

اعتبارات القياس الخاص
اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد،
والانفصام الذاتى قضايا صحية،
والأطفال من جماعات الأقلية

الفصل التاسع

اعتبارات القياس الخاص

اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، والانفصام الذاتي.. قضايا صحية، والأطفال من جماعات الأقلية

حيث إن الطبعة الأخيرة من هذا الكتاب نشرت عام ١٩٩٠، فإن إضافة الانفصام الذاتي إلى القانون الفيديرالى لتعليم ذوى الحاجات الخاصة قد حدث، وأصبح من المعروف أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هو حالة تيرر غالباً المعالجة تحت إما لائحة تعليم الأفراد من ذوى الإعاقات (فى فئة «خلل صحى آخر») و تحت الشعبة ٥٠٤ من لائحة إعادة التأهيل لعام ١٩٧٣ (دافىلا و ودريتش، ١٩٩٤). استمرت الحاجة إلى التقييم العادل للطلبة من خلفيات مختلفة. واستجابة لهذه العوامل، كان الاستخدام المتزايد للاختبارات النفسية لدراسة الارتباطات السيكومترية للحالات المختلفة من جانب، والنقص المستمر للاختبارات لضمان حدوث العدالة لكل الطلبة من جانب آخر. سيستفيد المهتم بالقياس النفسى من المعرفة فى هذه المجالات، بينما يحاول أن يفهم الأطفال ويساعدهم. وتطور هذه المعلومات أيضاً الجوانب الامبيريقية والمنطقية للقياس النفسى والمؤيد فى كل مكان بهذا الكتاب. ونأمل من هذه المعلومات أن تساعد القارئ على تنمية اتجاه عقلى سيكولوجى فى التفكير بشأن حشد من مشكلات التعلم، والنمو والقياس.

الاختبارات النفسية لقياس الاضطرابات والحالات الخاصة

استخدم المنطق المرتبط بالقياس النفسى لوضع اختبارات للقدرات العامة والخاصة، وكما رأينا فى الفصول السابقة، وعديد من الاختبارات المستخدمة عموماً، مثل اختبارات الذكاء أو الشخصية، يمكن أن تستخدم عبر عديد من الفئات

التشخيصية. إن اختبارات الذكاء على سبيل المثال، هي اختبارات لا غنى عنها في تأسيس تشخيصات للتخلف العقلي وإعاقات التعلم، بينما تساعد اختبارات الشخصية على تأسيس وجود الاكتئاب، أو القلق، أو نزعة الطفل إلى التصرف بطرق معادية للمجتمع. إن مدى تطبيق واستعمال اختبارات الذكاء واختبارات الشخصية هو مدى واسع تماماً.

غير أن بعض الحالات تكون فريدة بالقدر الكافي لتقتضى أدوات قياس متخصصة لاكتشافها ولقياس خطورتها. وناقش هنا اضطرابين نوعيين، وهما: اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وناقش أحد التصنيفات الشاملة - الخلل الصحي الآخر، مع تأكيد أساليب القياس النفسى، التى يمكن أن تساعد الأطباء السريرين على تقييم وفهم هذه الاضطرابات.

اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

بصرف النظر عن الطريقة التى توصف بها الحالة (نقص الانتباه، فرط النشاط، إلخ)، فإن حدوث اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هو أمر شائع. إن التقدير الرسمى الذى يقدر بنسبة ٣٪ لانتشار هذا الاضطراب بين الأطفال فى سن المدرسة يتم التعميم عليه من خلال التغطية الإعلامية الضخمة، والحديث المتكرر من قبل الآباء والمدرسين عن هذا الاضطراب. أحياناً، يبدو أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط موجودين فى كل مكان. ومما يزيد المشكلة خلطاً وإرباكاً هو اعتقاد كثير من الآباء والمدرسين أنهم يستطيعون تعرف السلوك الجنونى، المشوش غير المنظم وغير الفعال الذى يتسم به هذا الاضطراب للتمييز بين الأطفال المصابين بهذا الاضطراب والأطفال غير المصابين به. فضلاً عن ذلك، إن قضية المبالغة فى تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لها كثير من المؤيدين المتحمسين، وكثير من المشككين بأن الانحرافات الشخصية تزيد الخلاف أكثر بشأن الحالة، وتجعل تشخيصها الدقيق أكثر صعوبة لأى طفل.

لحسن الحظ، توجد مجموعة من المعايير التشخيصية المتفق عليها لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (انظر الجدول ٩-١)؛ ولسوء الحظ، فإن هذه

المعايير مبهمة إلى درجة أنه يكون أحياناً من الصعب تحديد ما إذا كانت الحالة موجودة أم لا. إن الغموض يجعل تحديد الأمر أسوأ لأن الأعراض اللازمة للتشخيص قد وضعت تقريباً على أساس ما يقوله الآباء والمدرسون. لاحظ أن الإرشادات لم ترجع إلى أداء اختبار نفسى.

جدول (٩ - ١) معايير تشخيص النشاط الزائد ونقص الانتباه

أولاً: تستخدم هذه المعايير عند ظهور أعراض النشاط الزائد، والاندفاعية أو نقص الانتباه وفقاً لما يلي:

١- الطفل الذي يظهر لديه ستة (٦) مؤشرات أو أكثر من قائمة نقص الانتباه خلال فترة ستة شهور على الأقل وهذه المؤشرات هي:

أ- يفشل فى الانتباه إلى التفاصيل ويؤدى إهمالها إلى ارتكاب عديد من الأخطاء لذلك فهو يفشل فى أى عمل يبدأ فيه.

ب- لا يستطيع التركيز على إنجاز مهمة أو نشاط.

ج- يتجنب المشاركة فى إنجاز الأعمال التي تتطلب جهداً عقلياً.

و- ينسى أشياء مهمة أثناء العمل (الأنشطة - الألعاب - الأقلام - الواجبات - الكتب).

ز- من السهل إثارته.

ح- لا يتذكر المهام الروتينية أو الأنشطة اليومية.

٢- عندما يتكرر ظهور مؤشرات من هذه القائمة يعتبر الطفل من ذوى النشاط الزائد ومن مفرطى الحركة:

أ- دائماً يفرك فى يديه ورجليه أثناء الجلوس (التململ).

ب- يصعب عليه الاستقرار فى مكان (يترك مكانه فى الفصل وقت الالتزام).

ج- دائم القفز والتسلق مع تناقض فى المواقف.

- ء - لا يستطيع ممارسة الأنشطة بهدوء ويجد صعوبة في اللعب المنظم.
- هـ - يكون دائماً في حركة مستمرة ولا يهدأ ويكون متأهباً للخروج دائماً.
- و - يتكلم دائماً بسرعة.
- ز - يجد مشكلات في الأنشطة التي تضع قيوداً أو متطلبات محددة.
- ٣- الطفل المندفع الذي لا يتسم بالسيطرة على حركاته أو سلوكه وليست لديه قدرة على ضبط النفس نجده كثيراً:
- أ- يقاطع الناس أثناء المناقشة أو الحوار أو اللعب.
- ب - يجد صعوبة في انتظار دوره في العمل أو اللعب أو النشاط.
- ج- إجاباته دائماً خارج نطاق الأسئلة ولا يستطيع تكلمة الإجابة.
- ومما تقدم يمكن أن نؤكد على أن الطفل الذى يعانى من فرط الحركة غالباً يكون مندفعاً ويعانى من نقص الانتباه خاصة إذا ظهرت هذا الأعراض قبل سن سبع سنوات - كذلك إذا لوحظ تدهوراً في عدد (٢) أو أكثر من المظاهر - وإذا وجدت مظاهر إكلينيكية تؤكد ضعف المهارات الإجتماعية والدراسية والوظائف المهنية.
- وينبغى أن يتم تحديد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أكثر تعقيداً بكثير من استعراض الأعراض والمعايير بالجدول (٩-١) وحسب. إن عملية تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هى عملية معقدة، وتتضمن مجموعة من التساؤلات يجب أن يتم على نحو كامل ودقيق. والأسئلة التى يجب أن يتم الإجابة عنها، تتضمن التالى:
- ١- هل توجد أعراض كافية من الملل وعدم الانتباه والاندفاعية لوضع تشخيص لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؟
- ٢- هل توجد اضطرابات أخرى تفسر بشكل أفضل الأعراض المذكورة؟
- ٣- هل توجد أى مشكلات تعاصر غالباً مع اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (إعاقات فى التعلم، مشكلات فى السلوك) لدى هذا الطفل؟

٤- هل توجد اعتبارات أخرى ينفرد بها هذا الطفل، يجب أن توضع في الاعتبار عند وضع خطة العلاج؟

إنه بالتعامل مع تعقيدات عملية التقييم التي تنجم عن إجابة هذه الأسئلة، فإن أساليب القياس يمكن أن تساعد.

قوائم مراجعة اضطراب نقص النشاط أحادية البعد.

يمكن تناول السؤال الأول «هل توجد أعراض كافية من التمللمل وعدم الانتباه والاندفاعية لوضع تشخيص لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط؟» على نحو أفضل إذا تم استخدام أدوات قياس سيكولوجية، وفي هذه الحالة، صور التقدير الموضوعي. وقد أوجزنا في الفصل الأول مزايا أدوات القياس الموضوعية، وتلك التي يمكن تقديرها كمياً، وفوائدها تكون واضحة عند دمجها في مقاييس تقدير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ودون استخدام صور التقدير، يترك المشخص ليعتمد على تاريخ الطفل كما يذكره الوالد أو المدرس؛ ليقرر عما إذا كان توجد أعراض كافية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لتسمح بالتشخيص.

ومن بين عيوب هذا المنهج هو ضرورة اتخاذ قرار بنعم أو لا (موجود أو غير موجود) بالنسبة لكل عرض. في المقابل، تسمح الاستبيانات الموضوعية لمقدرى الدرجات أن يقدروا شدة العرض على طول متصل. على سبيل المثال، أخذ مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (دوبول، ١٩٩٠) كل عرض بالدليل التشخيص والإحصائي للصحة النفسية - الطبعة الثالثة المعدلة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ووضعه على متصل يتراوح من «أبداً»، «قليلاً»، «كثيراً إلى حد ما»، «كثيراً جداً» وتباعاً، ثم تم تحديد نقاط لكل تقدير بطريقة صفر، ١، ٢، ٣، مع تعيين القيمة الأعلى لتقدير الأعراض الأكثر شدة (انظر الشكل ٩-١). يسمح هذا الإجراء بتأشير أوضح وأكثر دقة لسلوك الطفل، والذي يمكن أن يُتقَد في طريقة نعم أو لا.

وتعتبر مزايا صور التقدير القابلة للتقدير الكمي ومرجعية المعيار لها الأهمية نفسها، فعلى سبيل المثال، باستخدام الدليل التشخيص والإحصائي للصحة النفسية - النسخة الرابعة، إذا وجد ٦ أعراض لعدم الانتباه وست أعراض للنشاط الزائد - والاندفاعية، عندئذ يمكن تحديد تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هو المنهج هو منهج عام جداً لدرجة أنه يناسب كلاً من الأولاد والبنات، وكلاً من صغار الأطفال والمراهقين الأكثر نضجاً، وفي الواقع، يعتبر الأولاد عموماً أكثر نشاطاً واندفاعية بكثير من الأطفال الأكبر سناً .

إن صور التقدير مثل مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تناول هذه المشكلة بسهولة، وذلك بتثبيت الدرجات الحدية للعمر والجنس. لذلك، للتعبير عن الـ ٣٪ من الأولاد في سن الثامنة الذين تنطبق عليهم الأعراض أكثر، يجب أن تظهر ٣١ درجة خام أو أكثر في مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد الذي يقوم الوالد بإجرائه. وبسبب ندرة الأعراض لدى الفتيات عموماً، سيحتاج الأمر إلى درجة جدية من ٢٧ لتحديد نسبة الـ ٣٪ من الفتيات في سن ١٤ سنة، الذين تنطبق عليهم الأعراض أكثر، إن مقياس التقدير أحادي البعد لأعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد - مثل مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد - يستطيع أن يساعد إلى حد كبير في تقرير وجود وشدة أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد . وقد تم وضع عديد من مقاييس التقدير أحادية البعد لأعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والتي لمعظمها أساس معيارى ما، والعديد منها تم إعداده أمبيريقياً ، بتكوين اختبار يحتوى على بنود تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، وقد انتقدت بعض أدوات القياس المحترمة، مثل استبيان المدرس المختصر الذى أعده كورنرز(كورنرز، ١٩٧٣) لاحتوائه على عبارات قليلة جداً (١٠ عبارات) أو لاحتوائه على عبارات ليس لها علاقة بالمفهوم الحالى لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (مثل «مشكلات التحكم في الحالة المزاجية»). انظر شكل (٩ - ١).

Rater's Name: _____ Child's Age: _____

	Not at all	Just a little	Pretty much	Very much
Often fidgets or squirms in seat	0	1	2	3
Has difficulty remaining seated	0	1	2	3
Is easily distracted	0	1	2	3
Has difficulty awaiting turn in groups	0	1	2	3
Often blurts out answers to questions	0	1	2	3
Has difficulty following instructions	0	1	2	3
Has difficulty sustaining attention to tasks	0	1	2	3
Often shifts from one uncompleted activity to another	0	1	2	3
Has difficulty playing quietly	0	1	2	3
Often talks excessively	0	1	2	3
Often interrupts or intrudes on others	0	1	2	3
Often does not seem to listen	0	1	2	3
Often loses things necessary for tasks	0	1	2	3
Often engages in physically dangerous activities without considering consequences	0	1	2	3

شكل (٩-١)

بالطبع، يجب أن تؤخذ نتائج تقياس التقدير أحادية البعد على أنها غير حقيقية تماماً. ويدرك معظم الأخصائيين النفسيين أن الغرض العام من هذه المقاييس والعبارات التي تتألف فيها هو الاستشفاف بعض الشيء. يتكهن الوالدان والمدرس بما يطرح من استفسار، ويكون من السهل عليهم أن يدركوا الكيفية التي تعمل بها المقاييس؛ ويمكن للتحيز الشخصي أن يتخلل العملية بسهولة. فهذا الخصوص، والأبوان اللذان يرغبان أن يكون لدى طفلهما اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (ربما يأملون في محاولة لتجربة العلاج) يستطيعون ببساطة أن يضعوا علامة «شديد» على كل عرض. والعكس أيضاً صحيح، الرغبة في تجنب تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد قد يحث بعض الآباء على أن يضعوا علامة «غير موجود» على كل عرض، بغض النظر عن سلوك الطفل الفعلي.

