر (١٩٦٨) حيث وصف طرق المقابلة التي يستعملها المعالجون النفسيون للحصول على المعلومات من

الأهل حول سلوك طفلهم في السنة الأخيرة. ففي القسم الأول للمقابلة تم سؤال الأم عما إذا كان الطفل قد عاش مشكلات سلوكية أو مشكلات عصبية فكان الجواب بالنفي. ثم انتقل الباحث للسؤال الثاني ، إذا ذكرت المشكلات وكانت موجودة عند الطفل ، سئلت عما إذا كانت هناك مشكلات إضافية. كما طلب الحصول على معلومات إضافية عن المشكلات التي ذكرت (مثلاً ، إذا كانت المشكلة أسوأ مما ظهرت عند الطفل لمثل سنه ، فالسؤال كان حول المحاولات التي أتبعته التعامل معها ، وكيف استقبلت الأم ذلك ، وما الذي يجعل المشكلة أحسن أو أسوأ ، ومعرفة تكرار السلوك وأين حدث. .). أما القسم الثاني للمقابلة ، فقد سأل الباحثان ٣٦ سؤالاً يتعلق بحدوث السلوك المشكل الذي له الأهمية الكبرى. مثلاً سئلت الأم عما إذا أظهر الطفل مخاوف خاصة ، أو سلوكاً لا اجتماعياً ، أو نشاطاً زائداً ، أو تبلل الفراش. . . وبالنسبة لكل مشكلة من هذه المشكلات السلوكية المذكورة ، حاول الفاحص الحصول على مزيد من المعلومات تشابه تلك التي حصل عليها في القسم الأول.

إن طريقة المقابلة ، قد استعملت من قبل ٢٦٨ أم لأطفال تتراوح أعمارهم بين العاشرة والحادية عشرة من العمر ، تم اختيارهم على أنهم يعانون مشكلات سلوكية (وقد تمت مقابلة ٣٦ أم مرة ثانية في وقت لاحق). وكان تقدير كل إجابة من الإجابات على الأسئلة الست والثلاثين ، يتراوح بين ٤ درجات: لا يوجد شذوذ ، يشك بوجوده ، شذوذ واضح ولكنه غير محدد ، شذوذ واضح ومحدد تماماً (وكلمة شذوذ تعني الاضطراب وأعراضه). وبتطبيق هذه الطريقة حصل جراهام وروتر على معطيات تتعلق بصدق هذه التقديرات ودرجة التجانس بين المعطيات التي تم الحصول عليها بهذا الاختبار مع تلك التي حصل عليها في المقابلة الموجهة (في القسمين الأولين المذكورين سابقاً). وقد وجد أنه حين يكون الفاحصان أو المعالجان قد أجريا نفس الاختبار والمقابلة الموجهة ، فإن الترابط بينهما ٨١٪ مما يدل على اتفاق عال حول الشذوذ وسوء التكيف الحاصل.

إن حالات سوء التكيف في بعض المشكلات الخاصة (مثل النشاط الزائد ،

والسلوك اللااجتماعي) اعتمدت على الاستجابات الخاصة بالبنود (أو الأسئلة الـ ٣٦) ويتبين أنها ذات ثبات جيد. إن التقديرات حول مستوى سوء التكيف ، اعتمد على الاستجابات التي تم الحصول عليها من الأمهات في المقابلتين المختلفتين ، وقد تبين أن ثباتها بحدود ٦٤٪ (درجة الترابط $r = ٠,٦٤$). وقد لاحظ الباحثان أن الأمهات غالباً ما فشلن في تقرير المشكلات تلقائياً في المرحلة الأولى ، بينما العكس كانت هذه المشكلات واضحة وتم التعبير عنها في المرحلة اللاحقة للمقابلة الموجهة. لقد قوبلت الأمهات مرتين وأظهرن ثباتاً جيداً في تقريرهن للمشكلات كما بينتها معامل الترابط بحدود ٦٤٪.

تبين نتيجة هذه الدراسة أن المعلومات التي يتم الحصول عليها من المقابلة الموجهة يمكن استعمالها من قبل المعالجين النفسيين من أجل الوصول إلى أحكام موثقة حول مستوى سوء التكيف (وشذوذ السلوك) ولكن الأهل غالباً ما يكونوا غير ثابتين في إدراكهم مشكلات أطفالهم كما يفشلون في التعبير والقول عن المعلومات الهامة ذات المغزى خلال المقابلة الموجهة أو المفتوحة. يبدو أنه من أجل الحصول على معلومات عن المشكلات السلوكية المميزة ، فإن الجمع بين المقابلة الموجهة والمفتوحة ذات فائدة جيدة. إن فائدة المقابلة الموجهة مع الوالدين قد درسها العديد من العلماء مثل هيجنك وبراون وويت (Herginc, Brown, Wheatt).

مقابلة الطفل:

إضافة إلى مقابلة الوالدين فإن لمقابلة الطفل أهميتها الكبيرة أيضاً. فمع الأطفال الذين يفتقدون للمهارات اللفظية المتطورة ، يمكن إجراء المقابلة في مكان اللعب حيث ينشغل الطفل. وبالإضافة للحصول على معلومات عن سلوكه الظاهر (كيف ينفصل عن أهله ويأتي للمقابلة) ومن خلال المحادثة معه يمكن أن نقول إن لعبه قد يعكس خصائص الشخصية ، وإن مثل تلك الأنشطة واللعب التي يقوم بها تزود تبصراً في طبيعة مشكلاته. وفوق ذلك فإن اختياره للألعاب والمواد التي يلعب بها (كالمسدس مثلاً) قد يشير إلى السلوك العدواني. ومن المفيد ملاحظته في غرفة اللعب. وبالرغم من أن هذه

المعلومات التي نحصل عليها بالملاحظة مفيدة ، فإن صدقها وثباتها موضع تساؤل . ومع الأطفال في نهاية مرحلة الطفولة وبداية المراهقة ، تأخذ المقابلة شكل التواصل اللفظي بين الفاحص والمفحوص (الطفل). ويجب الانتباه إلى أن نمو العلاقة والمودة والحفاظ عليها ، ذات أهمية كبيرة في هذه المرحلة من العمر بشكل خاص . إن العديد من الأطفال في البداية يقاومون تكوين مثل هذه العلاقة مع الفاحص حتى يتعلموا أن هذا الشخص يمكن الثقة فيه ، وأنه يجب تقبل سلوكه كاملاً حتى يقدم المساعدة. إن عدم وجود مثل هذه العلاقة التعاونية يزداد بزيادة وجود القلق عند الطفل في مثل هذا الموقف مما يعيق بحث العديد من النقاط الهامة في المقابلة. لذلك يجب أن نغير انتباهنا خاصاً لمثل هذه العلاقة من أجل تسهيل التواصل اللفظي مما يتيح المجال للحصول على المعلومات الهامة المتعلقة بمشكلات الطفل .

بالرغم من النوعية الخاصة والمميزة للمعلومات التي يتم الحصول عليها عن طريق المقابلة ، فإنها تختلف استناداً إلى طبيعة المشكلة موضوع البحث والعلاج فإن المصادر الأخرى المتاحة للمعلومات يجب الحصول عليها والتعامل معها بدقة . والجدول التالي يضم عدداً من المجالات التي يحاول الفاحص الحصول عليها عن طريق المقابلة .

المجال:

أمثلة عن المواد الخاصة في كل مجال

لكل الأعمار:

المشكلة التي دفعت لإحالة الطفل للعلاج . ما هي المشكلة الرئيسية التي يعتقد الطفل أنه يعانيها؟

هل يعتقد بأن هذه المشكلة تتطلب إحالة للعلاج؟

ما هي المساعدة التي يعتقد الطفل أنه بحاجة إليها؟

الاهتمامات:

ماذا يرغب الطفل بعمله (في وقت الفراغ)؟

ماذا يرغب عمله وحده؟ ومع الأصدقاء؟ ومع أعضاء أسرته؟

المدرسة :

ما الشيء الذي يفضله الطفل كثيراً في المدرسة وما الذي يحبه أقل شيء؟

ما مشاعره حول مدرسته؟ وما هي درجاته في المواد الدراسية؟

الأصدقاء والأقران :

من هم الأطفال الذين يلعب معهم؟ ومن هم أصدقاؤه؟ وماذا يعملون عندما

يجتمعون؟ ومن من الأطفال يكرهه؟

العائلة :

ما هي علاقة الطفل بأسرته؟ وماذا يعملون حين يبدي كرهه لشيء ما؟

وما الذي يجعله غاضباً؟

ما هي نوعية علاقته بوالديه ومع أخوته من الجنسين؟ وما الذي يحبونه

ويكرهونه في الطفل؟

المخاوف والقلق والانشغال :

ما هي الأشياء التي يخافها الطفل؟ ما الذي يجعله عصبياً؟ وما الأشياء التي

تقلقه؟

صورة الذات :

ما الذي يحبه ويكرهه الطفل في نفسه؟ ما الذي يفعله بصورة جيدة بالنسبة

إلى أقرانه؟ وكيف يصف ذاته وقيمها؟

المزاج والمشاعر :

ما هي الأمور التي تجعله حزينا أو سعيداً؟ وكيف تحدث مثل هذه الأمور؟

ماذا يغضبه؟ وماذا يفعل حين يكون غاضباً؟

أعراض جسمية :

هل يعاني من صداع أو آلام في المعدة؟ أو أية شكاوى أخرى؟

هل يعاني من الألم؟ كيف يحدث؟ وماذا يفعل حياله؟

اضطرابات التفكير:

هل يسمع الطفل أو يرى أشياء تبدو مضحكة أو غير عادية؟

يجب أن يصف ذلك.