مقاييس التقدير متعددة الأبعاد

حتى إذا كان الشخص متأكداً من أن الطفل تدل حالته على أن لديه أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، فإن عمله بعيد عن الكمال. السؤال الثاني «هل توجد اضطرابات أخرى تفسر بشكل أفضل الأعراض المذكورة؟» فى حاجة إلى إجابة. تأمل المثال التالى: هارولد صبى فى الثامنة من عمره يسبب المشاكل فى الفصل، سريع الانفعال، عدوانى، ويصعب تهذيبه فى البيت، وطبقاً لما يقال عنه فإنه دائماً عصبي، ومتوتر الأعصاب وميال إلى القلق. ويمكن لأداة قياس أحادية البعد، مثل: مقاييس تقدير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، أن تساعد بالتأكيد المشخص على أن يحدد إذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد موجودة، ولكن ماذا عن حالات الطفولة المحتملة الأخرى، مثل القلق، أو الاكتئاب، أو مشكلات عدم الإذعان الصريح ومشكلات السلوك، إن مقياس واحد بعبارات تسبر فقط أوجه سلوك اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد قد يهمل جوانب أخرى لمشكلات هارولد، التى هى مساوية أو حتى أكثر هيمنة من مشكلاته فى اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

إن أدوات القياس متعددة الأبعاد، مثل اختبار الشخصية للأطفال، وقائمة مراجعة سلوك الطفل (انظر الفصل السابع)، تخفف هذه المشكلات فى الجوهر، تطلب هذه الأدوات من الوالدين والمدرسين أن يقدروا الطفل أو المراهق فى عديد من الأبعاد المختلفة (مثلاً، اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، الاكتئاب، مشكلات السلوك، مشكلات المهارات الاجتماعية) ويمكن أن تكتشف بعض الأبعاد أو كلها أو لا تكتشف أى أبعاد موجودة على المستويات الإشكالية. يحتوى الجدول (٩-٢) على بروفييل هارولد فى اختبار الشخصية للأطفال؛ حيث لاحظ أن استجابات والدى هارولد تظهر عناصر لكل من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والاكتئاب (فى هذه الحالة، القابلية الأساسية للتهيج وخمود الهمة). إن مثل هذه المعلومات يمكن أن تكون بنائية للغاية أثناء وضع خطة العلاج. وسيكون من غير المعقول أن نتوقع أن نخف مشكلات هارولد بخطة تتناول أعراضه الخاصة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وحسب.

جدول (٩ - ٢) قائمة بروفيل هارولد لشخصية الأطفال

درجة (ت)	المقياس
٥٧	التحصيل
٥٤	الذكاء
٥٥	النمو
٦٠	لاهتمام الشخصي
٨١	الاكتئاب
٥٧	الترابط الأسرى
٦٦	الإهمال
٥٥	الانطواء (الانسحاب)
٦٣	القلق
٦٤	الذهان
٨٦	فرط النشاط
٥٧	المهارات الإجتماعية

فى الواقع، حتى اختيار العلاج لمعالجة مشكلاته يمكن أن يتأثر بوجود مشكلات تحدث له فى الوقت نفسه مثل الاكتئاب. فى حالة هارولد، توضح درجات اختبار الشخصية للأطفال وجود كل من اضطراب نقص الإنتباه النشاط الزائد والاكتئاب. ماذا عن أنماط التفسير الأقل سهولة؟ افترض أن مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد (وهو مقياس تقدير أحادى البعد) قد أظهر وجود أعراض اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد. وأظهرت الدرجات فى اختبار الشخصية للأطفال ارتفاعات فى المقياس تعكس الاكتئاب، ولكن ليس فى المقياس الذى يعكس اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد. معظم المشخصين - بالطبع - سينشرون بيانات من مصادر أخرى، مثل الملاحظة، والمقابلة الشخصية، والتاريخ الشخصى، ولكن أحد الاحتمالات الفارقة هو أن الاكتئاب (الذى يتضمن القابلية للاستشارة، التركيز الضعيف، وتثبيط الهمة) قد يكون سائداً وربما الحالة الوحيدة

الموجودة. في هذه الحالة، لم يعكس تقدير اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد الحقيقة ببساطة. إن أدوات القياس مثل اختبار الشخصية للأطفال يمكن أن تكون ذات قيمة كبيرة في توجيه الطبيب السريري إلى احتمالات أخرى، قد تكون سبباً لسلوك الطفل، وتعمل ذلك بطريقة موضوعية وأمبيريقية (انظر الفصل السابع). في الممارسة الإكلينيكية، تستطيع مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه الزائد أحادية البعد أن تشير إلى تشخيص خاطئ.

إن التغطية الإعلامية المألوفة غير المنقطعة لاضطراب نقص الانتباه /النشاط الزائد بالإضافة إلى رغبة الوالدين الصادقة في تحديد سبب فشل ابنهما قد تسلمت على عديد من الآباء للاعتقاد بأن طفلهما - أيضاً - لا بد أن يكون مصاباً باضطراب نقص الانتباه /النشاط الزائد، أحياناً يتمسك الآباء بقشة اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد، آمليين أنها ستفسر سبب أن طفلهم صعب المراس. ويعتبر القياس الشامل، الذي يتضمن مقياس التقدير متعددة الأبعاد ذا قيمة خاصة في إبقاء العملية على أساس حقيقي.

أداء الاختبار النفسي الذي يبين اضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

توجد بعض العيوب الواضحة في المنهج، الذي يؤلف بين مقياس التقدير وقوائم المراجعة؛ وأكثر هذه العيوب وضوحاً هو أن المعلومات ستلخص من التقارير غير المباشرة، وليس من أداء الطفل المباشر للاختبار النفسي، وقد يسأل المرء. أليس أنماط الاختبار النفسية مثل مقياس وكسلر لذكاء الأطفال قادرة على اكتشاف الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد؟

أشارت البحوث التي تستخدم النسخ الأولى لمقياس وكسلر للذكاء (وكسلر ١٩٧١) إلى أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد يجدون صعوبة أكبر نسبياً في ثلاثة اختبارات فرعية معينة (الحساب، المدى الرقمي، والتشفير). ويمكن إيجاد متوسط درجات هذه الاختبارات الفرعية لإيجاد ما يسمى دليل «حرية تحول الانتباه»، وإذا كان هذا الدليل أقل من درجات الطفل في أجزاء أخرى من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، عندئذ قد يفكر المرء في فرض اضطراب

نقص الانتباه/ النشاط الزائد. وعلى الرغم من أن هذا الدليل قد رحب به ببعض الحماس المبذئي كمؤشر إكلينيكي محتمل لمشكلات الانتباه، إلا أنه ظهر مؤخراً غير دقيق لدرجة أنه لا يضيف كثيراً إلى تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد (باركلي، ١٩٩٠؛ كوفمان، ١٩٩٤؛ سمروود - كليمان، هايند، لوريز ولاهى، ١٩٩٣).

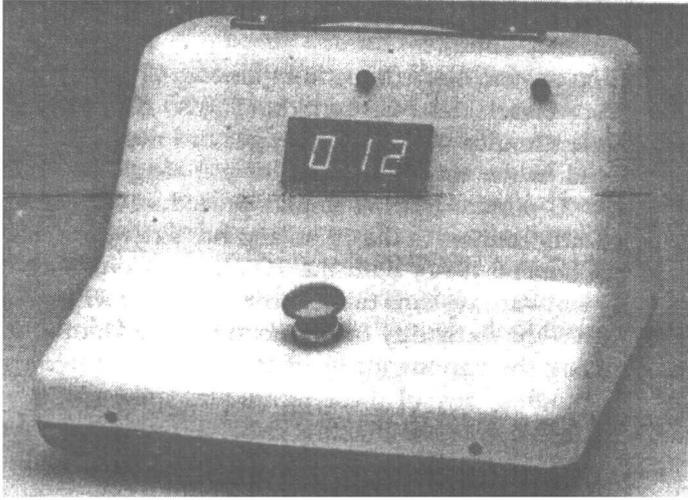
إذا استخدم دليل التحرر من تحول الانتباه وحده، فإن كثيراً من الأطفال من غير المصابين باضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد سيعتبرون خطأ من المصابين باضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد، والكثير من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد سيتم تشخيصهم خطأ بأنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد. لا يزال يوجد بعض الارتباط بين الدرجات في الاختبارات الفرعية مثل الحساب، والمدى الرقمي، والتشفير واستكشاف الرمز (وهو اختبار فرعي جديد أضيف إلى مقياس وكسلر لذكاء الأطفال -٣) كما ينقص الأطباء السريريون الدرجات، ليحددوا إذا كانت متوافقة مع بقية بروفيال الطفل.

ومع ذلك، يقلل المشخصون الحذرون من أهمية درجات التحرر من تحول الانتباه في مقياس وكسلر كعمون في تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد. لسوء الحظ، تم تفحص اختبارات سيكولوجية أخرى، خاصة بتلك التي تقيس الوظيفة التنفيذية (انظر الفصل الثامن)، فيما يتعلق بقدرتهم على اكتشاف الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد، دون نجاح يذكر (باركلي، جرودزينسكي، ١٩٩٤). في منتصف التسعينيات، كان لاختبارات الوظيفة التنفيذية دور محدود في مساعدة المشخصين على فهم العملية النفسية لدى الأطفال، وألقت حتى بعض الضوء على اضطراب نقص الانتباه/ النشاط الزائد ذاته. ولا شك أنه سيستمر البحث عن أدوات قياس ملائمة.

مهمة الأداء المستمر

إن مهمة الأداء المستمر، هي اختبار على غير شاكلة الاختبارات الأخرى، التي تقتضى من الطفل أن يؤدي، قد تم تصميمه بدقة، ليقيس الانتباه والتحكم في

الأندفاع. ومهمة الأداء المستمر المختلف في طبيعته ويتضمن نسخاً معملية، تقدم مواد سمعية وبصرية ولمسية، تتطلب من المفحوص أن يركز انتباهه على نحو مستمر، خلال فترة من الزمن (مثلاً عشر دقائق) بينما يؤدي المهمة من وقت إلى آخر، وعلى نحو متقطع - عادة ما تكون مهمة بسيطة. وإحدى مهام الأداء المستمر القليلة والمقننة بدقة والمفيدة إكلينيكياً هي نظام جوردون التشخيصي (جوردون، ١٩٨٣)، الذي هو نظام ينفذ من خلال كمبيوتر، والذي يقدم مهام تقتضى اليقظة والتركيز والمجهود المستمر وتحكماً في الاندفاع. وتفهم فائدة الاختبار بسهولة إذا شرحت مهمة اليقظة: شاشة عرض (انظر الشكل ٩-٢) تقدم أعداداً رقمية فريدة بنسبة تقوم رقم واحد لكل ثانية بينما يركز الطفل، ويتنظر تجمع رقم محدد (مثلاً ٧-٢)، والذي يتبع بضغط فوري للرافعة. انظر شكل (٩ - ٢).



شكل (٩ - ٢)

وتجرى مهمة اليقظة بنظام جوردون لمدة تسع دقائق، التي يحدث خلالها ٤٥ عرضاً للمجموعة المستهدفة (أى، ٧-٢). ويمكن أن يتم تقدير كل طفل عن عدد الاستجابات من الـ ٤٥ فرصة (أو عكسياً، عن عدد الاستجابات التي أخطاها الطفل

من الـ٤ فرصة، التي تسمى «أخطاء الإسقاط» وعدد مرات التي ضغط الطفل فيها على الرافعة بشكل غير صحيح (مثلاً، عندما تظهر أرقام بخلاف ٧-٢ - على سبيل المثال - على الشاشة)، التي يشار إليها على أنها «أخطاء العمل» توجد معايير للأطفال من سن ٤ سنوات إلى ١٦ سنة (أطفال سن الرابعة والخامسة يؤدون مهمة مبسطة)؛ مما يجعل نظام جوردون إحدى مهام الأداء المستمر القليلة التي تفخر كونها عينة ممثلة وتقنيها كبير، ويمكن أن تصنف الدرجات في كل من بعدى أخطاء العمل على أنها «طبيعية»، أو «حدية» أو «غير عادية». بالإضافة إلى ذلك، يسمح نظام تسجيل البيانات باستخدام الكمبيوتر بتحليل تفصيلي للبيانات مثل أداء الطفل في الدقيقة الأولى والثانية والثالثة كل على حدة، وعوناً مهماً في اكتشاف المشكلات بين الأطفال الذين يكون أداؤهم جيداً في البداية، ولكنهم يفقدون التركيز أو يصبحون اندفاعيين مع مرور الوقت.

بالإضافة إلى ذلك، يتضمن نظام جوردون خيارين آخرين: الأول (مهمة الإرجاء) التي تقتضى من الطفل أن يضغط على الرافعة، ويتظر قليلاً، ثم يضغط مجدداً، على نحو مستمر لمدة ٨ دقائق، والخيار الثاني (تشتت الفكر) الذي هو مخالف لليقظة مع عدد مشتت للانتباه يضىء على جانبي العدد المستهدف. قد يظهر هذين الخيارين أعراضاً لم تكتشف بالتيقظ وحده، خاصة مهمة الإرجاء التي يعمل فيها الأطفال باندفاع قد يبدو عدداً صحيحاً غير تام لعمليات ضغط الرافعة الكلية (تسمى نسبة الكفاية).

ولنظام جوردون منافسون بين مهام مهمة العملية المستمرة، فعلى سبيل المثال، اختبار متغيرات الانتباه (جرينبرج، ١٩٩٢) يقدم مشيراً واحداً، إما في الجزء الأعلى أو الجزء الأدنى من الشاشة، ويقتضى من المستجيب أن يحرك مفتاحاً مفصلياً إلى أعلى أو إلى أسفل أثناء المحاولة التي تستغرق ٢١ دقيقة.

وقامت كيث كورنرز في السبعينيات بوضع إجراء مماثل، ومنذ ذلك الحين راج هذا النظام على نطاق واسع (كورنرز، ١٩٩٤) إن كلاً من منتجات اختبار متغيرات

الانتباه وكورنرز هي أساساً نظم برامج كمبيوتر أعدت لمستخدمي الكمبيوتر الخاص. وليس لأي منهما متانة نظام جوردون. إن الفروق المختلفة بين اختبارات الأداء المستمر التي لا تصمد أمام أي من هذه الأساليب قد يضيف بيانات من نوع آخر، لا يمكن إجراؤها عن أداء الطفل الفعلى، عندما يكون الأطفال الذين يصعب تشخيصهم هم موضع التقييم.

التخطيط للطفل المصاب باضطراب نقص الانتباه/النشاط الزائد

بالإضافة إلى تعزيز ترسيخ تشخيص دقيق، تستطيع بيانات الاختبار النفسى أن تسيّر القضية الأكثر أهمية - وهي وضع خطة علاج قابلة للعمل. تأمل حالة بروفيل اختبار الشخصية للأطفال حيث «النشاط الزائد» ليس المقياس المرتفع الوحيد. قد يضع المشخص فى اعتباره ما يلى: النشاط الزائد والسلوك - تدل على أنه مطلوب أساليب تهذيب وإدارة للسلوك؛ النشاط الزائد والتحصيل - يقترح مشكلات تعلم بالمدرسة، الذى قد يتضمن الحاجة لتعلم خاص (بعد تقييم نفسى تعليمى كامل)؛ النشاط الزائد والقلق أو الاكتئاب - تشير إلى أن الطفل قد تكون لديه مشكلات مستدخلة، والتي تتطلب إرشاداً، وأن فرص الاستجابة الجيدة للأدوات المنبهة قد تكون ضعيفة، النشاط الزائد والمهارات الاجتماعية - تشير إلى أنه قد تتداخل أعراض نقص الانتباه/النشاط الزائد مع العلاقات مع الأقران، وأن البناء فى سياقات المجموعة أو تنمية المهارات الاجتماعية من خلال برنامج تدريب قد يكون ضرورياً، وكما هو صحيح دائماً، تستطيع معلومات الاختبار أن تكون مفيدة تماماً فى يدي المشخص الماهر.

التوحد (انفصام، الاجترار الفكرى) (Autism)

التوحد هو اضطراب يبدأ مع مرحلة الطفولة، ويتصف بخلل اجتماعى شديد، وأشكال قصور شديد فى الاتصال، ونظام محدود وغريب فى الغالب من الاهتمامات والأنشطة. واضطراب التوحد - مثل اضطراب نقص الانتباه / النشاط الزائد - يتم تحديده من خلال سلوك الطفل المراهق، وليس بأداء الاختبارات النفسية.

وتستطيع أن ندرك ذلك باستعراض المعايير التشخيصية (الموجزة في الجدول ٣-٩) من الدليل التشخيصي والإحصائي للصحة النفسية - النسخة الرابعة)، والذي يعتبر النظام المستخدم الأكثر شيوعاً لتشخيص التوحد. والاضطراب المرتبط به يشار إليه بأنه اضطراب النمو الشاملة).

جدول (٩ - ٣) معايير تشخيص التوحد AUTISM

أولاً؛ عندما تتوافر أعراض عددها ستة أو أكثر في المجموعة الأولى والثانية والثالثة واثنين على الأقل من الأولى وواحد من الثانية والثالثة عندئذ يمكن اعتبار أن الطفل يعاني من التوحد.

المجموعة الأولى؛

ظهور تدهور نوعي في التفاعل الاجتماعي يستدل عليه بما يلي:

- أ - ظهور تأخر وضعف في استخدام السلوك غير اللفظي (الاتصال بالعين - تعبيرات الوجه - الإيماءات - تعبيرات الجسم - اتساق التفاعل الاجتماعي).
- ب - دائماً يكون مضطرباً في العلاقة بينه وبين الآخرين.
- ج - يتأخر في مهارات البحث والإستقصاء والتحصيل أو الاستمتاع والاهتمامات المرتبطة بنفسه والآخرين - أو الاهتمام بالأشياء - لديه عدم رغبة في الظهور - .
- د - متأخر في النمو الاجتماعي والانفعالي.

المجموعة الثانية؛

ظهور تدهور نوعي في الاتصال ويستدل عليه من:

- أ - تأخر عام في نمو القدرة على التحدث والكلام (عدم القدرة على فهم تعبيرات التواصل - تعبيرات الوجه أو الملامح).
- ب - لا يستطيع التعبير عن الحالة الانفعالية أو الوجدانية.
- ج - لا يستطيع تعويض عدم القدرة على استخدام اللغة اللفظية بتعابير الوجه أو مهارات الاتصال غير اللفظي مما يؤكد التأخر الواضح في التواصل مع الآخرين.
- د - لا يمتلك حساسية اللغة ويعيد ويكرر كلمات محددة في نطاق ضيق.

هـ- يعانى من تأخر فى استخدام اللعب الايهامى أو التخيلى.

المجموعة الثالثة:

يظهر الأفق الضيق باعادة الأنماط وتكرار السلوك فى الأنشطة والاهتمامات كما يلى:

أ- تفكيره محدود فى نطاق ضيق لعدم قدرته على الاحتفاظ.

ب- لا يعرف المرونة أو التغير فى الأفكار لحدود فكره.

ج- يعيد السلوك ويكرره (حركات الأيدى والجسم).

د- لا ينهمك فى الأعمال ويقاوم الاندماج فيها.

إن القوائم السابقة تدلل على وجود تأخر أو إرجاء أو أن الطفل غير عادى إذا ظهرت فى عمر ثلاث سنوات فى الجوانب التالية:

(١) النضج الاجتماعى.

(٢) استخدام اللغة فى الاتصال الاجتماعى.

(٣) اللعب الرمزى أو التخيلى.

وتنعكس هذه الاضطرابات على نحو أكثر وضوحاً فى اضطرابات النمو الشامل العديدة المذكورة فى طبعة عام ١٩٩٤ للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسىة النسخة الرابعة (انظر الجدول ٩-٤)، ويتبغى أن يكون واضحاً من الجدول ٩-٤ أنه ليس لدى كل طفل أعراض شبه التوحد تنطبق عليه معايير التوحد، على الرغم من أن كل هؤلاء الأطفال يشتركون فى بعض الخصائص الرئيسية.

يعانى هؤلاء الأطفال من أحد اضطرابات النمو الشاملة (إن لم يكن التوحد ذاته)، على الرغم من أن البعض لديه تفسيرات أخرى لوجودها، كما ناقشنا أدناه. وقد حاز تشخيص التوحد أهمية بالغة منذ أقر الكونجرس مجدداً لائحة تعليم الأفراد من ذوى الحاجات الخاصة (فى عام ١٩٩٠)، وصنف التوحد على أنها أحد الاستثناءات الأربعة عشر التى يجب أن يقدم للأطفال بسببه الخدمات، مع أن الاختبارات النفسىة ليست حاسمه فى تحديد اضطراب التوحد جوهرياً، إلا أنها لها قيمة بتقديم مصدر أو أكثر من المصادر الثلاثة للمعلومات:

١- يساعد في تأكيد التشخيص باستخدام مقياس تقدير الوالد أو المدرس (مثلاً، مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة).

٢- تحديد الاضطرابات المتواجدة مع اضطراب التوحد وتحديد نقاط القوة باستخدام اختبارات المعرفة والقدرات الخاصة (مثلاً، مقياس وكسلر للذكاء، الاختبارات النفسية العصبية).

٣- إلقاء الضوء على أشكال الخلل الأساسية التي تجسد الحالة باستخدام الاختبارات كأدوات بحث.

جدول (٩ - ٤) اضطرابات التوحد

نوع الاضطراب	الجنسى ذكور/ إناث	تدهور الاتصال	التدهور الاجتماعى	التقلب	التكوص الارتداد
اضطراب التوحد الارتداد	ذكور وإناث ذكور	نعم	نعم	نعم	لا
التشتت والفوضى	ذكور وإناث	نعم	نعم	نعم	نعم مع تدلى الرأس
الاضطراب الخلقى	ذكور وإناث	لا	نعم	نعم	لا
اضطراب النمو الغير محدد	ذكور وإناث	نعم	نعم	نعم	لا

مقاييس تقدير التوحد

إن أحد مقاييس التقدير المستخدمة الأكثر شيوعاً هو مقياس تقدير التوحد لمرحلة الطفولة (شولبر، ويسلنر وديز، ١٩٨٨) وتعتمد أداة القياس هذه على معظم المذاهب الأساسية للقياس النفسى، وهى أيضاً توضيحية لها (انظر الفصل الأول). وقد تحسن القياس بتعظيم الموضوعية، وبتحويل المعلومات الكيفية إلى صورة يمكن تقديرها كميّاً. تأمل البديل لاستخدام مقياس تقدير مثل مقياس تقدير التوحد لمرحلة الطفولة: تحت هذه الظروف، سيعتمد المشخص على أعراض تحدت في نظام مثل الدليل

التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة. وكما يجمع تاريخ الطفل من والده ومدرسته، فإن المشخص سيقدر عما إذا كان كل عرض من الأعراض المسردة موجوداً أم غير موجود. وفى النهاية، سيكون على المشخص أن يقرر بأن أعراضاً كافية كانت موجودة لتفى بمعايير التشخيص.

فى حالة التوحد، يجب أن يوجد عرضان للتفاعل الاجتماعى المختل، وعرض للاتصال المختل، وعرض لنمط السلوك أو الاهتمامات المختلفه والمنمطة لتنطبق الحالة مع معايير الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة. (توجد - بالطبع - مهام أخرى مطلوبة للمشخص، مثل تحديد بداية الأعراض والإعلان أنه لا مجال للبحث فى احتمالات تشخيصية مزاحمة، ولكن التحقق من أعراض أى اضطراب هو جزء حاسم للقياس). والتحدى الذى يجابهه المشخص هو أن يختار سواء كان كل عرض موجوداً أم غير موجود، ويجبر المشخص على أن يختار إما «نعم» أو «لا» فى اختيار إجبارى. الطريقة الثنائية لا توجد خيارات للمناطق «الرمادية» فضلاً عن ذلك.. المواصفات المقدمة فى الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة لكل عرض هى مواصفات موجزة نسبياً («خلل ملحوظ فى استخدام سلوكيات غير لفظية متعددة مثل تفرس العين فى العين، التعبير الوجهى، أوضاع الجسم، إيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعى»). بناء على ذلك، مطلوب الكثير من المشخص فيما يختص بالمعرفة السابقة بالتوحد ومظاهره؛ قد يجادل المرء أن الخبرة السابقة فى تشخيص التوحد مطلوب لاستخدام نظام مثل الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة بفعالية.

يتغير المنهج التشخيصى للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة مع استخدام مقياس تقدير التوحد بمرحلة الطفولة. فقد حدد مقياس تقدير التوحد بمرحلة الطفولة ١٥ فئة (انظر الجدول ٩-٥). مرتبطة بالتوحد، وهذه الفئات الخمس عشر مستخلصة من عدة نظم تشخيصية، لذلك تمكس إجمالاً عاماً على الاضطراب. فضلاً عن ذلك، تستلزم كل فئة أن يتم تقدير الطفل كالتى:

جدول (٩ - ٥) بنود التوحد طبقاً لاختيار CARS

- الارتباط بالناس
- التقليد
- الاستجابة الانفعالية
- استخدام الأشياء
- تغير التكيف
- الاستجابة البصرية
- الاستجابة السمعية
- التذوق - الشم - اللمس
- الخوف والعصبية
- الاتصال غير اللفظي
- مستوى النشاط
- اتساق الاستجابة العقلية
- الانطباع العام

استخدام الاختبارات النفسية لتعرف الذكاء والحالة التكيفية:

تقريباً حوالي ٧٥٪ من الأطفال الذين يعانون من التوحد (الاسترسال في التخيل) يتقابلون مع المعايير التشخيصية للتأخر العقلي بمعدل الذكاء، والذي عندما يكون أقل من ٧٠ فإنه يصاحبه تأخر في السلوك التأقلمى (الاتحاد الأمريكى للطب النفسى ١٩٩٤). وفى بعض الأحيان يقترح البعض أن هؤلاء الأشخاص لا يعانون من تأخر عقلى، وإنما قد يرجع ذلك إلى أنهم لا يستطيعون التعرض للاختبارات شكل جيد؛ نتيجة لتوحدهم الذهنى (استرسالهم فى التخيل)، ولكن هذا الرأى يعتبر خطأ، ويرجع خطأه إلى أسباب منطقية وعلمية عديدة:

أولاً؛ لأن الأطفال الذين يعانون من التوحد، تكون لهم القدرة على التعرض

للاختبار، من خلال המתحنيين ذوى الخبرة أو من خلال مساعدة الآباء أو المدرسين قد يُحث الطفل على الإصغاء للمادة الاختبارية، وتشجيعه على الاستجابة وتحفيزه على الإصرار خلال جلسة الاختبار.

وفى بعض الحالات، فإن بعض القياسات غير المألوفة مثل استخدام الدوافع الأولية قد تكون مطلوبة لجذب الانتباه والتركيز.

وقد يرجع حصول بعض الأطفال الذين يعانون من التوحد على معدلات ضعيفة خلال الاختبارات السيكولوجية إلى افتقار الطفل للمهارات الأساسية اللازمة للإجابة عن الاختبار بشكل جيد (مثل: الانتباه إلى الاختبار وفهم وتتبع الاتجاهات والاتصال الشخصى والمرونة والتكيف مع الشيء الجديد، وكذلك فهم المهمة المكلف بها).

وهنا يجب التذكير بأن اختبار الذكاء أو القدرة على الاختبار وحدها لا تكفى لتميز تشخيصات التأخر العقلى.

وعلى الآباء والمعلمين أن يضعوا فى المقام الأول المهارات التكيفية، والتي توضح وجود التأخرات. وفى الحقيقة.. فإن الآباء عادة ما يُصدمون عندما يجدون أن ابنهن أو ابنتهن قد حققا معدلاً فى اختبار الذكاء أعلى منه فى قياسات السلوك التكيفى، والذي يعتمد بشكل كلى على وصفهم كأبنائهم (راجع الفصل الرابع: وصف مقاييس السلوك التكيفى).

ثانياً: إنه من غير المنطقى تأكيد أن الأطفال الذين يعانون من التوحد لا يمكن أن يعانون من التأخر العقلى، وأن هذا يرجع إلى أن توحدهم يتسبب لهم فى الحصول على معدلات ضعيفة فى اختبار الذكاء.

والتوحد يعد عنواناً فحسب يستخدم لوصف مجموعة من السلوكيات الرمزية والعناوين، تسبب شيئاً. وعلى الجانب التحذيرى لوصف الأطفال الذين يعانون من التوحد المصاحب للتأخر العقلى، وبالتالي يبدو أن المشكلتين نابعتان من المصدر نفسه، وهو ضعف الوظائف العقلية.

الاختبارات النفسية المستخدمة لفهم الإحباطات الأساسية للتوحد الذهني:

جولدستن ومينشو (١٩٩٥) وجولدستن ومينشو وسيجال (١٩٩٤) قاموا بإعداد مجموعات من الاختبارات النفسية والعصبية لمجموعات من الأفراد الذين يعانون من التوحد، ولكنهم ذؤو معدل ذكاء عال أو طبيعي، وهذه المجموعة المسماة «التوظيف العالي» لعبت دوراً وثيقاً فى إظهار العمليات التى تشكل التوحد، وهذا يرجع إلى أن خلو هذه المجموعة من التأخرات الإدراكية والتكيفية التى تصاحب معظم الأفراد المصابين بالتوحد سمح برؤية دقيقة لنقاط الضعف، التى قد تميز المجموعة المصابة بالتوحد، ولكنها غير موجودة فى مجموعة أخرى لا تعاني من التوحد. والذى يستدعى التساؤل: هل هذه المجموعة المصابة بالتوحد ككل لم تُظهر وسيلة علاجية أفضل بالنسبة للجانب المرئى أو الشفهى (مينشو، جولدستن وسيجال (١٩٩٥).

وفى الحقيقة.. فإنهم أظهروا ضعفاً فى الجوانب المعقدة وأبلوا بلاءً حسناً فى الجانب البسيط أو الروتينى، وكمثال على ذلك ففى الجانب التحليلى.. فإن هذه المجموعة (المصابة بالتوحد) تميل إلى الاستهلال الكلامى بشكل جيد (وودكوك وجنسون)، أو فى الإدراك الكلامى (فى اختبار كوفمان للتنمية التعليمية) ولكنهم بدؤا أضعف بكثير فى فروع القراءة الواعية للأسلوب نفسه (مينشو، جولدستن، تايلور وسيجال (١٩٩٤).