المطامح:

ما الذي يرغب في عمله خلال حياته؟ وماذا يطمح أن يكون؟

ما هي الأشياء التي يرغب أن ينجزها عندما يكبر؟

أحلام يقظة وتخيلات:

ما هي الأشياء التي يحلم فيها كثيراً خلال النهار؟ إذا كان عنده ثلاث رغبات

فقط فما هي؟

للمرافقة:

العلاقات الجنسية الطبيعية:

هل للمراهق أية تجربة جنسية سابقة؟ وما هي الأنشطة التي مارسها مع

الجنس الآخر؟ وكيف يشعر تجاه الجنس الآخر؟

الجنس:

ما هي الاهتمامات الجنسية التي عنده الآن؟ وما موقفه من الجنس قبل

الزواج؟ هل يخلق ذلك صراعات مع والديه؟

استعمال الكحول والعقاقير:

ما هي المواد التي استعمالها - إذا حدث - خلال حياته وهل هناك أصدقاء له

يمارسون هذه العادات؟

لقد تزايد الاهتمام حديثاً بإجراء المقابلات الموجهة مع الأطفال

والمراهقين والراشدين. ووضعت مقاييس عديدة من أجل ذلك. فهناك مقياس

أو جدول تقدير الطفل (ورمزه CAS) الذي طوره هودج ورفاقه (Hodeg, Klein, Fitch 1981).

تعتبر هذه الأداة التقييمية بمثابة مقابلة موجهة Structured interview تتألف من قسمين: الأول ، يسأل الطفل عدداً من الأسئلة (بحدود ٧٥ سؤالاً تقريباً) تغطي عدداً من الموضوعات التي تبحث في الأنشطة والهوايات ، والمدرسة والأصدقاء والأسرة والخوف والمشاعر والقلق والمزاج ، ومشكلات صحية ، والغضب واضطراب التفكير وغيرها. واستجابة الطفل لكل هذه الموضوعات تشير إلى الدرجة التي يصف فيها الطفل صفاته الخاصة وأوضاعه الشخصية. ويجب الانتباه إلى أن المقابلة تتضمن عدداً كبيراً من الأسئلة تتجمع وفقاً للموضوعات التي يتم بحثها. إنها تمكن الفاحص من الحصول على المعلومات الضرورية في سياق النقاش الملائم أفضل من أن تقيد ضمن أسئلة محددة بشكل منعزل في غير سياقها الطبيعي. وتستغرق هذه المقابلة عادة ٤٥ دقيقة إلى ساعة.

أما القسم الثاني لهذه الأداة يتضمن ٥٣ بنداً يجيب عنها المفحوص بعد إنهاء المقابلة. وهذه البنود ترتبط بمجالات مثل مستوى النشاط الحركي ، التبصير ، التعبير الانفعالي ، التفاعل البينشخصي (المتبادل مع الآخرين) ، عمليات الكلام ، والتفكير وغيرها.

ويمكن توزيع هذه المعلومات بحيث ينظر إليها بطريقتين ، من الناحية النوعية ، يمكن استعمالها لتقديم معلومات تتعلق بنوعية المشكلات الخاصة والمحددة بذاتها ويمكن مقارنتها مع الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية باعتباره معياراً تشخيصياً ، ويمكننا الحصول على انطباع تشخيصي أيضاً. إن أنواع عديدة من المعلومات قد وضعت في هذه الأداة من أجل بلوغ الدقة والصدق وقد تبين من خلال الدراسات الترابطية حين تكرار استعمال هذه الأداة في المقابلة أن درجة الترابط بلغت ٩٠٪. إن الحقائق والمعطيات التي نحصل عليها من المقابلة قد بينت قدرتها التمييزية بين المرضى النفسيين خارج المشفى وأولئك الذين دخلوا المشفى للمعالجة ،

وبين الأسوياء أيضاً. وقد أشارت نتائج أخرى إلى أن الاضطرابات النفسية التي تظهر عن طريق المقابلة باستخدام هذه الأداة ترتبط جيداً مع المقاييس التي طبقت على والدي الأطفال في تشخيصها لمشكلاتهم ، مما يدل على فائدة استعمال هذه الأداة في البحوث النفسية والممارسة العلاجية .

وبغض النظر عن النتائج المتعلقة بصدق وثبات المقابلة الموجهة التي تستخدم أدوات قياس وتقويم مثل CAS فإن هناك معلومات ضئيلة نسبياً حول صدق المقابلة غير الموجهة التي تستعمل في الجلسات السريرية .

الاختبارات النفسية في التقويم التشخيصي للطفل: إن أكثر الاختبارات النفسية استعمالاً في التقويم التشخيصي للطفل تتضمن اختبارات النمو (المصممة لتقدير الانحرافات والاضطرابات العقلية والحركية الاجتماعية خاصة في مرحلة المهد) وكذلك اختبارات الذكاء (المستخدمة مع الأطفال لقياس قدراتهم العقلية العامة ، وأدائهم وتحصيلهم) واختبارات التحصيل والإنجاز (المستخدمة في قياس التحصيل المدرسي) ومقاييس الشخصية (الإسقاطية والموضوعية) المصممة لتقدير صفات الشخصية وأنماطها والأعراض المرضية التي يمكن أن تظهر عند الطفل . وستحدث باختصار عن بعض هذه المقاييس التقديرية التشخيصية .

التقويم التشخيصي والقياس المتعلق بسير النمو:

إن مقياس بابلي لقياس نمو الرضيع (المولود) / بابلي ١٩٦٩ / هو مقياس يطبق بشكل فردي لتقويم مستوى نمو الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢ و ٣٠ شهراً ويتضمن المقياس ٢٤٤ بنداً تتدرج وفقاً لمستويات النمو المعرفي (١٦٣ بنداً) والنمو الحركي (٨١ بنداً). والبند الثلاثون لتقرير السلوك عند المولود والتي تطبق بعد الاختبار ، تزود بأداة لتقدير المظاهر السلوكية المختلفة (مثل المخاوف ، مستوى النشاط ، التحمل ، رد الفعل) ومن أمثلة بنود المقاييس العقلية والحركية في هذا الاختبار

ما هو موجود في الجدول التالي :

أمثلة من بنود اختبار بابلي لقياس مستويات الأعمار الست		
العمر التقديري	المقياس العقلي	المقياس الحركي
٢ شهراً	التعرف على الأم	يرفع جسمه بذراعيه
٤ أشهر	تحويل الرأس تجاه الصوت	الجلوس بمساعدة
٦ أشهر	النظر إلى ملعقة تسقط	الجلوس بمفرده لمدة ٣٠ ثانية أو أكثر
١٢ شهراً	تقليب صفحات كتاب	يمشي لوحده
٢٤ شهراً	تسمية ٣ أشياء	المشي بانتظام واستقامة
٣٠ شهراً	فهم ثلاث من حروف الجر	المشي على أصابع القدم

يستغرق تطبيق الاختبار من ٤٥ دقيقة حتى ساعة تقريباً. وعندما نحصل على الدرجات ، فإنها تعتبر مؤشراً للنمو العقلي والنفسي الحركي معاً. إن هذه المقاييس ليست مفيدة في تقدير الأطفال الصغار فقط ، ولكنها ذات فائدة في تقدير الأطفال الذين ينخفض أداؤهم ووظائفهم العقلية والحركية ، ويكون أداؤهم أقل في اختبارات الذكاء. وفي حين أن الدرجات التي نحصل عليها في اختبار بابلي تشبه تلك الموجودة في مقاييس مستويات النمو الأخرى ، إلا أنها فقيرة في قدرتها التنبؤية بالقدرات العقلية (Schwartz and Johnson, 1985).

آ- إن هذا المقياس مفيد باعتباره أداة فرز في تمديد مشكلات النمو الحادة والمتطرفة عند الأطفال. لقد تبين في معظم الدراسات أن اختبار بابلي هو أفضل اختبار لقياس مظاهر النمو عند المواليد والأطفال (Godnon, Stein, 1983).

ب - اختبار مينسوتا لتقدير نمو الطفل (Minnesota Child Development Inventory MCDI). ويختلف اختبار مينسوتا لقياس نمو

الطفل عن اختبار بابلي من حيث إنه يطبق من قبل والدة الطفل بدلاً من أن يطبق بشكل منفرد. كما أنه يقيس مظاهر نمو الأطفال حتى عمر السادسة. ويتضمن الاختبار (٣٢٠) بنداً من نوع «الصح والخطأ» تتعلق بأشكال السلوك المرتبطة بمجالات أو مظاهر النمو المختلفة (النمو الحركي ، النمو اللغوي ، الانفعالي ، ونمو الشخصية والنمو الاجتماعي). ويعتبر هذا المقياس أداة فرز تدعم تقنية المقابلة وخاصة مقابلة الوالدين .

ج - المقاييس التي تقيس مظاهر النمو المتنوعة : إضافة للاختبارين السابقين هناك اختبارات أخرى لقياس النمو تستعمل في الممارسة السريرية منها : اختبار دينفر لفحص النمو Denver Development Screening Test ، واختبار إيليون لقياس القدرات اللغوية النفسية Illinois Test of Psycholinguistic Abilities واختبار مكارثي لقياس قدرات الأطفال McCarthy Scale of Children Abilities . ولاختبار مكارثي أهمية كبرى لأن بالإمكان استعماله مع اختبار بابلي . فإذا استعملنا اختبار بابلي الذي يقيس نمو الأطفال حتى سن الثلاثين شهراً ، فبإمكاننا بعدها استعمال اختبار مكارثي لقياس الأطفال الذين تمتد أعمارهم من الستين والنصف حتى الثامنة والنصف ، وهذا ما يتيح للفاحص الحصول على تقديرات لمظاهر النمو الرئيسة (اللفظية ، والإدراكية ، والمعرفية) التي تعطي جميعها مؤشراً للنمو العقلي بالإضافة إلى الدرجات التي تعكس القدرات الحركية والذاكرة . ويمكن تطبيق هذا المقياس أيضاً على الذين تزيد أعمارهم عن السن الذي وضع من أجلهم الاختبار كما هو الحال في اختبار بابلي . وبغض النظر عن هذه الميزة فإنه لم يستخدم بنفس الدرجة التي يستعمل فيها اختبار بابلي . وربما يعزى ذلك إلى وجود مقاييس لقياس ذكاء الأطفال تناسب هذه الأعمار وتقدم مؤشراً للنمو العقلي .