وبطريقة مماثلة.. فإن الذاكرة بوجه عام كانت ملائمة، ولكنهم كمجموعة من الأفراد المصابين بالتوحد فإنهم يميلون إلى الرمزية بشكل كبير، ويستخدمون استراتيجيات الاستذكار بطريقة أقل، ومثال على ذلك تجميع الكلمات لتعطى دلالة معينة فى اختبار كاليفورنيا التعليمى اللفظى (راجع الفصل الخامس لمناقشة اختبار كاليفورنيا التعليمى اللفظى). (مينشو وجولدستن (١٩٩٣) وكمجموعة أفراد يعانون من التوحد فإنهم يميلون إلى استخدام المنطق غير المناسب فى المهام مثل (٢٠ سؤالاً)، والأشخاص الذين لا يعانون من التوحد عادة ما يحصلون على الصفر فى أشياء معينة فى هذه اللعبة (٢٠ سؤالاً) من طريقة أسئلة طلب القيد، وتلك الأسئلة تسمح إجاباتها بتكوين فئة كاملة من الاحتمالات لحذفها. وتميل موضوعات هذه الدراسة

مع المرضى بالتوحد إلى الحد من استخدام هذا القدر العالي من المنطقية في حل المشكلة (مينشو وسيجال وجولدستن وويلدى ١٩٩٤).

وقد يؤكد بعض الباحثين أن هذا النوع من المشاكل يعكس مدى العجز في الوظائف التنفيذية (انظر الفصل الثامن) . وحقيقةً.. فإن الأفراد الذين يعانون من التوحد الذهني يجدون صعوبة غير عادية في القياسات التنفيذية مثل اختبار نيكونسن لتصنيف الكروت، وبالمثل في القياسات التجريبية للوظائف التنفيذية ويفشلون في تنمية هذا الجانب (هيجيز، وراسيل، دوبيسنز ١٩٩٤) (أوزنوف ومال إيفوى ١٩٩١) وهم أيضاً يميلون إلى عدم المرونة الإدراكية (أوزنوف وستاريز وماك إيفوى وهيلوكس ١٩٩٤) وغيرهم ، وبذلك فإن المعلومات التي تحصل عليها من جولدستن تبدو أكثر تضمناً لنقاط الضعف المعقدة المتنوعة عما يتضمنه جانب الوظائف التنفيذية وحده.

ومن الموضوعات المتنوعة والرائعة التي تعرضت لجوانب العجز، والتي من الممكن أن تحدد أساس (التوحد الذهني) الموضوعات التي أُشتقت من العمل في «نظرية العقل» والتي تم تسجيلها لأول مرة بواسطة الباحثين البريطانيين (برون ، كوهين، ليزا وفيرس ١٩٨٥، ١٩٨٦) وبعد ذلك تمت مناقشة وتطوير هذه النظرية في الولايات المتحدة (بندجاتوت ١٩٩١) وهذه النظرية اقترحت أن الأشخاص المصابين بالتوحد الذهني لديهم عدم قدرة فريدة على تخطي مهام المعتقدات الخاطئة البسيطة. وكمثال على ذلك، فإن الأطفال الذين يعانون من التوحد الذهني ربما يعرض عليهم محتوى قابل للإدراك مثل ما يعرف بصندوق الحلوى ويسألون عن محتواه، وكمعظم الأطفال فإن إجاباتهم تكون بأن الصندوق يحتوى على الحلوى المتوقعة.

وفي الدراسة البريطانية فإنهم يقومون بعرض صندوق نوع معين من الحلوى، وعندما يظهر في الحقيقة أن الصندوق يحتوى على شيء آخر مثل قلم رصاص مثلاً، فإن الأشخاص الذين يعانون من التوحد عادة ما لا يستطيعون استخدام هذه المعلومة، لتوقع الأشياء الأخرى، وفي الواقع فإن الأشخاص الذين يعانون من التوحد الذهني يميلون إلى توقع أن الشخص التالي والذي يعرض صندوق الحلوى، سوف يُظهر أنه يحتوى على قلم رصاص في كل مرة. وعلى ذلك فإن الأشخاص

المصابين بالتوحد يجدون صعوبة في توقع المعتقدات الأخرى الخاطئة.

وقد حاول بينسجينون (١٩٩١) أن يبرهن أن الفشل في هذه العملية لكونها تتطلب تقديماً من شخص آخر على أساس الحالة العقلية (ص ١٤٣) لا تساعد فقط على شرح الأعراض الأصلية للتوحد الذهني وجوانب الضعف الاجتماعي، ولكنها تتناول أيضاً جوانب الضعف الثانوية مثل العجز عن استخدام الألعاب الرمزية مثل بقية الأطفال. وقد استمر الباحثون في محاولة استقصاء ما إذا كان الفشل في تطوير النظرية العقلية راجعاً إلى المحددات التي كثيراً ما ترى بين الأشخاص، الذين يعانون من التوحد مثل الفشل في القدرة على التقليد (كارمن وبرون - كوهين ١٩٩٤) واقتناء التعادل الاجتماعي، والذي يتطلب نفاذ البصيرة (فيرث رهوب وسيمون ١٩٨٤) والفشل في الاختبارات السيكلوجية التي تتطلب وعياً اجتماعياً وحكماً على الأشياء مثل اختبار وكسلر للوعي (هوب ١٩٩٤).

وعموماً .. فإن الدراسات اقترحت أن العجز عن تنمية الجانب النظري للعقل سائد إلى حد ما بين الأشخاص الذين يعانون من التوحد، وهذا الفشل يكون سائداً بصورة أقل بين الأطفال الذين يعانون من جوانب أخرى من القصور، أو بين الأطفال الملائمين للعمر العقلي، وقد يوضح جوانب عديدة من عدم القدرة والاضطراب الاجتماعي الملحوظ بين هؤلاء الأفراد.

مشاكل التنمية النفسية والكفاءة الدراسية المصاحبة للظروف الصحية الأخرى:

كلما ظهر مرض جديد احتجنا لشرح العلميات المرضية التي تشكل الأساس القديم للمرض، وكلما قام الباحثون بفحص الأطفال المتأثرين بالأساليب النفسية، فإن انفجاراً معلوماتياً يحدث عند التقاء الجانب النفسى بالجانب الدوائى.

وبعض من هذه المعلومات تتضمن معان هامة بالنسبة للأطباء وأخصائى العناية الصحية والأساتذة والآباء، هذا صحيح إلى حد كبير؛ لأنه على عكس معظم أنواع العلاج الكيميائى.. تسبب تأخراً ذهنياً (انظر جدول ٤ - ٤)، والأمراض التي سيتم مناقشتها.

فبعض الأطفال يتأثرون بشكل كبير، والبعض الآخر قد يتأثرون على نحو مهممل، والبعض لا يتأثر على الإطلاق للدرجة نفسها من المرض، علاوة على ذلك.. فإن هذه الأمراض غير متطورة بطبيعتها (على عكس بعض الحالات مثل الهبوط مزمن الأعراض .. والمشار إليه في الفصل الرابع) ورغم ذلك فإنه من المحتمل وجود أمراض عصبية كقضمان لعملية المرض. ولهذه الأسباب.. فإن المشكلات التعليمية والإنتاجية قد لا يمكن اعتبارها حتى لو تم ذلك، فإنها ستأخذ الحد الأدنى من العناية بالمهتمين بالأطفال، ومن ضمن هذه الحالات: الربو والبول السكري والفيروسات التي تصيب المناعة (HIV، الإيدز) وهذه الحالات هي ما سوف يتم مناقشتها فيما بعد.

الربو:

من المحتمل أن أكثر من ١,٧ مليون طفل تحت سن الـ ١٨ يعانون من الربو، ومعدل انتشاره في ازدياد (تايلور، نيوتشيك، ١٩٩٢)، وهناك أربعة أسئلة يمكن الاستفسار عنها فيما يتعلق بالنمو الإدراكي والتعليمي المدرسي للأطفال الذين يعانون من الربو:

- ١ - هل هناك نوع معين من العجز التعليمي يصاحب الربو؟
 - ٢ - هل هؤلاء الأطفال يعانون من التأثيرات الجانبية لعلاج الربو؟
 - ٣ - هل هناك عواقب إدراكية لتوقف التنفس ونقص الأكسجين الواصل إلى المخ والذي يحدث أحياناً مع هذا المرض؟
 - ٤ - هل المشاكل الثانوية التي تصاحب هذا المرض مثل الغياب الطويل من المدرسة والاجهاد وتفتت النشاط الاجتماعي قد تغير التطور أو يعيق الكفاءة المدرسية؟
- كل هذه الأسئلة تم وضعها بواسطة (بروس بيندر ١٩٩٥) في المركز اليهودي القومي للصناعة والعلاج التنفسي في دنفر، مبحث ومركز العلاج الرئيسي. وقد توصل باندر لعديد من الاستنتاجات المعتمدة على البحث الذاتي ومراجعة المواد العلمية المطبوعة.

أولاً: إن التأخرات الإدراكية والأنماط المحدودة من المعجز التعليمي لا تميز الأطفال الذين يعانون من الربو، عن الأطفال غير المصابين به.

ثانياً: غالبية الأطفال الذين تعرضوا لإيقاف التنفس كفرض للربو، لم يتغيروا بشكل دائم.

ثالثاً: بعض التأثيرات ربما تصاحب العلاج، ولكنها تكون متغيرة لحد ما وليست ثابتة دائماً بافتراض عديد من الآباء والأطباء.

وتاريخياً فإن بعض الأمراض قد تصاحبها تغيرات عاطفية (مثل زيادة حدة الطبع والحزن) وبنوع من الانخفاض في معدلات القياسات اللفظية والمرئية الخاصة بالذاكرة في الفترات القريبة من تعاطى العلاج، وليس بعد ذلك، وحيث إن «الثيوفيلين» يستخدم كدعم أساسي في معالجة العقارات.. فقد افترض أنه يسبب مشكلات في الانتباه والذاكرة ومشكلات التحكم في الدوافع، وافترضت أكثر الأبحاث الحديثة أن نتيجة هذا العلاج ربما لا تكون عظيمة، إلا إذا اختفت الآثار الجانبية أو قلت بحد كبير. وستتغير استجابة هؤلاء الأطفال نوعاً ما، وتستخدم أجهزة الانقباض العضلي كثيراً في قياس الجرعات المستنشقة، وربما تسبب رجفات قصيرة الأجل، ولكن لاستخدامها تأثيراً فعالاً على مهام الإدراك الحسى (الجانب الفطري) و«مضادات الهستامين». ومن المحتمل أن تسبب الخمول ولكن الأنواع الجديدة من مضادات الهستامين ربما تحمد من هذه المشكلة؛ لأنها لا تعبر الحاجز الدموي للمخ، وعلى هذا فإنهم افترضوا أنها لا تسبب أعراضاً عصبية مثل الخمول.

وفيما يتعلق بالتأثيرات الثانوية للربو.. فقد استنتج (بيدر) أن هناك عارضاً بسيطاً، ألا، وهو أن غياب الأطفال الزائد عن المدرسة، والذي يسبب لهم بعض جوانب الضعف التعليمي. ورغم ذلك فقد يصاحب الربو بعض العوامل الأخرى الخطيرة مثل الهزال والمرض المتواصل وعدم تقدير الذات، وكلها ربما تسبب مشاكل دراسية وعديداً من العوامل الأخرى مثل العائلة والصلابة الشخصية أو النجاح الدراسي ربما تساعد على تخفيف آلام الآثار السلبية للمرض.

وفي النهاية، وعلى الرغم من وجود بعض التقارير والأبحاث الدراسية المتقدمة

إلى الدقة، والتي افترضت أن الأطفال الذين تعرضوا لإيقاف التنفس أو نقص الأكسجين عن المخ ربما يكونوا عرضة للتأثيرات الإدراكية والعصبية، ولكن هناك أبحاثاً أخرى أكثر دقة فشلت في تحديد مثل هذه الجوانب المرضية في المتوسط. ولكن هناك حالات فردية ربما تعرضت لهذا وتقويم الاضطراب العصبى كما نوقش تفصيلاً في الفصل الثامن، ربما يبدو أكثر التقنيات ملاءمة لتحديد المشكلات المرتبطة بالعقل.

البول السكرى:

وهو مرض آخر من أكثر أمراض الأطفال شيوعاً وهو البول السكرى، فتقريباً طفل إلى كل خمسمائة طفل تحت ١٨ سنة يصاب بهذا المرض (سبرلينج ١٩٩٠). ونواتج البحث هنا أقل إيجابية عنها في الربو، وتعد هذه الحقيقة مفهومة لو أخذنا طبيعة المرض في الاعتبار .

يحدث البول السكرى عندما يفشل البنكرياس فى إنتاج القدر الكافى من الأنسولين اللازم لأيض الجلوكوز، ولأن الأعضاء الأساسية فى الجسم تعتمد على هذا المصدر للطاقة.. فإن عدداً من المشاكل قد تتعرض له هذه الأعضاء ومن بينها المخ؟ ففى فترة الطفولة يكون المخ فى مرحلة تطور مستمرة، ونظراً لعدم وجود مساحات لحمل مخزون من الجلوكوز.. فإن المخ يعتمد على إمداد ثابت للعمل بشكل جيد. وهنا نتعرض لسؤالين مهمين يتعلقان بالبول السكرى والإدراك والكفاءة المدرسية:

- ما التأثيرات طويلة الأمد التى قد يحدثها التبول السكرى على التنمية؟

- هل النقص فى سكر الدم أو الزيادة يؤثران على الكفاءة النفسية؟

وقد تم تقديم معلومات عن هذه النقاط فى عام ١٩٩٥ بواسطة (فولميز، برين جريز).

وفيما يتعلق بالسؤال الأول.. فقد تبين أن الأطفال الذين يعانون من مرض البول السكرى يتعرضون لخطر كبير فى تأخر النمو الإدراكى لو كانت بداية المرض مبكرة.

وافقد التحكم فى سكر الدم تضيف عوامل خطورة أخرى (هولمز ١٩٩٥).. وعلى سبيل المثال، فالأطفال الذين أصيبوا بالمرض قبل سن ٥ سنوات يحصلون على معدل أقل ١٠ درجات ممن بدأ المرض معهم متأخرًا، ويميلون إلى تحقيق معدل أقل فى اختبار (وكسلر) للكفاءة فى الجزء الأكبر منه، ويرجع ذلك إلى بطء الاستجابة والأطفال الذين أصيبوا بالمرض مؤخرًا ينقص معدلهم فى اختبار وكسلر للذكاء اللفظى، والأطفال ذوى التاريخ المرضى فى نقص سكر الدم، والتى يصاحبه نوبات مرضية وحالات إغماء أو الزيادة فى سكر الدم، والتى تشكل خطرًا أكبر من خلال المشاكل التعليمية.

وعلاوة على ذلك.. فإن الأطفال الذكور يتعرضون بصورة أكثر خطورة منها فى الإناث للمشاكل التعليمية، عندما يصابون بنقص أو زيادة فى سكر الدم.

وبالنسبة للسؤال الثانى، فقد تبين أنه حتى المعدلات البسيطة من النقص فى سكر الدم قد تؤثر على كفاءة الأطفال المصابين بمرض البول السكرى والاختبارات (راجع الفصل الثامن)، والتى تتطلب انتباها حادًا وكفاءة ذهنية ربما تتأثر ليس فقط أثناء المرض، ولكن لفترة ما بعد النقص فى سكر الدم. وهناك تحضين بأن الأطفال الذين يعانون من التبول السكرى، والذين يتعرضون لنقص بسيط فى سكر الدم، فقد يكون هذا سببًا كافيًا للتأثير على الكفاءة الدراسية، ما لم يسمح لهؤلاء الأطفال بتناول وجبات خفيفة ومنظمة.

وربما تتضخم المشاكل الإدراكية نتيجة للصعوبات العاطفية، ونتيجة لزيادة فترة الغياب الذى قد يكون ناتجًا أيضًا عن التبول السكرى، ويبدو واضحًا أنه نتيجة لهذا.. فإن الأطفال الذين يعانون من التبول السكرى يكونون فى حاجة إلى خدمات تعليمية خاصة. وفى إحدى الدراسات وجد أن ٥٣٪ من الأطفال مبكرى الإصابة، و٣٥٪ من متأخرى الإصابة، ولكن هناك فقط ١٧٪ من المجموعة للمراقبة من الأطفال يستقبلون هذه الخدمات (هاجن وآخرون ١٩٩٠).

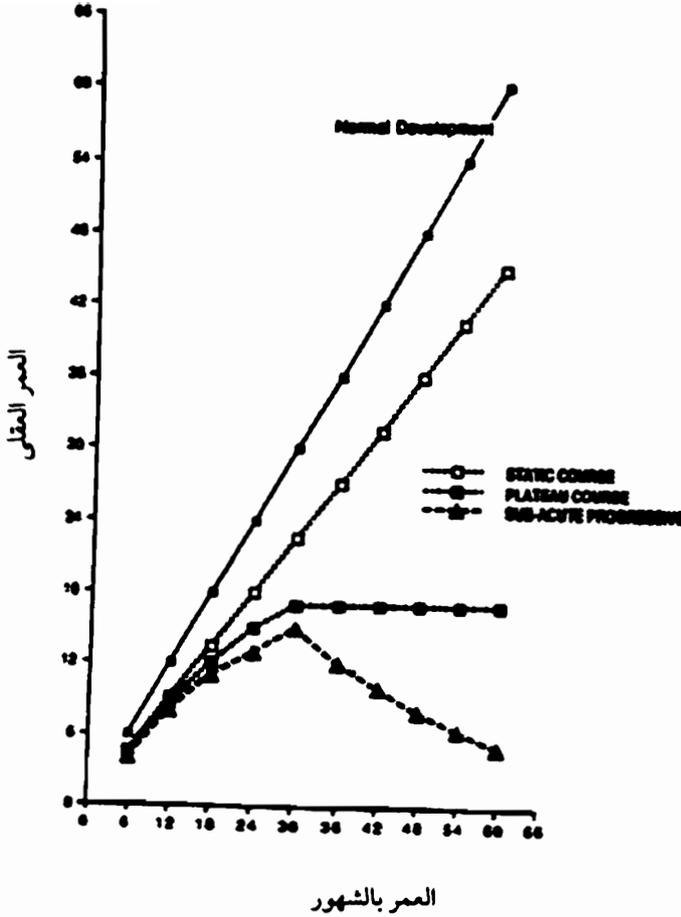
الإيلز:

تتقل الفيروسات المصيبة للمناعة من الأم المصابة إلى جنينها (فيما يعرف

بالانتقال الرأس) والذي قد يتطور إلى الإيدز، وهذا هو السبب الأكثر شيوعاً لإصابة الأطفال بالفيروسات المصيبة للمناعة والناتج عنها ٨٩٪ من حالات الإصابة للأطفال تحت سن ١٣ سنة (وليمز وليمز ١٩٩٦) ونادراً ما يصاب الأطفال عن طريق لبن الأم أو اللعاب بالحقن الملوثة أو عن طريق الوسائل الأكثر شيوعاً لدى البالغين مثل الجنس ونقل الدم أو الاستعمال المتكرر لحقن المخدرات، وهذه العوامل الموضحة أخيراً تشكل أكثر المصادر خطورة أثناء فترات المراهقة. ولكن أكثر من ٦٠٠٠ حالة لأشخاص أقل من ١٩ سنة قد تعرضوا للإيدز في ديسمبر ١٩٩٤ (ولترز، بروزور، موسى، وبيريز ١٩٩٥).

والبالغون الذين يعانون من الإيدز قد يكونون عرضة لأي شكل من أشكال الضعف أو الاضطراب العصبي (مثل القصور المفرط في الذاكرة والضعف الإدراكي أو المتعلق بالدافع الأساسية وتشتت في الإدراك العام)، وقد يحدث هذا كتأثير مباشر لعدوى الإصابة بالفيروسات المصيبة للمناعة نفسها، أو ثانوياً نتيجة لأنواع أخرى من العدوى وجدت طريقها مسرراً نتيجة لوجود الفيروسات المصيبة للمناعة، أو نتيجة للسكتات الدماغية أو الأورام التي تكون سائدة بين الأشخاص المصابين بالفيروسات المدمرة للمناعة (HIV). ومع تقدم المرضى.. فإن العديد من البالغين قد يتعرضون للجنون المميز بالتشوش ونقص المناعة أو جموح الدوافع، كلما ازداد الأمر تأثيراً على خلل المخ (لازال ١٩٩٥).

والوضع يختلف بالنسبة للأطفال، جزءاً منهم وليس الكل، فقد يصاحب الفيروسات المسببة للمناعة أمراض عصبية (دماغية)، ويحدث عندما تهاجم الفيروسات خلايا الدعم في المخ (وأكثرها عصبية)، ويبدو أنها هذه الفيروسات تقوم بإنتاج التركسين الذي يقوم بدوره بالتدمير العصبي. ويبدو أن العوامل المضادة للفيروسات (HIV) قد تقلل الإصابة المتوقعة بالأمراض الدماغية، وتقليل بعض التأثيرات الإدراكية المصاحبة للمرض (بوتشو وبيرت ١٩٩٢). وتحديدًا قام الباحثون بتحديد أربعة تطورات متعاقبة ربما تحدث للأطفال المصابين بالأمراض الفيروسية والمثلة في شكل (٩ - ٣) (برسيرز وليمان وايبستا ١٩٩٤).



شكل (٩ - ٣) الخلل في النمو نتيجة الإصابة بالفيروسات المناعية (المدمرة للمناعة)، عبر الأعمار بالشهور للأطفال (١٩٩٤)

تنمو مجموعتان من الأطفال المصابين بالفيروسات المناعية والمصحوب بالأمراض الدماغية بشكل ناقص تماماً، كما أظهر الأطفال ذوو التنمية الأقل من المجموعتين تطوراً أقل من الطبيعي لفترة من الوقت، ومصحوباً بتدهور ملحوظ.. فقد فقدوا مسبقاً أحداثاً تنموية مهمة مثل المهارات اللغوية المبكرة.

ومن كل النواحي.. فإن التنمية الإدراكية عموماً تكون ضعيفة، وهناك أيضاً بعض جوانب الغرائب السلوكية مثل نقد الاهتمامات الاجتماعية والشذوذ، والتي تظهر من خلال التوحد الذهني. والمجموعة الثانية من الأطفال يحدث لها تأخر في

جانبا الإدراك الأولى والدوافع الأساسية والتنمية اللغوية المصحوبة بتوقف فى النمو، ولكن دون ارتداد. وهؤلاء الأطفال سوف يحصلون على معدلات فى بعض الاختبارات مثل مقياس بيولى تتأخر تدريجياً مع الوقت، وبالرغم من كونهم لا يفتقدون لعدد من المهارات العقلية.. فإنهم يفشلون فى استمرار تقدمهم. وما يؤيد ذلك أنه لو وجدت مجموعتان إضافيتان أكثر تطابقاً فى درجة النمو، فإن إحدى المجموعتين لها معدل نمو ثابت، ولكنها دون المستوى العادى للنمو المتعاقب.. لذا فإنهم يكونون أكثر افتقاراً من نظائرهم فى العمر، ولكنهم لا يفقدون المهارات المكتسبة ولا يتعرضون لإنقاص فى النمو. وهؤلاء الأطفال الذين يحصلون على معدلات أقل من المعدل المتوسط فى اختبار مقياس بيولى (مثل مؤشرات التنمية الذهنية المحدد من ٨٠) ولكن المعدلات تبقى ثابتة مع الوقت.

وفى النهاية.. فإن هناك مجموعة يبدو أن تقدمها نموذجى من خلال الاختبارات، على الرغم من أن لديهم أعراض مرض الإيدز. ومن المعتقدات أن بعضاً من هؤلاء الأطفال يتمتعون أصلاً بالذكاء والنمو المبكر. والمعدل الملحوظ لكفاءتهم يعكس تقريباً الخلل الوظيفى نتيجة للتأثيرات العكسية للفيروسات (الإيدز) على المخ. وقد وجد الباحثون اختلافاً واضحاً بين الأطفال والبالغين المصابين بالفيروسات المدمرة للمناعة. ومن بين الأطفال تبين أن هناك معدلات مختلفة من القابلية معتمدة على مواعيد نموهم. وعموماً، فقد تبين أن هناك أجزاء من المخ تخضع للنمو السريع أثناء نشاط المرض تكون أكثر عرضة للإصابة. وعلى سبيل المثال لو أن المرض فشل فى التقدم عند تطوير مركز الأعصاب الرئيسية.. فإن هذه لن تكون عرضة للإصابة. وعلى العكس لو أن هذا المرض كان نشطاً أثناء نمو المراكز المتعلقة باللغة.. فإن هذه المراكز سوف تتأثر.

وهذه الحقائق غير مؤكدة فبعض المراكز فى المخ، خصوصاً المراكز الحساسة، تكون غير مرتبطة بنشاط المرض. وعلى سبيل المثال فإن فحوصات (CT) قد أوضحت تقسيماً دقيقاً لتركيبات المخ ومتضمنةً لنشاط الدوافع الأساسية (عقدة أساسية). وربما نتيجة هذا التوقيت.. فإن المهارات المعنية والانتباقات التطورية قد

تتأثر بصورة أكبر من الأطفال الذين يعانون من (الأمراض الفيروسية)، ويتم تحديد
عديد من مشاكل المهارات الأساسية بين الأطفال المصابين (بالأمراض
الفيروسية).

وقد وجد الباحثون (والترز وآخرون ١٩٩٥) أن اللغة التعبيرية أكثر حساسية
للإصابة منها أكثر من اللغة الحسية، كما قيس من خلال الاختبارات (مقياس رينيل
للتنمية اللغوية رينيل ١٩٧٧) والتقييم المبني على الملاحظة لأساسيات اللغة
(المعدل) (سميل وريجت وسكير ١٩٨٧) وتم تحديد مشاكل الانتباه أيضاً لدى
الأطفال المصابين بـ HIV مثل مهام الكفاءة المستمرة (انظر ص ٢٩٦) وروكسلر
(الخلو من عوامل صرف الذهن) وما لا يستدعي الدهشة أن الأطفال المصابين HIV
لديهم تنوع اجتماعي وفساد عاطفي. وكجماعة تم ملاحظة أنهم أكثر إحباطاً وأكثر
توحداً (استرسالاً في التخيل) وقلقاً وأقل تفاعلاً اجتماعياً ويعانون من مشاكل
سلوكية. وتوضيح الأسباب الخاصة بهذه النتائج يبدو أقل دقة مما يبدو على السطح.
وقد تكون بعض النتائج السلوكية مرتبطة بجوانب الضعف في المركز العصبي، وفي
هذه الحالة فإنها ترتبط بجانب الشذوذ العقلي.

وعلاوة على ذلك.. وجد أن الإحباط والتوحد يمكن تعليل وجود عند الأطفال
الذين يعانون من الأمراض الدماغية المصاحبة (HIV) عند علاجها بمقار (AZT)،
حتى لو كانت المشكلات السلوكية مرتبطة مباشرة بالضعف العقلي، وربما لا يكون
HIV سبباً فيها. والعديد من الأطفال المولودون لأمهات مصابات بـ HIV يولدون
قبل موعدهم دون قدر تغذية ملائمة أو عناية، وعديد منهم قد يتعرض لصدمات
اجتماعية خطيرة، والتي ربما تؤثر على اتصاله بالمجتمع ومدى استقراره العاطفي.
وفي النهاية قد يظهر أن HIV لا يتناسب عامة بين الأشخاص المتهورين وأصحاب
السلوك المجازف.

وعندما يظهر التهور في أولادهم.. فإن أحد التفسيرات المعقولة وراثية.. فقد
أوضحت أن عديداً من الخصائص الشخصية والعاطفية تكون وراثية (يولية ١٩٨٩).
وبالنسبة لأي طفل فإن حل الأمراض العصبية من خلال البيئة والعوامل الوراثية،
عادةً يكون أمراً مستحيلاً.

دور نتائج الاختبار النفسى فى جوانب الضعف الصحى لدى الأطفال؛

لأن المشكلات الإنمائية والنفسية نادرًا ما تصاحب الظروف الاجتماعية، لذا فإنها قد تسبب إرباكًا فى دور الاختبار النفسى، ومن ثم يفشلون فى استخدام مصادر المعلومات الصحية. وعلى مستخدم معلومات الاختبار النفسى أن يشجع على وضع عديد من النقاط فى رأسه، عند اعتبار النتائج للأطفال ذوى المشاكل الصحية، وهى:

أولاً؛ أنه من الضرورى تذكر الفرق بين السبب والتأثير وأنواع الحالات الصحية المدروسة فى هذا الفصل ربما تسبب مشاكل إنمائية ونفسية وتعليمية، ولكن هذا لا يحدث دائماً. وعندما يحدث هذا فإن التأثير يكون مختلفاً تماماً، ودور التقسيم المتضمن من أجزاء كبيرة من نماذج الاختبار النفسى هو تحديد التأثيرات الحادثة فعلياً على الطفل. ومن ثم فالطفل الذى يعانى من البول السكرى ربما يصاب ببعض أو كل التأثيرات الموضحة فى الدراسات البحثية، وربما لا شىء منها على الإطلاق.

ثانياً؛ قد تكون تأثيرات المشاكل الصحية غير شائعة ولا يسهل تحديدها دون اختبارات صحيحة تستخدم بطرق صحيحة. وقد يكون الاختبار أفضل الطرق المساعدة، لو أن الشخص قام بفهم الحالة، وأدرك أى المشاكل قد تظهر وكيف ستتغير مع الوقت. وفى حالة البول السكرى.. فإنه على سبيل المثال فإن اختبارات الذكاء التقليدية قد تكون غير حساسة بالنسبة للمشاكل المتعلقة باليقظة، واتخاذ القرار التى ربما تحدث أثناء حالات نقص سكر الدم. وبالمثل.. فإن اختبار الطفل فى الأوقات المناسبة قد تخلو من مشاكل التركيز وصنع القرار، التى ربما تظهر فى أوقات أقل درجة مناسبة.

ويجب أن يعمل المقيم النفسى بطريقة منطقية ومبدعة. وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من (HIV) كمثال، فإن معدلات الاختبار الواقعة فى المتوسط يجب ألا تدفعه لافتراض أن الطفل لديه استمرارية إنمائية بقدر ملائم. وبالمثل فإن المعدلات الضعيفة فى نقطة واحدة من مقياس «بى اى بلوى» لا تغلق الباب أمام أداء أفضل فيما بعد، إذا لم يعالج الطفل باستخدام مضادات الفيروسات. وبالمثل باختبار الإدراك العام (وكسلر III) قد يكون غير ملائم لتحديد التأخرات الإنمائية بين الأطفال الأصحاء. ولكن ربما تحتاج لتكامل مع اختبارات التركيز واللغة التعبيرية والتنمية الفطرية

بالنسبة للطفل المصاب بـ (HIV).