التقدير العقلي (مقاييس القدرات العقلية) :

آ - اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء . يعتبر هذا الاختبار تعديلاً للاختبار الذي وضعه بينيه وسيمون من أجل التنبؤ بالتحصيل الدراسي . وقد عدله عالم النفس الأمريكي تولمان في جامعة ستانفورد عام ١٩١٦ . وللإختبار شكلان كما يقيس

ذكاء الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين السنتين والثامنة عشرة. وتوزع البنود استناداً إلى مستوى العمر ، ففي كل مستوى عمري تمثل البنود مهمات تناسب الأفراد المتوسطين الذين بإمكانهم إنجازها في هذا العمر. ومع أن الاختبار يتضمن أنواعاً عديدة من البنود إلا أن فيه الكثير من المواد المتعلقة بالقدرات اللفظية وخاصة في المستويات العمرية العليا. ولذلك فإن اختبار ستانفورد بينيه غالباً ما ينظر إليه على أنه اختبار لفظي للذكاء. ويستخدم هذا الاختبار بشكل موسع من قبل علماء النفس لقياس القدرات العقلية للمتخلفين عقلياً والأسوياء إضافة إلى استخدامه لأغراض البحث العلمي. ويعتبر هذا الاختبار من أهم وأفضل مقاييس الذكاء.

ب - اختبارات ويكسلر لقياس ذكاء الأطفال (WISC-R). يعتبر ثاني أوسع الاختبارات العقلية استخداماً وهو تعديل لاختبار ويكسلر لقياس ذكاء الأطفال. ويتألف من بنود موزعة في مقاييس فرعية ، لفظية وعملية. وبذلك يمكننا الحصول على معدل الذكاء اللفظي ، ومعدل الذكاء العملي ، ومعدل الذكاء العام. إن درجات حاصل الذكاء اللفظي والعملي تعكس عدداً من الاختبارات الفرعية التي تغطي قدرات متنوعة. فالمقاييس اللفظية تعين الدرجة التي تظهر اكتساب الطفل للمعلومات العامة من البيئة ، واكتساب المفاهيم ، والتفكير المجرد ، والتعرف ، والمحكمة والذاكرة. في حين تغطي الاختبارات أو المقاييس العملية: الانتباه للتفاصيل ، والمهارات البصرية الحركية ، والقدرة على التخطيط وقدرات أخرى.

وعلى العكس من اختبار ستانفورد بينيه ، فإن اختبار ويكسلر لا يجمع البنود وفقاً لمستويات العمر ولكنه يرتبها في اختبارات فرعية لقياس مهارات محددة وفقاً لمستوى صعوبتها. كما يتيح الاختبار المقارنة بين القدرات العملية واللفظية للمفحوصين وتقويم أدائهم في الاختبارات وتحديد المجالات التي يبدون فيها القوة أو الضعف. إن هذا الاختبار لم يستعمل لأغراض عيادية فقط وإنما لأغراض مدرسية ، حيث وضع ويكسلر اختباراً لقياس ذكاء أطفال ما قبل المدرسة حيث يقيس ذكاء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من أربع سنوات حتى السادسة والنصف.

ج - اختبار ويكسلر لقياس الشخصية وتقديرها. لقد افترض أن مقياس ويكسلر تستعمل لأغراض التقويم العقلي فقط ، ولكن هذا غير صحيح لأن بالإمكان استخدامها لقياس الشخصية. فالأفراد الذين تقدم لهم معلومات تتعلق بسمات شخصيتهم وطبيعة مشكلاتهم النفسية من خلال استجاباتهم للبنود الفرعية المحددة ، تقدم لنا تقديراً هاماً للشخصية مثلاً الاستجابة بضمير (أنا me) ربما يقدم تبصراً حول مفهوم الطفل عن ذاته والطفل الذي يجيب عن بنود الفهم والاستيعاب مثل ما الذي تفعله عندما تقطع إصبعك؟ فالطفل الذي يجيب بكلمة الموت تختلف عن استجابة الطفل الذي يقول نغسلها ونضع عليها معقماً.

ويمكن الحصول على معلومات مفيدة خلال تحليل النتائج التي نحصل عليها من الاختبارات الفرعية. مثلاً الفروق بين درجات الذكاء اللفظية والعملية أو الدرجة التي تنحرف فيها درجات الاختبارات الفرعية عن المتوسط بالنسبة لكل من المقياسين اللفظي والعملية. فللأغراض السريرية ربما يرتبط التفوق أو الضعف في المقياس الفرعية بصفات الشخصية ونوع الاضطراب النفسي. وقد وصف ويكسلر عام ١٩٥٨ وبعده ماتراسو أشكالاً من أنماط التفكير المرتبطة باضطرابات نفسية محددة. أما بالنسبة لصدق اختبار ويكسلر في تقويم الشخصية فلا توجد دراسات كافية حول ذلك.

د - اختبارات أخرى لقياس الذكاء. إضافة لاختبارات ستانفورد بينيه وويكسر لقياس الذكاء ، فإن هناك اختبارات غير لفظية Nonverbal Tests وضعت لتقدير الوظائف العقلية المعرفية والتي تعكس الذكاء منها اختبار كولومبيا لقياس النضج العقلي The Columbia Mental Maturity Scale (Burgermisen, Blum, Lorge 1972) ومقياس لايتير لقياس الأداء العام (Liter 1969) واختبار الذكاء غير اللفظي الذي وضعه Broom وزملاؤه عام ١٩٨٢. إن كل هذه الاختبارات مفيدة في تقدير الأطفال المعاقين الذين يعانون من ضعف في المهارات اللغوية.

اختبارات التحصيل وقياس الإنجاز :

هناك عدد كبير من مقاييس التحصيل والإنجاز أهمها اختبار الإنجاز العريض والموسع (Wrat) الذي وضعه جاستاك ١٩٧٨ ، وقد استعمل بشكل موسع من قبل علماء النفس لسهولة تطبيقه كجزء من بطارية اختبارات ، ولأنه يزود بدرجات التحصيل الأكاديمية . ويتضمن الاختبار ثلاثة موضوعات هي التهجئة والحساب ويمكن تطبيقه على الأفراد بين سني الخامسة والرشد . ويتم قياس إنجاز القراءة من خلال التعرف على الأحرف والكلمات ، أما التهجئة عن طريق كتابتها حسب الأحرف ، أما الحساب فاستناداً لاختبار الوقت (١٠ دقائق) والتي تضمن العد وقراءة الأعداد وحل بعض مشكلات الكتابة . ويعتبر هذا الاختبار شائعاً بسبب سهولة تطبيقه ولكونه يقدم تقديراً دقيقاً بمستويات الإنجاز والتحصيل في المجالات الثلاث المذكورة سابقاً وبغض النظر عن شيوع هذا الاختبار واستعماله فإن هناك عدداً من التساؤلات حوله ، فقد اعتبر أنه يقلل من مستوى الإنجاز للمفحوص وأنه يقيد القدرات المقاسة في مجالات محددة فقط . إلا أن الملاحظة الهامة وهي في وجوب اقتصار استعماله على الحالات العلاجية السريرية المتعلقة بالإنجاز والتحصيل . فإذا كان الأمر يتعلق باتخاذ قرارات هامة حول العمل المدرسي أو العلاج أو إعادة التأهيل ، وما يماثلها ، فإن مقاييس أخرى وتقويم تشخيصي إضافي يجب استعماله .

وهناك عدد من الاختبارات لقياس التحصيل بعضها يطبق بشكل فردي ، منها البطارية النفسية التربوية للعالمين ودكوك وجونسون (W-JPEB) والتي تزود بمقاييس للتحصيل في مجالات علمية متنوعة ، كالعلوم الاجتماعية واللغة المكتوبة ، إضافة إلى أنها تغطي مجالات القراءة والرياضيات . ثم هناك بطارية كوفمان لقياس وتقدير الأطفال (KABC) الذي يقيس التحصيل أيضاً كاللغة والحساب والقراءة باعتبارها جزءاً من بطارية عامة من الاختبارات التي تطبق بشكل جماعي . ويجب الانتباه إلى أن هذه الاختبارات مصممة لتقدير المستوى العام للأداء في مجالات عديدة ، وهناك

مقاييس أخرى تقدم معلومات حول أداء الأطفال وإنجازهم في مجالات محددة وتفيد في العمل التشخيصي لكشف بعض أشكال العجز أو التقصير الأكاديمي . وتفيد هذه الاختبارات أيضاً في وضع الخطة العلاجية لأمراض الأطفال النفسية .

قياس الشخصية وتقديرها :

التقنيات الإسقاطية :

من بين طرق التقويم المستعملة في قياس الشخصية : الطرق الإسقاطية ، وهي متعددة منها اختبار رورشاخ ، واختبار تفهم الموضوع (TAT) ، واختبار رسم الرجل (DAT) ، واختبار تكلمة الجمل . وجميع هذه الاختبارات متشابهة . إنها ، أولاً تستعمل غير محددة أو غير بنائية نسبياً من حيث هي مثيرات ، ثانياً ، تستند جميعها إلى فرضية الإسقاط ، التي تقول : إن الشخص يضمن صفات شخصيته وصراعاته خلال استجاباته على هذه المثيرات غير المحددة . إن هذه التقنيات الإسقاطية تعين مستويات متنوعة للشخصية أكثر منها في الاختبارات المحددة البناء .

اختبار رورشاخ : وهو من الاختبارات الإسقاطية المشهورة ، ويستخدم عيادياً مع الأطفال والراشدين ، كما أنه كان موضوعاً للعديد من الدراسات والبحوث التجريبية .