ثالثاً: التماسك بأن معدلات الاختبار هي أدوات مفيدة للإصابة عن التساؤلات، من خلال الاختبار النفسى، ولكن تبرر استخدامها.

ومن أوضح هذه التساؤلات هل ينمو الطفل بصورة طبيعية، إذا كانت الإجابة بـ «لا» فما الخطورة وأسباب أى من هذه المشاكل؟

فمن ناحية تكون الإجابة مطمئنة للأباء والمعلمين وأخصائى الصحة ليعرفوا هل الطفل الذى يعانى من الربو أو البول السكرى أو (HIV) ينمو بمعدل طبيعى، وأن هذا المرض لم يؤثر عليه. ومن ناحية أخرى لو أن الطفل لا ينمو بصورة ملائمة، أو لو أن هناك مشكلات ثانوية عابرة بالنسبة للأمراض المزمنة، فإن تحديد طبيعة وخطورة المشكلة تكون له الأولوية، وعموماً فالتسلح بالمعلومات الدقيقة عن حالة الطفل متضمنة تحديد نقاط القوة والضعف قد يكون مساعداً لعملية التخطيط للعلاج.

التقييم غير المميز لأطفال الأقليات:

هناك عديد من العوامل المؤثرة فى التطور، والمستخدمه فى الاختبارات النفسية.. ففى عام ١٩٨٠ م أصبحت الولايات المتحدة مجتمعاً متزايداً لأعداد الأقليات الذين دخلوا المدارس العامة فيها، أو أصبح تعليم هؤلاء الأطفال احتياجاً ملحاً. كيف يتم تعيين هوية هؤلاء الأطفال ذوى الخلفيات المختلفة، والذين يعانون من جوانب ضعف تتطلب رعاية خاصة الآن وفيما بعد، وكيف يمكن إجراء المواجهة العصبية المستخدمة فى الاختبارات النفسية.

وسنقوم هنا بالقاء نظرة عامة على الإجراءات المتصلة بالتقييم غير المتميز لأطفال الأقليات.

- ريك تلميذ فى قرية داخلية يبدو حسن الطباع فى البيت ومع جيرانه، ولكنه يعانى من مشاكل مستمرة فى واجباته المستمرة.. هل هو تلميذ كسول؟ هل يحتاج لفصل خاص؟

- والدا جيون يطلبان المساعدة؛ حيث إن لديهما ابناً يعاني من التخلف العقلي، ولكنهما غير متأكدين من مدى صحة هذا التشخيص أو دقته.

كل هذه الأسئلة المتصلة بكيفية تقييم أطفال الأقليات من حيث الاختلاف اللغوي والثقافي.. فعند تقييم هؤلاء الأطفال يجب على الأخصائيين النفسيين ألا يدركوا هذه الاختلافات فقط، ولكن يضعوا في اعتباراتهم اختباراً دقيقاً خالياً من جوانب الانحياز ضد أي مجموعة. وإذا تجاهلنا العوامل اللغوية والثقافية في عملية التقييم، سنصل إلى نتائج خاطئة غير مستخدمة منها نظام التسجيل المتبع في التعلم الخاص، والذي ينتج عنه عدم الخدمة السليمة للأطفال، بالإضافة إلى نتائج غير قانونية.

إن المكافحة من أجل تقييم غير متميز استشفت من خلال عديد من الحالات عام (١٩٧٠)، والتي تضمنت أطفالاً لأقليات عرقية تم وصفهم تحت برنامج التعليم الخاص، ومن النتائج الأساسية في هذه الحالات في اختبارات التقييم المناسبة لأطفال الأقليات العرقية ومنها استخدام اختبار الذكاء ودور لغة المنشأ وزيادة المدارس العامة لأطفال الأقليات العرقية في البرامج؛ وخاصة الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي. ومن جانب آخر.. فإن التعليم المقدم لأطفال الأقليات مستدن في الكفاءة التعليمية (رشلى ١٩٨٢). وعلامة على ذلك إعداد، فإن تلاميذ الأقليات العرقية في هذه الأماكن لم يكن متناسباً في التعداد السكاني العام مع تمثلهم.

وهناك الاعتقاد بأن تلاميذ الأقليات ليسوا غير محددين فقط، ولكنهم بالفعل لا يتم تشخيصهم. والخلاف هنا يتعلق بأنواع التلاميذ المطلوب وضعهم مع المعاقين ذهنياً وكيف يُتخذ قرار الوضع (رشلى ١٩٨٢). ومع كثرة أعداد التلاميذ الموجودين في الفصول والذين تم تصنيفهم كمعاقين ذهنياً وجد أنها تتضمن اختلافاً ثقافياً وأطفال أقلية. كما وجد أن الأطفال ذوي الخلفيات المحدودة (الفقيرة) والأطفال المقصولون، وبالنسبة للنتائج التعليمية متأخرون ذهنياً، ولكنهم في بيوتهم واتصالاتهم يكونون متكيفين تماماً. وهذه النتائج ترجع إلى ظاهرة «ست ساعات تخلف» أو أن الطفل يتخلف ذهنياً لفترة ست ساعات فقط هي فترة الدراسة اليومية، وهذه الظاهرة شوهدت كنتيجة لإجراءات تقييمية معتمدة كلية على اختبارات الذكاء لتشخيص التأخر الإدراكي.

والأمر المهم الثانى فى المشكلة هو افتقار معلومات التقييم عن مهارات الطفل التوافقية. وخصوصاً قدرة الطفل على التعامل خارج البيئة المدرسية. وعلى هذا فإن غاية الإجراءات الاختبارية التى تتعامل مع التركيب العرقى للأطفال فى الفصول الخاصة أصبحت النقطة الرئيسية للحالات المدروسة الآتية:

هناك حالتان توضح سوء تشخيص الأطفال ثنائى اللغة (دينا ١٩٧٠) (جيدلب ١٩٧٢). وفى الحالتين زعم أن التقييم الخاطئ لاختبار الذكاء أدى إلى وضعهم فى فصل المصنفين كمتأخرين ذهنياً من الأقليات المختلفة لغوياً. وفى الحالة السابقة اشترط مجلس الائتمان على اختبار الطلبة باللغة الأم والإنجليزية معاً. ويجب أن يحدث تقييم للموظائف الإدراكية من خلال الاختبارات اللاشفهية أولاً؛ لأن الأطفال من الأقليات وثنائى اللغة والاختبارات الشفهية (أو الجوانب الشفهية الموزعة على معدل الاختبار العام) لم يتم اعتبارها فى توقعات صلاحية الجانب العقلى. والحالة الثانية تكرر فيها على أن الامتحان يجب أن يوضع باللغة الأم.

ولكنها أيضاً استمرت فى إضافة أن اختبار الذكاء لا يمكن اعتباره أساساً لأخذ قرارات الوضع فى الفصول الخاصة للأقليات العرقية، والتقييم فى الجوانب الأخرى مثل جوانب السلوك التأقلمى خارج البيئة المدرسية، وكان ضرورياً أيضاً وضع تصنيف الطلبة كما تم مناقشة ذلك فى الفصل الرابع.

ويجب أن يعتمد تشخيص التأخر العقلى على اختبار الذكاء والسلوك التأقلمى.. وفى الحالتين فإن مدى ملاءمة اختبار الذكاء خصوصاً فى الاختبارات الشفهية للأقليات العرقية أمر مشكوك فيه، ولكن الأهم هو مدى عدم ملاءمة أماكن التعليم الخاص الناتجة عن مثل هذه الإجراءات غير الكافية (الفقيرة). والهدف من الحالتين هو تحسين طرق التقييم والتأكد من أن بعض العوامل مثل اللغة لم تقودنا إلى تشخيص خاطئ للأطفال من الأقليات العرقية.

وفى قضية أخرى يكون التركيز أكثر قرباً على اختبارات الذكاء وحدها، وهى (لارى ١٩٧٢ و١٩٧٤ و١٩٧٩) واحدة من أطول وأكثر القضايا جدلاً للخروج بتقييم غير متحيز، إذ يدور الجدل الأساسى فى هذه القضية حول الأقليات فى فصول

التخلف العقلي وكفاءة هذا البرنامج، والأقلية السكانية المتضمنة هنا هم الأطفال «الأفرو أمريكيان» بدلاً من الأطفال المختلفين لغوياً. وعلى الرغم من أن برنامج التعليم الخاص تم تحديده كمشكلة كبيرة بسبب تدنى التعليم بها.. فإن المجلس التعليمي يهتم باختبار الذكاء أكثر من كفاءة البرامج نفسها.

وهذا هو الموقف الذي وضعه (واشلى ١٩٨٢) المشكلة الصحيحة والحل الخاطئ (ص ٢١١) والكثير من الدلائل تدور حول ما إذا كان اختبار (وكسلر - المعدل) صالحاً للتطبيق على الأطفال الأفرو أمريكيان. والقليل من المناقشات تدور حول ما إذا كان الوضع فى فصول خاصة مفيداً أم ضاراً لهؤلاء الأطفال المحدودين. واعتماداً على الدلائل المقدمة.. فقد أقر «بيكهام» بأن اختبار «وكسلر المعدل» يصلح للأطفال الأفرو أمريكيان.. متبعاً اكتمال المحاولة فى ١٩٧٩.

وقد صدر أمر دائم من ولاية كاليفورنيا بتحريم اختبار الذكاء (IQ) للأطفال الأفرو أمريكيان، والذين تم وضعهم تحت برنامج التخلف العقلي، دون إذن من المحكمة. وهذا التحريم اتسع ليشمل كل اختبارات الذكاء على الأطفال الأفرو أمريكيان بغض النظر عن التصنيف أو البرنامج وكذلك عن موافقة الآباء على الاختبار. وبحلول عام ١٩٩٠، بدأ «لارى» المعارضة عن طريق أم أفرو أمريكية، والتي قالت بأن عدم اختبار ابنها قد يحرمه من استقبال الخدمات اللازمة، ومن ثم فإن الاختبار يسهم فى تمييزه.

وربما يكون من المثير للدهشة أن النتيجة الشاملة لقضية «لارى» هى فى الحقيقة متماثلة لدرجة كبيرة مع القضية، التى توصلت من خلالها الجماعة الفيدرالية لاستنتاج عكسى رغم التشابه من القضيتين: (الأوبين) وفاعلية التعليم الخاص (PASE) «حانون»، وقد حضر بالنيابة عن الأطفال الأفرو أمريكيان مدرسة شيكاغو العامة، مثل حالة «لارى»، وكان التركيز على اختبار الذكاء IQ واختبار «وكسلر المعدل». وبعد فحص الاختبار، قام القاضى جرافدى بالحكم بأن الاختبارين متشابهان وغير متحيزين ضد الأطفال الأفرو أمريكيان، وكان اختبار مماثل تم وضعه تحت الاختبار مع العديد من الأدلة المختبرة.. من قبل أطراف عديدة أتت لمعاونة

«لارى» لتوصيل الاستنتاج العكسى. وبالنسبة للأخصائين النفسيين فى مدرسة شيكاغو.. فقد أصبح اختبار الأطفال الأفرو أمريكان أمراً ملائماً، ولكن بالنسبة للأخصائين النفسيين فى كاليفورنيا صارت ممارسة الاختبار أمراً غير ملائم وغير قانونى. وفى ظل هذه المعارضات والقرارات المتناقضة، فقد أصبحت المقاييس النفسية للممارسة الصحيحة مشوشة، ولم يصبح هناك معنى لاختبار محرم ومقر قانونياً فى الوقت نفسه.

هل اختبار الذكاء منحرف أو انحيازى أم أنه إجراء ملائم؟ هناك مغالطة فى رؤية هذا الإجراء من خلال هذا الإطار. فالمشكلة لا تكمن فى الاختبار مثلما تكمن فى استخدامات الاختبار.. فقد تكون الأساليب نفسها غير منحازة، ولكن الطريقة التى تستخدم بها قد تكون منحازة تماماً، وتؤدى إلى نتائج غير ملائمة (جينس ١٩٨٠). هل الأخصائون النفسيون بحاجة لوقف اختبار الذكاء، ربما تكون الإجابة لا، إذا استخدمت بطريقة صائبة وبحرص. وهناك عديد من البراهين التى أبدت عدم اختبار أطفال الأقليات العرقية ولكنها وضعت على نحو مقنع (ميلر جنسون ١٩٨٩، واشلى ١٩٨٢، ويوفالدز ١٩٨٢، ستالر ١٩٨٨). ومن أكثر البراهين شيوعاً الآتى:

١ - القاعدة المعيارية لاختبارات الذكاء غير ملائمة؛ لأنها لا تضع الأقليات فى المجموعة المعيارية بدرجة كافية. وهذا التأكيد ليس صحيحاً لأن الأقليات تم وضعها فى النماذج المعيارية بالدرجة التى يمثلونها بالنسبة للإجمالى السكانى. وكمثال، فلو أن الأفرو أمريكان يمثلون نسبة ٣٪ من السكان ككل، ومن ثم فإنهم يمثلون ٣٪ من المجموعة المعيارية، ومن بين اختبارات الذكاء. (مقياس وكسلر، مقياس ستانفورد - بينيه بينة للذكاء الأصدار الرابع) وهذا النوع من الإجراءات قام بوضع معايير مطورة.

وفى الماضى كان بعض الباحثين بالذات (جان ماركر ١٩٦٩) يؤيد تعددية المعايير، والتى يمكن تطبيقها بصورة منفصلة لكل أقلية، ومشكلة هذا الاقتراح أنه أياً كانت المعايير.. فإنها ربما تكون غير مناسبة، سواء بالنسبة للبيئة التعليمية للطفل أو خارج محيط الطفل الجغرافى.

وكمثال، قد يبدو الطفل متوسط القدرات مقارنة بثقافته، وتبعاً للمعايير العامة ربما يكون نفس الطفل أقل من المتوسط. ولأنه من المنطقي أن نتوقع أن الدراسة بالمدرسة ستوضح الثقافة العامة. وكما لوحظ بواسطة «ستالر ١٩٨٨» ما هي المعايير المستخدمة لطفل من أب مكسيكي وأم مجرية، ومع هذا يبدو أن الأخصائيين النفسيين بالمدرسة يستخدمون بدائل من الأخصائيين النفسيين ويؤكدون استخدام المعايير البديلة عند استخدام طرق الممارسة (ورديش وبارى ١٩٩١).

٢ - التلاميذ من الأقليات يتعرضون لاختبار مهارات كلامية غير ملائم، ويرجع ذلك لنقص خبرتهم في هذه المواد وعدم إدراكهم لطبيعة إنجاز الاختبار. والخلاف هنا أنه كل الأطفال الأقليات لا يصل إليهم المعنى المصمم نفسه عليه الاختبار أو المهام نفسها. وقد لا يستجيب الأطفال لطلبات البرنامج مثل المهام اللفظية واليدوية ومهام الورقة والتعلم في زي نموذجي.