يتألف الاختبار من ١٠ بطاقات عليها بقع حبر ، نصفها بالأبيض والأسود ونصفها الآخر ملونة . ويتطلب تطبيقه إحضار البطاقات العشرة ، وتعرض على المفحوص كل بطاقة بالترتيب ، ويطلب من أن يقول ماذا يرى في كل بطاقة ، وعلى الفاحص أن يسجل هذه الإجابات ، وزمن الكمون أو الفترة التي تمر ريثما يستجيب وأشكال السلوك الخاصة التي يبديها حين الإجابة (مثل قلب البطاقة ، النظر للخلف . .) ويتم الحصول على كامل الإجابات لكل البطاقات . وتسمى هذه المرحلة من الإجابات مرحلة «التداعي الحر» . أما المرحلة الثانية ، فتسمى مرحلة «التحقق» والسؤال من أجل تحديد أين ومتى شاهد

المفحوص ما قاله وعبر عنه في المرحلة السابقة «مرحلة التداعي الحر» وتعرض البطاقات على المفحوص ثانية ، وتقرأ له استجاباته ، وسأل الفاحص المفحوص : أين رأى تلك الاستجابة في بقعة الحبر (الموقع في البطاقة). ثم يتحقق حول محددات الاستجابة (ما الذي دفع المفحوص لأن يرى ما قال أنه يراه في استجابته: هل كانت الاستجابة استناداً إلى الشكل ، أم الخطوط ، أم للون محدد في بقعة الحبر؟ في حالات أخرى ربما تكون الاستجابة متأثرة بالظل أو السواد ، في حين يرى آخرون الحركية فيها كما تبدو في استجاباتهم. إن هذا الفحص المتعلق بمكان التركيز ومحددات الاستجابة يتم إجراؤه بالنسبة إلى كل الاستجابات التي عبر عنها المفحوص لكامل البطاقات. وبعد جمع هذه المعطيات ، يمكن الحصول على درجة محددة باستعمال منظومات متعددة في تحديد الدرجات ، والأكثر استخداماً طريقة بيك Beack Method ، وطريقة كلوفر Klopher Method. وهذه بعض الفئات المعتمدة في وضع الدرجات والتصحيح.

الفئة	المغزى المقترح
R	ر : يعزى إلى عدد الاستجابات المقدمة للبطاقات العشر، والتي تعتبر متغيراً. مثلاً الأشخاص المصابين بالأفعال القهرية، يقدمون استجابات متنوعة، في حياة الاكتئابيين يظهرون عدداً أقل من الاستجابات.
W	و : عدد الاستجابات بالنسبة لكل بقعة حبر ، أكثر من التركيز على جزء معين منها . وترتبط هذه الدرجة بالقدرة التنظيمية ، كما ترتبط بالذكاء .
D	د : الشخص الذي يحصل على درجة عالية في D يستند في إجاباته إلى جزء معين من البقعة . ويعزى إلى استعمال تفصيلات أكبر في بعض أنظمة وضع الدرجات . ويستعمل الرمز (D) للإشارة إلى تفصيلات صغيرة وقليلة ، وتكثر عند القهريين .
S	س : تعكس مدى تأثر الاستجابات بالألوان ، كما ترتبط بدرجة التعبيرات الانفعالية التي يبديها المفحوص .
M	م : وتعزى إلى الاستجابات المتأثرة بالحركة . فالدرجات العالية في هذا المتغير ترتبط بالانطوائية والانغلاق ، والضبط الداخلي ، والتخيل وأحلام اليقظة .

إضافة لمنظومة الفئات هذه في وضع الدرجات فإن الاستجابات التي نحصل عليها يمكن تصحيحها ووضع درجاتها بالنسبة إلى عدد الاستجابات الشائعة (P) number of Popular response ، وإلى عدد الاستجابات الأصلية (O) number of Original response ، وإلى الأنواع المختلفة للمحتوى مثل التركيز على محتوى الاستجابات (H) Human ، وتفصيلات الإنسان (HD) Human Detail ، واستجابات الحيوان (A) Animal response ، والاستجابات التشريحية (AT) Anatomy response ، والجنس (S) Sex ، ويجب أن نلاحظ وضع الدرجات بالاختبار يستغرق وقتاً طويلاً.

بالنسبة لاستعمال الاختبار مع الراشدين ، فإن هناك عدداً من الباحثين قد ركزوا على استعماله مع الأطفال والمراهقين. فقد لاحظ هالبرن أن هناك عوامل متعددة يجب أن نأخذها في اعتبارنا عند استخدامه مع الأطفال. فمثلاً مع الأطفال الصغار يكون من الضروري أن نفحص الاستجابات فوراً بعد الحصول عليها أفضل من الانتظار حتى يتم الانتهاء من المرحلة الأولى (مرحلة التداعي الحر) ، لأن الاستجابة قد تنسى من قبل الطفل إذا تم الانتظار حتى المرحلة الثانية. وقد أشار هايبرن إلى أنه يجب أن نأخذ عامل النمو بعين الاعتبار حين نتعامل مع الأطفال؛ لأن استجابات المفحوص أي الطفل ترتبط بعمره ومرحلته النمائية. ثم إن النسبة المئوية للاستجابات الحيوانية والإنسانية تختلف باختلاف العمر. فتكثر الاستجابات المرتبطة بالحيوانات في مرحلة الطفولة بينما تقل في مرحلة الرشد. والعكس صحيح بالنسبة للاستجابات المتعلقة بالإنسان. وبشكل عام نقول: إن محتوى الاستجابات التي ترتبط بالحيوانات هي دليل عدم النضج.

اختبار تفهم الموضوع (TAT): وضع هذا الاختبار مورجان وموراي عام ١٩٣٥ ويستعمل للأطفال والراشدين. ويكمل اختبار الرورشاخ في تقدير الشخصية وتشخيصها. إنه يركز على المضمون ويهتم بالمظاهر التعبيرية والشكلية. وفي حين يكشف اختبار رورشاخ عن دفاعات الأنا

والحيل النفسية والبناء المرضي في الشخصية ، فإن اختبار تفهم الموضوع يكشف عن ديناميات الشخصية كالحوافز والحاجات والصراعات والعقد النفسية. ويتألف الاختبار من ٣١ بطاقة ذات صور فوتوغرافية. ولا يوجد وقت محدد للاختبار. وبعد أن يتأمل المفحوص الصورة يؤلف حولها قصة خيالية درامية تعكس تصوراته وديناميات شخصيته. ويترك له خمس دقائق لكل صورة. ويقوم الفاحص بتسجيل كلمات المفحوص وتداعي أفكاره حسب أرقام الصور كما يركز على درجة انتباه المفحوص وخاصة الجوانب التالية:

- ١ - بداية كل قصة .
- ٢ - نهاية كل قصة .
- ٣ - بطل القصة كمحور يلعب الدور الرئيسي .
- ٤ - موضوع القصة .
- ٥ - الدوافع الذاتية للمفحوص خلال التقمص والإسقاط .
- ٦ - الضغوط المحيطة به .
- ٧ - نتائج القصة .

ومن مجموع بطاقات الاختبار الـ ٣١ تصنف البطاقات في أربع مجموعات: اثنتان تطبقان على الذكور والإناث فوق سن الرابعة عشرة ، واثنتان تطبقان على الذكور والإناث لمن دون سن الرابعة عشرة . وبين البطاقات الحادية عشرة توجد بطاقة ملائمة لكلا الجنسين مشتركة بين الراشدين والصغار . ويفضل المعالجون النفسيون تطبيق عشر صور يختارونها حسب الحالة . وقد عدل موراي بعض الصور لتناسب مع الأعمار وخاصة الأطفال حيث استبدل صور الناس بصور حيوانات لسهولة إسقاط الطفل مشاعره عليها (ياسين ١٩٨١).

اختبار رسم الشخص: ويعتبر من الاختبارات الإسقاطية التعبيرية وقد وضعه ماك كوفر ١٩٤٩ . وتتلخص التعليمات فيه بما يلي:

١ - يطلب من المفحوص رسم شخص دون تحديد جنسه ، ثم يطلب منه أن يرسم شخصاً آخر من جنس غير السابق خلف الورقة . ويسجل الأخصائي النفسي ملاحظات ويطلب من المفحوص إنهاء الرسم إذا لم يكتمل .

٢ - في حالة الاختبار الجماعي يعطى كل مفحوص ورقتين ويطلب من واحد رسم شخصين أحدهما ذكر في الصفحة الأولى والثاني أنثى في الصفحة الثانية مع تسجيل جنس الشخص المرسوم . ومن خلال خبرة الباحث في اختبار جود نف لرسم الرجل لاحظ أن طفلين يحصلان على نفس نسبة الذكاء ، ولكن رسم كل منهما يحكي قصة مختلفة ، إن تطبيق الاختبار وتفسيره يستند إلى مفهوم إسقاط صورة الجسم في رسم الشخص . ويمكن للفاحص أن يسأل المفحوص عن : سن الشخص المرسوم ، وتعليمه ومهنته ومطامحه وعائلته ومدرسته . وقبل تطبيقه يفضل دراسة ما كتبه ماكوفر حول هذا النوع من الاختبارات وأمثلة عنها .

اختبارات إسقاطية أخرى : وهناك عدد من الاختبارات الإسقاطية المستخدمة مع الأطفال مثل : اختبارات إكمال الجمل ، واختبار رسم العائلة ، واختبار الصور السوداء .

تفسير التقنيات الإسقاطية :

إن الاختبارات الإسقاطية غالباً ما تستخدم مع الأطفال لتقديم فكرة عامة عن تفسير هذه التقنيات حين استخدامها لأغراض عيادية ويجب الإشارة إلى أن التفسيرات التي يقدمها الاختبار ، والتي أشرنا إليها سابقاً تخدم في توضيح نشوء تلك الافتراضات والتفسيرات من معطيات الاختبار الإسقاطي ، وتقديمها دليلاً على تفسير الاختبار . وأغلب علماء النفس يتفقون على أن المعطيات التي نحصل عليها من هذه الاختبارات يجب أن تشمل أيضاً معطيات أخرى من اختبارات أخرى تساعدنا في عملية التشخيص . فلا يوجد هناك اختبار واحد يقدم لنا صفات خاصة بالشخصية بشكل محدد .

صدق وثبات الاختبارات الإسقاطية : إن موضوع صدق وثبات الاختبارات

الإسقاطية هو خارج نطاق بحثنا الحالي . ولكن يجب الإشارة إلى أن العديد من البحوث قد أجريت حول صدق وثبات هذه الاختبارات على الأطفال والراشدين . وبشكل عام نقول إن هذه البحوث قد فشلت في دعم صدق هذه الاختبارات . وقد بين جيتلمان عام ١٩٨٠ بعد فحصه لمختلف الدراسات حول هذا الموضوع الذي طبق الاختبارات على الأطفال ملخصاً الوضع الحالي لهذه الاختبارات بمايلي (أحياناً تقول لنا هذه الاختبارات أشياء قليلة وفقيرة جداً عما نعرفه . باختصار نقول إن هذه الاختبارات تقدم لنا معلومات مفيدة سريرياً وعلاجياً في دراسة بعض الحالات الخاصة .

قياس الشخصية وتقديرها : الأساليب والاختبارات غير الإسقاطية :

لا يمكن قياس الشخصية وتقديرها أو تشخيصها بالاختبارات الإسقاطية وحدها فهناك عدد كبير من الصفات والسمات المحددة التي تقيسها اختبارات محددة بنودها وبنائها وتظهر ما يعانيه الفرد من أعراض نفسية ومن أهم هذه الاختبارات الموضوعية غير الإسقاطية :

اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI) : وضع هذا المقياس كأداة تقدير وتشخيص للأفراد الذين يعانون من الانحرافات والأعراض النفسية . وقد وضعه هاتاواي وماكينلي عام ١٩٤٣ ، ويضم (٥٥٣) بنداً يجاب عنها بصح أو خطأ . ويتألف من أربعة مقاييس صدق ، و ١٠ مقاييس إكلينيكية ، هي التالية :

مقاييس الصدق ، وتضم :

١ - مقياس عدم الإجابة ورمزه (؟) ، وهو العدد الكلي للعبارات التي لم يجاب عنها بنعم أو لا .

٢ - مقياس الكذب ورمزه (L) ، وفيه يحاول المفحوص أن يظهر بالشكل الأمثل ، ويحصل على درجات عالية .

٣ - مقياس الخطأ ورمزه (F) ، وهو العبارات التي لوحظ أن الأسوياء يندر أن يجيبوا عنها بالصورة التي تصح بها ، وارتفاع الدرجة فيه تكشف عما إذا اختار المفحوص أن يظهر بصورة لا سوية .

٤ - مقياس التصحيح ورمزه (C) ، ويكشف عن اتجاه أكثر غموضاً. والدرجة العالية فيه تدل على استجابة دفاعية تتضمن تحريفاً نحو الاتجاه السوي .

المقاييس الإكلينيكية ، وتضم :

اسم المقياس	رمزه	عدد بنوده	أعراضه
١ - توهم المرض	HS	٣٣ بنداً	انشغال البال والتفكير المبالغ فيه بأعراض جسمية قد لا يكون لها أساس عضوي .
٢ - الاكتئاب	D	٦٠ بنداً	حزن ويأس ولا مبالاة وفقر وتشاؤم
٣ - الهستيريا	H	٦٠ بنداً	عرض العواطف وإظهارها ، السذاجة ، أعراض جسمية وتصنع .
٤ - سايكوباتي	PD	٥٠ بنداً	جنوح وسلوك لا اجتماعي ، وسوء تكيف اجتماعي وأخلاقي
٥ - ذكورة وأنوثة	MF	٦٠ بنداً	نزوع نحو المثلية الجنسية والظهور بمظهر الجنس الآخر والدرجة العالية فيه تعني التردد وعدم الواقعية
٦ - الزور	PA	٤٠ بنداً	الشك ، حساسية انفعالية وهذيانات عظيمة واضطهاد
٧ - وهن نفسي	PT	٢٨ بنداً	قلق ، وساوس ، مخاوف ، شعور بالذنب ، صرامة
٨ - الفصام	SC	٧٨ بنداً	انسحاب اجتماعي وأفكار سخيفة وسلوك غريب وهلوسات
٩ - هوس	MA	٤٦ بنداً	تطرف بالحركة ، هياج ، نشوة بالمزاج ، تشتت انتباه .
١٠ - انطواء اجتماعي	SE	٧٠ بنداً	توجه نحو الذات ، وصعوبة في تكوين علاقات اجتماعية .

وبالرغم من أن هذا الاختبار غالباً ما يستخدم عيادياً مع المراهقين ، إلا أنه مناسب في استعماله مع ما دون الثالثة عشرة من العمر .

اختبار الشخصية الخاص بالأطفال : بغض النظر عن الاختبارات النفسية التي تقيس صفات خاصة في الشخصية ، فإن هناك الاستخبارات التي

لا تستخدم كثيراً مع المفحوصين الذين تقل أعمارهم عن الثالثة عشرة. ويعزى هذا إلى حقيقة كون الأطفال الصغار خاصة ، غير قادرين على القراءة من أجل الاستجابة لمثل هذه الاختبارات. لذلك نشأت محاولات عديدة لوضع اختبارات تقرير الذات للأطفال. ومن أهم هذه الاختبارات اختبار الشخصية الخاص بالأطفال (PIC) الذي وضعه رايت وزملاؤه عام ١٩٧٧. ويتألف من ٦٠٠ بنداً يجاب عنها بصح أو خطأ ، ويمكن استعماله مع الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من ٣ سنوات حتى ١٦ سنة. وحين يطبق فإنه يزودنا بدرجات ذات قيم متنوعة ، ثلاثة منها تمثل مقياس للصدق ، واثنان عشر بنداً كمقاييس إكلينيكية. ويقدم الاختبار معلومات تتعلق بالأعراض النفسية عند الأطفال وسمات شخصيتهم. وقد أجريت دراسات عديدة حول صدق الاختبار وثباته ، وقد أثبتت أكثريتها قيمته التشخيصية في الاستخدام العيادي للأطفال (Lachar and others 1979).

اختبارات موضوعية أخرى : هناك عدد من الاختبارات الموضوعية الأخرى والهامة في تشخيص الشخصية وقياسها من أهمها: اختبار الاكتئاب عند الأطفال Children Depression Inventory من وضع Kovacs (١٩٨١) ، ومقياس القلق الصريح للأطفال Children Manifest Anxiety scale ، واختبار حالة وسمة القلق عند الأطفال. ومن الاختبارات التي تطبق من قبل الوالدين مؤشر الضغوط النفسية الوالدية Parenty stress Index الذي وضعه Abden عام ١٩٨٣ ، والذي يتألف من ١٥٠ بنداً تجيب عنها الأم ، وهذه البنود تكشف عن مصادر الضغوط النفسية والتوتر في العلاقات بين الطفل والأم ، تلك العلاقات التي تقود إلى سلوك شاذ واضطراب نفسي .

تقدير شخصية الطفل وتشخيصه : نظرة عامة على الأساليب غير السلوكية .

لقد ركزنا حتى الآن على الطرق التقليدية في تقدير الشخصية وقياسها وتشخيصها ، ولكن ذلك لا يعني أن القياس والتقويم التشخيصي أقل أهمية من وجهة النظر السلوكية . في الواقع إن القياس والتقويم التشخيصي الدقيق مطلب أساسي للعلاج السلوكي الفعال. إن الطرق السلوكية في القياس والتقويم

التشخيصي تختلف عن الطرق التقليدية (السابقة الذكر) من عدة جوانب .
والجدول التالي يوضح مثل هذه الفروقات :

التقليدية	الافتراض : السلوكية
يوصف بناء الشخصية أساساً من أجل الشخصية تعكس الأساس الثابت لها كالسمات . اختصار أشكال السلوك كلها قدر الإمكان والحالات المستمرة .	I - الافتراض : ١ - تصورات الشخصية
الشروط التي تحافظ على السلوك في البيئة الحالية الشروط نفسية داخلية في الفرد ذاته .	٢ - سبب السلوك
هام باعتباره عينة لمخزن الشخص في الموقف للسلوك أهميته باعتباره مؤشراً للأسباب الأساسية .	II - تطبيقات : ١ - دور السلوك
غير مهم نسبياً باستثناء تقديمه خطوط عامة ، جوهرية في الوضع الحالي لأن السلوك الحالي نتيجة مباشرة للماضي .	٢ - دور تاريخ الفرد
يعتبر السلوك على أنه خاص في موقف محدد بعينه	٣ - ثبات السلوك
- من أجل وصف أشكال السلوك المستهدف . - لوصف وظيفة الشخصية وأسبابها المرضية - من أجل اختيار طريقة العلاج المناسبة - للتشخيص والتصنيف - لتقدير وتقويم العلاج وتعديله - لإجراء المآل والتنبؤ بالسلوك	استعمال المعطيات :
أكثر تركيزاً على الطرق المباشرة (كملاحظة أكثر تركيزاً على الطرق غير المباشرة)	طرق القياس والتقويم :
(كالمقابلات وتقارير الذات)	السلوك في البيئة الطبيعية
بشكل متكرر (قبل وأثناء وبعد العلاج) قبل وبعد العلاج فقط .	أوقات إجراء القياس والتقويم

وتختلف طرق القياس والتقويم التشخيصي التقليدية عن طرق القياس والتقويم السلوكي ، من حيث إن الأولى تقدم معطيات وحقائق عن سمات الشخصية وصراعاتها ، في حين أن الثانية تركز على السلوك بحد ذاته . فالمعطيات والحقائق التي نحصل عليها هي عينة تبين كيف يستجيب الفرد للمواقف المختلفة في البيئة الطبيعية . إن تركيز التقويم التشخيصي يكون على تحديد طبيعة السلوك الذي يحدث الانحراف والاضطراب ، وطبيعة هذه العوامل البيئية التي تستثير هذه السلوكيات وتحافظ عليها . إن القياس والتقويم السلوكي لا يقتصر على الحصول على معلومات سابقة للعلاج فقط ، كما هو الحال في الطرق التقليدية ، ولكن بشكل مستمر طوال فترة العلاج ، مما يتيح إجراء تقويم لفعالية الأساليب العلاجية . إن الكثير من علماء النفس يعتقدون أن المعلومات اللازمة في التقويم التشخيصي والقياس السلوكي يمكن اختصارها في الرموز التالية SORC ويعني ذلك :

«S» ويشير إلى المثيرات Stimuli التي تستدعي السلوكي اللاتكيفي وتحافظ عليه ، وهي مواقف وأحداث تعتبر بمثابة سوابق للسلوك المشكل عند المنحرف .

«O» ويشير إلى العضوية Organism وصفاتها المؤثرة في السلوك . ومن هذه الصفات والمتغيرات العضوية : إعاقة جسمية ، متغيرات بيولوجية ، وعمليات معرفية عقلية .

«R» ويشير إلى الاستجابة Response التي يصدرها الشخص للسلوك المشكل نفسه ، هنا يتم التركيز على صفات الاستجابة مثل دوامها أو استمراريتها ، وشدها ، وتكرارها .

«C» ويشير إلى لواحق السلوك Consequences ونتائجه في الفرد ، والأحداث السلبية أو الإيجابية التي تتبع السلوك مما يزيد من تكراره ودوامه أو ينقصه .