وفي بعض الأطفال ونتيجة للثقافة التي تربوا عليها يكونون غير تنافسين أو منجزين، ومن ثم يفشلون في الاختبار. وبالنسبة لهم قد ينظرون إلى الامتحان على أنه أحد جوانب السلبية، أكثر منه تحدياً لإثبات أنفسهم. وفي عديد من الثقافات الأمريكية الأم وعلى سبيل المثال، فالإنهاء إلى عدم التنافس بشكل ذوقاً عاماً لديهم ويشجع عليه. وعلى الرغم من ضعف مهارات التحدث عند أطفال الأقليات العرقية إلا أنها قد تحدث بين الأطفال من غير الأقليات.. كذلك أسباب ضعف المهارات ليس بالضرورة أن تكون قاصرة على أطفال الأقليات وهذه المحددات لا تحدث آلياً في الاختبارات. وتقع المسؤولية على الأخصائي النفسي بأن يستخدم الاختبار بحكمة، ويحدد أي تحفظات على صلاحية النتائج.

والعوامل الإضافية العامة التي قد تؤخذ في الاختبار في مثل هذه الحالات هي خلفية الطفل وطرق التقسيم المختلفة، لأن الاختبارات تقوم بقياس الخلفية تماماً مثل القدرة، ويجب تفسير نواتج الاختبار في سياق الكلام عن الخلفية المعلوماتية عن الطفل النفسي أن يعمل باجتهاد لكي يحفز الطفل، ويستنبط أقصى كفاءة له. ولو أن هناك اختبار أساسياً يمثل عائقاً بالنسبة للطفل.. فإنه يجب استخدام الطرق غير

التقليدية لتجميع المعلومات. والأخصائى النفسى يعرف أن قرارات الوضع أو التصنيف تعتمد على كل المعلومات، وليس على نتائج الاختبار.

٣ - معظم المتحنيين فوقازيون ويستخدمون اللغة الإنجليزية التقليدية الناتجة عن افتقار العلاقات والاتصالات، ولها تأثيرات سلبية على معدلات أطفال الأقليات، ولكن اتضح أن تأثير سلالة المتجن يكاد يكون معدومًا. وبرؤية واعية (عدد من ٢٥ - ٢٩ دراسة متاحة لأطفال أفرو أمريكيان، والتي تضمنت تعددًا فى اختبارات الذكاء والمراحل والمناطق الجغرافية) وقد قام بهذا الإجراء (ساتلر وجوافى ١٩٨٢) وقد اكتشف المؤلفون عدم وجود علاقة محددة بين سلالة المتجن ومعدلات الاختبار؛ مما دفعهم إلى استنتاج أنه ليس لسلالة المتجن أى تأثير على كفاءة الأطفال الأفرو أمريكيان، وبالنسبة للأطفال الهسبانيين، فمن خلال عدد أقل من الدراسات توصلوا للنتائج نفسها.

والخلاف حول أن الإنجليزي التقليدى يؤثر سلبًا على معدلات ذكاء الأطفال الأفرو أمريكيان أيضًا خاطئ؛ فإحدى الدراسات العملية وجدت أنه لا اختلاف بين مقياس ستانفورد بينيه من (L/M) للأطفال الأفرو أمريكيان، سواء أديرت بإجليزية تقليدية أو بلهجة أفرو أمريكية بواسطة متجن أفرو أمريكى (جواى ١٩٧٤) والنتيجة العامة أن التلاميذ الأفرو أمريكيان متساوون فى الضعف فى فهم كل من اللكنة الإنجليزية والأفرو أمريكية (ساتلر ١٩٨٨).

٤ - اختبارات الذكاء متميزة ضد أى أقلية؛ لأنها تطورت وصممت من أجل البيض والأنجلو ساكسون، وهذا هو الدليل البارز ضد اختبار أطفال الأقليات العرقية.

وقد أقرت المحكمة التحيز هنا لسبيين: (١) لزيادة أعداد الأقليات فى البرامج الخاصة (٢) اختلاف الكفاءة بين المجموعات (راشلى ١٩٨٢).

وعلى الرغم من أن التزايد العددى قد يبدو واضحًا، إلا أن هذا قد يرجع لإساءة الفهم، وهذه هى قضية محاولة (لارى ١٩٧٤) فقد أوضحت الإحصاءات أن ٣٠٪ من تلاميذ المدرسة أفرو أمريكيان. وعلى أية حال، فإنه بعدما يعام واحد (٧٦، ٧٧) فإن ١٪ فقط من التلميذ الأفرو أمريكى تم وضعهم فى فصول المعاقين ذهنيًا، ومن

الوهلة الأولى قد يعتقد البعض أن وضع ١٠٪ من الأطفال الأفرو أمريكيان في فصول الإعاقة الذهنية أنها المشكلة، ولكنها لم تكن القضية. وفعلياً فإن النسبة أقل بكثير والإعداد الرائدة الموجودة استخدمت كدليل على التحيز ضد الأطفال الأفرو أمريكيان في قضية تماثل تماماً مع قضية (لارى). وفي هذه الحالة، فإن التواجد الزائد أسقط كمؤشر للتمييز.

وقد أقرت المحكمة أن تواجد الأطفال الأفرو أمريكيان بنسبة كبيرة في فصول الإعاقة الذهنية لا يشكل تحيزاً. وبمعنى آخر.. فإن وجود أعداد كبيرة من أطفال الأقليات في البرنامج ليس بالضرورة راجعاً إلى عيوب إجراءات التقييم، التي أدت إلى الوضع في الفصول الخاص، وليس معنى تواجد هؤلاء الأطفال بشكل كبير أنهم يعانون من التحيز. وهناك جدل مثير قد يحدث لو أن التغييرات في تعريف التأخر العقلي المنشورة بواسطة (AAMR) وضعت محل تنفيذ. (ثم ملاحظة أن هذه التغييرات قد تم تأييدها بالدرجة الأولى من قبل غير المختصين النفسيين).

وفي عام ١٩٩٢، وبمراجعة تعريف (AAMR) للتأخير الذهني (انظر الفصل الرابع) فلو أنه نشر لأعراض شخصية فعلية، فقد يقابل بتأثيرات مثيرة على أطفال الأقليات؛ وخصوصاً نقل قيمة اختبارات الذكاء من ٧٠ إلى ٧٥ للتأخير الذهني. وبرغم تغيير معتقدات التمويه في اختبارات الذكاء.. فإن حقيقة واضحة تظل متضمنة وهي أن الأطفال الأفرو أمريكيان يميلون إلى الانحراف في مقياس واحد (مثل ١٥ نقطة في مقاييس وكسلر) أقل من أطفال القوقاز. وهذا يحدث فارقاً قد يكون سبباً مثيراً في تعديل عدد الأطفال الأفرو أمريكيان الموضوعين، والمتخلفين عقلياً (جاستون ومبلك ١٩٩٣).

وهذا قد يكون صحيحاً بين الأطفال الذين يعانون من جوانب ضعف إدراكية بسيطة. أما الأطفال الذين يعانون من تأخرات ذهنية حادة أو متوسطة منهم على سبيل المثال، فهم تقريباً متساوون في التوزيع، وهذا يعكس أن التعداد السكاني للمصابين يتناسب مع نسبة الأفراد من التعداد السكاني العام.

وفى عديد من الطرق، فإن هؤلاء الأطفال الأكثر ضعفاً لديهم جوانب عجز ملحوظة، والتي قد يساعد اختبار الذكاء على تأكيد طبيعتها ومدى خطورتها. وهذا الأمر ليس ملحقاً بالنسبة للمستويات الأقل عجزاً (كما تم مناقشته فى الفصل الرابع) - ونتج عن استخدام التعريف المحدد فى ١٩٩٢ للتأخر الإدراكى أن أصبح عدد أكبر بكثير من الأطفال من كافة السلالات مصفون كمتأخرين ذهنياً، واعتمد التشخيص على اختبار الذكاء وحده، ونسبة الأطفال الأفرو أمريكان أينما كانت سوف تزداد ولو بطريقة غير ملائمة.

وهذا صحيح لأن نسبة الأطفال الأفرو أمريكان الحاصلين على معدلات ذكاء بين ٧١ - ٧٥ تعتبر زائدة إلى حد كبير بالمقارنة بالأطفال القوقازيين. ولو أننا قمنا باستخدام قيمة ٧٥ وحدها.. فإن ٤٨,٤٪ من الأطفال الأمريكان سوف يتم تصنيفهم كمتأخرين ذهنياً، نسبة ٦٢,٢٪ فقط من الأطفال القوقازيين.

وتعد هذه الحقيقة من أحد الأسباب فى أن العلماء النفسين وخبراء القياس عارضوا قبول تعريف (AAMR) (جريهام وماك ليمان وسنيجستيان ستيان ١٩٩٥ وهادوب ١٩٩٥ وماستن ١٩٩٥)، وإحدى الطرق الأخرى التى تستخدم من قبل المحكمة لتحديد الانحياز هو اختبار الاختلافات فى الكفاءة بين المجموعات. وهذه الاختلافات ومحتوى الامتحان تعد تعريفات إحصائية للانحياز.

وبالمثل تعد أكثر الطرق المستخدمة لتحديد الانحياز. وتشير اختلافات الكفاءة بين المجموعات ببساطة إلى الاختلاف فى المعدل المتوسط لإحدى المجموعات ومن المعدل المتوسط لمجموعة أخرى. فلو أن المجموعة (أ) حصلت على معدل أقل من المجموعة (ب)، فإن الاختبار يكون متحيزاً للمجموعة (أ) ضد المجموعة (ب)، وهذا يُعد خطأ فى الفكرة العامة عن الانحياز ومتعارضاً مع المعنى العام للانحياز، والقول بأن الاختبار ظالم أو معيب بشكل ما ضد مجموعة واحدة، قد لا يكون صحيحاً؛ لأنه من غير المنطقى الفرضى بأن كل المجموعات من الناس لديهم قدرة متساوية أو تساوى فى المميزات المقاسة. وهذا ما حدده جينسون ١٩٨٠ بأن القائل بالمساواة ذو مظهر خادع؛ لأنه ببساطة: الناس غير متساوين فيما وهبوا، والأكثر منطقية هو أن نفترض الخلاف بين المجموعات أكثر من التماثل فى الكفاءة.

وبالطبع لا يمكن القول بأن الأشخاص فى مجموعة محددة لا يمكن أن يكون أعلى أو أقل من المعدل أو الميزان أو القدرات، ولكن النظر إلى المجموعة كوحدة واحدة نظرة مقللة. والطريقة المقبولة لاختبار اختلافات المجموعة هو استخدام الإجراءات الإحصائية للتدرج. وبالتدرج.. فإن الأول (المعدل المعروف) يستخدم للتنبؤ بالمعدل الثانى غير المعلوم (مثل استخدام اختبار الذكاء للتنبؤ بالتقدم الأكاديمى).

وهناك جانبان لتحديد ما إذا كان الاختبار متحيزاً (١) هل صيغة التنبؤ نفسها يمكن استخدامها لمجموعتين مختلفتين (٢) وما الصيغة العامة التى لا تبخس ولا تعلق أى مجموعة من المجموعتين، فلو أن الصيغة العامة المعتمدة على المجموعتين أبخست أو غالت فى معدل المعايرة، وعندها يظهر التحيز.

والتعريف الثانى للتحيز يتعلق بمحتوى الاختبار. والإجراء المعتاد لتحديد ما إذا كانت الفقرات متميزة ضد الأقلية هو عرض هذه الفقرات على مجموعة الخبراء. والأسباب التى قد تجعل الفقرة متميزة تتضمن ما إذا كان أطفال الأقلية أخذوا الفرصة لتعلم هذا الجزء. ولو أن معدل الاستجابة لدى طفل الأقلية صحيحة بالنسبة لثقافته، وغير صحيحة بالنسبة للثقافة القياسية لوضع الامتحان.

ولو أن أحد الجزئيات تساءل بطريقة غير مألوفة تجعل الطفل غير قادر على الإجابة على الرغم من معرفته لها. وللأسف فإن مجموعة الخبراء الذين يقومون بمراجعات الفقرات حتى من خلال خطوط عريضة نادراً ما يتفقون على ما يجب الاحتفاظ به وما يجب حذفه (ستالو ١٩٨٨)، وأفضل طريقة للتحقق من وجود التحيز هو استخدام الإجراء وفقاً للاحصائيات لكل جزئية، تم من خلالها اختبار كفاءة المجموعة.

ولو وجد أن كفاءة مجموعة لأقلية تعانى من النقص بإفراط فى جزئية بعينها، ولكنها أفضل بالنسبة لأجزاء أخرى، وعندها يجب حذف الجزئية المشكوك فيها. وعند التحقق من وجود الانحياز فى اختبارات الذكاء سواء عن طريق اختبار التنبؤات، أو عن طريق اختبار تنبؤات الجزئيات المحتواة، والنتيجة أنها عامة لا تحيز للاختيار من مجموعات الأقلية العرقية.

والدراسات المستخدمة لاختبارات قبل (وكسلر-المعدل) و(وكسلر III) ومقياس ستانفور بينيه من (L - M) أن صيانة التنبؤ العام تعمل بصورة جيدة في مجموعات القوقازيين والأفرو أمريكيين والأطفال الهسبانيين عند توقع إنجاز معين (كوفمان ١٩٩٤- وفانيولديز ١٩٨٢)، وهذا يعني أن الاختبارات وسائل تنبؤ جيدة لا تبخس ولا تغالي، في المستويات الإنجازية لأى مجموعة، وبالمثل لم يتم اكتشاف أى جانب تحيزى لأى جزئية من الاختبار، ومن أكثر الأجزاء المشتهرة بالسوء فى اختبار (وكسلر-المعدل) تم اختبار لدراسة إمكانية اتحيازها ضد الأطفال الأفرو أمريكيان فى جزء الفهم. والتي تسأل الطفل عن رد فعله عند التعرض لهجوم من طفل أصغر منه، والاستجابة طبقاً للخطوط الإرشادية تكون للتحفظ وتجنب النزاع.

والخلاف هنا فى أن الثقافة الأفرو أمريكية قد يبدو فيها أن هذا رد فعل مشين، ويرجع هذا إلى أن الأطفال الأفرو أمريكيين عليهم أن يصارعوا من أجل بقائهم. وعند التنبؤ العلمى فقد ظهر أن هذه الجزئية أسهل بالنسبة للأطفال الأفرو أمريكيان، منها بالنسبة لأطفال القوقاز (ميلى ١٩٧٩).. لذا فإن هذه الجزئية، والتي اعتبرت متميزة فى قضية (حافون)، وعندما تم اختبارها عملياً فقد أجيب عنها بواسطة ٧٣٪ من الأطفال الأفرو أمريكيان و ٧١٪ من الأطفال القوقازيين فى شيكاغو، ونواتج مثل هذه تبين أن الفحص البسيط غير كاف للتحقق من الانحياز. وعلى الرغم من أن كل الانطباعات العامة والبراهين توضع ضد اختبارات الذكاء باعتبارها متميزة ضد أطفال الأقلية العنصرية، ولكن من خلال استخدام المعلومات العلمية فى التنبؤ وتحليل المحتويات لم تكن اختبارات الذكاء متميزة، ويجب البعد عن المناقشات المضادة للاختبار والتركيز بدلا منها على الجوانب الإيجابية والفوائد، التى يقدمها الاختبار لأطفال الأقليات العرقية.

وهناك عديد من المناقشات لصالح الاختبار، ومن بينها تقديم الأسلوب المناسب (ساقلر ١٩٨٨). وبالبراهين فإنه قد تبين أن اختبارات الذكاء لها الخصائص نفسها بين العرقيات المختلفة، وذات قيمة فى الارتقاء وتحديد جوانب الضعف والقوة لدى

الأطفال، وبالبعد عن كونها متميزة.. فإن الاختبارات تمثل نموذجاً هادفاً لعملية التقييم لو خلا الممتحن من التحامل.