التقنيات والأساليب السلوكية لتقويم الأطفال وتشخيصهم :

هناك عدد من التقنيات السلوكية لتقويم الأطفال وتشخيصهم منها :

١ - المقابلة السلوكية :

للحصول على المعلومات المطلوبة في التحليل السلوكي حول SORC (المثيرات والعضوية والاستجابات ونتائج السلوك) ، يطبق علماء النفس السلوكيين طرقاً متعددة في ذلك ، وإحدى أهم هذه الطرق المقابلة مع الأهل والآخريين في حياة المفحوص . وبالرغم من أن أكثر المعلومات تعتبر متشابهة لتلك التي نحصل عليها في المقابلات غير السلوكية (مثل التاريخ النمائي والصحي للفرد ، مشكلات المالية ، علاقاته بأقرانه وأفراد أسرته . .) فإن المقابلة السلوكية تتميز بأنها تركز على مظاهر خاصة ومحددة في سلوك الطفل والعوامل البيئية التي تساهم في مشكلاته . لقد لاحظ أولمان وكراسنر (Ullman, Krasnar 1975) أن التركيز على المقابلة السلوكية يجب أن يركز على الأسئلة المتعلقة بـ «ماذا What» ، ما هي أشكال السلوك التي تحدث ؟ وكذلك ما هي نتائج السلوك ولواحقه التي تسبب مشكلة للطفل ؟ هذه الأسئلة مفيدة في الإشارة إلى الطبيعة الخاصة للمشكلات السلوكية الظاهرة ، وفي الحصول على معلومات أولية تتعلق بمتغيرات وعوامل الضبط المحتمل . وكما هو الحال في المقابلات الأخرى ، فإن المعلومات الهامة ربما لا يتم تغطيتها وخاصة تلك المتعلقة بتوقعات الوالدين ، وكذلك درجة دافعتهم لبلوغ نتائج المعالجة لطفلهم .

٢ - تقرير الوالد ، واختبارات تقرير الذات :

بالرغم من أن المعلومات المفيدة المتعلقة بطبيعة سلوك الطفل يمكن الحصول عليها في المقابلة ، إلا أن هذا يتم دعمه أيضاً من خلال المعلومات التي يزودنا بها الطفل ذاته وكذلك والديه . وهناك عدد غير قليل من اختبارات تقرير الذات وتقرير الأهل التي تزودنا بمعلومات وحقائق إضافية .

إن قوائم فحص المشكلات السلوكية غالباً ما تستخدم لتقديم مثل هذه

المعطيات وخاصة في بداية المقابلة . وتزودنا هذه الاختبارات والقوائم بمعرفة عن أشكال سلوك الطفل (مثل التخيلات وأحلام اليقظة ، والمخاوف ، وإزعاج الآخرين) ، إضافة إلى إجابات الوالدين عنها ، مما يبين درجة شدتها ودوامها وتكرارها عند الطفل . وهناك أمثلة عديدة عن هذه القوائم أهمها: قائمة فحص مشكلات السلوك (Quay) ، وقائمة فحص سلوك الطفل (Achenbac 1983) واستخبار أيربح لمسح سلوك الطفل (Eyberg 1978). وهذه جميعها مفيدة لأنها تقدم معلومات دقيقة موجهة حول أشكال السلوك عند الطفل ومشكلاته . وغالباً ما يستعمل علماء النفس السلوكيين اختبارات تقرير الذات المخصصة لتقويم مشكلات سلوكية معينة ، ومن هذه الاختبارات: مقياس القلق الصريح للأطفال (Chastened 1956) ، ومقياس القلق كسمة وكحالة عند الأطفال (Spielberger 1973) ، وقائمة مسح الاكتئاب عند الأطفال (Kovacs 1981) ، ومن مقاييس تقرير الذات ، قائمة مسح المخاوف عند الأطفال (Schemer and Nakamura 1968) ، وتقيس هذه القائمة المخاوف التي تظهر في مرحلة الطفولة ، وتضم ٨٣ بنداً من المثيرات المتباينة التي تستدعي استجابة الخوف عند الأطفال (الدخول إلى امتحان ، منظر دم ، أفعى ، الأمكنة العالية ..) ويرتبها الطفل حسب درجة استدعائها للخوف (Schwartz and Johnson 1985).

٣- التقدير عن طريق الملاحظة المباشرة:

بما أن المعطيات التي نحصل عليها من تقرير الذات ومن تقرير الأهل ، عرضة للتحيز وعدم الدقة ، لذلك يفضل علماء النفس والمعالجون النفسيون اتباع الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل . وتأخذ الملاحظة عدة أشكال: يأخذ بعضها شكل أنظمة الترميز الشاملة المصممة لتقدير درجات سلوكيات الطفل في مواقف وجلسات محددة . ويكون بعضها الآخر أكثر تقييداً وتحديداً لمجالات معينة من السلوك . وتختلف هذه المقاييس عن تلك التي تقيس السلوك في المواقف الطبيعية كالمنزل والمدرسة ، من حيث إننا نحصل على المعلومات والحقائق السلوكية في سياق الجلسة العلاجية .

إن أحد الأمثلة عن أكثر أنظمة الملاحظة السلوكية تعقيداً قد وضعها وولر وهاوس عام ١٩٧٦ ، هذا النظام الذي صمم بحيث يتيح للفاحص أن يقوم بالملاحظة السلوكية في المنزل والمدرسة ويزود بشفرة موضوعية للأب والمعلم وسلوك الطفل . ومن الفئات التي وضعت في هذا النظام التعلم الموجه وغير الموجه أي عن طريق الوالدين والمعلمين ، وكذلك الانتباه الإيجابي والمنفر أو الإكراهي من قبل الوالد أو المعلم ، وسلسلة أشكال سلوك الطفل كالانتباه المركز ، واللعب المركز ، الطاعة ، المقاومة ، والشكوى ، والتواصل عن طريق التحديق بالعينين والتفاعل الاجتماعي . ففي كل شيفرة من أشكال السلوك هذه قد تم تسهيلها عن طريق الفاحص بأوصاف موضوعية عن السلوك الذي تم تقديره وتشخيصه .

أما المثال الثاني فنأخذ من فريمان وزملائه (Freeman and others 1984) حيث طوروا نظام ترميز بأشكال واسعة من السلوك تستعمل خصيصاً مع الأطفال المنغلقين حول الذات (Autistic) وسميت هذه الشيفرة بنظام الملاحظة السلوكية للتوحد أو الانغلاق على الذات «BOS» behavioral observation system for Autism . ففي هذا النظام للملاحظة السلوكية يقوم الفاحص بملاحظة الأطفال المنغلقين على ذاتهم وهم في ساحة اللعب أو غرفة اللعب (وذلك عن طريق مرآة ذات وجه واحد بحيث يمكن للفاحص أن يرى دون أن يتم مشاهدته) ثم يقوم ويصدر ترتيبهم في درجات ورتب وفقاً لأشكال السلوك التي عددها ٦٧ . ومن أشكال السلوك هذه: تغطية الأذنين ، تصفيق الأيدي وتحريكها ، تواصل الأعين ، التواصل اللفظي ، التجاهل ، الصمت . وكل شكل من أشكال السلوك الـ ٦٧ هذه تم ترتيبها في أربع درجات هي التالية :

- ٠ - أي لا يحدث .
- ١ - أي يحدث نادراً أو لمرة واحدة .
- ٢ - أي يحدث بشكل متوسط وليس باستمرار .
- ٣ - أي يحدث دوماً .

وتجري الملاحظات خلال ثلاث فترات. وقد طور باترسون ورفاقه نظام ملاحظة تستعمل بشكل واسع في قياس وتقدير تفاعل الوالد والابن. إضافة لهذه الأشكال من الملاحظة السلوكية توجد نماذج أخرى للملاحظة تركز على أنواع محددة من السلوك مثل اختبار ملاحظة القلق عند أطفال ما قبل المدرسة ، والذي يركز على أشكال السلوك الصريح الذي يعكس القلق كما في الجدول التالي:

بعض البنود التي يضمها اختبار ملاحظة القلق عند أطفال ما قبل المدرسة:

١ - شكاوى جسمية: يقول الطفل بأنه يعاني صداعاً ، آلاماً في المعدة ، عليه الذهاب للحمام .

٢ - التعبير عن الخوف والهم: يشكو الطفل من خوف وهم حول شيء ما ويستخدم مصطلحات الخوف والخشية .

٣ - الصراخ والبكاء حيث يذرف الدموع .

٤ - قضم الأظافر حيث يقضم الطفل أظافره في قاعة الامتحان .
وضعية جامدة صلبة وتجنب التواصل بالنظر والعينين .

ومن أشكال التقدير بالملاحظة ، اختبار التجنب السلوكي «BAT» Behavioral Avoidance Test الذي غالباً ما يستخدم فيه تقويم الراشدين وتشخيصهم وفي تشخيص المخاوف المرضية عند الأطفال . وتجدر الإشارة إلى أن هذه الطرق يمكن اتباعها في الجلسات العلاجية ، كما تستخدم في البحوث التجريبية النفسية ولذلك تطلب تدريباً خاصاً لاستعمالها . ومع ذلك يقوم الوالدون أحياناً بمهمة الملاحظة هذه ، ويطلب منهم تقريراً عن أشكال السلوك التي تظهر عند الطفل ودوامها ، وتكرارها ، والمواقف التي تظهر فيها .

تقويم العلاج وتقدير نتائجه :

كما لاحظنا سابقاً فإن التقدير السلوكي والتقويم التشخيصي لا يقف عند مجرد الحصول على المعلومات اللازمة لوضع خطة العلاج . فالمعالجون

النفسيون السلوكيون أكثر من أي من المعالجين الآخرين يعملون على إدماج العلاج السريري بالبحوث وإكمالها. وفوق ذلك فإنهم يقومون الدرجة التي يظهر فيها الطفل سلوكه المشكل والمضطرب ، ومراقبة التغيرات التي تحدث فيه عند إجراء المعالجة . وتستخدم طريقة التصحيح التجريبي ذات المفحوص الواحد لإظهار العلاقة الوظيفية بين العلاج وتغير السلوك .

١ - التصحيح التجريبي العكسي (طريقة القلب): ورمزها AB, AB. غالباً ما تستخدم هذه الطريقة مع مفحوص واحد ، حيث يتم جمع معلومات أساسية عن السلوك المستهدف والمطلوب تعديله حتى يتم الحصول على أساس ثابت حوله (في المرحلة الأولى). وفي المرحلة التالية ، يدخل إجراء العلاج - من تعزيز وعقاب وتمييز . .) ويتم تطبيقها ، ويستمر بالحصول على المعطيات عن السلوك المستهدف والتغيرات التي حدثت فيه ، تعزى إلى الإجراءات العلاجية نفسها. ويجب لأن نلاحظ أن التغير الملحوظ في المرحلة الثانية لا يقدم برهاناً على أن التغير الحاصل يعزى إلى العلاج ، فقد تعزى إلى مرور الوقت أو إلى البيئة أو إلى أي متغيرات أخرى. ولذلك فإن طرقاً أخرى يجب اتباعها لتحديد العلاقة الوظيفية بين العلاج والتغير السلوكي الحاصل. وفي المرحلة الثالثة يتم جمع المعلومات حول العلاقة الوظيفية حيث يتم معرفة التجانس الحاصل بين (A) أي السلوك الأصلي المستهدف تعديله كما كان ، وبين (B) أي التحسن الحاصل أو التغير الذي حدث في السلوك بعد العلاج. فإذا كانت هناك علاقة نظامية بين التطبيق العلاجي أو التحسن ، والتغير في السلوك ، فإن ذلك يعزى إلى طريقة العلاج المتبعة.

٢ - التصميم الضابطي: فيه تتم المقارنة بين السلوك المستهدف بالعلاج ، والسلوك الآخر الذي لم يعالج. فإذا كان اختبار السلوك بطريقة جيدة وطبق العلاج بنجاح ، فنحن نتوقع حصول تحسن في السلوك المستهدف علاجه. عندها يمكن للمعالج أن يستخدم طرق العلاج بطريقة نظامية.

تصنيف أمراض الأطفال النفسية:

منذ عام ١٨٨٣ حين وضع أميل كريبلين تصنيفاً للأمراض العقلية ،

والجهود مستمرة في إجراء تصنيفات للاضطرابات النفسية ، كما وضع العديد منها. والمهم في التصنيف أنه يعتبر أن اضطراباً معيناً موجوداً حين تتواجد عدة أعراض أو ما يسمى زملة أعراض (تناذر) syndrome. وقد افترض أن التصنيف ضروري من أجل التشخيص الذي يساعد في وضع خطة العلاج. وسنلقي الضوء على أهم هذه التصنيفات.

التصنيف الثالث المعدل للأمراض النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، واسمه (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III R):

وهو من أكثر التصنيفات استعمالاً ، واسمه الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية Diagnosis and Statistical Mental Disorders من وضع الجمعية الأمريكية للطب النفسي. وقد صدرت الصيغة الأولى منه (DSM-I) عام ١٩٥٢ ، والصيغة الثانية (DSM-II) عام ١٩٦٨ ، والثالثة (DSM-III) عام ١٩٨٠ ، والثالث المعدل (DSM-III R) عام ١٩٨٧ ، وهو موضوع حديثنا ، على الرغم من صدور الصيغة الرابعة منه (DSM-IV) عام ١٩٩٤ ، إلا أنها ليست إلا تعديلاً طفيفاً جداً للثالث المعدل. وسوف نتحدث فقط عن الاضطرابات التي تظهر في الطفولة والمراهقة كما ذكرها الدليل الثالث المعدل (انظر ، عبد الله ١٩٨٧) وقد ذكرها تحت اسم «اضطرابات تحدث لأول مرة في مرحلة الطفولة والمراهقة» ، وتضم:

١ - التخلف العقلي: البسيط ، المعتدل ، الشديد أو الحاد ، والشامل ، وغير المصنف.

- اضطراب نقص الانتباه: مع نشاط زائد ، بدون نشاط زائد ، النمط المترسب.

- اضطراب السلوك والتصرف: أقل تطبيعاً مع عدوانية ، أقل تطبيعاً بدون عدوانية ، التطبيع الاجتماعي مع عدوانية ، التطبيع الاجتماعي بدون عدوانية ، نمط شاذ.

- اضطرابات القلق في الطفولة والمراهقة: اضطراب قلق الانفصال ، اضطراب التجنب ، اضطراب القلق الزائد .

- اضطرابات أخرى في المهد والطفولة والمراهقة: اضطرابات المودة التفاعلي لمرحلة المهد ، الاضطراب الفصامي للطفولة والمراهقة ، البكم الانتقائي ، اضطراب الهوية .

- اضطرابات الأكل والتغذية: فقدان الشهية العصبي ، الشرهه العصبية ، الوهم ، اضطراب الانغلاق على الذات Autistic Disorder ، اضطراب الشهية غير النمطي .

- الاضطرابات الحركية النمطية المتجمدة: اضطراب العرات العصبية Tic العابرة ، اضطراب العرات الحركية المزمنة ، اضطراب توريت Tourette,s Disorder ، اضطراب العرات غير النمطي ، الاضطراب النمطي الجامد للحركة .

- اضطرابات أخرى بمظاهر جسمية: اللجلجة ، البول الوظيفي ، عدم ضبط التبرز الوظيفي ، اضطراب السير أثناء النوم ، اضطراب فزع النوم .

- اضطرابات نمائية شاذة ومنحرفة: اضطراب النمو الشاذ للذاتية الطفلية (الرضع) ، اضطراب انحراف بداية الطفولة ، اضطرابات نمائية لا نمطية .

- اضطرابات نمائية خاصة: اضطراب تطور القراءة ، اضطراب تطور الحساب ، اضطراب تطور اللغة ، اضطراب تطور النطق ، اضطراب نمائي خاص ، اضطراب نمائي غير نمطي .

- إن للصيغة الثالثة المعدلة لهذا التصنيف أهمية كبيرة ، بالمقارنة مع سابقه ، وذلك لأنها تتضمن فئات من الاضطرابات الخاصة بالأطفال والمراهقين لم تكن موجودة في سابقه (I-II) . ثم إنها صيغة لنظام شامل لتصنيف اضطرابات الأطفال ، كما تزود بمعيار تشخيصي موضوعي لإجراء أحكام تشخيصية وبلوغها . كما أن دقة الصيغة الثالثة المعدلة لهذا التصنيف تتضح من خلال ذكر فئة من الاضطرابات ، لم تكن مذكورة في سابقه ، وهي :

اضطرابات القلق الزائد في مرحلة الطفولة . فوفقاً للصيغة الثانية للدليل (II) كما ورد فيه «يتصف هذا الاضطراب بأنه قلق مزمن ، ومخاوف غير واقعية ، وقلة نوم ، وكوابيس ، واستجابات ذاتية لا إرادية ، وأنه غير ناضج ويتصف بالكف السلوكي» وكما يتبين لنا فقد تم ذكر الأعراض دون ذكر الدرجة التي تظهر فيها أو شدتها وتكرارها ، في حين أن الصيغة الثالثة المعدلة ، على العكس من ذلك ذكرت هذا الاضطراب وأعراضه بدقة ، كما يلي :

أ- الاضطراب المستمر ، هو القلق المعمم والدائم (غير متعلق بالانفصال) ويظهر في أربعة من الأعراض التالية على الأقل :

١- قلق أو هم غير واقعي حوادث مستقبلية .

٢- اهتمام زائد بالأداء في مجالات عدة (أكاديمية ، رياضية ، اجتماعية) .

٣- انشغال مسبق بمدى تناسب واعتدال السلوك .

٤- حاجة شديدة للاطمئنان حول أشكال مختلفة من الهم والقلق .

٥- شكاوى جسدية كالصداع ، وآلام البطن دون وجود أساس عضوي لها .

٦- الوعي الذاتي ، وقابلية التعرض للإرباك والتشويش .

٧- مشاعر واضحة من التوتر وعدم القدرة على الاسترخاء .

ب- الأعراض السابقة (كما ذكرت في «أ») يجب أن تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل .

ج- إذا كان عمر الشخص (١٨) سنة أو أكثر ، فإنه لا يبدي أعراض القلق المعمم التي تتطابق مع هذا المعيار .

د- لا يعزى هذا الاضطراب إلى أي اضطراب عقلي آخر مثل قلق الانفصال ، أو اضطراب التجنب في الطفولة والمراهقة ، أو الفوبيا ، أو الوسواس القهري ، أو الاكتئاب ، أو الفصام ، أو أي اضطراب نمائي (APA, P 56) .

بالإضافة إلى كون هذا التصنيف في صيغته الثالثة المعدلة ، أكثر موضوعية

ودقة ، فإنه أقل ثقة بالافتراضات التحليلية النفسية من سابقه . كما أن موضوعيته وتركيزه على السلوك قد دعما صدقه وثباته بحيث شمل أكثر الاتجاهات النظرية في علم النفس . إضافة إلى ذلك ، يضم التصنيف خمس محاور تشخيصية كما يلي :

محاور الدليل التشخيصي :

أمثلة

١ - الزملة السيكياترية الشكلية :

١ - اضطراب اكتئابي شاذ .

٢ - اضطرابات الشخصية عند الكبار ، واضطرابات النمو النوعية عند الأطفال اضطراب الشخصية النرجسية .

٣ - اضطرابات جسمية غير عقلية : السكري ، ضغط الدم .

٤ - شدة الضغوط النفسية الاجتماعية في عام واحد على الأقل ، سابق للاضطراب فشل في العمل .

٥ - أعلى مستوى من السلوك التكيفي في العام الأخير السابق للاضطراب تكيف سوي .

على الرغم من الانتقادات التي تعرض لها هذا التصنيف (مثل وصمه بطاقات تشخيصية للأفراد الذين يعانون من صعوبات بسيطة ، بأنهم شواذ ومضطربون ، وصعوبة إدخال حالات معينة ضمن فئة تشخيصية محددة . .) ، فإنه يبقى من أهم التصنيفات المعتمدة في العمل التشخيصي والعلاجي من قبل العاملين في ميدان الصحة النفسية ، وخاصة أنه يتم تعديله باستمرار مع تطور الدراسات النفسية والممارسة العلاجية .