ونظراً لأنها تعتمد على الظروف التعليمية أو المدرسين أو النزوات، ويمكن أن تكون الاختبارات عاملاً مساعداً يتجنب من خلاله سوء تشخيص الأقليات العرقية، وعلى سبيل المثال.. فالطفل الأفرو أمريكي لن يتم وضعه في فصول المتخلفين، دون حصوله على معدلات منخفضة في اختبارات الذكاء أو المهارات التكيفية في فصول المتخلفين عقلياً، ودون حصوله على معدلات منخفضة في مهارات الذكاء والتكيف، والعامل الثاني لأفضلية الاختبار هو هل الاختبارات متماثلة في دقة التنبؤات للقوازيين والأقليات العرقية (فاصير وآخرون ١٩٩٦)؛ بمعنى أن التوقع المستقبلي للكفاءة المدرسية يُجدد لدرجة كبيرة بواسطة الاختبارات.

وقد يكون وضع طفل الأقلية في المدرسة يضعه في البيئة الطبيعية.. إلا أنه ليس من الواقعية أن نتجاهل الثقافة كعامل؛ فالأفراد لا تجيد العمل في غياب ثقافتهم، ولكن كيفية تعامل الأفراد مع البيئة المحيطة «سكار ١٩٧٨» تعتبر أمراً مهماً. ومن دقة الاختبار وأهميته أن الاختبار لا يقوم بتوقع نفسى لمستوى الكفاءة للأفراد «برهس ١٩٨١».

ثالثاً: تعد عملية الاختبار ذات قيمة بالنسبة لضمان وتقييم الخدمات المقدمة بالمدارس، ودون تقييم دقيق.. فإن أطفال الأقليات قد لا يحددون وربما لا تقدم إليهم الخدمات اللازمة لتعلمهم. وعلى الرغم من أن هذه البرامج تكون مؤثرة لتحليل أطفال الأقلية العرقية، فإنه إجراء يخص المدرسة وليس الاختبارات.

ومسئولية النظام المدرسى تعد عاملاً، لا يمكن تجاهله في عملية التقييم أو الإحلال تجعل (ميللرجتسون ١٩٨٩) ولو كانت البرامج غير فعالة كما يتبنى من خلال القضايا، ومن ثم يبدو أن المدرسة مسئولة عن تأسيس التغيرات أكثر من كون الاختبارات مسئولة عن المشكلة. وقد توضح الاختبارات ما إذا كانت هذه البرامج مهمة، وفي حالة البرامج الضعيفة فإن الاختبارات تمثل جانباً بعيداً من المشكلة، ولكنها تعتبر جزءاً من الحل.

الاعتبارات الخاصة لعملية الاختبار

كيف تؤثر درجة دقة وجودة الاختبار لأطفال الأقليات العرقية على إجراءات التقييم عند الأخصائيين النفسيين؟

ما المقاييس الملائمة في ضوء الحالات الاجتماعية ونتائج البحث؟

البعض يعتقد أن أفضل طريقة لوضع تقييم غير متحيز، هي تنمية اختبارات الثقافة الواسعة. وكمثل على هذا، اختبار الذكاء الأسود للتجانس الثقافي (وليمز ١٩٧٢) وهذا الاختبار يعتمد تحديداً على الثقافة المدنية الأفرو أمريكية، ويتضمن أيضاً العامية الأفرو أمريكية.

ومع ذلك.. فإن اختبار الذكاء الأسود لا يعتبر الطريق لإنجاز التقييم المطلوب؛ لافتقار خصائص السيكولوجية (المعتمد على القياس العقلي) وكونه غير فعال في عملية التنبؤ بالنجاح المستقبلي في الدراسة (ستالمر ١٩٨٨). وعلى هذا.. فإن الاختبار لم يكن له مكان حقيقي في عملية التقييم الإدراكي للأطفال الأفرو أمريكية.

والقياسات الأخرى التي يمكن اعتبارها محررة من جانب الثقافة لم تعد ناجحة في سد الفجوة بين المعدلات، التي يتم الحصول عليها من المجموعات العرقية المختلفة. فالأطفال يميلون إلى التماثل في الأداء بين الاختبارات متسعة الثقافات والاختبارات التقليدية (ستالمر ١٩٨٨).

ورغم أن العمل بالاختبارات التقليدية مازال يتطلب اعتبارات خاصة للعرقيات المختلفة لأطفال الأقليات، فإن هناك جانبين يجب أن يتم وضعهما بواسطة علماء النفس، وهما: اللغة والاختلافات الثقافية.

قضية اللغة التي يجب تحديدها قبل أن يقوم العامل النفسي بإنشاء نموذج اختبار ملائم متضمناً على تأثير ثنائية اللغة الأم، وما إذا كان المترجم ضرورياً ليستنبط الدرجة المثلى من كفاءة الطفل، وما إذا كان من الضروري أن يختبر مرتين (مرة لكل لغة) للتأكد من صلاحية النتائج؛ فبعض واضعي الاختبار يحاولون جعل عملية التقييم أسهل. والآن نقوم بعرض اختبارات الذكاء المترجمة للإسبانية، وللأسف قد

تبين أن لهذه الاختبارات بعض المحددات، التي يجب على المستخدم والأخصائي النفسي مراعاتها (وليمن وسويتنغ ١٩٨٦)، وللمحاكاة.. فإن أغلبية الاختبارات تستخدم إسبانية تقليدية وهي غير متاحة في قطاعات عديدة والاختلافات في لهجات اللغة الأسبانية.

والأطفال من مقاطعتين مختلفتين قد يستخدمون كلمات غير متماثلة لكلمة واحدة باللغة الإنجليزية، والعكس صحيح فالكلمة الإسبانية قد تترجم لعدد من الكلمات الإنجليزية، وهذا يعتمد على منشأ الطفل. وبوضع اختبار إسباني مبسط لا يتضمن معالجة العامل اللغوي، سنحصل على صلاحية وقابلية أكثر للتطبيق.

والفتاح الثاني هو الأخذ في الاعتبار الاختلافات الثقافية، ففهم الفوارق الدقيقة للجانب الثقافي للطفل يكون غاية في الأهمية بالنسبة لأطفال الأقليات؛ لأنها قد تؤثر على بعض جوانب الاختبار. وكمثال فإن بناء الالفه حتماً يكون ذا أهمية، ولكن بالنسبة لأطفال الأقليات فإنه يكون أكثر ضرورياً لتخطي الارتباب ومشاكل التواصل والخوف والعداد، وكل العوامل التي قد تؤثر على الطفل الأقلية.. ولهذا فإنه يجب على الأخصائيين النفسيين أن يكونوا على دراية بثقافة الطفل، ويتعلموا كيفية تكيف الاختبار لمقابلة الاختلافات، وبعض أمثلة الاختلافات الثقافية ظاهرة بالفعل مع الأطفال أمريكي المنشأ (ستنائير ١٩٨٨).

وكمثال.. فإن عديداً من الأطفال الأمريكيين تعلموا على الاتصال العيني، واعتبرها دلالة على عدم الاحترام. وعلى عدم المصافحة بشدة واعتبروها ذات دلالة عدوانية، وقد يجدون في الأسئلة الشخصية المباشرة نوعاً من التحدي، ويميلون إلى الصمت لفترات طويلة في المقابلات والمحادثات.. لذا فالتعاون والمشاركة والتواضع ربما تكون ذات قيمة أعلى من المناقشة والإنجازات الفردية، وهذه المميزات الثقافية قد تحدث عدم تفاهم لو لم يتفهمها المتحن. ومن السهل جداً على الأخصائي النفسي البسيط أن يستتج من خلال تفاعله وتقييمه للطفل الأمريكي المنشأ أن هذا الطفل محبط وانعزالي وغير تحفزي؛ لذا فتوافر المعلومات عن البيئة الثقافية أينما كان سيعطي صورة أكثر ملاءمة للطفل.

وهذا كان مثالا بوضوح فقط كيفية تأثير الشفافة على سهولة إدارة وصلاحيّة الاختبار؛ فكل ثقافة لها مميزاتها، ولهذا كان لزاماً على الأخصائي النفسي معرفة كيفية التعامل مع الهياكل الثقافية.

ويبدو جلياً أنه من خلال الأخذ في الاعتبار التأثيرات الثقافية.. فإن المعدلات ستتطابق بين الأطفال من ثقافتين مختلفتين ذوى معانى شديدة الاختلاف واختبار أطفال الأقليات يتطلب ما هو أكثر من الإعداد المتجدة. وهذه هى مهمة علماء النفس استيعاب نواتج الاختبار الخلفية المعلوماتية والنماذج أو الأشكال الثقافية. ومعتمداً على المعلومات ذات الصلة بالموضوع، يقوم عالم النفس بوضع استنتاجات مناسبة ومحددات وتفسيرات لمعلومات الاختبار، متذكراً أن الاختبارات لا تحدد الكوامن أكثر منها محددة للوظائف الحالية.

وقد أصبح ذات أهمية خاصة إيجاد عدد أكبر من الاختبارات لعمل تقسيمات أو تصنيفات واسعة لأطفال الأقليات ذوى الثقافات المختلفة، وعلى الرغم من أن اختلاف تفاصيل الثقافات.. فإن هناك خطوطاً عريضة تطبق على جميع العرقيات أثناء عملية الاختبار - ويجب ألا يعتمد التقويم على معدل واحد أو قيمة واحدة. وتطبيق الطرق المتعددة يكون أفضل تقوياً للأطفال الأقليات ذوى الثقافات المختلفة خلال المعلومات، التى يتم ملاحظتها، ونماذج العمل والتقارير المقدمة من البيت والمدرسة.. وكما تمحدد مسبقاً.. فإنه يجب أن توضع التحذيرات موضع اعتبار عند التعامل مع الأطفال المختلفين لغوياً. وكلما كان ممكناً.. فإن القياسات اللالفظية يجب استخدامها عند اعتبار الإمكانية العامة، وبطريقة ماثلة فإنه عند وضع القرارات يجب أن يكفل للاحتراس نفسه؛ خصوصاً فى حالة لم يتم فيها وضع قابلية الإعاقة الذهنية فى سؤال.

ومثالاً.. فإن أفضل استخدام للاختبارات الخاصة بأطفال الأقليات العرقية لا يستخدم لتحديد المكان المناسب للطفل، ولكن يستخدم لتطوير الانجماهاات التى تساعد على التعليم. ويمكن استخدام معلومات الاختبار للتعرف على جوانب القوة والضعف، وتعديل طرق فهم الجانب التعليمى ووضع تعديلات للمنهاج الدراسى أو تطوير الملائم لجوانب الخلل.

وقد يرجع عديد من الخطوط العريضة سواء العامة أو المحدودة لعملية تقويم الأطفال العرقية إلى الحالات المنظورة بالمحكمة «ديانا ١٩٧٠، بادليو ١٩٧٢، ثوري ١٩٧٢»، والأكثر وضوحاً هي تلك الخطوط العريضة التي تتعامل مع اللغة واستخدام أكثر من اختبار ذكاء. وهذه النقاط المتحدة أصبحت المقياس المتعارف عليه للعلماء النفسيين.. لذا فإنه على المستخدمين «للاختبارات النفسية» أن يكونوا مدركين لبعض الاعتبارات عند اختيار أطفال الأقليات والمعلومات النفسية، التي لا تجسد الاعتبارات السابقة التي تدفع إلى التساؤل والشك في مدى صلاحية نتائجها.

الملخص:

إن الاختبارات النفسية لعبت دوراً كبيراً في تعرف «ADHD» وصيغ معدلات ADHD يمكن استخدامها لتعرف خصائص ADHD، كما يتم رصدها من قبل الآباء والمعلمين. الدخائل الشخصية لا تساعد فقط على تحديد أعراض ADHD، ولكنها تحدد ما إذا كانت حالات متغيرة (مثل الإحباط والحصر النفسى) أو المشكلات المتصلة.

وعلى الرغم من الجهود المبذولة لاستخدام اختبار كفاءة الأطفال لتحديد ADHD.. فإن أساليب محدودة باستثناء مهام الكفاءة المستمرة تبدو فعالة، ويعتمد عليها إلى المساعدة إلى حد ما. وبالنسبة للجوانب المرتبطة بالصحة مثل (الريو والتبول السكرى والفيروسات المصيبة للمناعة) تم مناقشتها أيضاً فى هذا الفصل، فيما يتعلق بتواتر الاختبار النفسى، والتي توجد عامة بين الأطفال فى هذه الظروف.

ونتيجة للتقييم لمجموعات الأطفال «الأقليات»، فإن البحث عن التقييم غير المتحيز لأطفال الأقليات العرقية ناجمة بقدر كبير عن حالات محكمة فى ١٩٧٠، والتي أوضحت أن إجراءات الاختبار غير موضوعية فقد كانت النتائج مثيرة للجدل.. ففى حالة «لارى» تبين أن اختبار الذكاء غير موضوعى، بينما اتضح فى حالة «باز» أنه ليس كذلك، وكان هناك عديد من الخلافات والمناقشات حول اختبار الأطفال الأقليات العرقية، والأساس فى هذه المناقشات هو جانب الانحياز والأفضل تحديدها عن طريق الإحصاء. وفى كلتا الحالتين سواء ما إذا كانت التحيز فى محتوى

الامتحان أو في القدرة على توقع الكفاءة المستقبلية.. فإنه عند تطبيق المقاييس التجريبية على الاختبارات سوف تصبح غير متحيزة بشكل عام، وهناك العديد من الإجراءات المقترحة عند اختبار مجموعة من الأطفال لعرقيات مختلفة:

(١) استخدام عديد من طرق الاختبار.

(٢) تعرف الثقافات المختلفة واستخدام الحذر، عندما يكون التأخر العقلي هو موضوع التقييم.

الأسئلة:

(١) ما الطرق التي يتم من خلالها إدراك التحيز (الميل عن الصواب) وما المشاكل التي تصاحب هذه الطرق؟

(٢) وضح ثلاثة اختلافات في صالح اختبار الأقليات العرقية.

(٣) ناقش استخدام اختبارات الثقافة المنسقة والثقافة الحرة في تقييم أطفال الأقليات العرقية.

(٤) حدد وناقش طريقتين ملائمتين لفحص التحيز.

(٥) علل لماذا تعتقد أن اختبار الذكاء ملائم أو غير ملائم للأطفال من الأقليات العرقية.

(٦) لماذا يحتمل أن يكون المعدل المتوسط في اختبار مثل بيرلي الواقع على طفل (١٨ شهراً) يعانى من الفيروسات المصيبة المناعة قد يتضمن اختلافاً عن مثيله غير المصاب؟

(٧) ما المشاكل التي ربما تواجهها عن استخدام اختبار مثل وكسلر III لتقييم حالة تلميذ يعانى من البول السكري؟

(٨) هل يوجد نوع محدد من العجز التعليمي يصاحب الإصابة بالربو؟

(٩) هل يوجد نموذج متطور من اختبار الذكاء، أو الاختبارات العصبية تسمح بالحصول على نتائج دقيقة ADHD؟

(١٠) ما الاختبارات التي تستخدم لجزء من عملية تقييم الـ ADHD؟