٢ - النظام التصنيفي الذي وضعته مجموعة تقدم الطب النفسي (GAP) :

لقد وضع هذا التصنيف من قبل جماعة تطوير الطب النفسي Group for Advancement of psychiatry عام ١٩٦٦ ، من أجل الاستعمال خصيصاً مع الأطفال والمراهقين . ويغطي التصنيف مدى واسعاً من مشكلات مرحلة

الطفولة واضطراباتها متضمنة: اضطرابات الشخصية ، والأعصاب ،
والذهانات ، والسيكوسوماتية ، واضطرابات النمو وغيرها. كما يتضمن
العديد من الاضطرابات التي تدخل في الذهانات عند الأطفال مثل: الانغلاق
على الذات ، الذهانات التفاعلية ، الشكل الفصامي ، فصام المراهقة .. إلا أن
حدود مثل هذا التصنيف ، هي أنه يعتمد على افتراضات التحليل النفسي (كما
هو الحال في الصيغة الأولى والثانية للدليل التشخيصي للأمراض النفسية) مما
يجعله بعيداً عن الموضوعية.

الاتجاهات متعددة المتغيرات في التصنيف:

إن أكثر الطرق التقليدية في تصنيف الاضطرابات النفسية ، تستند إلى
الملاحظة السريرية التي تظهر وجود أنواع متباينة من الاضطرابات ، كل واحد
منها يتم تعريفه باجتماع عدة أعراض معاً (أي زملة أو تناذر). ومع أنه من
الممكن اتباع أكثر الطرق تجريبية في تقدير وتشخيص أنواع السلوك الشاذ
والمرضي. ولذلك يمكن تطبيق الطريقة الإحصائية متعددة المتغيرات. إن
الطريقة متعددة المتغيرات في التصنيف ، تستعمل التحليل العائلي ، وهذا
يتضمن الحصول على مؤشر للخصائص السلوكية لعدد كبير من المفحوصين.
مثلاً ، قائمة فحص المشكلات السلوكية يمكن استعمالها لتحديد أشكال
السلوك التي تظهر عند كل فرد بعينه أو غيابها. وبطريقة التحليل العائلي لهذه
المعطيات لعدد كبير من الأفراد يمكن تحديد الترابطات بين حدوث كل سلوك
مع أي سلوك آخر. واتباع التقنيات الإحصائية ، يمكن تحديد تجمعات
للخصائص السلوكية التي تتربط بدرجة عالية وتبدو متواجدة مع بعضها. كما
أن افتراض عينة دقيقة من الصفات السلوكية يتيح تحديد الأشكال الرئيسية
لسلوك مرحلة الطفولة.

من خلال فحص خمس دراسات من دراسات التحليل العائلي من
هذا النوع ، وجد كواي Quay (١٩٨٤) أن مجموع الأبعاد السلوكية السبعة
التي تكررت فد ظهرت في عشر دراسات مستقلة. إن وضع قائمة بهذه

الأعراض والخصائص المتنوعة المترابطة مع بعضها موجودة في الجدول التالي:

الخصائص المترابطة	البعد السلوكي
عدم الطاعة ، العراك ، التخريب ، العناد له جماعات (عصبة) ، تغيب عن المدرسة ، سرقة	اضطراب التصرف والسلوك عدوانية مطبوعة اجتماعياً
فعالية زائدة ، عدم هدوء ، حديث زائد ، إثارة واندفاع	نشاط حركي زائد
ضعف التركيز ، قصر فترة الانتباه ، أحلام يقظة ، اندفاع	اضطراب الانتباه
قلق ، خوف وتوتر ، خجل ، اكتئاب ، حزن وشعور بالنقص	انسحاب وقلق اكتسابي
ألم بالمعدة أو البطن ، غثيان وصداع ، دوخات	شكاوى جسمية
تصرفات وأفكار غريبة ، كلام غير متناسق ، هلوسات بصرية	اضطرابات ذهانية

ربما نلاحظ أن هذه العوامل يمكن جمعها تحت نوعين أوسع للاضطرابات والأعراض ، هما : الأعراض الداخلية / والخارجية Internalizing-Externalizing Symptoms والتي تميز بين اضطرابات: الخوف ، والتجنب ، والكف ، والضبط الزائد ، وهي (الداخلية) من جهة أولى ، وبين اضطرابات: العدوان ، والسلوك اللااجتماعي وضعف الضبط ، وهي (الخارجية) من جهة ثانية. وقد أوجدت مثل هذه الدراسات ترابطاً وتجانساً بين فئات الاضطرابات النفسية هذه مع مثيلاتها في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية (والسابق ذكره) وقد دعمت هذه النتائج تجريبياً ، وكانت المقارنة كالتالي:

اضطرابات المدعمة والمشتقة تجريبياً	فئات الاضطرابات في الدليل الثالث المعدل
١- اضطراب الانتباه مع نشاط زائد اضطراب الانتباه بدون نشاط زائد	- اضطراب نقص الانتباه
٢- اضطرابات التصرف والسلوك والعدوان	- اضطرابات التصرف
٣- الانسحاب المرافق للقلق والاكتئاب	- أمراض القلق
٤- اضطرابات ذهانية	- اضطرابات النمو

- ثبات الأحكام التشخيصية :

هناك سؤال رئيسي يتبادر إلى الذهن دوماً ، يتعلق بثبات الأحكام التشخيصية في هذه التصنيفات للأمراض النفسية . وهو التالي : هل يمكن لمعالجين نفسيين أو أكثر يستعملان هذه التصنيفات ، أن يتوصلا إلى تشخيص متشابه بعد تقويمهم وتشخيصهم بشكل مستقل . إن الكثير من الدراسات قد أجريت للإجابة عن هذا السؤال ، وقد أجريت أكثرها وفقاً للتصنيفين الأول والثاني مع الراشدين . ومع أن دراسة واحدة أجريت على الأطفال باستعمال التصنيف (GAP) كما ذكر فريمان (Freeman 1984) . إن نتائج هذه الدراسات افترضت أن الأحكام الثابتة يمكن الوصول إليها ، فقط في حال اجتماع فئات تشخيصية متعددة من الاضطرابات (عضوية ، ذهانية ، عصابية . .) فالأحكام لا تتفق حول نوع أو اضطراب محدد . وهذا ما يدفعنا للقول ، بأن أنظمة التصنيف السابقة للاضطرابات النفسية لم تدعم بشكل كاف .

وعند فحص النتائج السلبية التي تم التوصل إليها مع التصنيفين DSM, GAP K فإن هناك اهتماماً واضحاً ، في تحديد ما إذا كان هناك درجة عالية من الثبات بالنسبة لتصنيف DAM III-R . وهناك الكثير من الدراسات التي قدمت

معلومات تتعلق بثبات هذه التصنيف عند الأطفال والمراهقين (اضطرابات الأطفال والمراهقين السابق شرحها) بشكل خاص . ففي دراسة أجراها كانت ويل ورفاقه عام ١٩٧٩ ، حيث قارن بين الدليلين (أو الصيغتين) الثاني والثالث (DSM II,DSM III) فيما يتعلق بثبات أحكامهما التشخيصية مع الأطفال . واعتمدت الدراسة على أحكام تشخيصية استناداً إلى المعلومات التي تم جمعها من الحالات العيادية والمكتوبة للأطفال . وأظهرت الدراسة أن هناك تطابقاً تقريباً بين الدليلين الثاني والثالث من حيث ثبات أحكامهما التشخيصية . ورغم ذلك فما نزال بحاجة إلى مزيد من الدراسات التي توضح درجة ثبات الفئات التشخيصية للاضطرابات التي يضمها الدليل الثالث (DSM III) والثالث المعدل (DSM III R) .

نظرة في قضية التصنيف ومشكلته :

بالرغم من وجود عدد كبير من العلماء غير راضين عن التصنيف الموجود حالياً بسبب عدم دقته ، فإن بعضهم الآخر يعارض عملية التصنيف أساساً وخاصة عند الأطفال . ويأخذ هذا الجدل وهذه المعارضة عدة أشكال . فبعضهم يشدد على أن التصنيف يؤدي دوماً إلى فقر في المعلومات عن الفرد ، وذلك لأن التصنيف عموماً (لأي نوع) يضم وصفاً لعدد قليل ومحدود من السلوك الواقعي للفرد ، كما أن الصفات لا تناسب التصنيف الذي يظهر بعض التداخل . كما أن وجود خمسة محاور في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ، والثالث المعدل ، قد وضعت من أجل تجاوز مثل هذا النقد . أما الانتقاد الثاني الذي يواجهه التصنيف عموماً ، فهو يضع (أو يصف) بعض الأفراد ضمن فئات تشخيصية مرضية معينة ، مما يعطي انطباعاً بأنهم يختلفون نوعياً عما ندعوهم أسوياء . والعديد من المعالجين النفسيين يعتقدون بأن بعض درجات التطابق والتداخل موجودة بين السلوك السوي والسلوك الشاذ ، مما يعني أن التصنيف في فئات يعطي انطباعاً كاذباً عن عدم التجانس والتداخل .

أما الانتقاد الثالث حول تطبيق التصنيف التشخيصي ، فهو الأثر الذي يتركه في ردود أفعال الآخرين على الشخص المفحوص والمصنف أو المشخص .

obeikandi.com

وكما بين أولمان وكراسنر (Ullman, Krasner 1975) فإن التأثير الكبير الذي يؤدي إليه التشخيص المعتمد على التصنيف ، ربما يؤثر في سلوك الفاحص نفسه وفي طريقة العلاج الذي يتبعه معه .

على الرغم من ذلك ، فإن الكثيرين جداً من علماء النفس والمعالجين النفسيين ، يشددون على أهمية التصنيف وضرورته في علاج الكثير من الحالات ، لأنه يسهل في اختيار طريقة العلاج ، وعدم وجود اختلاف بين المعالجين في انتقاء الأسلوب العلاجي للمفحوص ، وخاصة مع الأطفال الذين يعانون من أعراض ذهانية وفصامية . عموماً نقول: إن للتصنيف قيمته الهامة ، وذلك لأغراض علاجية وبحثية ، ولأغراض التواصل بين الباحثين والمختصين في مجال الصحة النفسية . كما أن له أهمية كبيرة في الممارسة العلاجية .

* * *